



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos  
de saúde em estudantes universitários: Um estudo  
exploratório**

(Versão Final Após Defesa Pública)

**Maria Manuel Jesus Sobral**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Cunha

Covilhã, dezembro de 2018

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## **Dedicatória**

Ao meu avô Manel!

Continuo a amar-te como no dia em que te perdi, espero que estejas orgulhoso.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Ana Isabel Cunha por toda a paciência, disponibilidade, simpatia e incansável orientação ao longo deste ano. Muito obrigada.

Um agradecimento muito especial à pessoa mais importante da minha vida, a minha mãe, por estar comigo em todos os momentos e por nunca me deixar duvidar de mim.

Um obrigado ao meu pai, por me ter ensinado que desistir não é uma opção e que mesmo nos piores momentos temos que ser resilientes e enfrentar o que a vida nos trás.

Aos meus avós, que de uma forma ou outra estiveram sempre presentes e demonstram sempre um enorme orgulho.

Aos meus tios maternos, particularmente, a minha tia Judite, a minha segunda mãe, por todas as palavras de conforto e por todo o amor e orgulho que me transmite dia após dia.

Ao meu maninho mais novo, Luís Miguel.

Aos melhores amigos do mundo, Liliana, Rafael, Débora, Vanessa, Márcio, Pedro, João e Hugo, por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu não o fazia. Gosto muito de vocês.

Às minha meninas da Covilhã, Sara, Renata e Maura, que estiveram sempre presentes, no melhor e no pior. Um obrigado especial à Sara Dias que foi o meu maior apoio desde o primeiro dia e por me ter ajudado a considerar a Covilhã como um lar.

À minha madrinha Luísa, por ser uma das mulheres mais especiais da minha vida. Por ti, só tenho amor.

À Lina e ao Fernando, por serem os melhores vizinhos/tios do mundo por me acompanharem desde sempre e por demonstrarem, constantemente, o orgulho que sentem por mim. Gosto muito de vocês.

Ao senhor Zé Manel, à Eduarda, à Dona Ana e ao Joaquim por todas as palavras de apoio e motivação e por me fazerem sorrir dia após dia.

Ao meu “tio” Manel e à minha “tia” Rosa, serão sempre os meus preferidos.

A ti, avó Manel, por teres feito de mim a pessoa que sou hoje.

Um obrigado a tantas outras pessoas que de forma direta ou indireta, ajudaram-me a chegar até aqui.

Obrigada a todos/as.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## Resumo

Este estudo teve como objetivo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico que permita compreender a relação entre literacia em saúde e a adoção de comportamentos de saúde nos estudantes universitários. A amostra é composta por 157 estudantes universitários a frequentar o primeiro ano de licenciatura na Universidade da Beira Interior e com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos. Para avaliar a literacia em saúde foi utilizado o Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT; Espanha, Ávila & Mendes, 2014) e para avaliar os comportamentos de saúde foi utilizado o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS; Ribeiro, 2004). Os resultados revelaram que os estudantes se encontram distribuídos pelos diferentes níveis de literacia em saúde destacando-se o nível suficiente e problemático. Foram encontradas diferenças significativas na literacia em saúde geral e na prevenção da doença em função dos hábitos tabágicos, consumo de álcool e na perceção do estado de saúde. Verificou-se também a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde, nomeadamente entre literacia em saúde geral e no âmbito dos cuidados de saúde e comportamentos protetores relacionados com o auto cuidado e segurança motorizada e entre literacia no âmbito da prevenção da doença e auto cuidado. Foram encontradas diferenças significativas na dimensão exercício físico e segurança motorizada atendendo ao sexo e na dimensão exercício físico tendo em conta a perceção do estado de saúde. São discutidos os resultados e contributos do estudo.

## Palavras-chave

Literacia em saúde; Atitudes e comportamentos de saúde; Hábitos de saúde; Estudantes universitários.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório



## Abstract

This study aimed to contribute to the development of scientific knowledge to understand the relationship between health literacy and the adoption of health behaviors among university students. The sample is composed of 157 university students attending their first year at the University of Beira Interior and are aged between 18 and 23 years. In order to evaluate health literacy, the Health Literacy Survey (ILS-PT, Espanha, Ávila & Mendes, 2014) was used, to evaluate health behaviors, and the Health Attitudes and Behaviors Questionnaire (QACS; Ribeiro, 2004). The results revealed that students are distributed among different levels of health literacy, highlighting the sufficient and problematic level. Significant differences were found in literacy in general health and in the prevention of the disease due to smoking habits, alcohol consumption and the perception of health status. There was also a statistically significant relationship between health literacy and health attitudes and behaviors, namely between general health literacy and health care and protective behaviors related to self-care and motorized safety, and between literacy in the context of disease prevention and self-care. Significant differences were found in the dimension of physical exercise and motorized safety, considering the gender and physical exercise dimension, taking into account the perception of health status. The results and contributions of the study are discussed.

## Keywords

Health Literacy; Health attitudes and behaviors; Health habits, University students.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

# Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 1  |
| Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....   | 3  |
| 1.    Literacia em Saúde.....  | 3  |
| 1.1.    Definição do conceito.....   | 3  |
| 1.2.    Níveis de Literacia em Saúde.....  | 4  |
| 1.3.    Modelo conceptual integrativo de literacia em saúde.....                   | 5  |
| 1.4.    Implicação da Literacia em Saúde nos resultados de saúde.....              | 7  |
| 1.5.    Avaliação da Literacia em Saúde.....                                       | 8  |
| 1.6.    Literacia em Saúde em estudantes universitários.....                       | 12 |
| 2.    Comportamentos de Saúde.....   | 14 |
| 2.1.    Conceito de Comportamentos de Saúde.....                                   | 14 |
| 2.2.    Modelos de Mudança de Comportamentos.....                                  | 16 |
| 2.3.    Avaliação dos comportamentos de saúde.....                                 | 18 |
| 2.4.    Comportamentos de Saúde em estudantes universitários.....                  | 20 |
| Síntese do Capítulo.....   | 23 |
| Capítulo 2: Metodologia.....   | 25 |
| 1.    Apresentação do estudo e objetivos.....                                      | 25 |
| 2.    Variáveis em estudo.....   | 26 |
| 3.    Participantes.....   | 27 |
| 4.    Instrumentos.....  | 29 |
| 5.    Procedimentos.....   | 33 |
| 6.    Análise estatística.....   | 34 |
| Capítulo 3: Resultados.....  | 35 |
| 1.    Consistência interna do ILS-PT e QACS.....                                   | 35 |
| 2.    Literacia em Saúde.....  | 36 |
| 2.1.    Índice Geral de Literacia em Saúde.....                                    | 36 |
| 2.2.    Índice de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde.....          | 37 |
| 2.3.    Índice de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença.....         | 37 |
| 2.4.    Índice de literacia em saúde no âmbito da promoção da saúde.....           | 38 |
| 2.5.    Comportamento de procura de informação sobre saúde e regularidade.....     | 38 |
| 2.6.    Atitudes face à informação sobre saúde.....                                | 40 |
| 3.    Hábitos de saúde.....  | 41 |
| 3.1.    Hábitos Tabágicos.....   | 41 |
| 3.2.    Consumo de bebidas alcoólicas.....   | 41 |
| 3.3.    Prática de atividade física.....   | 42 |
| 4.    Diferenças na literacia em saúde em função dos hábitos de saúde.....         | 42 |
| 5.    Literacia em saúde geral, variáveis sociodemográficas e estado de saúde..... | 47 |
| 6.    Relação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde.....   | 52 |

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

|  |    |
|--|----|
| 7. Atitudes e comportamentos de saúde, variáveis sociodemográficas e estado de saúde | 53 |
| Capítulo 4: Discussão e reflexões finais .....                                       | 61 |
| Considerações finais.....  | 69 |
| Bibliografia.....  | 71 |
| ANEXOS .....   | 83 |

## Lista de Figuras

Figura 1: Modelo conceptual integrativo de literacia em saúde

5

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## Lista de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Dados sociodemográficos  | 28 |
| Tabela 2: Percepção do estado de saúde geral   | 29 |
| Tabela 3: Matriz de dimensões e sub-dimensões de literacia em saúde utilizadas no Health Literacy Survey   | 31 |
| Tabela 4: Valores de alpha de Cronbach para o ILS-PT e o QACS  | 36 |
| Tabela 5: Descrição dos níveis gerais de literacia em saúde  | 36 |
| Tabela 6: Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde   | 37 |
| Tabela 7: Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença  | 37 |
| Tabela 8: Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde  | 38 |
| Tabela 9: Descrição dos meios mais utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde cotados com as pontuações máximas (“Muito frequentemente/sempre” e “Frequentemente”) por mais de 60% dos participantes | 39 |
| Tabela 10: Descrição dos meios menos utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde cotados com as pontuações mínimas (“Muito raramente/nunca”) por mais de 20% dos participantes                        | 39 |
| Tabela 11: Descrição das atitudes face à informação sobre saúde  | 40 |
| Tabela 12: Descrição dos hábitos tabágicos dos participantes   | 41 |
| Tabela 13: Descrição do consumo de álcool dos participantes  | 42 |
| Tabela 14: Descrição das atividades de prática de atividade física dos participantes   | 42 |
| Tabela 15: Teste-T para amostras independentes para a comparação da literacia em saúde em função dos hábitos tabágicos   | 43 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 16: Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da frequência de consumo de bebidas alcoólicas  | 45 |
| Tabela 17: Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da frequência de prática de atividade física  | 46 |
| Tabela 18: Teste-T para amostras independentes para a comparação de diferenças na literacia em saúde em função do género   | 47 |
| Tabela 19: Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função do nível de escolaridade da mãe   | 48 |
| Tabela 20: Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função do nível de escolaridade do pai   | 49 |
| Tabela 21: Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da perceção do estado de saúde  | 51 |
| Tabela 22: Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da presença de doença de longa duração                            | 52 |
| Tabela 23: Diretrizes para verificar a força de uma correlação   | 52 |
| Tabela 24: Correlação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde  | 53 |
| Tabela 25: Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função do género  | 54 |
| Tabela 26: Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função do domicílio em período escolar                  | 55 |
| Tabela 27: Anova para diferenças estatisticamente significativas para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função da perceção do estado de saúde | 56 |
| Tabela 28: Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função da presença de doença de longa duração           | 57 |



## Lista de Acrónimos

OMS- Organização Mundial de Saúde

NAAL- *National Assessment of Adult Literacy*

WRAT- *Wide Range Achievement Test*

REALM- *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

TOFHLA- *The Test of Functional Health Literacy in Adults*

NVS- *Newest Vital Sign*

HLS-EU- *European Health Literacy Survey*

HLS-EU-PT- *European Health Literacy Survey em Português*

ILS-PT- Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal

QACS- Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## Introdução

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no âmbito da obtenção do grau de Mestre na área de Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior e tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico que permita compreender a relação entre Literacia em saúde e adoção de comportamentos de saúde em estudantes universitários.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) define literacia em saúde como as habilidades cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a aptidão dos indivíduos para obterem, compreenderem e utilizarem informações, tendo por objetivo a prevenção e manutenção de uma boa saúde. Literacia em saúde é um conceito que envolve um conjunto de habilidades e que se encontra em constante evolução. No seu sentido lato, este construto encontra-se associado ao grau em que os sujeitos são capazes de compreender e avaliar informações sobre saúde de forma a enfrentar as exigências dos diferentes contextos de saúde. Deter literacia em saúde significa que o indivíduo tem capacidade de compreender a informação sobre saúde, as condições de saúde e opções de tratamento, sabendo onde ir e a quem recorrer caso necessite de algum auxílio relacionado com o seu estado de saúde (Mancuso, 2009), sendo crucial para o desenvolvimento de interações mais funcionais que permitem bons resultados de saúde e conseqüente melhoria do bem-estar da pessoa (Lindau et al., 2002).

Um comportamento de saúde é um comportamento relacionado com o estado de saúde do indivíduo (Ogden, 2004), sendo habitualmente compreendido em duas dimensões: comportamentos de risco e comportamentos protetores de saúde (Matarazzo, 1983 cit in Ogden, 2004). A adoção de comportamentos de saúde é influenciada por diversos determinantes, internos e externos (Matos & Sousa-Albuquerque, 2006), sendo assim fundamental analisar os modelos teóricos existentes, uma vez que alguns desses fatores, nomeadamente as crenças, atitudes e valores, constituem esses modelos e desempenham um papel central para a compreensão do construto (Dias et al., 2001).

Os estudantes universitários são uma das populações mais vulneráveis para a adoção de comportamentos de saúde de risco (Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park, & Kang, 2005), devido ao facto de esta ser uma etapa marcada por diversas mudanças e alterações nas suas vidas. Tendo em conta que a literacia em saúde é um dos aspetos que pode influenciar os comportamentos de saúde, e sendo os estudantes universitários uma das populações mais vulneráveis à adoção de comportamentos de risco, considera-se fundamental compreender a relação entre literacia em saúde e adoção de comportamentos de saúde em estudantes universitários.

Tendo em conta a relevância da temática em questão, o presente trabalho procura contribuir para uma maior compreensão da relação existente entre a literacia em saúde e os comportamentos de saúde dos estudantes universitários. Assim, no primeiro capítulo será apresentada uma revisão bibliográfica de forma a enquadrar e descrever a literacia em saúde e os comportamentos de saúde, bem como determinados aspetos considerados relevantes para a sua compreensão. O segundo capítulo será reservado à componente metodológica do estudo, composto pela apresentação dos participantes, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos adotados. No terceiro capítulo serão expostos os resultados obtidos no estudo, seguindo-se o capítulo final, o capítulo quatro, em que será apresentada uma discussão acerca dos mesmos, bem como uma reflexão final conclusiva, em que serão também expostas algumas limitações do estudo e recomendações para estudos futuros.

# Capítulo 1: Enquadramento Teórico

## 1. Literacia em Saúde

### 1.1. Definição do conceito

Literacia em saúde é um conceito relativamente recente, embora sejam várias as definições a ele associadas. A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a mais reconhecida e refere-se à literacia em saúde como as *“habilidades cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a aptidão dos indivíduos para obterem, compreenderem e utilizarem informações, tendo por objetivo a prevenção e manutenção de uma boa saúde”* (WHO, 1998, p.10). Ratzan e Parker (2000 cit in Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004) definem este conceito como o grau em que os indivíduos têm capacidade de obter, processar e compreender informações e os serviços básicos de saúde necessárias para tomar decisões apropriadas no que concerne a questões de saúde. Nutbeam (2000) define literacia em saúde como a consequência das capacidades individuais, cognitivas e sociais que permitem que os indivíduos adquiram, compreendam e utilizem informações que promovam e incentivem a manutenção da saúde.

A existência de uma variedade de definições encontra-se associada ao facto de este ser um conceito que evolui constantemente e de forma permanente, devido a diversos fatores, nomeadamente ao rápido avanço da ciência e tecnologia, às mudanças na prestação de cuidados de saúde e dos serviços de saúde públicos e ao aumento das expectativas e responsabilidades dos indivíduos para procurar, entender e agir sobre a informação obtida (Berkman, Davis & McCormack, 2010).

Nutbeam (2009) defende que a literacia em saúde é constituída por dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). Uma literacia baseada nas tarefas refere-se à medida a partir da qual o indivíduo consegue realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico, ou escrever frases simples, já a literacia baseada nas competências foca-se no nível de conhecimento e competências que as pessoas têm para realizar essas mesmas tarefas. Assim, para se considerar que um sujeito detém literacia em saúde é necessário ter em conta diversas competências, nomeadamente, o nível de alfabetização e aritmética, a fluência em leitura, o discurso retórico, a competência na utilização de tecnologia, capacidade de procurar e entender a informação obtida, capacidade de agir, motivação, capacidades cognitivas, habilidades sociais ou os conhecimentos prévios (Bernhardt, Brownfield & Parker, 2005 cit in Berkman et al., 2010).

O nível de educação, a idade e a cultura, são também essenciais para ser feita uma avaliação correta da literacia em saúde, sendo por exemplo o ambiente social crítico no desenvolvimento desta, uma vez que as interações familiares, o trabalho e os eventos relacionados com a saúde ao longo da vida têm influência no desenvolvimento global da pessoa (von Wagner, Steptoe, Wolf & Wardle, 2009). Os diversos atributos do sistema de saúde têm também influência neste tipo de literacia (Paasche-Orlow & Wolf, 2007), uma vez que têm o poder de influenciar atitudes e comportamentos mais positivos, aumentar a autoeficácia do sujeito e melhorar os resultados de saúde (Baker, 2006).

## 1.2. Níveis de Literacia em Saúde

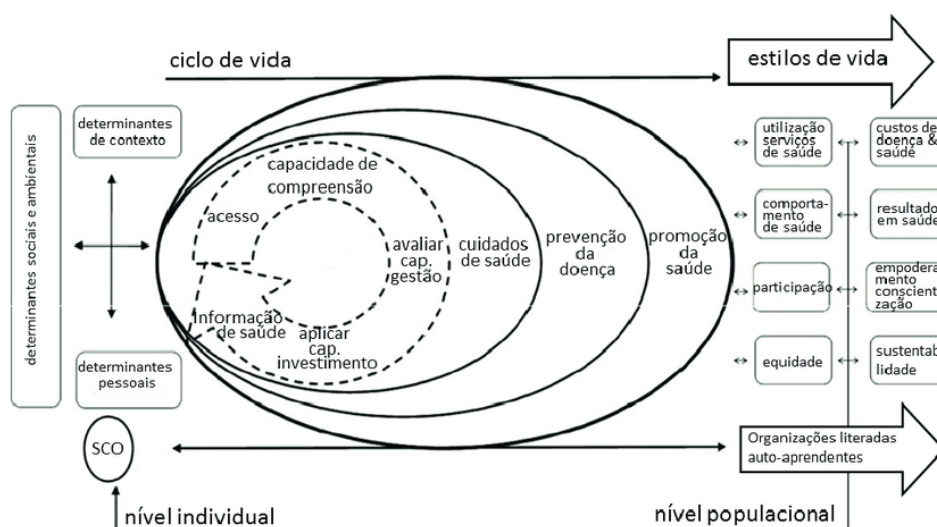
Nutbeam (2000) propôs a existência de três níveis de literacia em saúde: a *literacia básica ou funcional*, na qual os conhecimentos e capacidades básicas da pessoa lhe permitem lidar de forma eficiente com as situações do dia-a-dia; a *literacia comunicativa ou interativa*, na qual a pessoa possui aptidões cognitivas e de literacia bastante avançadas que, juntamente com as aptidões sociais, são instrumento fulcral para participar em atividades do dia-a-dia, obter informação e aplica-la em todos os tipos de situação; e a *literacia crítica* que envolve capacidades mais avançadas do que as anteriores, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controlo sobre os diferentes acontecimentos de vida. Perante esta classificação é possível perceber que, nos diferentes níveis de literacia em saúde, a autonomia e o *empowerment* individual vão aumentando, sendo no primeiro nível a literacia mais limitada e, no último nível, muito mais avançada (Nutbeam, 2000).

Pessoas com um nível mais avançado de literacia em saúde apresentam, geralmente, um bom nível de fluência de leitura e uma boa capacidade de entender e agir consoante as informações que obtém de forma autónoma e aquelas que lhe são dadas pelos diferentes profissionais de saúde (Ishikawa & Yano, 2008), apresentando também maior tendência para ter comportamentos de procura de informação em diversificados tipos de fontes (Morris et al., 2013). O nível limitado de literacia em saúde parece estar associado de forma significativa a questões como o nível socioeconómico, a escolaridade, etnia e idade (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011), mas também ao desenvolvimento cognitivo do sujeito (Paasche-Orlow & Wolf, 2007) e as diferentes crenças moldadas pela experiência pessoal (von Wagner et al., 2009).

### 1.3. Modelo conceptual integrativo de literacia em saúde

Apesar da crescente difusão e evolução da literacia em saúde, tem existido alguma dificuldade em operacionalizar este conceito a vários níveis, nomeadamente no que diz respeito ao objetivo, método e qualidade (Sorensen et al., 2012).

Na literatura é possível encontrar diversos modelos conceptuais de literacia em saúde, no entanto nenhum deles pode ser considerado suficientemente abrangente, devido a diversos fatores: (1) não têm em consideração o facto da literacia em saúde ser um conceito que se encontra em constante evolução; (2) não são teoricamente bem fundamentos; (3) não explicam que a literacia em saúde é um processo, que envolve diversas etapas, nomeadamente, o acesso, compreensão, processamento e comunicação de informações; (4) os antecedentes e principais consequências não são muito claros; (5) a maioria dos modelos não foram empiricamente validados (Sorensen et al., 2012), Tendo em conta estes aspetos, Sorensen e colaboradores (2012 *cit. in* Sorensen et al., 2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre definições e modelos existentes de literacia em saúde, que permitiu desenvolver um modelo conceptual constituído pelas principais dimensões da literacia em saúde assim como pelos principais antecedentes e consequências (Sorensen et al., 2015), posteriormente adaptado e traduzido para português por Saboga-Nunes em 2014.



(Figura

**Figura 1:** Modelo conceptual integrativo de literacia em saúde

Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e conscienciização da cidadania positiva. *Revista Referência, III Série - Suplemento*, 3(11), 95-99.

No núcleo do modelo encontram-se as quatro competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relacionada com a saúde. O

acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e adquirir informações sobre saúde; a capacidade de compreensão remete para a capacidade de compreender a informação de saúde que é encontrada; a avaliação da capacidade de gestão descreve a aptidão individual em interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação; a aplicação/ utilização da capacidade de investimento refere-se à forma como se comunica e se utiliza a informação que permite a tomada de decisão no sentido de melhorar ou manter a saúde. Cada uma das quatro competências referidas corresponde a uma dimensão crucial da literacia em saúde, requer qualidades cognitivas específicas e depende da qualidade das informações adquiridas pelos indivíduos (Sorensen et al., 2012), sendo importante destacar que muitas vezes o conteúdo das informações obtidas, são muitas vezes discordantes, imprecisas, desatualizadas, tendenciosas ou incompletas (Sandfort & Pleasant, 2014).

O processo acima referido possibilita e determina a forma como os sujeitos se relacionam com os três domínios do processo de saúde: Cuidados de Saúde (Cuidados Curativos/Paliativos), Prevenção de Doença e Promoção de Saúde (Sorensen et al., 2012). É aqui que pode ser feita a leitura relativa aos indicadores que referem a utilização dos serviços de saúde (com uma noção dos seus custos), comportamentos em saúde (que determinam resultados em saúde), participação (mediatizada pelo empowerment/consciencialização) (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014).

Atravessar as etapas do processo de literacia em saúde, em cada um destes três domínios, prepara as pessoas para gerirem de forma independente a sua saúde, realizando ações que permitam superar barreiras pessoais, sociais e económicas (Sorensen et al., 2012). A capacidade de circular em qualquer um destes domínios depende do desenvolvimento cognitivo e psicossocial, bem como das experiências anteriores e atuais (Sorensen et al., 2012), sendo estas experiências influenciadas, muitas vezes, pelas atitudes dos profissionais de saúde, que tendem a ignorar o nível de literacia geral, e mais especificamente em saúde, utilizando conceitos muito técnicos e dando uma quantidade de informação elevada que muitas vezes os sujeitos não conseguem compreender, o que acaba por tornar a interação desconfortável e leva a que, muitas vezes, as pessoas sejam mais pessimistas ou desconfiadas relativamente aos tratamentos, bem como a outros aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde, o que influencia o facto de demorarem mais tempo a procurar ajuda (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Além dos componentes de literacia em saúde, o modelo da Figura 1 também apresenta os principais antecedentes e consequências da literacia em saúde. Entre os fatores que afetam a literacia em saúde é realizada uma distinção entre fatores distais, que incluem determinantes sociais e ambientais (e.g. situação demográfica, cultura, idioma) e fatores proximais, relacionados com os fatores pessoais (e.g. idade, sexo, raça, educação) (Sorensen et al., 2012).



Em suma, a literacia em saúde é formatada a partir de determinantes contextuais e pessoais que contribuem e influenciam as capacidades de compreensão, gestão e investimento que são elementos fundamentais que acompanham longo do ciclo de vida de uma pessoa a sua adoção de estilos de vida promotores de saúde (Saboga-Nunes et al., 2014). No entanto a literacia em saúde é muitas vezes um fator negligenciado, apesar da influência que exerce nos comportamentos de saúde e consequentemente nos seus resultados ao nível da prevenção de doença e promoção de saúde (Lindau, Basu & Leitsch, 2006).

#### 1.4. Implicação da Literacia em Saúde nos resultados de saúde

A Organização Mundial de Saúde define resultados de saúde como “*uma mudança no estado de saúde de um indivíduo, grupo ou população, atribuível a uma intervenção planeada ou a uma série de intervenções, independentemente de tal intervenção ter a intenção de mudar o estado de saúde*” (WHO, 1998, p.10). Recentemente, começou a ser dada considerável atenção à análise dos determinantes da saúde e à definição dos resultados associados às atividades relacionadas com a saúde, sendo um desses determinantes a literacia em saúde (Nutbeam, 2000), uma vez que esta se encontra associada à aquisição de novos conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde mais positivos e maior autoeficácia (Pedro, Amaral & Escoval 2016).

A literacia em saúde pode influenciar, de forma significativa, os resultados de saúde em três aspetos essenciais: na forma como são percebidos os cuidados de saúde, na interação entre o paciente e os profissionais de saúde e na autogestão da saúde (Nutbeam, 2008). Importa salientar que a atitude dos profissionais de saúde é crucial nestes aspetos, na medida em que poderão influenciar o tipo de interação que se desenvolve o que, muitas vezes, leva a que as pessoas acabem por se tornar mais pessimistas, desconfiadas e que desenvolvam uma maior dificuldade em compreender ou identificar sintomas importantes, bem como em perceberem a importância da prevenção de doença e da proteção de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Vários estudos demonstram que diferentes níveis de literacia em saúde se associam a diferentes resultados de saúde. Por exemplo, Baker, Parker, Williams e Clark (1998) realizaram um estudo denominado “*Literacy in Health Care Study*”, no qual participaram um total de 979 pacientes do departamento de emergência do Hospital *Grady Memorial*. Os resultados deste estudo permitiram identificar que, na população em estudo, pessoas com um nível de literacia em saúde inadequado apresentaram uma probabilidade duas vezes maior de serem hospitalizadas durante o período de dois anos em que decorreu a investigação. Wolf et al. (2007) encontram uma associação significativa entre o nível de literacia e a adesão à medicação antirretroviral em 204 pacientes diagnosticados com o Vírus da Imunodeficiência

Humana (VIH), apresentando pacientes com um baixo nível de literacia em saúde uma menor taxa de adesão, menor conhecimento sobre os tratamentos para o VIH e menor autoeficácia para tomar a medicação da forma como foi prescrita.

O conhecimento limitado em saúde pode também reduzir a capacidade dos indivíduos em compreender e utilizar materiais básicos relacionados com a saúde, nomeadamente receitas e rótulos de medicação, folhetos e boletins de educação e planos em saúde e, como tal, afetar a sua capacidade de tomar decisões de saúde apropriadas no tempo adequado (White, Chen, & Atchison, 2008). Ellis, Mullan, Worsley e Pai (2012) realizaram um estudo exploratório qualitativo com o objetivo de avaliar os comportamentos de procura de informação em doentes diagnosticados com artrite, sendo que para tal utilizaram entrevistas semiestruturadas individuais aplicadas a 20 participantes. Os resultados do estudo permitiram perceber que participantes com um baixo nível de literacia em saúde apresentam uma menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de procura de informação sobre saúde, ao contrário dos com um alto nível de literacia em saúde, que procuravam obter informações a partir de diversas fontes, destacando-se a internet e o recurso a profissionais de saúde. De salientar que, neste estudo, foi também identificada a existência de uma maior tendência para os indivíduos com um nível elevado de literacia em saúde serem provedores de informação sobre saúde dentro da sua rede social informal.

Um baixo nível de literacia em saúde é também identificado em diversos estudos como um fator de risco associado a diversas doenças (Pignone, DeWalt, Sheridan, Berkman & Lohr, 2005 cit in Pedro et al., 2016). Por exemplo, Morris e colaboradores (2013) realizaram um estudo com 1013 adultos com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos de idade, com o objetivo de explorar se um baixo nível de literacia em saúde se encontra associado ao envolvimento em atividades de prevenção e rastreio do cancro em três aspetos. Os resultados do estudo revelaram que adultos com baixa literacia em saúde são mais propensos a evitar consultas médicas, ter atitudes mais fatalistas relativamente ao cancro, apresentar mais dificuldades em identificar o objetivo dos testes de rastreio do cancro e ser mais propensos a evitar informações relativamente a diversas doenças.

## 1.5. Avaliação da Literacia em Saúde

Avaliar a literacia em saúde é, obviamente, desafiador, uma vez que esta é mais fácil de conceptualizar do que medir diretamente, por ser um constructo complexo, multifacetado e amplo que envolve uma série de componentes, relacionadas com diferentes características individuais, mas também dos cuidados de saúde (Baker, 2006). Atualmente existe ainda alguma dificuldade em conjugar as variadas componentes de forma a realizar uma avaliação

completa, no entanto, e apesar da dificuldade, existem algumas medidas que o conseguem fazer de forma razoável (Baker, 2006).

A construção dos instrumentos de avaliação de literacia em saúde tem sido baseada na procura, compreensão, avaliação, comunicação e utilização da informação relacionada com saúde. A maioria dos instrumentos segue uma abordagem multidimensional, centrada essencialmente no vocabulário e na aritmética e focando-se em abordagens tradicionais, como é o caso da técnica *cloze*, utilizada na avaliação da compreensão da leitura (Altin, Finke, Kautz-Freimuth, & Stock, 2014), sendo que todos estes aspetos condicionam, de certa forma, a avaliação de um constructo tão complexo como é a literacia em saúde. No entanto, e apesar das limitações comuns aos diferentes instrumentos de avaliação, estes permitem identificar diferentes tipos de informações relativas às populações mais vulneráveis, às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, ao vínculo existente entre a literacia em saúde e os resultados de saúde, aos fatores que levam à aquisição e desenvolvimento da literacia e à eficácia das diferentes intervenções realizadas (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

São vários os testes utilizados para medir o nível de Literacia em Saúde, destacando-se o *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL), *Wide Range Achievement Test* (WRAT), o *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), *The Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) e, mais recentemente, o *Newest Vital Sign* (NVS) (von Wagner et al., 2009). O *The Test of Functional Health Literacy* (TOFHLA) é o instrumento mais utilizado na avaliação da literacia e dos cuidados de saúde (Weiss et al., 2005) e, tal como o *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), permite prever até certo ponto o nível de conhecimento, os comportamentos e resultados de saúde (Baker, 2006). No entanto, apesar de serem ferramentas de rastreio úteis no contexto clínico, não permitem avaliar de forma abrangente a literacia em saúde (Nutbeam, 2009). Devido à sua extensão, tem existido cada vez mais a preocupação em criar medidas mais pequenas e mais precisas (Baker, 2006). Para além dos instrumentos previamente referidos, existem também medidas exclusivas para problemáticas específicas como, por exemplo, para a diabetes, a asma, a nutrição ou o cancro (Pleasant, McKinney, & Rikard, 2011).

Um dos primeiros estudos sobre literacia em saúde foi realizado nos Estados Unidos da América, com o objetivo de identificar os níveis de literacia em saúde da população americana a partir do *National Assessment of Adult Literacy*. Os resultados obtidos pelo NAAL indicaram que, numa amostra de 18.000 adultos, 14% apresentavam um nível de literacia em saúde baixo e que 22% apresentavam um nível básico. Tendo como base este estudo, o relatório realizado estimou que mais de 75 milhões de adultos nos Estados Unidos da América apresentam um conhecimento em saúde limitado (Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White, 2006 cit in von Wagner et al., 2009).

De salientar que a maioria dos estudos sobre literacia em saúde é realizada nos Estados Unidos da América, sendo mais escassos os estudos sobre este tema noutros países. Na Europa, por exemplo, o TOFHLA foi utilizado para investigar o nível de literacia em saúde numa amostra nacional de 759 adultos britânicos, tendo os resultados britânicos demonstrado que 11% dos participantes apresentaram um nível de literacia em saúde inadequado (Paasche-Orlow et al., 2005 cit. in von Wagner et al., 2009). Outro projeto realizado no âmbito da literacia em saúde foi o European Health Literacy Survey (HLS-EU), cujo consórcio incluía países como a Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha. Em cada país foram questionados cerca de 1000 cidadãos com idade igual ou superior a 15 anos, utilizando um instrumento multidimensional que permitia perceber a capacidade dos indivíduos em aceder, compreender, analisar e utilizar informação de saúde em diferentes domínios. Cerca de 12,4% da população questionada apresentou níveis de literacia em saúde inadequados (variando de 1,8% a 26,9%), 35,2% uma literacia em saúde problemática, 36,0% apresentou um nível de literacia em saúde suficiente e os restantes 16,5%, um nível excelente de literacia em saúde. Valores mais elevados foram encontrados nos indivíduos que reportam um estado de saúde mais elevado, bem como, no sexo feminino. De salientar que este foi o primeiro estudo a fornecer dados sobre a população europeia no que concerne a este aspeto (Sorensen et al., 2015).

Também em Portugal foram realizados estudos para determinar o nível de Literacia em Saúde da população. A primeira contribuição ocorreu em 1995 com o *Estudo Nacional de Literacia*, cujo objetivo central consistiu na avaliação da literacia da população adulta portuguesa. Outros dos objetivos foram: conhecer a situação nacional no que diz respeito às competências de literacia da população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos; proporcionar alguns elementos de comparação indireta com resultados de estudos internacionais realizados neste campo; formular hipóteses quanto às causas e consequências das situações encontradas; identificar variáveis que, pelo seu grau de associação à literacia, permitam, com recurso a metodologias de avaliação indireta, acompanhar o desenvolvimento do fenómeno; identificar temas para estudos posteriores cujo interesse resulte da pesquisa realizada. A população de referência do estudo, relativamente à qual se construiu uma amostra representativa, foi constituída por 2449 indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e residente em Portugal Continental (Benavente, Rosa, Costa & Ávila, 1995). Os resultados do *Estudo Nacional de Literacia* permitiram identificar que os níveis de literacia em saúde da população portuguesa eram muito baixos e que os grupos mais vulneráveis eram os idosos, desempregados e empregadas domésticas (Benavente, Rosa, Costa & Ávila, 1995 cit. in Pedro et al., 2016). Passados, quase 20 anos, em 2014, foi aplicado o European Health Literacy Survey, traduzido e validado para a população portuguesa. Foi assim realizado o primeiro estudo nacional de literacia em saúde, no qual o HLS-EU-PT foi aplicado em todo o território nacional, incluindo as regiões autónomas numa amostra constituída por 1004 indivíduos com idades a partir dos 16 anos. Os resultados evidenciaram

que cerca de 61% da população questionada apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos nove países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha e Portugal) nos 49.2%. Em pior situação que os portugueses só se encontra a Bulgária, uma vez que 62.1% dos participantes deste país apresentam níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados. No polo oposto está a Holanda, país no qual a percentagem é apenas de 28.7%. Relativamente à dimensão cuidados de saúde, esta, apresenta, os valores mais preocupantes, visto ser, dos 9 países, aquele onde se verificam os piores resultados, sendo que apenas 44.2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde. No que concerne à prevenção da doença, cerca de 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde, comparativamente com a média dos 9 países, que apresenta, nesta dimensão, o valor de 54.5%. Na dimensão promoção de saúde, 60.2% da população examinada apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado. Comparativamente, a Bulgária apresenta, nesta dimensão, um nível problemático ou inadequado correspondente a 70.3%, sendo a Irlanda e a Holanda, os países com os melhores resultados a este nível. A média situa-se nos 52.1% (Pedro et al., 2016).

Este instrumento foi também utilizado por Marques (2015) com o objetivo de avaliar o grau de literacia em saúde de pacientes e familiares num serviço de internamento hospitalar. A amostra foi composta por 202 indivíduos, com uma idade média de 50 anos. Os resultados revelaram que cerca de 15% dos inquiridos apresentava literacia desadequada e 47% revelavam literacia problemática.

Outro instrumento disponível no nosso país é o Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT), desenvolvido com base no HLS-EU, seguindo a sua metodologia. Este instrumento foi criado e aplicado por uma equipa do CIES-IUL com o apoio do programa Gulbenkian Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, tendo como objetivo primordial contribuir para o aumento do conhecimento sobre o nível de literacia em saúde em Portugal e identificar as principais limitações, problemas e entraves no âmbito da literacia em saúde na sociedade portuguesa, bem como orientar o potencial de ação no sentido da sua melhoria (Espanha, Ávila & Mendes, 2015). No estudo de validação do ILS-PT participaram 2104 indivíduos com 15 e mais anos, residentes em Portugal Continental, tendo os resultados permitido identificar que 11% dos inquiridos apresentava um índice geral de literacia em saúde inadequado, 38% problemático, 41.4% suficiente e 8.6% excelente. No que respeita ao índice de literacia no âmbito dos cuidados de saúde, 45.4% dos inquiridos apresentavam uma literacia limitada neste âmbito. No índice de literacia no âmbito da prevenção da doença, 45.5% dos inquiridos situavam-se num nível de literacia com limitações. Por fim, no índice de literacia em saúde no âmbito da promoção da saúde, 48.9% dos inquiridos concentravam-se nos níveis mais positivos de literacia e 51.1% com limitações (Espanha et al., 2015). Salienta-se o facto de

que o Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal será o instrumento que será utilizado neste estudo, como tal será descrito mais pormenorizadamente no capítulo da metodologia.

Em suma, apesar de existirem alguns instrumentos de avaliação de literacia em saúde, continua a existir a necessidade de se desenvolverem outros mais abrangentes que incluam todas as componentes da literacia em saúde ou pelo menos a maioria, para que a avaliação do nível de literacia seja mais precisa, mas também para ajudar a orientar os esforços que permitam a educação dos indivíduos de todas as faixas etárias sobre questões relacionadas com saúde, nomeadamente comportamentos e atitudes (Baker, 2006). É também importante salientar que a avaliação da literacia em saúde não deve ser feita apenas a nível individual, mas também ser realizada nos diferentes sistemas de cuidados de saúde e junto dos profissionais de saúde, o que não acontece atualmente (Pleasant et al., 2011). No entanto é importante reconhecer que as atuais medidas originaram contribuições muito relevantes no estudo da literacia em saúde (Pleasant et al. 2011).

## 1.6. Literacia em Saúde em estudantes universitários

Atualmente, os estudantes universitários não são considerados uma população vulnerável no que concerne aos níveis de literacia em saúde, sendo este facto justificado pelas habilitações literárias desta população (Mackert, Champlin, & Mabry-Flynn, 2017). Por outro lado, se esta é também uma das populações que possui um maior e melhor acesso a recursos considerados úteis e pertinentes para o aumento ou reforço das competências associadas à literacia em saúde, é certo, no entanto, que na sua maioria procura informações de saúde a partir de fontes pouco viáveis (Harper, 2014). A perceção de que os estudantes universitários não são uma população vulnerável no que diz respeito aos níveis de literacia em saúde acaba por influenciar de forma negativa a forma como os estudantes universitários expõem as suas dificuldades e dúvidas no que se refere à sua saúde, ou então, a formar uma perceção exagerada relativamente à sua competência de procurar, identificar, encontrar e avaliar as informações de saúde que encontram (Mackert et al., 2017), o que acaba por se revelar uma barreira para o desenvolvimento de verdadeiras competências de literacia em saúde (Ivanitskaya, O'Boyle, & Casey, 2006).

A maioria dos estudantes universitários evidencia uma tendência para procurar informações relacionadas com saúde na Internet (Ickes & Cottrell, 2010), sendo este facto comprovado por diversos estudos. Os resultados de uma investigação realizada por Mackert e colaboradores (2017), com uma amostra de 453 estudantes de uma Universidade no Texas, revelaram que a maioria dos participantes tendia a procurar informação sobre saúde na Internet e só depois com um profissional de saúde ou os pais (Mackert et al., 2017). De salientar que o facto de a maioria dos estudantes procurar informações relacionadas com saúde *online* pode revelar-se

arriscado, principalmente quando não possuem competências adequadas de literacia em saúde, nem habilidades para interpretar as informações, o que conseqüentemente será negativo para a sua saúde (Ickes & Cottrell, 2010). Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, e Faulkner (2010), num estudo com 1202 estudantes universitários de Toronto, revelaram que quase 46% dos inquiridos respondeu não receber habitualmente informação sobre saúde, sendo que dos que afirmaram receber informações de saúde, foi apontada a Internet como a principal fonte de recepção de informação. No que concerne ao tipo de informação recebida os participantes destacaram o exercício físico (25,5%), a prevenção da violência de gênero (26%), doenças sexualmente transmissíveis (21,3%), com principal destaque para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) (18,9%), prevenção da gravidez (13,5%), prevenção de consumo de álcool e outras drogas (20%), nutrição e comportamentos alimentares (16,6%), prevenção de acidentes (9,1%) e a prevenção do suicídio (3,4%) como os principais tópicos. Os rapazes referiram ter recebido mais informação sobre prevenção de consumo de álcool e outras drogas do que as raparigas.

No que se refere aos níveis de literacia em saúde em estudantes universitários, foram também realizados estudos internacionais. Ickes e Cottrell (2010) recorreram ao TOFHLA para avaliar os níveis de literacia em saúde de 399 estudantes universitários matriculados numa universidade dos Estados Unidos da América, entre abril de 2007 e março de 2008. Além disso foi realizada a comparação entre: os níveis reais de literacia em saúde dos estudantes universitários e os níveis esperados; os níveis reais de literacia em saúde dos estudantes universitários e a importância da literacia em saúde; e os níveis esperados de literacia em saúde dos estudantes universitários e a importância da literacia e saúde. No que concerne aos resultados, destaca-se que 98,8% dos participantes apresentaram um nível adequado de literacia em saúde, 0,3% um nível inadequado e 0,9 funcional, sendo ainda de salientar que maioria dos estudantes valorizava a importância da literacia em saúde (89,3%). Estes resultados podem ser indicadores de que os estudantes universitários compreendem a importância de utilizar informações de saúde para tomar decisões relacionadas com a saúde. No que concerne à importância da literacia em saúde para os estudantes, verificou-se que a maioria valoriza a sua importância e considera ter habilidades adequadas de literacia em saúde (Ickes & Cottrell, 2010).

Tu e Wang (2013) realizaram um estudo qualitativo descritivo com 16 estudantes universitárias sexualmente ativas, com idades compreendidas entre os 20 e os 22 anos de Taiwan. Este estudo concentrou-se na exploração de experiências de jovens mulheres a partir de relatos individuais sobre a prevenção do cancro do colo do útero relacionado com o vírus do papiloma humano. Esta investigação identificou que o nível de literacia inadequado é um dos principais obstáculos à prevenção do cancro do colo do útero e do HPV, sendo estes resultados consistentes com estudos realizados previamente noutros países (Tu & Wang, 2013).

Em Portugal o estudo de validação do ILS-PT realizado por Espanha, Ávila e Mendes (2015), com 2104 indivíduos, identificou que é entre os inquiridos que detêm um grau de escolaridade mais elevado que se encontra uma maior percentagem de indivíduos com melhores níveis de literacia em saúde. Os inquiridos com o ensino superior destacam-se pelos elevados valores médios que obtêm, sendo que 18.2% dos inquiridos com o ensino superior apresentam um nível de literacia em saúde excelente, 48.5% suficiente, 27.8% problemático e 5.6% inadequado.

Em suma, os resultados destes estudos evidenciam a importância inequívoca das qualificações escolares no nível de literacia em saúde, uma vez que estas parecem condicionar de forma decisiva as competências individuais de literacia (Espanha et al., 2015).

## 2. Comportamentos de Saúde

### 2.1. Conceito de Comportamentos de Saúde

Os comportamentos de saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde (1998) como *“qualquer atividade realizada por um indivíduo, independentemente do estado de saúde real ou percebido, com a finalidade de promover, proteger ou manter a saúde, seja ou não esse comportamento objetivamente eficaz para esse fim”* (WHO, 1998, p.8), sendo esta a definição mais amplamente difundida e utilizada. Importa salientar que, apesar de sempre ter existido algum conhecimento sobre relação entre saúde e comportamento, foi apenas nas últimas décadas do século XX que ocorreu uma quantificação dessa relação. De acordo com Ribeiro (2007a), a associação entre o conceito “comportamento” e saúde foi proposta, inicialmente, por Cobb e Kasl (1966), tendo sido posteriormente redefinida por Harris e Guten (1979) e de novo teorizada por McQueen (1987; 1988) (Ribeiro, 2007a).

Assim, Cobb e Kasl (1996 *cit. in* Ribeiro, 2007a) definiram o conceito de comportamento de saúde como qualquer atividade executada por uma pessoa, que crê ser saudável, tendo como objetivo a prevenção de doença ou a sua deteção num estado assintomático. No entanto, esta definição foi, posteriormente, considerada incompleta, uma vez que se focava apenas na doença. Tendo em conta estas críticas, Harris e Guten (1979 *cit. in* Ribeiro, 2007a) definiram o conceito de comportamentos protetores de saúde como qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde que tem ou pensa ter, tendo como finalidade a proteção, promoção ou manutenção da saúde, independentemente de esse comportamento ser, ou não, objetivamente eficaz para atingir esse fim. Posteriormente McQueen (1987,1988 *cit. in* Ribeiro, 2007a) dividiu os comportamentos associados à saúde em três tipos: (1) comportamentos de exaltação de saúde, que visam a promoção de saúde; (2)



comportamentos de manutenção de saúde, ou seja, de prevenção de doença; (3) comportamentos de prejuízo de saúde, isto é, que são prejudiciais à saúde.

Matarazzo (1983 cit in Ogden, 2004) distinguiu comportamentos prejudiciais à saúde e comportamentos de proteção à saúde, denominando os primeiros de patogénicos e os segundos de imunogénicos. Os comportamentos de risco referem-se aos comportamentos prejudiciais à saúde, ou seja, que aumentam a suscetibilidade dos indivíduos relativamente a uma causa específica. Já os segundos remetem para comportamentos cujo objetivo é evitar o surgimento de uma doença.

Neste contexto, um dos estudos mais famosos é conhecido por “*Alameda County Study*”, realizado por Belloc e Breslow (1972 cit in Ribeiro, 2004), tratando-se de um dos estudos epidemiológicos, sobre a relação entre o comportamento humano e saúde e doenças, mais rigorosos do ponto de vista metodológico. O seu principal objetivo focava-se na explicação dos fatores associados às doenças e à saúde, sendo que os resultados permitiram determinar sete tipos de comportamentos de saúde: dormir entre 7 a 8 horas por dia; tomar o pequeno-almoço todos os dias; comer raramente ou nunca entre as refeições; manter o peso ideal relativamente à altura, sem grandes oscilações; não fumar; consumir álcool de forma moderada ou nula; praticar exercícios físico regularmente (Belloc & Breslow 1972 cit in Ribeiro, 2004). A literatura tem evidenciado que participantes, quando questionados relativamente ao tipo de comportamentos que consideram como essenciais para a manutenção de uma boa saúde e qualidade de vida, destacam, maioritariamente, este tipo de comportamentos (e.g. Gany, Herrera, Avallone, & Changrani, 2006).

Outro comportamento de saúde que apresenta uma forte relevância é o comportamento de procura de informação sobre saúde, definido por Rees e Bath (2001 cit in Lambert & Loisel, 2007) como estratégias de enfrentamento focadas no problema, às vezes adotadas pelos indivíduos como resposta a situações ameaçadoras e tem sido identificado como um componente-chave do comportamento da pessoa e que auxilia no ajuste psicossocial à doença (Lambert & Loisel, 2007). Este tipo de comportamento de saúde aumentou com o aparecimento da Internet, e conseqüente eliminação de muitas barreiras ao acesso à informação, incluindo informações sobre saúde. Atualmente, os indivíduos podem obter uma quantidade significativa de informações sobre um determinado tópico, o que oferece aos pacientes novas oportunidades e uma maior participação no processo de decisão, aumentando a sua proatividade no que concerne à gestão da sua saúde (Gaglio, Glasgow, & Bull, 2012).

É importante ter em conta que para melhor compreender este conceito é fundamental perceber quais os seus principais preditores e não apenas o tipo de comportamentos de saúde que existem. Destacam-se, assim, aspetos como o género, a idade, fatores socioculturais, a genética, sintomas percebidos, crenças dos profissionais de saúde (Davidson & Freudenburg,

1996 cit in Deeks, Lombard, Michelmore, & Teede, 2009), atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e o estilo de vida (Dias et. al., 2001). De salientar que vários autores destacam que os comportamentos adotados pelos sujeitos, sejam eles protetores de saúde ou de risco são, geralmente, consequência do estilo de vida individual (Dias, et. al., 2001), definido como *“modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, as relações sociais e as condições de vida socioeconômicas e ambientais”* (WHO, 1998, p.16). Por exemplo, Steptoe, Wardle, Pollard, Cnaan e Davies (1996) defendem que os fatores psicossociais, a capacidade de adaptação versus confronto ( *coping*) e o apoio social, quando articulados, influenciam os comportamentos de saúde e consequentemente os resultados de saúde obtidos.

Em suma, os comportamentos de saúde devem ser compreendidos a partir de características objetivas, ou seja o tipo de comportamentos adotados, mas também a partir dos preditores e dos recursos que os sujeitos possuem e que os fazem sentir menos ou mais motivados para prevenirem doenças e manterem a sua saúde (Rothman & Salovey, 1997).

## 2.2. Modelos de Mudança de Comportamentos

As causas e os processos de mudanças nos comportamentos de saúde são uns dos principais objetos de estudo da Psicologia Clínica e da Saúde (Montanaro & Bryan, 2014), sendo que, atualmente, são vários os modelos conceituais, oriundos de diversas tradições teóricas, que permitem compreender os determinantes dos comportamentos de saúde (Matos & Sousa-Albuquerque, 2006).

Assim, são diversos os modelos que procuram identificar e compreender os fatores envolvidos na adoção de comportamentos de saúde, destacando-se, na literatura, o Modelo de Crenças em Saúde, a Teoria da Ação Racional e do Comportamento Planeado e o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental. Todos estes modelos procuram identificar os comportamentos de saúde dos sujeitos bem como a sua intenção para os realizar.

### 2.2.1. Modelo de Crenças em Saúde

Desde o início da década de 50 do século XX, o Modelo das Crenças de Saúde é um dos mais utilizados na pesquisa dos comportamentos de saúde, no que concerne à sua manutenção e intervenção (Champion & Skinner, 2008). Primeiro, em 1960, Rosenstock utilizou o modelo com o objetivo de explicar o fracasso generalizado da adesão a programas preventivos e de identificação de doenças; posteriormente, Kirscht, em 1974; estendeu o modelo de forma a

estudar a resposta dos sujeitos a diversos sintomas; e, finalmente, Becker, também em 1974, completa esta ideia ao focar-se nos comportamentos adotados pelos indivíduos face a uma doença diagnosticada (Champion & Skinner, 2008).

O modelo engloba cinco dimensões, sendo elas a vulnerabilidade percebida (forma como os sujeitos se sentem face às ameaças que possam existir para a sua saúde), a gravidade percebida (avaliação realizada pelo indivíduo relativamente ao grau de seriedade e perigosidade dessa mesma ameaça), os benefícios percebidos (crença do indivíduo relativa à sua capacidade de superar as dificuldades de execução ou as consequências negativas da realização das ações recomendadas para enfrentar a ameaça) e, por fim, a autoeficácia (capacidade percebida de executar a ação preventiva), tendo esta última dimensão apenas sido adicionada ao modelo em 1988 (Montanaro & Bryan, 2014).

A utilização deste modelo tem sido útil ao longo das últimas décadas, principalmente no que diz respeito aos comportamentos de proteção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, bem como na predição de adesão aos diversos tipos de rastreios (Champion & Skinner, 2008).

### 2.2.2. Teoria da Ação Racional e do Comportamento Planeado

A Teoria da Ação Racional foi desenvolvida, na década de 1960, por Martin Fishbein, sendo posteriormente revista e expandida em colaboração com Icek Ajzen e outros estudiosos (Ajzen & Madden, 1986). Esta teoria defende que são dois os preditores da intenção, sendo o primeiro a atitude face ao comportamento, e que se encontra associado à avaliação positiva ou negativa face ao comportamento em questão, bem como das consequências. O segundo preditor, ao contrário do primeiro que tem um carácter mais individual e pessoal, tem um carácter mais social e corresponde à norma subjetiva que se refere à percepção do sujeito face à pressão social para realizar determinado comportamento, juntamente com a motivação dos sujeitos para agradar aos diferentes pontos de vista (Ajzen & Madden, 1986). Desde o seu desenvolvimento, a Teoria da Ação Racional tem sido utilizada maioritariamente para antecipar comportamentos de saúde (Garcia & Mann, 2013).

A Teoria do Comportamento Planeado, é um dos modelos cognitivos mais utilizados e foi desenvolvida por Icek Ajzen na década de 80, corresponde a uma extensão da Teoria da Ação Racional, uma vez que inclui um constructo adicional, o controlo comportamental percebido (Montaño & Kasprzyc, 2008), ou seja, o grau em que os indivíduos avaliam se têm as competências necessárias para lidar com determinada situação ou executar determinado comportamento e também o grau em que acreditam que a realização de determinado comportamento será fácil, sendo isto medido em termos de dificuldade ou facilidade de execução do comportamento (Garcia & Mann, 2013). Este modelo tem sido muito utilizado

nas últimas décadas na prevenção e explicação de uma série de comportamentos e intenções de saúde, nomeadamente o consumo, o tabagismo, comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (Montaño & Kasprzyc, 2008).

É ainda importante salientar que, segundo estas duas teorias, a realização de determinado comportamento apenas se encontra sob o controlo do sujeito se este puder tomar a decisão de o realizar ou não, no entanto cada vez mais, este controlo é afetado por fatores internos, nomeadamente as competências, capacidades pessoais e conhecimento, ou por fatores externos, nomeadamente o tempo, o dinheiro, oportunidade e até mesmo a cooperação das pessoas envolvidas na vida do indivíduo (Ajzen & Madden, 1986).

### 2.2.3. Modelo Transteórico de Mudança Comportamental

O Modelo Transteórico de Mudança Comportamental foi desenvolvido por Prochaska DiClemente, em 1984, e postula a mudança como um processo que se desenrola ao longo do tempo, que evolui através de uma série de cinco estágios, embora nem sempre ocorra de forma linear (Prochaska, Redding, & Evers, 2008).

Assim, este modelo postula a existência de cinco estágios de mudança de forma a integrar processos e princípios de mudança em diferentes formas de intervenção (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). O primeiro estágio é o da pré-intenção, no qual o sujeito não considera a mudança, o segundo estágio é o da intenção, na qual o sujeito começa a considerar a mudança, mas não se compromete com ela. O terceiro estágio é o da preparação, em que o sujeito começa a planear a mudança, seguido pela ação, onde é concretizada essa mesma mudança. Depois de realizada a ação é importante ter em conta a manutenção da mudança, sendo esta o quinto e último estágio e na qual esta se mantém por mais de seis meses, no entanto pode também ocorrer uma recaída, na qual o sujeito não consegue manter a mudança e recua estágios (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). O movimento de ida e volta, entre estágios, representa um processo de aprendizagem sucessivo na qual o indivíduo continua a refazer tarefas de vários estágios para alcançar o nível pretendido, no qual o sujeito consegue uma manutenção bem sustentada do comportamento (DiClemente, Schlundt, & Gemmel, 2004).

### 2.3. Avaliação dos comportamentos de saúde

Segundo Ribeiro (2004), a avaliação dos comportamentos de saúde pode ser feita de duas formas, sendo o modo mais eficaz observar os sujeitos numa base de 24 sobre 24 horas ou em períodos alargados de tempo pré-determinados. No entanto, este acaba por ser um

procedimento muito dispendioso de recolha de informação, como tal utiliza-se raramente. Deste modo, a forma mais frequente de avaliar este tipo de comportamentos passa por questionar as pessoas relativamente ao modo como se comportam, no entanto, e de acordo com o mesmo autor, importa salientar que geralmente as respostas obtidas são mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que aquilo que realmente fazem. Assim, uma forma prática de ultrapassar este problema passa por avaliar as atitudes em relação a esses comportamentos, sendo que, de facto, geralmente, é isso que se avalia quando se pergunta às pessoas como foi o comportamento que tiveram (Ribeiro, 2004).

Baranowsky (1997) defende que os estilos de vida e as crenças de saúde parecem estabelecer-se relativamente cedo na vida definindo o padrão de comportamentos adotados posteriormente e ao longo de toda a vida. Como tal, e tendo em conta a revisão de literatura realizada, é possível perceber que a maioria dos estudos e dos instrumentos desenvolvidos se foca em avaliar os comportamentos de saúde dos adolescentes e jovens adultos. Em 1995, nos Estados Unidos da América, o *Center of Disease Control and Prevention* desenvolveu o *National College Health Risk Behavior Survey* com o objetivo central de observar os comportamentos de saúde, particularmente os de risco, em alunos do ensino superior em seis áreas: comportamentos que contribuem para lesões intencionais e não intencionais; consumo de tabaco; consumo de álcool e outras drogas; comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis; comportamentos diabéticos não saudáveis; e por fim inatividade física (Douglas et al., 1997). Este instrumento contribuiu para a construção de alguns dos itens do Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários desenvolvido por Santos, Pereira e Veiga em 2007. Este instrumento é composto por 24 itens e tal como na versão americana avalia seis categorias de comportamentos: hábitos tabágicos; consumo de álcool e outras drogas; comportamentos sexuais de risco; hábitos alimentares; inatividade física; e condução de risco (Santos, 2011).

Para além do Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (Santos, Pereira & Veiga, 2007), são outros os questionários utilizados em Portugal para avaliar os comportamentos de saúde noutras populações. O Questionário de Hábitos de Saúde (Geda, 1996 cit in Pereira & Silva, 2002) é um instrumento que traduz o grau em que os indivíduos praticam um estilo de vida saudável ao avaliar diversos indicadores de saúde, nomeadamente, a prática de desporto, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, a ingestão de sal e consumo de frutas e vegetais (Pereira & Silva, 2002).

Em 2004, Pais Ribeiro desenvolveu o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, que avalia o modo como as pessoas se costumam comportar no seu dia-a-dia tendo em conta a forma como cuidam da sua saúde de forma a evitar doenças em cinco categorias: exercício físico; nutrição; autocuidado; segurança motorizada; uso de drogas ou similares (Ribeiro, 2004). Este instrumento tem sido utilizado para avaliar comportamentos de saúde em

diferentes contextos, nomeadamente laboral (e.g. Marques, 2010) e escolar (e.g. Antunes, 2015; Nabais, 2014). Sendo este um dos instrumentos utilizado no presente estudo, será descrito mais detalhadamente da metodologia.

Mais recentemente, Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga e Dixe (2014), adaptaram para Portugal o *Health-Promoting Lifestyle Profile-II* desenvolvido por Walker, Sechrist, & Pender em 1995. Este instrumento permite avaliar comportamentos e estilos de vida saudáveis através de 52 itens de autorresposta que medem a frequência de comportamentos de promoção de saúde em seis áreas, nomeadamente: responsabilidade em saúde, atividade física, nutrição, crescimento espiritual, relações interpessoais e gestão de *stress* (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga, & Dixe, 2014).

Apesar de existirem alguns instrumentos de avaliação dos comportamentos de saúde, é necessário desenvolver medidas mais precisas, uma vez que avaliar estes comportamentos é fundamental pois contribui para a implementação de campanhas de saúde pública que educam as populações-alvo sobre a necessidade de estilos de vida saudáveis e permite também o desenvolvimento de programas e políticas de promoção de saúde (Mokdad & Remington, 2010).

## 2.4. Comportamentos de Saúde em estudantes universitários

A entrada na universidade é considerada uma fase de transição e adaptação na vida de muitos jovens adultos, não só porque é um período no qual decorrem diversas mudanças na vida, proporcionadas pela independência e pela autonomia (Mackert et al., 2017), mas também porque parece existir algo na universidade que propicia ou facilita determinadas experiências que outros contextos não fazem (Dworkin, 2005 cit in Santos, 2011). A maioria das mudanças ocorre ao nível das relações sociais e na adoção de novos comportamentos que, por vezes, tornam o estudante universitário vulnerável a circunstâncias que colocam em risco a sua saúde (Ramis et al., 2012). No entanto, os estudantes parecem encarar estes comportamentos como oportunidades de aprendizagem e crescimento, considerando-os por isso importantes, mesmo que possam ter consequências negativas (Dworkin, 2005 cit in Santos, 2011).

Diversos estudos demonstram que, nesta etapa, os jovens adultos evidenciam uma maior tendência para adotar comportamentos de saúde de risco, destacando-se o consumo de álcool, o tabagismo, a inatividade física e comportamentos sexuais de risco (Ah et al., 2005). Na Inglaterra, um estudo realizado por Aceijas, Waldhausl, Lambert, Cassar e Bello-Corassa (2016) facultou fortes evidências de que os comportamentos adotados pela população universitária são preocupantes, uma vez que metade dos participantes se encontrava envolvida em comportamentos considerados como prejudiciais para a saúde. Neste estudo, o

objetivo central prendia-se com o estudo da influência dos estilos de vida no estado de saúde nas áreas de atividade física, nutrição, saúde mental, tabagismo, drogas e consumo de álcool, em 468 estudantes universitários da Universidade de Middlesex. Os resultados indicaram que 60% dos participantes eram fisicamente inativos, 47% mantinham uma dieta desequilibrada e 30% apresentava um baixo bem-estar mental. No que concerne ao consumo de álcool e aos hábitos tabágicos, 42% consideram que ficavam embriagados pelo menos uma vez por mês e 16% eram fumadores.

Um estudo realizado por Zuckerman e Kuhlman (2000) cujo objetivo consistia em identificar os comportamentos de risco adotados por 260 estudantes universitários em seis áreas (tabagismo, álcool, drogas, sexo, condução e jogo), verificou que este tipo de comportamentos estavam intercorrelacionados de forma significativa, entre si e em ambos os sexos. De salientar que os resultados não foram considerados surpreendentes, uma vez que os autores consideram que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm, provavelmente, um papel principal no envolvimento em comportamento sexual de risco, tal como ter sexo não protegido com pessoas desconhecidas (Zuckerman & Kuhlman 2000).

Ramis e colaboradores (2012) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a prevalência dos hábitos tabágicos e do consumo de álcool, de 485 estudantes universitários no Brasil e identificar os fatores associados a esses comportamentos. Os resultados permitiram verificar que 75% dos participantes consomem álcool pelo menos uma vez por mês e que a prevalência de risco para o alcoolismo é equivalente a 6.2%. Relativamente aos hábitos tabágicos, 10.2% dos estudantes fumam regularmente ou nos fins-de-semana. Destaca-se o facto de que mais de 90% dos participantes adquiriram os hábitos antes de ingressarem na Universidade, o que demonstra que o início do consumo começa, cada vez mais, a ocorrer em idades precoces. Também no Brasil, e utilizando o *National College Health Risk Behavior Survey*, França e Colares (2008), foi desenvolvido um estudo, cujo principal objetivo consistia em avaliar os comportamentos de saúde de 735 estudantes universitários da área de saúde, sendo considerados estudantes de início de curso, os alunos matriculados no primeiro semestre e os de final de curso, aqueles matriculados no último semestre com disciplinas teóricas. Os resultados demonstraram que de maneira geral, não existem diferenças significativas, no que diz respeito aos comportamentos de saúde adotados pelos estudantes no final ou no início do curso, porém, observou-se uma maior frequência de comportamentos de risco no que concerne ao consumo de álcool, tabaco e práticas sexuais nos estudantes que se encontram no final de curso (França & Colares, 2008).

Em Portugal, foi desenvolvido um estudo por Antão e Branco (2011), com o objetivo de conhecer atitudes e comportamentos, ao nível afetivo-sexual, em estudantes do ensino superior. Para este efeito, foi utilizada uma amostra de 382 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, tendo os resultados revelado que apenas 19% dos alunos vigiavam

anualmente a sua saúde e que mais de metade (58%) consideravam que saúde é sinónimo de não estar doente. Relativamente à perceção dos estudantes no que concerne à sua saúde afetivo-sexual, 31% consideravam que não corriam grandes riscos, 5% nunca evitavam mudar de parceiro sexual, 8% nunca evitavam ter relações sexuais com pessoas que mal conhece. Salienta-se o facto de que a maioria dos estudantes (67%) relatou que a sua vida sexual decorre essencialmente em contextos afetivos. A partir dos resultados obtidos é também possível identificar que os comportamentos de risco estão mais associados ao sexo masculino e que o género feminino revela ser mais cuidadoso no âmbito afetivo-sexual (Antão & Branco, 2011).

Dias e colaboradores (2001) realizaram um estudo com uma amostra de 359 estudantes universitários de uma instituição de ensino superior universitário, distribuído por quatro licenciaturas no âmbito das Ciências da Saúde, tendo como objetivo avaliar em que medida os estudantes das ciências de saúde progridem, em termos de adoção de comportamentos de saúde, do primeiro para o último ano do curso. De acordo com os resultados obtidos, o aspeto mais saliente é a resistência à mudança observada nos comportamentos imunogénicos, nas autoavaliações de saúde e nas intenções de modificar determinados tipos de comportamentos, assim como, o facto da maioria dos dados obtidos apontar para existência de alterações nos comportamentos de saúde nos primeiros anos do curso, que parecem diluir-se no quarto ano. A realidade deste estudo sugere que as aprendizagens obtidas ao longo da progressão do sujeito enquanto aluno de ciências da saúde não são suficientes para influenciar a mudança de hábitos de saúde (Dias et al. 2001).

Santos (2011) realizou um estudo transversal com 666 estudantes universitários da Universidade de Aveiro tendo por objetivo caracterizar a saúde mental dos estudantes universitários, identificar padrões de consumo de álcool e a sua associação a comportamentos sexuais de risco e condução sob o efeito de álcool e analisar a relação entre saúde mental e o consumo de álcool no ensino superior. Os resultados demonstraram que 32% dos participantes se encontravam num patamar disfuncional no que diz respeito à sua saúde mental e que apenas uma minoria desses alunos se encontrava a receber apoio psicológico profissional. No que diz respeito ao consumo de álcool a maioria dos estudantes ingeria bebidas alcoólicas, principalmente durante o período de festas académicas e 13% dos estudantes sexualmente ativos admitiram ter tido relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e 29% praticaram condução sob o efeito de álcool. Destaca-se o facto de que os resultados demonstraram que à medida que o consumo de álcool aumentava, o *stress* diminuía e o bem-estar aumentava ligeiramente (Santos, 2011). Albuquerque, Ferreira, Pereira e Oliveira (2010) procuraram estudar as motivações para o consumo de álcool, em 354 estudantes universitários portugueses, demonstrando que os principais motivos para o consumo de álcool são, por ordem decrescente: o prazer (25.7%), para ficar alegre (24%), para desinibir (18.7%), para esquecer os problemas do dia-a-dia (13.3%), para se relacionar com os outros que também



bebem (7.9%), para se acalmar (7.4%), porque tem saudades da família e amigos (6.8%) e para esquecer problemas/raiva face a namorado(a) ou amigos (5.9%). Rodrigues, Salvador, Lourenço e Santos (2014) também procuraram apresentar dados referentes à prevalência do consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro e contribuir para o conhecimento dos hábitos dos jovens universitários portugueses. O estudo foi realizado com 760 estudantes da Universidade de Aveiro e os resultados permitiram verificar que a maioria dos estudantes apresentam consumos elevados de álcool, sobretudo em festas académicas, no entanto os comportamentos de risco associados não se mostram significativos.

Em suma, apesar de existir um número considerável de estudos sobre os comportamentos de saúde dos estudantes universitários é importante continuar a controlar de que forma estes evoluem ao longo do tempo (Matos & Gaspar, 2005 *cit. in* Santos, 2011), uma vez que as decisões tomadas nesta etapa podem ter impacto não apenas nos resultados imediatos de saúde, mas também nos resultados a longo prazo, (Mackert, Champlin, & Mabry-Flynn, 2017). Como tal é essencial a promoção de hábitos saudáveis nesta etapa, visto que a maioria dos comportamentos adotados persistem durante toda a vida (Ramis, et. al, 2012).

## Síntese do Capítulo

Neste capítulo pudemos verificar que a literacia em saúde é um conceito relativamente recente, sendo um conceito que se encontra em constante evolução. As definições encontradas são consensuais e defendem que a literacia em saúde é resultado das capacidades individuais dos sujeitos e que influencia a forma como os sujeitos obtêm, analisam e compreendem informações sobre saúde, bem como se movem nos serviços de saúde e se relacionam com os profissionais de saúde. A literacia em saúde pode ainda, segundo Nutbeam (2000), ser dividida três em níveis de literacia em saúde: a literacia básica ou funcional; a literacia comunicativa ou interativa; e por último a literacia crítica. De salientar que o nível de literacia em saúde de cada indivíduo é influenciado por uma série de aspetos, nomeadamente o nível socioeconómico, habilitações literárias, crenças, entre outros e como tal varia de pessoa para pessoa. Visto que a literacia em saúde é influenciada por todos estes aspetos torna-se importante operacionalizar este conceito, sendo o modelo mais abrangente o de Saboga-Nunes, denominado de Modelo conceptual integrativo de literacia em saúde (2014). A partir deste modelo é possível verificar que a literacia em saúde é um dos determinantes dos resultados de saúde e diversos estudos demonstram que os diferentes níveis de literacia em saúde se encontram associados a diferentes resultados de saúde. Como tal, avaliar a literacia em saúde torna-se assim essencial, verificando-se, no entanto, que apesar da diversidade de instrumentos existentes, a maioria não permite uma avaliação precisa. Neste contexto, verifica-se que os estudantes universitários não são considerados

uma população vulnerável, devido aos recursos a que têm acesso, facto comprovado pela maioria dos estudos encontrados.

Um comportamento de saúde é qualquer comportamento relacionado com o estado de saúde do indivíduo (Ogden, 2004). Podem distinguir-se os chamados comportamentos de risco e os comportamentos de proteção de saúde, sendo estes influenciados por diversos fatores (e.g. género, atitudes, fatores socioculturais) e pelo estilo de vida individual. Posto isto, são vários os modelos em Psicologia Clínica e da Saúde que procuram compreender os fatores envolvidos na adoção de comportamentos. A par dos modelos a avaliação dos comportamentos de saúde é também crucial para o seu entendimento, principalmente a avaliação das atitudes, no entanto, tal como acontece com a literacia em saúde os instrumentos existentes não permitem fazer uma avaliação precisa. Importa salientar que tal como noutras temáticas, algumas populações são vulneráveis, neste caso destacam-se os estudantes universitários, uma vez que, pela primeira vez, conseguem total independência e os levam a tomar decisões perigosas e pouco ponderadas relativamente à sua saúde e que podem ser prejudiciais a longo prazo.

## Capítulo 2: Metodologia

Este capítulo tem como principal finalidade a apresentação dos objetivos do estudo, bem como a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados e do procedimento de recolha e tratamento de dados

### 1. Apresentação do estudo e objetivos

O presente estudo enquadra-se num projeto de investigação mais alargado designado “Preditores psicossociais de saúde física em crianças e jovens”, liderado por uma equipa de investigadores do Departamento de Psicologia e Educação, contando também com a colaboração do Departamento de Ciências do Desporto da Universidade da Beira Interior.

Definiu-se como principal objetivo deste trabalho contribuir para o estudo da relação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários. Mais especificamente foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar a literacia em saúde (nível de literacia geral, comportamento de procura de informação sobre saúde e atitudes face à informação) em estudantes universitários;
- 2) Caracterizar os hábitos de saúde (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física) dos estudantes;
- 3) Averiguar a existência de diferenças na literacia em saúde em função dos hábitos de saúde dos estudantes (hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física);
- 4) Averiguar a existência de diferenças na literacia em saúde atendendo a variáveis sócio demográficas (sexo e nível de escolaridade dos pais) e relativas à saúde dos participantes (perceção do estado de saúde e presença de doença de longa duração);
- 5) Analisar a relação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários;
- 6) Averiguar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo a variáveis sócio demográficas (sexo e domicílio em período escolar) e relativas à saúde dos participantes (perceção do estado de saúde e presença de doença de longa duração).

Relativamente ao modelo de investigação utilizado, trata-se de um estudo não experimental, uma vez que os dados recolhidos e posteriormente analisados não foram manipulados. É um

estudo descritivo, uma vez que se procede à recolha de dados de forma a descrever uma amostra. Para além disto é também um estudo quantitativo, devido ao facto de serem utilizados dados numéricos e por recorrer a técnicas estatísticas para os classificar e analisar. Por fim é um estudo correlacional, visto que vai analisar a relação entre literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde.

## 2. Variáveis em estudo

Para alcançar os objetivos propostos, foram definidas as seguintes variáveis de estudo:

**Literacia em saúde:** Operacionalizada através da avaliação do nível de literacia em saúde geral dos estudantes universitários que constituem a amostra, através de 47 itens (Q1 a Q47) do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT; Espanha et al., 2014). Foram considerados os seguintes níveis de literacia em saúde: nível inadequado, nível problemático, nível suficiente e nível excelente. Foram também avaliados o comportamento de procura de informação e as atitudes face à informação sobre saúde, sendo que para tal foram utilizadas as questões que constituem o módulo 2 do ILS-PT.

**Hábitos de saúde:** Avaliados a partir de questões relativas aos hábitos tabágicos, de consumo de álcool e prática de exercício físico dos participantes. Para tal, no questionário sociodemográfico, foram incluídas questões relativas à frequência de hábitos tabágicos, bem como uma questão de carácter aberto sobre o número médio de cigarros fumados diariamente e semanalmente, no caso dos participantes fumadores. Foram também incluídas questões relativas ao consumo de álcool nos últimos doze meses e frequência nos últimos 30 dias. A atividade física foi operacionalizada através de uma questão sobre a frequência da prática de qualquer tipo de atividade física durante 30 minutos ou mais, no último mês.

**Atitudes e comportamentos de saúde:** Avaliados através da especificação de comportamentos de saúde adotados no dia-a-dia dos participantes, divididos em cinco categorias: exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e consumo de drogas ou semelhantes. Para avaliar esta variável foi utilizado o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS; Ribeiro, 2004).

**Perceção do estado de saúde geral:** Avaliada a partir de uma questão incluída no questionário sociodemográfico, na qual os indivíduos tinham que classificar a sua saúde geral em muito boa, boa, razoável, má, ou muito má.

### 3. Participantes

O procedimento de amostragem decorreu de forma não probabilística e por conveniência. Estabeleceram-se como critérios de inclusão no estudo: ter mais de 18 anos, frequentar a Universidade da Beira Interior e frequentar o primeiro ano de licenciatura. A amostra é composta por um total de 157 participantes, tendo os dados sido recolhidos nos Departamentos de Matemática, Química, Sociologia e Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

A amostra é maioritariamente constituída por estudantes do sexo feminino (73.2%). As idades situam-se entre os 18 e os 23 anos, sendo que a moda são os 20 anos, a mediana os 19 e a média 19.34 (DP=1.505). Tal como é possível observar na Tabela 1, a maioria dos participantes (64.3%) pertence ao grupo etário dos 18 e 19 anos. A maioria é de nacionalidade portuguesa (84.1%), embora haja também participantes de outras nacionalidades, nomeadamente angolana (9.6%), cabo-verdiana (3.8%) e brasileira (2.5%). Os participantes distribuem-se por seis cursos do primeiro ano de licenciatura da Universidade da Beira Interior. O curso com maior representatividade é o de Ciências Biomédicas (29.9%), seguido de Optometria (17.2%), Bioquímica (16.6%), Psicologia (15.9%), Sociologia (15.9%) e Bioengenharia (4.5%).

No que se refere às habilitações literárias dos pais dos participantes, 29.9% possuem o 12º ano (29.9%), seguidos do 9ª ano (24.2%), até ao 4º ano (17.8%), licenciatura (15.3%), mestrado (6.4%), doutoramento (5.7%). Relativamente às habilitações literárias das mães, 35.7% dos alunos referem que estas possuem o 12º ano, 25.5% o 9º ano, 23.6% a licenciatura, 8.9% até ao 4º ano, 5.1% o mestrado e por fim 1.3% o doutoramento.

A maioria dos estudantes vive habitualmente com a mãe, pai ou irmãos (80.8%), seguido de 12.1% que refere morar sozinho ou com colegas e 7% que mora com outros familiares. Durante o período escolar a maioria dos estudantes mora ou com colegas ou sozinho (70.7%), 25.4% com a mãe, pai ou irmãos e 3.7% com outros familiares.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

Tabela 1  
Dados sociodemográficos

| Variáveis  |                          | N   | %    |
|--|--------------------------|-----|------|
| <b>Idades</b>                                      | 18-19 anos               | 101 | 64.3 |
|  | 20-21 anos               | 37  | 23.5 |
|  | 22-23 anos               | 19  | 12.1 |
| <b>Nacionalidade</b>                               | Portuguesa               | 132 | 84.1 |
|  | Angolana                 | 15  | 9.6  |
|  | Cabo-verdiana            | 6   | 3.8  |
|  | Brasileira               | 4   | 2.5  |
| <b>Curso de frequência</b>                         | Bioengenharia            | 7   | 4.5  |
|  | Bioquímica               | 26  | 16.6 |
|  | Ciências Biomédicas      | 47  | 29.9 |
|  | Optometria               | 27  | 17.2 |
|  | Psicologia               | 25  | 15.9 |
|  | Sociologia               | 25  | 15.9 |
| <b>Habilitações Literárias do pai do estudante</b> | Até ao 4º ano            | 28  | 17.8 |
|  | 9º ano                   | 38  | 24.2 |
|  | 12º ano                  | 47  | 29.9 |
|  | Licenciatura             | 24  | 15.3 |
|  | Mestrado                 | 10  | 6.4  |
|  | Doutoramento             | 9   | 5.7  |
| <b>Habilitações Literárias da mãe do estudante</b> | Até ao 4º ano            | 14  | 8.9  |
|  | 9º ano                   | 40  | 25.5 |
|  | 12º ano                  | 56  | 35.7 |
|  | Licenciatura             | 37  | 23.6 |
|  | Mestrado                 | 8   | 5.1  |
|  | Doutoramento             | 2   | 1.3  |
| <b>Domicílio habitual</b>                          | Mãe/Pai/Irmãos           | 127 | 80.8 |
|  | Outros (família)         | 11  | 7    |
|  | Outros (colegas/sozinho) | 19  | 12.1 |
| <b>Domicílio em período escolar</b>                | Mãe/Pai/Irmãos           | 40  | 25.4 |
|  | Outros (família)         | 6   | 3.7  |
|  | Outros (colegas/sozinho) | 111 | 70.7 |

Relativamente à percepção do estado de saúde geral, e tal como se pode observar na Tabela 2, a maioria dos participantes (60.5%) considera que este é bom e apenas 1.3% avalia como mau. De salientar que 28.0% dos estudantes possui uma doença de longa duração, destacando-se as alergias (25.0%) e a asma (22.73%).

Tabela 2  
*Percepção do estado de saúde geral*

| Variáveis                           |                      | N    | %     |
|-------------------------------------|----------------------|------|-------|
| Estado de Saúde Geral               | Boa                  | 95   | 60.5  |
|                                     | Razoável             | 33   | 21    |
|                                     | Muito boa            | 27   | 17.2  |
|                                     | Má                   | 2    | 1.3   |
| Presença de doença de longa duração | Sim                  | 44   | 28.0  |
|                                     | Não                  | 113  | 72.0  |
| Doença de longa duração             | Alergias             | 11   | 25    |
|                                     | Asma                 | 10   | 22.73 |
|                                     | Anemia               | 5    | 11.36 |
|                                     | Ansiedade            | 5    | 11.36 |
|                                     | Doença de pele       | 3    | 6.81  |
|                                     | Depressão            | 2    | 4.55  |
|                                     | Endometriose         | 2    | 4.55  |
|                                     | Problemas cardíacos  | 2    | 4.55  |
|                                     | Deficiência auditiva | 1    | 2.27  |
|                                     | Doença de Crohn      | 1    | 2.27  |
|                                     | Enxaquecas           | 1    | 2.27  |
| Miopia                              | 1                    | 2.27 |       |

## 4. Instrumentos

### 4.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi criado especificamente para este estudo e é constituído por uma primeira parte referente a informação sociodemográfica (e.g.: sexo, curso, ano, idade, nacionalidade, grau de escolaridade dos pais, com quem coabita no período escolar e habitualmente). A segunda parte inclui informação relativa ao estado de saúde em geral, consumo de álcool, hábitos tabágicos e padrões de atividade física. No que concerne ao estado de saúde em geral, o objetivo é saber qual a percepção dos participantes relativamente ao seu estado de saúde em geral (e.g.: “Como está a sua saúde em geral?”). Relativamente aos hábitos tabágicos, consumo de álcool e padrões de atividade física, os seus itens constituintes objetivam saber acerca dos seus hábitos, mais concretamente pretende-se compreender, a sua frequência e a quantidade. Para avaliar os hábitos tabágicos dos participantes, estes são convidados a responder a uma pergunta que pretende avaliar a frequência desses mesmos hábitos, a partir de várias opções de resposta (“Fuma

atualmente”, “Fuma esporadicamente”, “Já fumou, mas deixou de fumar”, “Nunca fumou”), sendo esta questão completada com uma questão de carácter aberto que pretende identificar o número de cigarros que em média os atuais fumadores fumam, diária e semanalmente. Relativamente ao consumo de álcool, inicialmente avalia-se se os participantes ingeriram algum tipo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses, através de uma questão cuja resposta é “Sim” ou “Não” e posteriormente verifica-se a quantidade de bebidas que ingeriram nos últimos 30 dias (“Diariamente”, “2-3 vezes por semana”, “4-5 vezes por mês”, “1 vez”, “Não me lembro”). Por fim, e relativamente aos padrões de atividade física, estes são avaliados a partir do número de vezes que os participantes praticaram qualquer tipo de atividade física no último mês durante 30 minutos ou mais (“Quase todos os dias”, “Algumas vezes”, “Algumas vezes este mês”, “Nunca”).

#### 4.2. Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT)

O Inquérito sobre Literacia em Saúde (ILS-PT) foi desenvolvido e aplicado por uma equipa composta por Rita Espanha, Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes, do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), em 2014, com o apoio do Programa Gulbenkian, Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian. O principal objetivo deste inquérito é aprofundar o conhecimento sobre a capacidade da população avaliada em decifrar, entender e interpretar informação relativa a questões de saúde (Espanha et al., 2015).

A metodologia utilizada neste Inquérito é similar à utilizada no *The European Health Literacy Survey* (HLS-EU). No questionário foram contemplados indicadores que remetem para a complexidade das competências de literacia em saúde, distinguindo quatro formas de lidar com informação relevante sobre saúde: a capacidade de acesso a informação; a compreensão de informação; a capacidade de interpretação e avaliação da informação; e a sua aplicação ou utilização em situações diversas (Espanha et al, 2015). Estas competências são avaliadas tendo em conta diferentes domínios quanto à relação dos sujeitos com a literacia em saúde: enquanto paciente a necessitar de cuidados de saúde; enquanto indivíduo que apresenta um quadro de risco e que se relaciona com os serviços, sobretudo em termos de prevenção; enquanto cidadão que procura promover a sua saúde (Espanha et al, 2015). O cruzamento entre as diferentes formas de lidar com a informação e os três domínios da literacia em saúde resulta numa matriz composta por 12 sub-dimensões que orientaram a construção dos quatro índices incluídos no inquérito (Espanha et al., 2015) (Tabela 3).



Tabela 3  
Matriz de dimensões e sub-dimensões de literacia em saúde utilizadas no Health Literacy Survey

| LITERACIA EM SAÚDE         | ACESO À INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE                | ENTENDER INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE                                       | AValiaÇÃO DE INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE                       | UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE             |
|----------------------------|--|--|--|---|
| <b>CUIDADOS DE SAÚDE</b>   | Capacidade de aceder a informação médica ou clinica      | Capacidade de entender informação médica e o seu significado                     | Capacidade de avaliar a informação médica                            | Capacidade de tomar decisões informadas em assuntos médicos |
| <b>PREVENÇÃO DA DOENÇA</b> | Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco | Capacidade de entender informação sobre fatores de risco e o seu significado     | Capacidade de interpretar informação sobre fatores de risco          | Capacidade de julgar a relevância de fatores de risco       |
| <b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>   | Capacidade de atualizar temas de saúde                   | Capacidade de compreender informação relacionada com a saúde e o seu significado | Capacidade de interpretar e avaliar informação relacionada com saúde | Capacidade de formar uma informação refletida               |

Fonte: Rita Espanha (Coord.) (2015), Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes, Relatório Final “A Literacia em saúde em Portugal”, CIES-IUL e FCG. - Adaptado

O inquérito é composto por um conjunto de 47 itens desenvolvidos a partir das quatro temáticas que se pretendem avaliar distribuídas por quatro índices: índice geral de literacia em saúde (Q1 a Q47); índice de literacia no âmbito dos cuidados de saúde (Q1 a Q16); índice de literacia no âmbito da prevenção da doença (Q17 a Q31); índice de literacia no âmbito de promoção da saúde (Q32 a Q47). As respostas aos itens variam numa escala de 1 a 4, estando o 1 associado a um maior grau de dificuldade e o 4 a um nível maior facilidade. Os sujeitos são depois posicionados nos diferentes níveis de literacia em saúde que variam entre o excelente, o suficiente, o problemático e o inadequado, permitindo ainda identificar as áreas de maior ou menor dificuldade dos sujeitos avaliados.

Em termos de operacionalização, os níveis são definidos para cada um dos quatro índices, em função dos seguintes parâmetros: nível inadequado (indivíduos que obtêm uma pontuação de 0 a 25); nível problemático (indivíduos que obtêm uma pontuação de > 25 a 33); nível suficiente (indivíduos que obtêm uma pontuação de > 33 a 42); nível excelente (indivíduos que

obtem uma pontuação de > 42 a 50). De forma a obter estes níveis foi necessário, inicialmente, eliminar as respostas correspondentes ao valor 5 (“Não sei, não respondo”) e realizar a média das respostas de cada um dos participantes. Posteriormente foi aplicada a fórmula utilizada pelos autores para desenvolver e calcular os índices de literacia em saúde: Índice = (média - 1) \* (50/3), sendo que a média corresponde à média de resposta de cada participante, o 1 ao valor mínimo possível da média, o 3 ao intervalo da média e o 50 o valor máximo escolhido da nova métrica (HLS-EU Consortium, 2012). Por fim os resultados foram operacionalizados da seguinte maneira: 0 a 25 (nível inadequado); >25 a 33 (nível problemático); >33 a 42 (nível suficiente); >42 a 50 (nível excelente).

No que concerne ao valor do alfa de Cronbach para cada subconjunto de itens foi sempre superior a 0.9, sendo o do índice geral de literacia em saúde 0.96 e o de cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde igual a 0.91, o que revela uma consistência interna bastante elevada, (Espanha et al., 2015).

Para além dos 47 itens do questionário europeu (traduzidos e adaptados para o inquérito português), e considerando a sua relevância para o entendimento global da problemática da literacia em saúde em Portugal na contemporaneidade, foram desenvolvidos módulos específicos: secção sobre TIC e saúde; secção sobre literacia, em sentido amplo; secção sobre perceções da saúde individual e familiar; secção sobre práticas e atitudes no âmbito da literacia em saúde; e por fim uma secção de caracterização sociodemográfica alargada (Espanha et al., 2015).

Dos quatro módulos desenvolvidos foi utilizado neste estudo o Módulo 2 que se foca nos meios utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde (e.g.: “lendo as bulas ou folhetos dos medicamentos”; “assistindo a programas de televisão específicos sobre saúde”) bem como a forma como os indivíduos se apropriam e avaliam essa mesma informação (e.g.: “sempre que posso procuro ouvir opiniões de vários profissionais de saúde”; “se um amigo tiver uma doença semelhante à minha sigo as suas recomendações”) (Espanha et al., 2015).

De referir que a cotação e definição dos índices de literacia em saúde foram realizados com o apoio da autora do instrumento.

#### 4.3. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), desenvolvido por José Luís Pais Ribeiro, em 2004, é um questionário breve cujo objetivo é avaliar os comportamentos das pessoas e a forma como cuidam da sua saúde de forma a evitar doenças, sendo as

perguntas realizadas referentes ao modo como as pessoas se costumam comportar no seu dia-a-dia. Este instrumento é um inventário, ou mais especificamente uma lista de classificação de comportamentos de saúde e evitar doenças (Ribeiro, 2004)

Foi desenvolvido a partir das cinco primeiras categorias da secção de *Wellness* do *Life-Style Assessment Questionnaire*, desenvolvido por Hetler, em 1982. Os 28 itens que constituem o questionário encontram-se distribuídos em cinco categorias: exercício físico (itens 1,2,3) avalia o empenho em manter uma boa condição física; nutrição (itens 4,5,6,18,22), associado às escolhas que são feitas relativamente à alimentação; auto cuidado (itens 8,9,10,11,12,23,24,25,26,27,28), remete para comportamentos que facilitam a prevenção ou identificação precoce de doenças; segurança motorizada (itens 13,14,15) avalia a capacidade dos indivíduos para diminuir a probabilidade de lesões ou morte em acidentes com veículos; e consumo de drogas ou semelhantes (itens 7,16,17,19,20,21), associado à capacidade do sujeito para funcionar sem necessidade de consumir qualquer tipo de substâncias (Ribeiro, 2004).

Os 28 itens são respondidos a partir de uma escala ordinal de cinco posições, na qual um dos extremos é o “quase sempre” e o outro é o “quase nunca, sendo que a partir daqui a pontuação irá variar entre os 28 e os 140 (Ribeiro, 2004). Os 28 itens são respondidos a partir de uma escala ordinal de cinco posições, na qual um dos extremos é o “quase sempre” e o outro é o “quase nunca, sendo que a partir daqui a pontuação irá variar entre os 28 e os 140 (Ribeiro, 2004).

O QACS apresenta uma consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach = 0.76). A categoria exercício físico apresenta um alfa de Cronbach igual a 0.67, nutrição 0.78, autocuidado 0.67; segurança motorizada 0.42, consumo de drogas ou semelhantes 0.52. Destaca-se o facto de que a validade deste inventário foi avaliada através da comparação com medidas provenientes de outros instrumentos: Questionário de Saúde Mental de 5 itens (Mental Health Inventory, ou MHI-5) (Ribeiro, 2001); Auto Conceito (Ribeiro, 1994); Percepção Geral de Saúde, Auto Eficácia (Ribeiro, 1995); Suporte Social (Ribeiro, 1999) (Ribeiro, 2004).

## 5. Procedimentos

Após selecionadas as medidas para o estudo, foi solicitada a autorização aos autores para a sua utilização. De seguida, foram pedidos a vários docentes dos departamentos de Matemática, Física, Sociologia e Psicologia e Educação para administrar o protocolo de investigação em contexto de sala de aula.

Após as devidas autorizações dos docentes de unidades curriculares dos cursos de Bioengenharia, Bioquímica, Ciências Biomédicas, Optometria, Psicologia e Sociologia, iniciou-se a recolha dos dados. Assim, os dados foram recolhidos presencialmente, coletivamente e em contexto de sala de aula, no final de cada unidade curricular. De salientar que, antes do protocolo de investigação ser entregue a cada estudante, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados e explicado o carácter voluntário e a possibilidade de não participarem, estando incluído no protocolo de investigação um documento de consentimento informado assinado por cada um dos participantes. De referir que nenhum estudante recusou participar. As exigências éticas e deontológicas, ao longo de todo o processo de investigação, foram asseguradas, tendo sido os dados recolhidos utilizados exclusivamente para fins estatísticos. Os dados foram recolhidos entre Abril e Maio de 2018.

## 6. Análise estatística

As análises estatísticas foram efetuadas com recurso à versão 23.0 do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®) para Windows.

Num primeiro momento, foi realizada a descrição da caracterização da amostra, recorrendo às medidas de tendência central. De seguida, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos instrumentos utilizados. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva do índice geral de literacia em saúde, dos meios utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde e a sua regularidade, das atitudes face às informações sobre saúde dos estudantes, dos hábitos de saúde dos participantes do estudo (hábitos tabágicos, consumo de álcool e prática de atividade física) e das atitudes e comportamentos de saúde.

Posteriormente e de forma a estudar as correlações entre a literacia em saúde geral e as atitudes e comportamentos de saúde, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, uma vez que este permite avaliar a direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variando entre +1 e -1) da associação que se pretende analisar (Martins, 2011). Por fim e de forma a analisar as diferenças entre grupos, recorreu-se aos testes paramétricos: Teste-T para amostras independentes e ANOVAS *one-way* e procedimentos de comparações múltiplas, nomeadamente o teste de Fisher (ou LSD), sempre que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

## Capítulo 3: Resultados

Num primeiro momento, serão apresentados os dados relativos ao estudo psicométrico dos instrumentos utilizados (i.e., análise da consistência interna). De seguida, serão apresentados os resultados do estudo, pretendendo seguir a ordem dos objetivos estabelecidos no capítulo anterior. Assim, primeiramente é exposta a análise descritiva do índice geral de literacia em saúde, bem como dos meios utilizados para a realização do comportamento de procura de informação sobre saúde e das atitudes face às informações sobre saúde dos estudantes universitários, seguindo-se uma análise descritiva dos hábitos de saúde dos participantes. Posteriormente são apresentadas as diferenças da literacia em saúde em função dos hábitos de saúde, bem como relativamente a variáveis sociodemográficas (sexo e nível de escolaridade dos pais) e à saúde dos participantes (perceção do estado de saúde e presença de doença de longa duração), seguido do estudo da relação entre a literacia em saúde geral e as atitudes e comportamentos de saúde. Adiante são apresentados os resultados relativos ao estudo das diferenças das atitudes e comportamentos de saúde e dos hábitos de saúde, atendendo a variáveis sociodemográficas (sexo e domicílio em período escolar) e a saúde dos participantes (perceção do estado de saúde e presença de doença de longa duração).

### 1. Consistência interna do ILS-PT e QACS

Foi calculada a consistência interna das escalas e dimensões dos instrumentos utilizados, através do *Alpha de Cronbach*. Este corresponde a uma medida de consistência interna e fornece uma indicação da correlação média entre todos os itens que compõem a escala. Os valores variam de 0 a 1, com valores mais altos indicando maior confiabilidade (Pallant, 2010). A consistência interna é interpretada tendo como base os seguintes valores: <0,50 inaceitável; 0,50-0,60 fraca; 0,60-0,70 aceitável; 0,70-0,90 boa e por último >0,9 muito boa (Pestana & Gageiro, 2008).

Como se pode verificar na tabela 5, a consistência interna do índice geral de literacia em saúde apresenta valores globais muito bons, sucedendo-se o mesmo com as três dimensões, uma vez que os elevados níveis de fiabilidade se mantêm.

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde apresenta uma boa consistência interna para a escala total. No que diz respeito às dimensões, a segurança motorizada e o consumo de drogas ou semelhantes apresentam uma consistência interna fraca, ao contrário das restantes dimensões que apresentam uma boa consistência interna.

Tabela 4  
Valores de *alpha* de Cronbach para o ILS-PT e o QACS

|        | Dimensões                          | Valores de alfa |
|--------|------------------------------------|-----------------|
| ILS-PT | Índice geral de literacia em saúde | 0.944           |
|        | Cuidados de saúde                  | 0.874           |
|        | Prevenção da doença                | 0.886           |
|        | Promoção da saúde                  | 0.908           |
| QACS   | Escala Total                       | 0.846           |
|        | Exercício físico                   | 0.722           |
|        | Nutrição                           | 0.845           |
|        | Autocuidado                        | 0.769           |
|        | Segurança motorizada               | 0.560           |
|        | Consumo de drogas ou semelhantes   | 0.580           |

## 2. Literacia em Saúde

Procurando responder ao primeiro objetivo do estudo foram analisados os dados referentes ao índice geral de literacia em saúde, comportamento de procura de informação sobre saúde e atitudes face à informação sobre saúde.

### 2.1. Índice Geral de Literacia em Saúde

Tal como é possível observar na Tabela 5, os dados referentes ao índice geral de literacia em saúde revelaram os seguintes resultados para a amostra estudada: 39.1% dos inquiridos apresentam literacia em saúde suficiente; 38.9% tem um nível de literacia em saúde problemática; 13.4% excelente; 8.3% desadequada.

Tabela 5  
Descrição dos níveis gerais de literacia em saúde

|                                    | Níveis de literacia em saúde | N  | %    |
|------------------------------------|------------------------------|----|------|
| Índice Geral de Literacia em Saúde | Desadequado                  | 13 | 8.3  |
|                                    | Problemático                 | 61 | 38.9 |
|                                    | Suficiente                   | 62 | 39.1 |
|                                    | Excelente                    | 21 | 13.4 |

## 2.2. Índice de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde

No que concerne ao Índice de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde (Q1 a Q16), os resultados permitem identificar que 43.3% da amostra apresenta um nível de literacia em saúde suficiente, 27.4% problemático, 17.8% excelente e 11.5% desadequado (Tabela 6).

Tabela 6  
*Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde*

|  | Níveis de literacia em saúde | N  | %    |
|--|------------------------------|----|------|
| Índice de literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde | Desadequado                  | 18 | 11.5 |
|  | Problemático                 | 43 | 27.4 |
|  | Suficiente                   | 68 | 43.3 |
|  | Excelente                    | 28 | 17.8 |

Uma análise descritiva dos dezasseis itens que compõem este índice, permitiu destacar que nenhum dos participantes considerou como “muito difícil” compreender o que o médico diz (Q5) e chamar uma ambulância em caso de emergência (Q15) e o facto de 46.5% considerar “difícil” avaliar se a informação sobre doenças divulgadas nos meios de comunicação é de confiança (Q12). No entanto, e de forma geral, a maioria dos participantes considera “fácil” qualquer um dos aspetos referidos em cada um dos itens (c.f. Anexo 1).

## 2.3. Índice de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença

Relativamente ao Índice de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença (Q17 a Q31), os resultados da amostra estudada apresentam os seguintes valores: 40.1% apresenta um nível de literacia em saúde suficiente; 29.9% problemático; 20.4% excelente; 9.6% desadequado (Tabela 7).

Tabela 7  
*Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença*

|   | Níveis de literacia em saúde | N  | %    |
|---|------------------------------|----|------|
| Índice de literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença | Desadequado                  | 15 | 9.6  |
|   | Problemático                 | 47 | 29.9 |
|   | Suficiente                   | 63 | 40.1 |
|   | Excelente                    | 32 | 20.4 |

A análise descritiva dos 15 itens que compõem este índice, permitiu verificar que neste âmbito volta a estar em destaque, a avaliação da confiança na informação transmitida nos meios de comunicação sobre riscos de saúde (Q28), sendo considerada por 31.8% dos indivíduos como “difícil” e o facto de que 31.2% consideram também “difícil” encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental, como o *stress* ou a depressão (Q18). Destaca-se o facto de que 56.7% considera “fácil” decidir como proteger-se de doenças tendo como base o conselho da família e dos amigos (Q30) e 52.2% “muito fácil” encontrar informações sobre gestão de comportamentos pouco saudáveis, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool (Q17) (c.f. Anexo 1).

## 2.4. Índice de literacia em saúde no âmbito da promoção da saúde

No Índice de literacia em saúde no âmbito da promoção da saúde (Q32 a Q37), 36.9% dos participantes apresentam um nível de literacia em saúde suficiente, 34.4% problemático, 15.9% desadequado e 12.7% excelente (Tabela 8).

Tabela 8  
*Descrição dos níveis de literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde*

|   | Níveis de literacia em saúde | N  | %    |
|---|------------------------------|----|------|
| Índice de literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde | Desadequado                  | 25 | 15.9 |
|   | Problemático                 | 54 | 34.4 |
|   | Suficiente                   | 58 | 36.9 |
|   | Excelente                    | 20 | 12.7 |

Importa referir que a partir da análise descritiva do índice de literacia em saúde no âmbito de promoção de saúde, destaca-se o facto de que os inquiridos consideram “difícil” localizar informação sobre mudanças nas políticas relacionadas com a saúde (Q35) e o facto de 54.8% considerarem “fácil” compreender os conselhos dados pela sua família e amigos (Q37) (c.f. Anexo 1).

## 2.5. Comportamento de procura de informação sobre saúde e regularidade

Com o objetivo de verificar quais os meios mais utilizados pelos participantes para procurar informação sobre saúde, num primeiro momento, foram analisadas as percentagens dos participantes que escolheram a pontuação máxima na escala (“Muito frequentemente/sempre”), no entanto verificou-se que as percentagens se encontravam compreendidas entre 5.7% e 35.7%. Posto isto, optou-se por agrupar as opções “Muito



frequentemente/sempre” e “Frequentemente” e definiu-se o critério de 60% para conseguir reter um número de itens que não envolvesse praticamente todos os 19 itens que constituem o Módulo 2.B. Assim pode verificar-se que 6 dos 19 itens obedeceram a este critério (Tabela 9) e que os itens com maior percentagem de resposta foram os itens 2.B.14 “Através do(s) seu(s) médico(s) (78.4%), 2.B.19 “Através de familiares/amigos” e o 2.B.3 “Pesquisando informações em *sites* generalistas sobre saúde”.

Tabela 9

*Descrição dos meios mais utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde cotados com as pontuações máximas (“Muito frequentemente/sempre” e “Frequentemente”) por mais de 60% dos participantes*

| Itens  | N   | %    |
|--|-----|------|
| 2.B.14. “Através do(s) seu(s) médico(s)”   | 123 | 78.4 |
| 2.B.19. “Através de familiares/amigos”   | 112 | 71.3 |
| 2.B.3. “Pesquisando informação em <i>sites</i> generalistas sobre saúde”                           | 110 | 70.1 |
| 2.B.15. “Através do(s) farmacêutico(s)”  | 103 | 65.6 |
| 2.B.4. “Pesquisando informações em <i>sites</i> sobre saúde promovidos por entidades estatais ...” | 99  | 63   |
| 2.B.11. “Assistindo programas de televisão generalistas ...”                                       | 96  | 61.2 |

No sentido oposto, pretendeu-se verificar quais os itens cotados por mais de 20% dos participantes com a cotação mínima “Muito raramente/Nunca”. Optou-se por este critério, de forma a obter um número de itens significativo eu permita identificar quais os meios, que efetivamente, os participantes não utilizam. Os meios menos utilizados são “Através de programas de rádio onde se tratam questões de saúde” (2.B.13, 32.5%) e “Através de contacto com associações de doentes” (2.B.18, 30.6%) (Tabela 10).

Tabela 10

*Descrição dos meios menos utilizados para o comportamento de procura de informação sobre saúde cotados com as pontuações mínimas (“Muito raramente/nunca”) por mais de 20% dos participantes*

| Itens   | N  | %    |
|---|----|------|
| 2.B.13. “Através de programas de rádio ...”                             | 51 | 32.5 |
| 2.B.17. “Através de terapeutas/ profissionais de medicina alternativas” | 35 | 22.3 |
| 2.B.18. “Através de contactos com associações de doentes”               | 48 | 30.6 |

## 2.6. Atitudes face à informação sobre saúde

Procurando analisar as atitudes dos participantes face à informação sobre saúde, teve-se em conta que a escala de resposta é compreendida entre o 1 (“Concordo totalmente”) e o 4 (“Discordo totalmente”), no entanto, e seguindo o que é proposto no estudo de Espanha, Ávila & Mendes (2015), os itens foram invertidos, o que se traduz na seguinte ideia: quanto maior a pontuação, maior o grau de concordância com as afirmações apresentadas.

Tal como é possível verificar na Tabela 11, do conjunto de afirmações propostas aos inquiridos, as que revelam a média mais elevada são relacionadas com os profissionais de saúde, destacando-se a interação com o profissional de saúde que requer questionamento, quer sobre os problemas, quer sobre eventuais opções de tratamentos disponíveis ( $M=3.50$ ) e a preocupação em ouvir opiniões de vários especialistas ( $M=3.04$ ), com as médias mais altas.

No que concerne a médias mais baixas, salienta-se, a concordância no que respeita à idêntica qualidade da informação sobre saúde em *sites* institucionais ou generalistas ( $M=1.93$ ), a adesão passiva a informações sobre saúde transmitidas por amigos ou familiares ( $M=1.90$ ) e relativamente à credibilidade da informação disponível na internet ( $M=1.48$ ).

Tabela 11  
*Descrição das atitudes face à informação sobre saúde*

| Atitudes face à informação sobre saúde  | M    |
|---|------|
| Sempre que tenho dúvidas questiono o meu médico   | 3.50 |
| Procuo ouvir opiniões de vários profissionais de saúde.   | 3.04 |
| Sigo à risca, sem questionar, as informações dadas pelos profissionais de saúde   | 2.90 |
| Quando tenho um problema de saúde, procuro várias fontes de informação  | 2.84 |
| A informação sobre saúde publicada em jornais e revistas é credível.  | 2.49 |
| A informação sobre saúde divulgada através de <i>sites</i> institucionais é tão credível como a apresentada em <i>sites</i> generalistas. | 1.93 |
| Se um amigo tiver uma doença semelhante à minha sigo as suas recomendações.   | 1.90 |
| Toda a informação sobre saúde disponível na internet é verdadeira.  | 1.48 |

### 3. Hábitos de saúde

De forma a responder ao segundo objetivo do estudo foram analisados os dados referentes aos hábitos de saúde dos participantes relativamente ao tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física.

#### 3.1. Hábitos Tabágicos

No que concerne aos hábitos tabágicos, 68.8% dos participantes refere nunca ter fumado e 5.1% afirma já ter fumado, mas deixaram de fumar. Atualmente, apenas 26.1% dos participantes apresenta hábitos tabágicos, na medida em que 12.1% fuma atualmente e 14% fuma esporadicamente. Os participantes que, atualmente possuem hábitos tabágicos, fumam em média 8.12 ( $DP=8.925$ ) cigarros por dia (mínimo=1; máximo=25) e 39.41 ( $DP=46.354$ ) semanalmente (mínimo=1; máximo=140) (Tabela 12).

Tabela 12  
*Descrição dos hábitos tabágicos dos participantes*

|                     |                               | N   | %    |
|---------------------|-------------------------------|-----|------|
| <b>Regularidade</b> | Fuma atualmente               | 19  | 12.1 |
|                     | Fuma esporadicamente          | 22  | 14.0 |
|                     | Já fumou, mas deixou de fumar | 8   | 5.1  |
|                     | Já Nunca fumou                | 108 | 68.8 |

#### 3.2. Consumo de bebidas alcoólicas

Tal como podemos observar na Tabela 13, a grande maioria dos estudantes (87.3%), afirmou, à data do preenchimento do questionário, ter consumido algum tipo de bebida alcoólica (e.g. cerveja, vinho, bebidas espirituosas, sidra ou outras bebidas tradicionais) nos últimos doze meses. Dos estudantes que referiram ter consumido álcool, 34.3% afirma beber 4-5 vezes por mês, 29.9% uma vez nos últimos 12 meses, 21.9% 2-3 vezes por semana, 11.7% relatam não se lembrar e 2.2% bebem diariamente.

Tabela 13  
Descrição do consumo de álcool dos participantes

|  |                      | N   | %    |
|--|----------------------|-----|------|
| Consumo de álcool nos últimos 12 meses | Sim                  | 137 | 87.3 |
|  | Não                  | 20  | 12.7 |
| Frequência do consumo                  | Diariamente          | 3   | 2.2  |
|  | 2-3 vezes por semana | 30  | 21.9 |
|  | 4-5 vezes por mês    | 47  | 34.3 |
|  | 1 vez por mês        | 41  | 29.9 |
|  | Não se lembro        | 16  | 11.7 |

### 3.3. Prática de atividade física

A maioria dos participantes refere ter praticado atividade física durante 30 minutos ou mais durante o último mês, com 35.7% a referir esta prática algumas vezes durante o mês, 28.7% algumas vezes por semana e 12.1% quase todos os dias (Tabela 14).

Tabela 14  
Descrição das atividades de prática de atividade física dos participantes

|   |                          | N  | %    |
|---|--------------------------|----|------|
| Frequência da realização da prática de atividade física | Quase todos os dias      | 19 | 12.1 |
|   | Algumas vezes por semana | 45 | 28.7 |
|   | Algumas vezes este mês   | 56 | 35.7 |
|   | Nunca                    | 37 | 23.6 |

## 4. Diferenças na literacia em saúde em função dos hábitos de saúde

Procurando responder ao terceiro objetivo do estudo, realizaram-se o Teste-T para amostras independentes e a variância *one-way* entre grupos (ANOVA).

### 4.1. Hábitos tabágicos

De modo a averiguar a existência de possíveis diferenças na literacia em saúde tendo em conta os hábitos tabágicos dos participantes foi necessário, primariamente agrupar os participantes em dois grupos sendo um dos grupos composto por estudantes que têm ou

tiveram hábitos tabágicos (Fuma atualmente; Fuma esporadicamente; Já fumou, mas deixou de fumar) e o outro por indivíduos que nunca fumaram.

Os resultados demonstram não existir diferenças estatisticamente significativas no se refere à escala total de literacia em saúde entre participantes que nunca fumaram e os que têm/tiveram hábitos tabágicos (Tabela 15). Considerando os índices de literacia em saúde, foram encontradas diferenças apenas ao nível da prevenção da doença [ $t(155)=2.157$ ,  $p=0.033$ ], apresentando os participantes com hábitos tabágicos classificações médias superiores.

Tabela 15  
Teste-T para amostras independentes para a comparação da literacia em saúde em função dos hábitos tabágicos

| Teste-T                  |                   |       |       |      |       |       |
|--------------------------|-------------------|-------|-------|------|-------|-------|
|                          | Hábitos Tabágicos | N=157 | M     | DP   | t     | p     |
| Literacia em saúde geral | Fuma/Já fumou     | 49    | 35.61 | 6.53 | 1.885 | .061  |
|                          | Nunca fumou       | 108   | 33.38 | 7.02 |       |       |
| Cuidados de saúde        | Fuma/Já fumou     | 49    | 36.35 | 6.97 | 1.842 | .067  |
|                          | Nunca fumou       | 108   | 34.03 | 7.48 |       |       |
| Prevenção da doença      | Fuma/Já fumou     | 49    | 36.64 | 6.83 | 2.157 | .033* |
|                          | Nunca fumou       | 108   | 33.71 | 8.32 |       |       |
| Promoção de saúde        | Fuma/Já fumou     | 49    | 33.90 | 9.02 | 0.972 | .333  |
|                          | Nunca fumou       | 108   | 32.43 | 8.77 |       |       |

\*  $p < 0.05$

## 4.2. Consumo de bebidas alcoólicas

Com o objetivo de analisar possíveis diferenças na literacia em saúde atendendo a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, foram considerados quatro grupos de participantes: participantes com consumo diário/semanal (i.e., Diariamente; 2-3 vezes por semana); com consumo frequente mensal (i.e., 4-5 vezes nos últimos 30 dias); com consumo esporádico mensal (i.e., 1 vez no último mês); e sem consumo de nenhum tipo de bebida alcoólica nos

últimos 12 meses. Não foram considerados os participantes que referiram não se lembrar da frequência desse mesmo consumo ( $n=16$ ).

Tal como é possível observar na Tabela 16, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral [ $F(3, 137)=3.349, p=0.021$ ], e no âmbito da prevenção da doença [ $F(3, 137)=2.878, p=0.049$ ], em relação aos diferentes grupos de participantes.

Quanto ao teste de comparações múltiplas (LSD), este demonstrou que as diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral se encontravam entre o grupo que não bebe ( $M=30.32, DP=7.68$ ) e o que bebeu uma vez por mês ( $M=35.55, DP=6.72$ ) e os que consomem com uma frequência diária/semanal ( $M=35.26, DP=6.28$ ), sendo os participantes com hábitos de consumo de álcool diário/semanal e esporádico mensal a apresentar médias mais altas na literacia em saúde geral comparativamente ao grupo que não bebe. O mesmo se verificou no âmbito da prevenção de doença, uma vez que verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que não bebe ( $M=30.28, DP=10.45$ ) e o grupo que bebeu uma vez por mês ( $M=35.99, DP=7.63$ ) e os que bebem com uma frequência diária/semanal ( $M=35.96, DP=7.00$ ). Posto isto, os participantes com hábitos de consumo de álcool diário/semanal e esporádico mensal apresentam médias mais altas na literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença comparativamente ao grupo que não bebe.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

Tabela 16  
Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da frequência de consumo de bebidas alcoólicas

|                                 |                   | ANOVA |       |       |               |                   |   |  |
|---------------------------------|-------------------|-------|-------|-------|---------------|-------------------|---|--|
|                                 | Consumo de álcool | N=141 | M     | DP    | F             | p                 | LSD                                     |  |
| <b>Literacia em saúde geral</b> | Não bebe          | 20    | 30.32 | 7.68  | <b>3.349*</b> | .021              | Não bebe < Diário/semanal, 1 vez p/ mês |  |
|                                 | 1 vez p/mês       | 41    | 35.55 | 6.72  |               |                   |   |  |
|                                 | 4-5 vezes p/mês   | 47    | 33.27 | 6.43  |               |                   |   |  |
|                                 | Diário/semanal    | 33    | 35.26 | 6.28  |               |                   |   |  |
| <b>Cuidados de saúde</b>        | Não bebe          | 20    | 32.34 | 8.57  | 1.999         | .117              | -                                       |  |
|                                 | 1 vez p/mês       | 41    | 36.41 | 7.32  |               |                   |   |  |
|                                 | 4-5 vezes p/mês   | 47    | 33.44 | 6.48  |               |                   |   |  |
|                                 | Diário/semanal    | 33    | 35.64 | 8.19  |               |                   |   |  |
| <b>Prevenção da doença</b>      | Não bebe          | 20    | 30.28 | 10.45 | <b>2.878*</b> | .038              | Não bebe < Diário/semanal, 1 vez p/ mês |  |
|                                 | 1 vez p/mês       | 41    | 35.99 | 7.63  |               |                   |   |  |
|                                 | 4-5 vezes p/mês   | 47    | 34.21 | 7.05  |               |                   |   |  |
|                                 | Diário/semanal    | 33    | 35.96 | 7.00  |               |                   |   |  |
| <b>Promoção de Saúde</b>        | Não bebe          | 20    | 28.33 | 6.53  | 2.689         | .049 <sup>1</sup> | -                                       |  |
|                                 | 1 vez p/mês       | 41    | 34.27 | 7.54  |               |                   |   |  |
|                                 | 4-5 vezes p/mês   | 47    | 32.20 | 8.85  |               |                   |   |  |
|                                 | Diário/semanal    | 33    | 34.21 | 7.02  |               |                   |   |  |

\*  $p < 0.05$

<sup>1</sup> Relativamente à literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde, segundo Pallant (2010) o pressuposto da homogeneidade das variâncias foi violado, uma vez que o valor  $p > 0.05$ , como tal este valor não será considerado. Ao verificar a tabela de Testes Robustos de Igualdade de Médias, particularmente o Teste de Welch verifica-se que  $p=0.083$  ou seja  $p > 0.05$ , indicando assim que não existem diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde para os diferentes grupos.

### 4.3. Prática de atividade física

Com o objetivo de analisar a existência de possíveis diferenças na literacia em saúde atendendo à frequência com que os participantes praticam atividade física durante 30 minutos ou mais no último mês, foram constituídos três grupos: participantes que praticam atividade física habitualmente (i.e., Quase todos os dias; Algumas vezes esta semana); esporadicamente (i.e., Algumas vezes este mês); e nunca. Como é possível observar na Tabela 17, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral, bem como em nenhuma das suas dimensões, tendo em conta a frequência da prática de atividade física dos participantes.

Tabela 17  
Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da frequência de prática de atividade física

| ANOVA                    |                             |       |       |      |      |      |
|--------------------------|-----------------------------|-------|-------|------|------|------|
|                          | Prática de atividade física | N=157 | M     | DP   | F    | p    |
| Literacia em saúde geral | Habitualmente               | 64    | 34.32 | 7.33 | .070 | .933 |
|                          | Esporadicamente             | 56    | 32.97 | 6.43 |      |      |
|                          | Nunca                       | 37    | 33.82 | 7.11 |      |      |
| Cuidados de saúde        | Habitualmente               | 64    | 34.57 | 7.59 | .097 | .907 |
|                          | Esporadicamente             | 56    | 34.65 | 6.54 |      |      |
|                          | Nunca                       | 37    | 35.22 | 8.34 |      |      |
| Prevenção da doença      | Habitualmente               | 64    | 34.53 | 8.08 | .223 | .800 |
|                          | Esporadicamente             | 56    | 35.14 | 7.50 |      |      |
|                          | Nunca                       | 37    | 34.02 | 8.66 |      |      |
| Promoção de Saúde        | Habitualmente               | 64    | 33.87 | 9.83 | .663 | .517 |
|                          | Esporadicamente             | 56    | 32.19 | 8.21 |      |      |
|                          | Nunca                       | 37    | 32.24 | 8.02 |      |      |



## 5. Literacia em saúde geral, variáveis sociodemográficas e estado de saúde

Procurando responder ao quarto objetivo, foram realizados o Teste-T para amostras independentes e a variância *one-way* entre grupos (ANOVA).

### 5.1. Diferenças na literacia em saúde geral atendendo ao sexo dos participantes

Tal como é possível observar na Tabela 18, não existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo masculino feminino no que concerne à literacia em saúde geral, cuidados de saúde, prevenção de doença ou promoção de saúde.

Tabela 18  
*Teste-T para amostras independentes para a comparação de diferenças na literacia em saúde em função do género*

|                          |           | Teste-T |       |      |       |      |
|--------------------------|-----------|---------|-------|------|-------|------|
|                          | Sexo      | N=157   | M     | DP   | T     | p    |
| Literacia em saúde geral | Masculino | 42      | 34.34 | 7.47 | .283  | .778 |
|                          | Feminino  | 115     | 33.98 | 6.75 |       |      |
| Cuidados de saúde        | Masculino | 42      | 35.32 | 8.07 | .578  | .564 |
|                          | Feminino  | 115     | 34.55 | 7.14 |       |      |
| Prevenção da doença      | Masculino | 42      | 35.19 | 8.23 | .527  | .599 |
|                          | Feminino  | 115     | 34.43 | 7.91 |       |      |
| Promoção de saúde        | Masculino | 42      | 32.56 | 8.97 | -.277 | .782 |
|                          | Feminino  | 115     | 32.00 | 8.84 |       |      |

## 5.2. Diferenças na literacia em saúde geral atendendo ao nível de escolaridade dos pais

De forma a verificar se existem diferenças na literacia em saúde tendo em conta a escolaridade do pai e mãe dos participantes, os níveis de escolaridade foram agrupados, tendo dados origem a três grupos de participantes: pai/mãe com ensino básico (até ao 4º ano), pai/mãe com ensino secundário (9º ano e 12º ano) e, por fim, pai/mãe com o ensino superior (licenciatura, mestrado e doutoramento). O nível de ensino dos pais e mães foram analisados separadamente.

No que diz respeito ao nível de escolaridade materna, e tal como se pode observar na tabela 19, não se verificaram quaisquer diferenças significativas relativamente à literacia em saúde geral, no âmbito dos cuidados de saúde, da prevenção de doença ou da promoção de saúde.

Tabela 19  
Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função do nível de escolaridade da mãe

|                          |                   | ANOVA |       |       |       |      |
|--------------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| Nível de escolaridade    |                   | N=157 | M     | DP    | F     | p    |
| Literacia em saúde geral | Ensino básico     | 14    | 32.45 | 7.66  | .746  | .476 |
|                          | Ensino secundário | 96    | 34.56 | 6.31  |       |      |
|                          | Ensino superior   | 47    | 33.57 | 7.89  |       |      |
| Cuidados de saúde        | Ensino básico     | 14    | 35.59 | 6.67  | .746  | .476 |
|                          | Ensino secundário | 96    | 35.15 | 7.12  |       |      |
|                          | Ensino superior   | 47    | 34.59 | 8.10  |       |      |
| Prevenção da doença      | Ensino básico     | 14    | 31.59 | 9.30  | 1.212 | .300 |
|                          | Ensino secundário | 96    | 35.13 | 7.38  |       |      |
|                          | Ensino superior   | 47    | 34.52 | 8.70  |       |      |
| Promoção de Saúde        | Ensino básico     | 14    | 33.11 | 10.86 | .642  | .528 |
|                          | Ensino secundário | 96    | 33.45 | 8.08  |       |      |
|                          | Ensino superior   | 47    | 31.67 | 9.74  |       |      |

Do mesmo modo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral, no âmbito dos cuidados de saúde da prevenção de doença da promoção de saúde, atendendo aos diferentes níveis de escolaridade dos pais dos participantes (Tabela 20). Importa salientar que um dos participantes não referiu o nível de escolaridade do pai.

Tabela 20  
Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função do nível de escolaridade do pai

| ANOVA                           |                       |       |       |      |       |      |
|---------------------------------|-----------------------|-------|-------|------|-------|------|
|                                 | Nível de escolaridade | N=156 | M     | DP   | F     | p    |
| <b>Literacia em saúde geral</b> | Ensino básico         | 28    | 33.17 | 8.24 | .631  | .533 |
|                                 | Ensino secundário     | 85    | 36.61 | 6.38 |       |      |
|                                 | Ensino superior       | 43    | 33.51 | 7.15 |       |      |
| <b>Cuidados de saúde</b>        | Ensino básico         | 28    | 33.51 | 8.35 | 1.145 | .321 |
|                                 | Ensino secundário     | 85    | 35.56 | 7.14 |       |      |
|                                 | Ensino superior       | 43    | 33.96 | 7.26 |       |      |
| <b>Prevenção da doença</b>      | Ensino básico         | 28    | 32.86 | 9.81 | 1.274 | .283 |
|                                 | Ensino secundário     | 85    | 35.46 | 7.37 |       |      |
|                                 | Ensino superior       | 43    | 34.03 | 7.86 |       |      |
| <b>Promoção de Saúde</b>        | Ensino básico         | 28    | 33.11 | 9.49 | .031  | .969 |
|                                 | Ensino secundário     | 85    | 32.87 | 8.75 |       |      |
|                                 | Ensino superior       | 43    | 32.58 | 8.81 |       |      |

### 5.3. Diferenças na literacia em saúde geral atendendo à perceção do estado de saúde

Para analisar a existência de possíveis diferenças na literacia em saúde geral tendo em conta a perceção do estado de saúde dos participantes, foram considerados três grupos: perceção de estado de saúde Muito bom, Bom e Razoável. Considerando o reduzido número de participantes que avaliaram o seu estado de saúde como Mau (n=2), este grupo não foi considerado no cálculo de diferenças.

Tal como é possível observar na Tabela 21, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral [ $F(2, 152)=3.562, p=0.031$ ], e no âmbito da prevenção de doença [ $F(2, 152)=3.910, p=0.022$ ], em função da perceção do estado de saúde dos participantes.

Relativamente ao teste de comparações múltiplas (LSD) foi possível verificar que na literacia em saúde em geral são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo que perceciona o seu estado de saúde como muito bom ( $M=36.16, DP=7.21$ ) e o grupo que perceciona o seu estado de saúde como bom ( $M=32.81, DP=6.41$ ), sendo que os primeiros apresentam médias mais elevadas de literacia em saúde geral que os segundos. O mesmo se verificou no âmbito da prevenção de doença, uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que perceciona o seu estado de saúde como muito bom ( $M=37.65, DP=7.64$ ) e o grupo que perceciona o seu estado de saúde como bom ( $M=33.19, DP=7.59$ ). Posto isto, o grupo que perceciona o seu estado de saúde como muito bom apresenta médias mais altas de literacia em saúde no âmbito da prevenção de doença comparativamente ao grupo que perceciona o seu estado de saúde como bom (Tabela 21).

Tabela 21  
Anova para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da percepção do estado de saúde

| ANOVA                    |                              |       |       |      |        |      |                 |
|--------------------------|------------------------------|-------|-------|------|--------|------|-----------------|
|                          | Percepção do estado de saúde | N=155 | M     | DP   | F      | p    | LSD             |
| Literacia em saúde geral | Muito boa                    | 27    | 36.16 | 7.21 |        |      |                 |
|                          | Boa                          | 95    | 32.81 | 6.41 | 3.562* | .031 | Muito boa > Boa |
|                          | Razoável                     | 33    | 35.41 | 7.29 |        |      |                 |
| Cuidados de saúde        | Muito boa                    | 27    | 36.34 | 7.45 |        |      |                 |
|                          | Boa                          | 95    | 33.59 | 7.07 | 2.367  | .097 | -               |
|                          | Razoável                     | 33    | 36.01 | 7.39 |        |      |                 |
| Prevenção da doença      | Muito boa                    | 27    | 37.65 | 7.64 |        |      |                 |
|                          | Boa                          | 95    | 33.19 | 7.59 | 3.910* | .022 | Muito boa > Boa |
|                          | Razoável                     | 33    | 35.66 | 8.45 |        |      |                 |
| Promoção de Saúde        | Muito boa                    | 27    | 34.57 | 9.98 |        |      |                 |
|                          | Boa                          | 95    | 31.69 | 8.46 | 1.996  | .139 | -               |
|                          | Razoável                     | 33    | 34.56 | 8.42 |        |      |                 |

\*  $p < 0.05$

#### 5.4. Diferenças na literacia em saúde geral atendendo à presença de doença de longa duração

Tal como é possível observar na Tabela 22, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde geral, ou nos seus diferentes índices, entre participantes que não apresentam uma doença de longa duração e os que apresentam uma doença de longa duração.

Tabela 22

Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças na literacia em saúde em função da presença de doença de longa duração

|                          |                         | Teste-T |       |      |        |      |
|--------------------------|-------------------------|---------|-------|------|--------|------|
|                          | Doença de longa duração | N=157   | M     | DP   | T      | p    |
| Literacia em saúde geral | Não                     | 113     | 33.68 | 6.80 |        |      |
|                          | Sim                     | 44      | 35.11 | 7.20 | -1.171 | .244 |
| Cuidados de saúde        | Não                     | 113     | 34.14 | 7.37 |        |      |
|                          | Sim                     | 44      | 36.32 | 7.26 | -1.665 | .098 |
| Prevenção da doença      | Não                     | 113     | 34.23 | 7.91 |        |      |
|                          | Sim                     | 44      | 35.66 | 8.14 | -1.007 | .315 |
| Promoção de saúde        | Não                     | 113     | 32.69 | 8.85 |        |      |
|                          | Sim                     | 44      | 33.40 | 8.92 | -.455  | .650 |

## 6. Relação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde

De forma a responder ao quinto objetivo do estudo, foi analisada a associação entre a literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde, sendo que para tal procedeu-se ao cálculo do coeficiente da correlação de Pearson <sup>2</sup> (Tabela 23). Tal como se pode observar na Tabela 24, os resultados indicam que a literacia em saúde geral apresenta uma correlação positiva fraca com o total da escala de atitudes e comportamentos de saúde ( $r=0.174$ ;  $p=0.029$ ), com a dimensão autocuidado ( $r=-0.203$ ;  $p=0.011$ ) e com a dimensão segurança motorizada ( $r=-0.170$ ;  $p=0.034$ ). A literacia em saúde no âmbito dos cuidados de saúde apresenta também uma relação fraca e positiva com o total da escala de atitudes e comportamentos de saúde ( $r=0.160$ ;  $p=0.045$ ), com a dimensão autocuidado ( $r=-0.191$ ;  $p=0.017$ ) e com a dimensão segurança motorizada ( $r=-0.170$ ;  $p=0.006$ ).

<sup>2</sup> Tabela 23

*Diretrizes para verificar a força de uma correlação (Cohen, 1988 cit. in Pallant, 2010)*

|          |  |
|----------|--|
| Fraca    | $r=0.10$ até $0.29$ ou $r=-0.10$ até $-0.29$ |
| Moderada | $r=0.30$ até $0.49$ ou $r=-0.30$ até $-0.49$ |
| Forte    | $r=0.50$ até $1.0$ ou $r=-0.50$ até $-1.0$   |

A literacia em saúde no âmbito da prevenção de doença evidencia uma relação positiva e fraca com a dimensão autocuidado ( $r=-0.210$ ;  $p=0.008$ ). E por fim a literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde não apresenta relação estatisticamente significativa com nenhuma das cinco dimensões.

Tabela 24  
Correlação entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde

|                          | Escala total<br>(QACS) | Exercício<br>Físico | Nutrição | Autocuidado | Segurança<br>Motorizada | Consumo<br>de drogas |
|--------------------------|------------------------|---------------------|----------|-------------|-------------------------|----------------------|
| Literacia em saúde geral | .174*                  | .081                | .026     | .203*       | .170*                   | .066                 |
| Cuidados de saúde        | .160*                  | .025                | -.023    | .191*       | .219**                  | .098                 |
| Prevenção da doença      | .156                   | .027                | .029     | .210**      | .099                    | .070                 |
| Promoção de Saúde        | .135                   | .144                | .054     | .131        | .124                    | .011                 |

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

## 7. Atitudes e comportamentos de saúde, variáveis sociodemográficas e estado de saúde

De forma a responder ao sexto objetivo e averiguar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde tendo em conta variáveis sociodemográficas (sexo e domicílio em período escolar) e relativas à saúde dos participantes (perceção do estado de saúde, presença de doença de longa duração), foram realizados o Teste-T para amostras independentes e a variância *one-way* entre grupos (ANOVA).

### 7.1. Diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo ao sexo

Tal como é possível observar na Tabela 25, os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao total da escala de atitudes e comportamentos de saúde entre participantes do sexo masculino e feminino. No entanto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao exercício físico [ $t(155)=2.030$ ,  $p=0.044$ ], com os participantes do sexo masculino a apresentar pontuações médias superiores, e à segurança motorizada [ $t(155)=-2.961$ ,  $p=0.004$ ], com a participantes do sexo feminino a apresentar pontuações médias superiores

Tabela 25  
*Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função do gênero*

| Teste-T                        |           |       |       |       |        |       |
|--------------------------------|-----------|-------|-------|-------|--------|-------|
|                                | Sexo      | N=157 | M     | DP    | t      | p     |
| Escala total (QACS)            | Masculino | 42    | 91.98 | 14.58 | -1.666 | .098  |
|                                | Feminino  | 115   | 96.99 | 17.39 |        |       |
| Exercício Físico               | Masculino | 42    | 8.98  | 3.39  | 2.030  | .044* |
|                                | Feminino  | 115   | 7.78  | 3.21  |        |       |
| Nutrição                       | Masculino | 42    | 13.52 | 4.99  | -1.377 | .171  |
|                                | Feminino  | 115   | 14.82 | 5.27  |        |       |
| Autocuidado                    | Masculino | 42    | 38.71 | 7.99  | -1.132 | .259  |
|                                | Feminino  | 115   | 40.39 | 5.27  |        |       |
| Segurança Motorizada           | Masculino | 42    | 10.98 | 3.17  | -2.961 | .004* |
|                                | Feminino  | 115   | 12.49 | 2.72  |        |       |
| Consumo de drogas ou similares | Masculino | 42    | 19.79 | 4.43  | -1.870 | .063  |
|                                | Feminino  | 115   | 21.47 | 5.18  |        |       |

\* $p < 0.05$

## 7.2. Diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo ao domicílio em período escolar

De modo a averiguar a existência de possíveis diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde dos participantes foi necessário, num primeiro momento agrupar os participantes em dois grupos, sendo um dos grupos composto por estudantes cujo domicílio, em período de aulas, é familiar (e.g. pais, irmãos, avós) e o outro por estudantes que nesse período moram sozinhos ou com colegas. Tal como é possível observar na Tabela 26, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no total da escala de atitudes e comportamentos de saúde ou nas suas dimensões, entre participantes cujo domicílio é familiar e os que moram sozinhos ou com colegas.



Tabela 26

*Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função do domicílio em período escolar*

|                                |                              | Teste-T |       |       |       |      |
|--------------------------------|------------------------------|---------|-------|-------|-------|------|
|                                | Domicílio em período escolar | N=157   | M     | DP    | t     | p    |
| Escala total (QACS)            | Família                      | 46      | 98.15 | 15.39 | 1.204 | .230 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 94.61 | 17.29 |       |      |
| Exercício Físico               | Família                      | 46      | 8.07  | 3.56  | -.090 | .929 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 8.12  | 3.19  |       |      |
| Nutrição                       | Família                      | 46      | 15.32 | 5.09  | 1.332 | .185 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 14.11 | 5.25  |       |      |
| Autocuidado                    | Família                      | 46      | 41.33 | 7.09  | 1.360 | .176 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 39.37 | 8.62  |       |      |
| Segurança Motorizada           | Família                      | 46      | 12.28 | 2.75  | .534  | .594 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 12.01 | 2.99  |       |      |
| Consumo de drogas ou similares | Família                      | 46      | 21.15 | 4.89  | .213  | .832 |
|                                | Colegas/Sozinho(a)           | 111     | 20.96 | 5.11  |       |      |

### 7.3. Diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo à percepção do estado de saúde

De forma a averiguar a existência de possíveis diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo aos diferentes tipos de percepção de estado de saúde, foram considerados os mesmos grupos anteriormente descritos: percepção de estado de saúde Muito bom, Bom e Razoável.

Os resultados revelam que a única dimensão que apresenta diferenças estatisticamente significativas para os três grupos é a dimensão exercício físico [ $F(2, 152)=4.916, p=0.009$ ] (Tabela 27). Ao realizar o teste de comparação múltiplas (LSD), observou-se então, que na dimensão exercício físico o grupo que percebe o seu estado de saúde como muito bom

( $M=9.04$ ,  $DP=3.51$ ) apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo que percebe o seu estado de saúde como razoável ( $M=6.61$ ,  $DP=3.07$ ) e o grupo que percebe o seu estado de saúde como bom ( $M=8.27$ ,  $DP=3.13$ ) em relação aos que o percebem como razoável ( $M=6.61$ ,  $DP=3.07$ , sendo os grupos que percebem o seu estado de saúde como muito bom e bom a apresentar médias mais elevadas comparativamente aos que o percebem como razoável.

Tabela 27

Anova para diferenças estatisticamente significativas para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função da percepção do estado de saúde

| ANOVA                                 |                              |       |       |       |        |      |                           |
|---------------------------------------|------------------------------|-------|-------|-------|--------|------|---------------------------|
|                                       | Percepção do estado de saúde | N=155 | M     | DP    | F      | p    | LSD                       |
| <b>Escala total (QACS)</b>            | Muito boa                    | 27    | 99.33 | 17.89 |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 96.08 | 16.53 | 2.497  | .086 | -                         |
|                                       | Razoável                     | 33    | 90.15 | 15.54 |        |      |                           |
| <b>Exercício Físico</b>               | Muito boa                    | 27    | 9,04  | 3,51  |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 8,27  | 3,13  | 4.916* | .009 | Muito boa, Boa > Razoável |
|                                       | Razoável                     | 33    | 6,61  | 3,07  |        |      |                           |
| <b>Nutrição</b>                       | Muito boa                    | 27    | 14,15 | 6,00  |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 14,86 | 5,04  | 1.146  | .321 | -                         |
|                                       | Razoável                     | 33    | 13,28 | 4,97  |        |      |                           |
| <b>Autocuidado</b>                    | Muito boa                    | 27    | 42,03 | 7,57  |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 39,52 | 8,21  | 1.274  | .283 | -                         |
|                                       | Razoável                     | 33    | 38,88 | 8,57  |        |      |                           |
| <b>Segurança motorizada</b>           | Muito boa                    | 27    | 12,63 | 2,51  |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 11,92 | 3,03  | .633   | .532 | -                         |
|                                       | Razoável                     | 33    | 12,00 | 2,95  |        |      |                           |
| <b>Consumo de drogas ou similares</b> | Muito boa                    | 27    | 21,48 | 5,03  |        |      |                           |
|                                       | Boa                          | 95    | 21,52 | 4,82  | 2.726  | .069 | -                         |
|                                       | Razoável                     | 33    | 19,21 | 5,53  |        |      |                           |

\* $p<0.05$

#### 7.4. Diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo à presença de doença de longa duração

Como é possível observar na Tabela 28, não existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes que não apresentam uma doença de longa duração e os que apresentam uma doença de longa duração, considerando a escala total de atitudes e comportamentos de saúde e as suas dimensões.

Tabela 28

*Teste-T para amostras independentes para comparação de diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde em função da presença de doença de longa duração*

|                                |                         | Teste-T |       |       |        |      |
|--------------------------------|-------------------------|---------|-------|-------|--------|------|
|                                | Doença de longa duração | N=157   | M     | DP    | t      | p    |
| Escala total (QACS)            | Não                     | 113     | 94.92 | 16.54 | -.872  | .385 |
|                                | Sim                     | 44      | 97.52 | 17.47 |        |      |
| Exercício Físico               | Não                     | 113     | 8.30  | 3.19  | 1.215  | .226 |
|                                | Sim                     | 44      | 7.59  | 3.53  |        |      |
| Nutrição                       | Não                     | 113     | 14.29 | 5.13  | -.682  | .496 |
|                                | Sim                     | 44      | 14.93 | 5.46  |        |      |
| Autocuidado                    | Não                     | 113     | 39.40 | 8.19  | -1.311 | .192 |
|                                | Sim                     | 44      | 41.32 | 8.24  |        |      |
| Segurança Motorizada           | Não                     | 113     | 11.89 | 3.07  | -1.411 | .160 |
|                                | Sim                     | 44      | 12.61 | 2.43  |        |      |
| Consumo de drogas ou similares | Não                     | 113     | 21.04 | 5.15  | .065   | .948 |
|                                | Sim                     | 44      | 20.98 | 4.77  |        |      |

## Síntese dos resultados

Da análise descritiva sobre a literacia em saúde, podemos destacar:

- Nos quatros índices (literacia em saúde geral, no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde), os níveis de literacia em saúde suficiente e problemático são os mais representados;
- Os meios mais utilizados pelos participantes para procurar informação sobre saúde são o contacto direto com os profissionais de saúde (médicos), os familiares ou amigos e a internet (*sites* generalistas sobre saúde)
- Os meios menos utilizados pelos participantes para procurar informação sobre saúde são o contacto com associações de doentes, terapeutas/profissionais de medicinas alternativas e programas de rádio;
- Os participantes apresentam no geral médias de concordância elevadas relativas à procura de informação sobre saúde com os profissionais de saúde e relativas à procura de informação sobre saúde a partir de diversas fontes de informação.
- Os participantes consideram que a informação encontrada na internet e fornecidas pelos amigos ou familiares não é credível

Da análise descritiva sobre os hábitos de saúde, podemos destacar:

- No que diz respeito aos hábitos tabágicos a maioria dos participantes nunca fumou (68.8%), no entanto mais de um quarto da amostra têm ou já teve este hábito: 12.1% fuma atualmente; 14.0% fuma esporadicamente; e 5.1% já fumou, mas deixou de fumar.
- Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas a maioria dos participantes (87.3%) dos participantes relata ter consumido algum tipo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses. No que respeita à frequência 34.3% consumiu 4-5 vezes por mês, 29.9% 1 vez por mês, 21.9% 2-3 vezes por semana, 11.7% relatam não se lembrar e 2.2% bebem diariamente.
- A maioria dos participantes refere ter praticado algum tipo de atividade física durante 30 minutos ou mais no último mês, sendo que 35.7% a referir esta prática algumas vezes durante o mês, 28.7% algumas vezes por semana e 12.1% quase todos os dias. Apenas 23.6% refere nunca praticar atividade física.

Da comparação entre os grupos ao nível da literacia em saúde em função dos hábitos de saúde destacam-se os seguintes resultados:

- Os participantes que têm/tiveram hábitos tabágicos apresentam pontuações mais altas na literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença quando comparados com o grupo que nunca fumou.

- Os participantes com hábitos de consumo de álcool diário/semanal e esporádico mensal apresentam pontuações mais altas na literacia em saúde geral e no âmbito da prevenção da doença quando comparados com o grupo que não bebeu nos últimos 12 meses.
- Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da literacia em saúde em função da prática de atividade física.

Da comparação entre os grupos ao nível da literacia em saúde tendo em conta variáveis sociodemográficas e o estado de saúde, podemos destacar:

- Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde atendendo ao sexo dos participantes e ao nível de escolaridade do pai e da mãe.
- Os participantes que percecionam o seu estado de saúde como muito bom apresentam pontuações mais altas na literacia em geral e no âmbito da prevenção da doença quando comparados com o grupo que perceciona o seu estado de saúde como bom.
- Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde tendo em conta a presença/ausência de doença de longa duração.

Da análise correlacional entre literacia em saúde e atitudes e comportamentos de saúde, podemos destacar:

- Quanto maior o nível de literacia em saúde geral e no âmbito dos cuidados de saúde maior a adoção de atitudes e comportamentos protetores de saúde globais.
- Quanto maior o nível de literacia em saúde geral e no âmbito dos cuidados de saúde maior a adoção de atitudes e comportamentos protetores de saúde relacionados com o autocuidado e a segurança motorizada.
- Quanto maior o nível de literacia em saúde no âmbito da prevenção de doença maior a adoção de atitudes e comportamentos protetores de saúde relacionados com o autocuidado.

Da comparação entre os grupos ao nível das atitudes e comportamentos de saúde tendo em conta variáveis sociodemográficas e o estado de saúde, destaca-se:

- Os participantes do sexo masculino apresentam pontuações médias superiores no que diz respeito ao exercício físico.
- Os participantes do sexo feminino apresentam pontuações médias superiores no que diz respeito à segurança motorizada.
- Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta os dois tipos de domicílio em período escolar.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

- Os participantes que percebem o seu estado de saúde como muito bom e bom apresentam pontuações médias superiores no exercício físico quando comparados com o grupo que percebe o seu estado de saúde como razoável.
- Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta a presença de doença longa duração.

## Capítulo 4: Discussão e reflexões finais

O objetivo principal do presente estudo foi contribuir para a compreensão da relação entre literacia em saúde e a atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários. Seguidamente, será elaborada uma discussão, confrontando os resultados da presente investigação com os encontrados na literatura.

No que diz respeito à amostra em estudo, participaram 157 estudantes que frequentam o primeiro ano de licenciatura da Universidade da Beira Interior, maioritariamente do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos. Os participantes do estudo frequentam cursos ligados à saúde ou ciências sociais e humanas, o que tendo em conta a temática do estudo é de extrema relevância, atendendo ao papel fundamental que, por exemplo, futuros profissionais de saúde podem ter no que concerne à literacia em saúde e às atitudes e comportamentos de saúde. Relativamente às habilitações literárias dos pais dos participantes, observa-se uma distribuição por diferentes níveis de escolaridade (desde o ensino básico ao superior). Tal como é frequente nesta faixa etária, a maioria dos estudantes tem como domicílio habitual o contexto familiar, assistindo-se a uma alteração durante o período escolar, em que a maioria mora sozinha ou com colegas. Com efeito, esta é considerada como uma mudança natural no processo de transição para o ensino superior, em que a maioria dos alunos que ingressam no 1º ano de faculdade saem da casa dos pais e mudam de distrito ou de área de residência, passando a designar-se como estudantes “deslocados” (Sousa, 2015). Destaca-se o facto de a maioria dos estudantes percecionarem o seu estado de saúde geral como bom, o que pode ser justificado pelo facto de a maioria não possuir uma doença de longa duração, o que promove a visão de que são saudáveis. A faixa etária dos participantes do estudo pode também justificar a autoavaliação que estes jovens fazem sobre a sua saúde, uma vez que segundo Pavão, Werneck e Campos (2013) a idade, o estado geral de saúde e a perceção do estado de saúde se encontram relacionados.

Considerando o primeiro objetivo deste estudo, a caracterização da literacia em saúde dos estudantes, os resultados revelam a existência de participantes com diferentes níveis de literacia em saúde, desde o desadequado até ao excelente. No entanto, e atendendo à literacia em saúde geral, é possível verificar um número considerável de estudantes que, por um lado apresentam níveis suficientes (39.5%), mas também problemáticos (38.9%), sendo que esta tendência também se verifica quando são analisadas as diferentes dimensões da literacia em saúde. Assim, e embora o nível suficiente apareça como o mais representado nas três dimensões que compõem a literacia em saúde (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de saúde), é de destacar o elevado número de estudantes que apresentam níveis problemáticos (34.4%) e até desadequados (15.9%) na capacidade para atualizar,

compreender, interpretar, avaliar e formar uma informação refletida sobre temas de saúde (promoção da saúde). No que diz respeito à capacidade de aceder, entender, interpretar e julgar fatores de risco associados à doença, e não obstante um número considerável de participantes (29.9%) apresentar níveis problemáticos, é no âmbito deste tipo de literacia (prevenção da doença), que podemos encontrar um maior número de estudantes que apresentam um nível excelente de literacia. Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de Espanha et al., (2015), no qual se verificou que no ensino superior os níveis de literacia em saúde predominantes nos quatro índices são o suficiente e o problemático, tendo o primeiro percentagens mais elevadas do que o segundo. Outros estudos (Ickes & Cottrel, 2010; Mackert et al., 2017) evidenciaram que os estudantes universitários apresentam níveis de literacia adequados. Importa lembrar que os estudantes universitários não são considerados uma população vulnerável no que se refere à literacia em saúde o que pode levá-los a não exprimir dificuldades ou dúvidas que tenham relativamente a certos aspetos relacionados com a saúde (Mackert et al., 2017), o que pode, eventualmente influenciar os resultados associados ao nível de literacia em saúde problemáticos, principalmente no que respeita à literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde, visto que esta se encontra associada à capacidade de compreender e interpretar informação relacionada com saúde e o seu significado.

Relativamente aos meios utilizados para a procura de informação sobre saúde, a análise realizada revelou que o meio mais utilizado pelos participantes (78.4%) são os profissionais de saúde (i.e., médico). O segundo recurso mais utilizado relaciona-se com redes de suporte social (i.e., familiares e amigos), sendo ainda de destacar que uma elevada percentagem dos estudantes utiliza a internet, mais especificamente *sites* generalistas sobre saúde. Estes resultados vão ao encontro de Gaspar (2006), que identificou os pares, a família, a informação audiovisual e os serviços de saúde com o a principais fontes de informação para os estudantes do ensino superior. Dutta-Bergman (2004) defende que as relações interpessoais são o principal meio de informação sobre saúde, devido ao suporte e apoio que as pessoas sentem relativamente à identificação de sintomas, decisão relativa a determinados tratamentos e nas mudanças específicas de estilo de vida. Por outro lado, o facto de a maioria dos estudantes universitários ter como principal fonte de informação sobre saúde a Internet, e só depois os profissionais de saúde e os pais tem sido destacado em diversos estudos (Ickes & Cottrell, 2010; Kwan et al., 2010; Mackert et al., 2017). No nosso estudo destacam-se também os meios menos utilizados para procurar informação sobre saúde nos nossos estudantes, evidenciando-se programas de rádio onde se tratam questões de saúde, o contacto com associações de doentes e através de terapeutas/ profissionais de medicinas alternativas.

No que concerne às atitudes dos participantes face à informação sobre saúde destaca-se o facto de estes apresentarem no geral médias de concordâncias mais elevadas relativamente às informações prestadas pelos profissionais de saúde (i.e., questionar o médico quando tem



dúvidas e ouvir opiniões de vários profissionais). Estas são consideradas atitudes críticas e reflexivas, na medida em que denotam uma atitude de questionamento e de procura ativa de informação (Espanha et al., 2015). Por outro lado, é de destacar também o facto de os participantes apresentarem elevadas médias de concordância no que respeita à adoção de atitudes pouco reflexivas e acríticas na relação estabelecida com o médico (i.e. seguir à risca, sem questionar, as informações dadas pelos profissionais de saúde), visto que apenas envolve o cumprimento à risca das instruções dadas, o que pode ser pertinente, uma vez que, muitas vezes, os profissionais de saúde tendem a utilizar conceitos muito técnicos e dão quantidades de informação elevada que muitas vezes as pessoas não conseguem compreender, o que posteriormente influencia a forma como os indivíduos se relacionam em geral com os sistemas de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Destaca-se como afirmação com média mais baixa, logo mais próxima de atitudes de discordância, a consideração de que toda a informação disponível na Internet é verdadeira (atitude acrítica face a fontes não especializadas), o que sugere que os participantes do nosso estudo não consideram este tipo de informação totalmente credível, sendo isto importante, uma vez que muitas vezes as informações encontradas na Internet são discordantes, imprecisas, desatualizadas, tendenciosas ou incompletas (Sandfort & Pleasant, 2014).

No que diz respeito ao segundo objetivo deste estudo, a caracterização dos hábitos de saúde dos estudantes, foi possível verificar que a maioria dos participantes afirma nunca ter tido hábitos tabágicos, pese embora mais de um quarto da amostra (26.1%) refira manter, no momento, estes hábitos. Também Dias (2015), num estudo com estudantes universitários portugueses e holandeses, verificou que a maioria relatou nunca ter fumado, independentemente da nacionalidade, com cerca de 17% a referir ter este hábito. Também Saraiva, Chaves, Duarte e Pereira (2017) verificaram que fumar não é um hábito rotineiro da maioria dos estudantes universitários envolvidos no estudo, sendo a prevalência dos hábitos tabágicos correspondente a 25.2%, resultado similar ao do nosso estudo. No que concerne ao consumo de álcool, os nossos resultados revelam que a grande maioria dos estudantes consumiu bebidas alcoólicas durante os últimos 12 meses, com uma elevada percentagem de estudantes com hábitos regulares de consumo, mensal (64.2%, 4-5 vezes por mês; 1 vez por mês). Estes resultados vão ao encontro de variados estudos (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014; Hingson, Heeren & Winter, 2006; Lomba, Apóstolo, Mendes & Campos, 2011) que demonstram que o álcool é a droga mais consumida por estudantes universitários, podendo estes resultados ser justificados pelo facto de, atualmente, adolescentes e jovens adultos procurarem comportamentos tido como necessários para a obtenção de diversão e prazer imediato (Lomba et al., 2011). Costa, Figueiredo, Monteiro, Costa & Xavier (2016) realizaram um estudo com 395 estudantes universitários, distribuídos entre o primeiro e o terceiro ano de licenciatura, e verificaram que a frequência de álcool diminui ao longo dos três anos, o que pode ser explicado, segundo estes autores, devido aos estudantes utilizarem o álcool como um mecanismo de desinibição e integração, justificando assim os valores

superiores nos alunos de primeiro ano. Por fim, e no que diz respeito à prática de atividade física, os resultados demonstraram que a maioria dos estudantes refere prática de exercício físico, no último mês, salientando-se a prática esporádica (35.7%, algumas vezes este mês) e semanal (28.7%, algumas vezes esta semana). Também Henao e Arevalo (2016), num estudo com estudantes universitários, verificaram que a maioria relatava níveis altos (i.e., prática moderada todos os dias da semana ou atividade vigorosa pelo menos três dias por semana) ou moderados (i.e., três ou mais dias de atividade vigorosa por pelos menos vinte minutos por dia, ou cinco ou mais dias de atividade moderada durante 30 minutos) de atividade física.

Ao averiguar a existência de diferenças na literacia em saúde em função dos hábitos de saúde dos participantes (3º objetivo), os resultados revelaram um maior nível de literacia na prevenção da doença em estudantes que têm ou já tiveram hábitos tabágicos. No sentido oposto, Stewart e colaboradores (2015) verificaram que pessoas com hábitos tabágicos atuais possuem níveis de literacia em saúde mais baixos. Os resultados do presente estudo podem ser influenciados, eventualmente, pelo facto de este grupo ser constituído não só por participantes que fumam atualmente, mas também por aqueles que já o fizeram, mas abandonaram o hábito, e como tal podem apresentar uma maior capacidade de entender, interpretar e julgar a relevância dos fatores de risco associados aos hábitos tabágicos. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas verificou-se, no nosso estudo, que são os estudantes que apresentam hábitos de consumo diário/semanal (i.e., Diariamente; 2-3 vezes por semana) e consumo esporádico mensal (i.e. 1 vez no último mês), aqueles que apresentam maiores níveis de literacia em saúde geral e de prevenção da doença, quando comparados com os participantes que afirmam não ter consumido nenhuma bebida alcoólica nos últimos 12 meses. No nosso estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde em função da prática de atividade física, ao contrário de Vozikis, Drivas, Milioris (2014) que, num estudo com estudantes universitários de faixas etárias similares, vieram sugerir que a prática de exercício físico se encontra positivamente associada com a literacia em saúde.

O quarto objetivo do estudo pretendia averiguar possíveis diferenças na literacia em saúde atendendo a variáveis sociodemográficas e relativas à saúde dos participantes. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, os resultados do nosso estudo não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e masculino, contrariamente a uma série de estudos que apontam para níveis de literacia em saúde mais elevados em mulheres, quando comparados com homens (Kunter, Greenberg, Jin & Paulsen, 2006; Lee, Lee & Kim, 2015). Também no contexto universitário, a maioria dos estudos parece apontar para uma maior prevalência de níveis mais elevados de literacia em saúde geral no sexo feminino (Chng, Carlon & Toynes, 2006 *cit. in* Vamos et al. 2016). Os resultados dos estudos referidos podem ser reflexo do facto de as mulheres apresentarem mais problemas de saúde e utilizarem mais os serviços médicos (Bertakis, Aari, Helms,

Callahan & Robbins, 2000 *cit. in* Lee, Lee & Kim, 2015). Na leitura dos nossos dados, será importante alertar para o facto de o número de participantes do sexo feminino ser claramente superior ao número de participantes do sexo masculino, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos.

No nosso estudo não foram igualmente encontradas quaisquer diferenças significativas na literacia em saúde dos estudantes, tendo em conta o nível de escolaridade dos pais. Também Vamos e colaboradores (2016), num estudo realizado com 221 estudantes universitários, verificaram que o nível educacional dos pais, em geral, não se encontra associado ao nível de literacia em saúde dos filhos, no entanto, importa salientar que, estes autores defendem que os pais com níveis mais altos de educação apresentam mais habilidade na comunicação em saúde e consequentemente desempenham um papel fundamental no aumento dos níveis de literacia em saúde dos filhos.

No que concerne às diferenças na literacia em saúde atendendo à saúde dos participantes, num primeiro momento foram analisadas diferenças tendo em conta a perceção dos participantes relativamente ao seu estado de saúde e a seguir face à presença ou ausência de doença de longa duração. Os resultados sugerem que são os participantes com perceção de estado de saúde muito bom os que apresentam melhores nível de literacia em saúde (geral e no âmbito da prevenção da doença), quando comparados com os que percecionam o seu estado de saúde como bom. Na literatura a associação entre estas duas variáveis tem sido estudada sobretudo em populações mais idosas\_(e.g. Cho, Lee, Arozullah, Crittenden, 2008), no entanto, num estudo realizado com estudantes, Vozikis, et al., (2014), encontraram resultados semelhantes aos do nosso estudo uma vez que também verificaram que não existia uma relação estatisticamente significativa, sendo isto justificado pelos autores como resultado do estudo se focar em sujeitos jovens que têm *a priori* um bom estado de saúde.

Atendendo a possíveis diferenças na literacia em saúde geral atendendo a presença de uma doença de longa duração, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas. Recentemente, Carneiro, Silva e Jóluskin (2018) compararam pessoas com e sem diagnóstico médico de doença quanto à literacia em saúde e, apesar de o estudo não ter sido realizado especificamente com estudantes universitários, esta faixa etária foi explorada, uma vez que a amostra era constituída por participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos. Posto isto, verificou-se, tal como no presente estudo, que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, facto que poderá ser justificado, eventualmente, pelo facto de em ambos os estudos o grupo de participantes com diagnóstico de doença avaliado ser de pequena dimensão comparativamente ao grupo que não possui nenhuma doença de longa duração. Apesar destes resultados, Saraiva e Luz (2017 *cit. in* Carneiro, Silva & Jóluskin, 2018) defendem que o contacto direto, regular e prolongado com o sistema de saúde pode contribuir para a aquisição de competências relacionadas com a

literacia em saúde, nomeadamente a gestão, tomada de decisão e utilização adequada dos cuidados de saúde.

No que diz respeito ao estudo da relação entre literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde dos participantes (5º objetivo), os resultados sugerem que quanto maior o nível de literacia em saúde geral, e no âmbito dos cuidados de saúde, mais frequentes são as atitudes e os comportamentos de saúde em geral dos participantes. Também Kaboudi, Kianipour, Ziapour e Dehghan (2017), ao investigarem a relação entre componentes da literacia em saúde e os comportamentos protetores de saúde dos estudantes universitários, verificaram que a literacia em saúde se encontrava correlacionada de forma positiva e significativa com as atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes universitários.

Especificamente, no nosso estudo pontuações mais altas na literacia em saúde geral e no âmbito dos cuidados de saúde encontram-se associadas a atitudes e comportamentos de autocuidado e de segurança motorizada. Com efeito, a literacia em saúde no âmbito de cuidados de saúde remete para competências relacionadas com a informação médica (e.g. sintomas e tratamentos de doenças, ajuda profissional, situações de emergência médica) o que pode ajudar a explicar a sua relação com atitudes e comportamentos que facilitam a prevenção ou identificação precoce de doenças (e.g. ir ao dentista, fazer um *check-up* anual) e comportamentos que visam a diminuição da probabilidade de lesões ou morte em acidentes com veículos (e.g. não conduzir alcoolizado, conduzir dentro dos limites de velocidades, colocar cinto de segurança- Também quanto maior é o nível de literacia em saúde no âmbito de prevenção de doença, mais frequentes são as atitudes e comportamentos relacionados com o autocuidado. Esta associação, pode ser explicada pelo facto de a literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença remeter para competências relacionadas com a avaliação de fatores de risco (e.g. compreensão de informações sobre comportamentos pouco saudáveis, vacinação, exames médicos) e o autocuidado remeter para atitudes e comportamentos que permitam a identificação precoce de doença (e.g. evitar mudar de parceiro sexual, evitar ter relações sexuais desprotegidas, evitar ambientes ruidosos).

O sexto objetivo do estudo pretendia averiguar possíveis diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo a variáveis sociodemográficas e relativas à saúde dos participantes. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, Davidson e Freudenburg (1995 cit in Deeks et al., 2009) defendem que o género é um fator que influencia os comportamentos de saúde, sendo vários os estudos que comprovam essa relação e a existência de diferenças. Por exemplo, Dawson, Schneider, Fletcher e Bryden (2007) verificaram, num estudo com 638 estudantes universitários, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo masculino e feminino, no que concerne a diferentes tipos de comportamentos de saúde (e.g. número de refeições diárias,

participação em atividade física, frequência do consumo de álcool, quantidade de álcool consumido, número de parceiros sexuais e adesão a rastreios), adotando os rapazes comportamentos mais negativos e as mulheres a optarem por um estilo de vida mais positivo. No nosso estudo, apenas foram encontradas diferenças significativas entre participantes do sexo masculino e feminino ao nível do exercício físico e segurança motorizada. Assim, o nosso estudo sugere que os estudantes do sexo masculino apresentam maior empenho em manter uma boa condição física, resultado este que vai ao encontro de Lee e Loke (2005), que verificaram que os estudantes do sexo masculino se envolvem com mais frequência na prática de atividade física do que os do sexo feminino, sendo importante salientar que, para a avaliação destes comportamentos, foi utilizado um questionário que solicita aos participantes que indiquem em que medida adotam determinados comportamentos de promoção de saúde ou hábitos de bem-estar, sendo assim, similar ao utilizado no nosso estudo. Por outro lado, no nosso estudo, são as participantes do sexo feminino que apresentam uma maior preocupação em adotar comportamentos que diminuam a probabilidade de lesões ou morte em caso de acidente, nomeadamente não guiar alcoolizado, colocar o cinto de segurança e conduzir dentro dos limites de velocidade. Também Oltedal e Rundmo (2006), num investigação com 1356 jovens adultos, em que o grupo etário prevalente se situava, tal como no nosso estudo, entre os 18 e os 19 anos, apuraram que os homens apresentam uma maior tendência para a adoção de comportamentos de risco rodoviários, sendo que esta tendência, segundo Farrow (1990 cit in Santos, 2011) pode estar associada a diferenças nos papéis de género, pois, de uma forma geral, os homens sentem-se mais competentes na condução sob circunstâncias de risco do que as mulheres, e tendem a utilizar o automóvel como uma forma de aumentar a sua autoeficácia.

No nosso estudo não foram igualmente encontradas quaisquer diferenças significativas nas atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes, tendo em conta o domicílio dos estudantes em período escolar, contrariamente a estudos que evidenciam que são os alunos que coabitam com colegas ou sozinhos que evidenciam mais comportamentos de risco. Por exemplo, Lucas (2014) verificou que, ao nível dos comportamentos alimentares, existem diferenças estatisticamente significativas para o domicílio em período escolar dos estudantes universitários, na medida em que os estudantes que coabitam com familiares apresentam melhores atitudes e comportamentos de saúde atendendo ao nível da variedade alimentar, comparativamente aos que estudantes que são “deslocados”. Antunes (2015) realizou um estudo com alunos do primeiro ano da universidade, e com base no mesmo instrumento utilizado no presente estudo para avaliar atitudes e comportamentos de saúde (QACS), verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre alunos deslocados e não deslocados na dimensão autocuidado, apresentando os não deslocados uma média superior de comportamentos de saúde relativamente aos alunos “deslocados”. Os resultados dos estudos referidos podem ser justificados, segundo Dworkin (2005 cit in Santos, 2011) pelo facto dos estudantes que saem de casa estarem mais afastados do núcleo familiar e,

consequentemente, não tão sujeitos aos constrangimentos em termos de valores ou regras. Importa salientar que os resultados obtidos no presente estudo podem, eventualmente, encontrar-se associados ao facto de os participantes apenas terem sido questionados relativamente às pessoas com quem partilhavam domicílio no período escolar, e como tal não foi analisada a forma como a interação com essas pessoas influenciava o tipo de atitudes e comportamentos de saúde adotados.

No que concerne às diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde atendendo à saúde dos participantes, num primeiro momento foram analisadas diferenças tendo em conta a percepção dos participantes relativamente ao seu estado de saúde e, a seguir, face à presença ou ausência de doença de longa duração. No que concerne à percepção do estado de saúde, os resultados sugerem que apenas existem diferenças ao nível do exercício físico, sendo estas diferenças entre os participantes que percecionam o seu estado de saúde como muito bom ou bom comparativamente ao grupo que o perceciona como razoável sendo que segundo Vozikis et al., (2014) a realização de exercício aumenta a percepção do estado de saúde ao contrário do consumo de álcool e dos hábitos tabágicos que levam ao decréscimo do estado de saúde.

O nosso estudo sugere ainda que estudantes com e sem diagnóstico de doença de longa duração não se diferenciam em termos de atitudes e comportamentos de saúde. De forma semelhante, Kim e Kim (2018) concluíram que não existe diferenças nos comportamentos de saúde, independentemente se os próprios estudantes universitários, algum familiar, ou outro significativo tenham experienciado uma doença grave, o que pode sugerir que nem a experiência direta, ou indireta da doença, influencia a adoção de comportamentos protetores de saúde. Importa salientar que em ambos os estudos a maioria dos participantes não apresentam uma doença de longa duração o que poderá ter influenciado os resultados.

## Considerações finais

A elaboração do presente estudo representa um contributo para a compreensão da relação entre literacia em saúde, hábitos e comportamentos de saúde em estudantes universitários. Em Portugal a literacia em saúde tem sido estudada sobretudo na população geral e mais idosa, sendo escassos os estudos no contexto universitário. Embora os hábitos, atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes universitários seja uma área bastante estudada, não tem sido investigada a sua relação com literacia em saúde. Deste modo este estudo permitiu contribuir para a caracterização da literacia em saúde em estudantes universitários, bem como dos seus hábitos de saúde ao nível do tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física. Permitiu também explorar a relação entre a literacia em saúde, hábitos, atitudes e comportamentos de saúde.

Tal como em qualquer investigação podem ser apontadas algumas limitações a este estudo, nomeadamente o facto de a amostra não ser probabilística, mas sim de conveniência, o que levanta sempre algumas reservas quanto à sua representatividade (Ribeiro, 2007b). O número relativamente reduzido de participantes impede igualmente a generalização dos resultados. Outra limitação decorrente deste estudo é o facto de ter sido realizado com estudantes de apenas uma universidade e a amostra ser constituída maioritariamente por mulheres. É ainda relevante referir as condições de aplicação do protocolo de investigação. O facto de o seu preenchimento ter ocorrido durante o tempo de aula, implicando a presença de todos os estudantes no mesmo espaço, pode ter levado a questões de desejabilidade social, ou seja, alguns estudantes podem ter-se sentido, indiretamente, pressionados para responder de forma socialmente mais aceite, principalmente no Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, no qual os sujeitos são convidados a responder a questões consideradas mais privadas.

Assim, em futuros estudos seria importante utilizar amostras mais alargadas, com um maior número de estudantes universitários e com maior variedade de cursos frequentados. Outra sugestão relevante seria a realização de um estudo longitudinal que permitisse analisar o nível de literacia em saúde, bem como dos comportamentos de saúde dos estudantes desde o primeiro ao último ano de curso, para averiguar, de que forma a frequência no ensino superior pode influenciar estes dois aspetos. Estudos futuros poderão também analisar a literacia em saúde dos estudantes universitários, por exemplo, ao nível da saúde mental ou face a doenças específicas (e.g., obesidade, doenças cardiovasculares, cancro), uma vez que as investigações sobre este tema se centram, geralmente, em faixas etárias mais elevadas, ignorando a importância do estudo destas variáveis nas camadas mais jovens. Por fim, o Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal, escolhido para analisar os níveis de literacia em saúde, apesar de permitir analisar este construto amplamente, e de ter revelado uma boa

consistência interna na nossa amostra, foi desenvolvido para a população geral, como tal seria relevante desenvolver um instrumento que permita a avaliação dos níveis de literacia em saúde especificamente nos estudantes universitários.

Em conclusão, este estudo vem sugerir que a literacia em saúde, hábitos, atitudes e comportamentos de saúde se encontram relacionados e que a literacia em saúde pode ter um papel chave no que concerne à promoção de comportamentos de saúde (Kaboudi et al., 2017). Evidencia, ainda que, apesar dos estudantes universitários não serem considerados uma população vulnerável no que concerne à literacia em saúde, alguns demonstram ainda níveis problemáticos de literacia em saúde, como tal será necessário avaliar e analisar as áreas mais problemáticas, para que sejam desenvolvidos programas direcionados para essas mesmas dificuldades que promovam conhecimentos e competências essenciais e que não devem ser descuradas. A par disto será também relevante desenvolver programas, *workshops*, ou seminários que alertem os estudantes universitários para as consequências que a adoção de comportamentos de risco poderá ter a longo prazo e de que forma poderá influenciar a sua vida futura.

As instituições de ensino superior portuguesas têm o potencial de afetar a saúde e a vida de milhares de pessoas e devem contribuir para a construção, disseminação e aplicação de conhecimento sobre saúde pública (Soares, Pereira & Canavarro, 2015), uma vez que isto permitirá, progressivamente, maior autonomia e *empowerment* pessoal, o que a longo prazo contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Sorensen et al., 2012)



## Bibliografia

- Aceijas, C., Waldhausl, S., Lambert, N., Cassar, S., & Bello-Corassa, R. (2016). Determinants of health-related lifestyles among university students. *Royal Society for Public Health, 20*(10), 1-10. DOI: [10.1177/1757913916666875](https://doi.org/10.1177/1757913916666875)
- Ah, D. V., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D.-H. (2005). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing, 48*(5), 463-474. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2004.03229](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03229)
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*(5), 453-474. DOI: [10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Albuquerque, C., Ferreira, A. P., Pereira, A., & Oliveira, C. P. (2010). Reasons associated with alcohol use in young Portuguese students. *European Psychiatry, 25*(1), 1261. DOI: [10.1016/S0924-9338\(10\)71249-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71249-9)
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: A systematic review. *BMC Public Health, 14*(1), 1207. DOI: [10.1186/1471-2458-14-1207](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1207)
- Antão, C. d., & Branco, M. A. (2011). Perceção de saúde em alunos do ensino superior: Atitudes e comportamentos promotoras de saúde. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3*(1), 479-488.
- Antunes, A. B. V. (2015). *Estilo de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica em alunos universitários de 1º ano* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa). Acedido em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7225/tese\\_final\\_REVISAO.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7225/tese_final_REVISAO.pdf?sequence=1)
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine, 13*(12), 791-798. DOI: [10.1046/j.1525-1497.1998.00242](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242)
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 878-883. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00540](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540)

- Baranowski, T. (1997). Families and health actions. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants* (pp. 179-206). New York, NY, US: Plenum Press.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: Relatório preliminar*. Universidade de Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? . *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 38(8), 9-19. DOI: [10.3899/jrheum.110406](https://doi.org/10.3899/jrheum.110406)
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. DOI: [10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005)
- Carneiro, A. S, Silva, S., Jólluskin, G. (2018). Diagnóstico de doença e literacia em saúde: Que associações? In Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.). 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas. (pp. 823-830). Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Castaño-Perez, G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problemas associados ao consumo de álcool em estudantes universitários. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(5), 739-746. DOI: [10.1590/0104-1169.3579.2475](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475)
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. (pp. 45-62). São Francisco: Wiley Imprint.
- Cho, Y. I., Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (s.d.). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816. DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003)
- Costa, A., Figueiredo, J., Monteiro, P., Costa, S., & Xavier, S. (2016). Caracterização dos padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro. *Interações*, 12(42), 112-124.
- Dawson, K. A., Schneider, M. A., Fletcher, P. C., & Bryden, P. J. (2007). Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 127(1), 38-44. DOI: [10.1177/1466424007073205](https://doi.org/10.1177/1466424007073205)

- Deeks, A., Lombard, C., Michelmore, J., & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*, 9(1), 1-8. DOI: [10.1186/1471-2458-9-213](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-213)
- Dias, A. R. S. S. (2015). *Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de medicina dentária em Portugal e na Holanda: Um estudo comparativo* (Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde, Viseu). Acedido em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18805/1/Tese%20Final\\_RITA\\_Impressão.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18805/1/Tese%20Final_RITA_Impressão.pdf)
- Dias, M. D., Costa, A. C., Manuel, P., Neves, A. C., Geada, M., & Justo, J. M. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 207-220.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmel, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119. DOI: [10.1080/10550490490435777](https://doi.org/10.1080/10550490490435777)
- Douglas, K. A., Collins, J. L., Warren, C., Kann, L., Gold, R., Clayton, S., . . . Kolbe, L. J. (1997). Results from the 1995 National College Health Risk Behavior Survey. *Journal of American College Health*, 46(2), 55-67. DOI: [10.1080/07448489709595589](https://doi.org/10.1080/07448489709595589)
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273-288. DOI: [10.1207/S15327027HC1603\\_1](https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_1)
- Ellis, J., Mullan, J., Worsley, A., & Pai, N. (2012). The role of health literacy and social networks in arthritis patients' health information-seeking behavior: A qualitative study. *International Journal of Family Medicine*, 2012, 1-6. DOI: [10.1155/2012/397039](https://doi.org/10.1155/2012/397039)
- França, C., & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista Saúde Pública*, 42(3), 420-427. DOI: [10.1590/S0034-89102008000300005](https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300005)
- Gaglio, B., Glasgow, R. E., & Bull, S. S. (2012). Do patient preferences for health information vary by health literacy or numeracy? A qualitative assessment. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 109-121. DOI: [10.1080/10810730.2012.712616](https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712616)

- Gany, F. M., Herrera, A. P., Avallone, M., & Changrani, J. (2006). Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: A focus group approach. *Ethnicity and Health*, 11(1), 19-39. DOI: [10.1080/13557850500391394](https://doi.org/10.1080/13557850500391394)
- Garcia, K., & Mann, T. (2013). From 'I Wish' to 'I Will': Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 347-360. DOI: [10.1177/13591053030083005](https://doi.org/10.1177/13591053030083005)
- Gaspar, J. P. S. (2006). *Educação para a saúde e estudantes: As fontes e o impacto da informação*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro) Acedido em [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/99/1/Educação%20para%20a%20Saúde%20e%20estudantes%20-%20as%20fontes%20e%20o%20impacto%20da%20informação.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/99/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%ADe%20e%20estudantes%20-%20as%20fontes%20e%20o%20impacto%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Harper, R. (2014). Development of a health literacy assessment for young adult college students: A pilot study. *Journal of American College Health*, 62(2), 125-134. DOI: [10.1080/07448481.2013.865625](https://doi.org/10.1080/07448481.2013.865625)
- Henao, R. F., & Arevalo, M. T. (2016). Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 61-69.
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(7), 739-746. DOI: [10.1001/archpedi.160.7.739](https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.739)
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: Acedido em <http://www.health-literacy.eu>
- Ickes, M. J., & Cottrell, R. (2010). Health literacy in college students. *Journal of American College Health*, 58(5), 491-498. DOI: [10.1080/07448481003599104](https://doi.org/10.1080/07448481003599104)
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *The Author Journal Compilation*, 11(2), 113-122. DOI: [10.1111/j.1369-7625.2008.00497](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497)

- Ivanitskaya, L., O'Boyle, I., & Casey, A. M. (2006). Health information literacy and competencies of information age students: Results from the interactive online research readiness self-assessment (RRSA). *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-14. DOI: [10.2196/jmir.8.2.e6](https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e6)
- Kaboudi, M., Kianipour, N., Ziapour, A., & Dehghan, F. (2017). A study of health literacy components and their relationships with health-promoting behaviors in students at Kermanshah University of Medical Sciences. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6721-6729. DOI: [10.22038/ijp.2017.26823.2313](https://doi.org/10.22038/ijp.2017.26823.2313)
- Khader, Y. S., & Alsadi, A. A. (2008). Smoking habits among university students in Jordan: Prevalence and associated factors. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(4), 897-903.
- Kim, M. Y., & Kim, Y. J. (2018). What causes health promotion behaviors in college students? *The Open Nursing Journal*, 12, 106-115. DOI: [10.2174/1874434601812010106](https://doi.org/10.2174/1874434601812010106)
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES2006-483). U. S. Department of Education. Washington, D.C.: National Center for Education Statistics. Acedido em <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf>
- Kwan, M. Y., Arbour-Nicitopoulos, K. P., Lowe, D., Taman, S., & Faulkner, G. E. (2010). Student reception, sources, and believability of health-related information. *Journal of American College Health*, 58(6), 555-562. DOI: [10.1080/07448481003705925](https://doi.org/10.1080/07448481003705925)
- Lambert, S. D., & Loisel, C. G. (2007). Health information-seeking behavior. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1006-1019. DOI: [10.1177/1049732307305199](https://doi.org/10.1177/1049732307305199)
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender differences in health literacy among Korean adults: Do women have a higher level of health literacy than men? *American Journal of Men's Health*, 9(5), 370-379. DOI: [10.1177/1557988314545485](https://doi.org/10.1177/1557988314545485)
- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220. DOI: [10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x](https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x)
- Lindau, S. T., Tomori, C., Lyons, T., Langseth, L., Bennett, C. L., & Garcia, P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 938-943. DOI: [10.1067/mob.2002.122091](https://doi.org/10.1067/mob.2002.122091)

- Lindau, S. T., Basu, A., & Leitsch, S. A. (2006). Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal pap smear . *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 829-834. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00534](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00534)
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 3-15.
- Lucas, J. M. R. (2014). *Hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior* (Relatório de estágio não publicado, Escola Superior de Saúde, Guarda). Acedido em <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/2076/1/E%20Com%20-%20Joana%20M%20R%20Lucas.pdf>
- Mackert, M., Champlin, S., & Mabry-Flynn, A. (2017). Exploring college student health literacy: Do methods of measurement matter? *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 54(6), 275-285. DOI: [10.1080/19496591.2017.1289095](https://doi.org/10.1080/19496591.2017.1289095)
- Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11(1), 77-89. DOI: [10.1111/j.1442-2018.2008.00408](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408).
- Marques, J. P. D (2015). *Literacia em saúde: Avaliação através do European Health Literacy Survey em Portugal num serviço de internamento hospitalar* (Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11458/1/Tese%20-%20Literacia%20em%20Saúde.pdf>
- Marques, M. C. I. (2010). *Qualidade de vida no trabalho e comportamentos de saúde dos trabalhadores de uma empresa multinacional* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2571/1/QVT%20e%20Comportamentos%20de%20Saúde.pdf>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios.
- Matos, A. P., & Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: Influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.

- Mokdad, A. H., & Remington, P. L. (2010). Measuring health behaviors in populations. *Preventing chronic disease: Public health research, practice, and policy*, 7(4), 1-8.
- Montanaro, E. A., & Bryan, A. D. (2014). Comparing theory-based condom interventions: Health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychology*, 33(10), 1251-1260. DOI: [10.1037/a0033969](https://doi.org/10.1037/a0033969)
- Montaño, D. E., & Kasprzyc, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education* (pp. 67-92). São Francisco: Wiley Imprint.
- Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Douglas, R. W., Gaglio, B., . . . Mazor, K. M. (2013). The Association Between Health Literacy and Cancer-Related Attitudes, Behaviors, and Knowledge. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 18(1), 223-241. DOI: [10.1080/10810730.2013.825667](https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825667)
- Nabais, L. O. (2014). *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa. Perspectivas de prevenção* (Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade Aberta, Lisboa). Acedido em [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3727/1/TD\\_LuisNabais.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3727/1/TD_LuisNabais.pdf)
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-268. DOI: [10.1093/heapro/15.3.259](https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.09.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050).
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. DOI: [10.1007/s00038-009-0050-x](https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x)
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oltedal, S., and Rundmo, T. (2006). The effects of personality and gender on risky driving Behaviour and accident involvement. *Safety Science*. 44, 621-628. DOI: [10.1016/j.ssci.2005.12.003](https://doi.org/10.1016/j.ssci.2005.12.003)

- Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal Health Behaviour*, 31(1), 19-26. DOI: [10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19](https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19)
- Pallant, J., (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program*. New York: McGraw Hill.
- Pavão, A. L., Werneck, G. L., & Campos, M. R. (2013). Autoevaluación del estado de salud y la asociación con factores sociodemográficos, hábitos de vida y morbilidad en la población: una encuesta nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 723-734. DOI: [10.1590/S0102-311X2013000400010](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010)
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. DOI: [10.1016/j.rpsp.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002)
- Pereira, M. G., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 20(1), 35-43.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5º Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health literacy measurement: A proposed research agenda. *Journal of Health Communication*, 16(3), 11-21. DOI: [10.1080/10810730.2011.604392](https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604392)
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice* (4 ed., pp. 97-117). São Francisco: Wiley Imprint.
- Ramis, T. R., Mielke, G. I., Habeyche, E. C., Oliz, M. M., Azevedo, M. R. & Hallal, P. C. (2012). Smoking and alcohol consumption among university students: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 15(2):376-85.
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387-397.



Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

- Ribeiro, J. L. P. (2007a). Introdução à Psicologia da Saúde (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (2007b). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto: Legis Editora.
- Rita Espanha (Coord.)(2015), Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes, Relatório Final “A Literacia em saúde em Portugal” , CIES-IUL e FCG.
- Rodrigues, P. F., Salvador, A. C., Lourenço, I. C., & Santos, L. R. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 32(4), 435-466. DOI: [1014417/ap.32.3.789](https://doi.org/10.1014417/ap.32.3.789)
- Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin* , 121(1), 3-19. DOI: [10.1037/0033-2909.121.1.3](https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.3)
- Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência, III Série - Suplemento*, 3(11), 95-99.
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J. M (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). VIII Congresso Português de Sociologia 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas, Évora.
- Sandfort, J. R., & Pleasant, A. (2014). Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus . *Journal of American College Health* , 58(2), 141-149. DOI: [10.1080/07448480903221368](https://doi.org/10.1080/07448480903221368)
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2007). Saúde mental e comportamentos de risco no ensino superior. Comunicação apresentada nas 1<sup>a</sup> Jornadas de Psicologia Clínica: Investigação em Diferentes Contextos. Vila Real, Portugal.
- Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro).  
Acedido em  
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>
- Saraiva, A. G., Chaves, C. M., Duarte, J. C., & Amaral, M. O. (2017). Tobacco dependence in nursing students La dependencia al tabaco en estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 9-18. DOI: [10.12707/RIV16032](https://doi.org/10.12707/RIV16032)

- Soares, A. P., Pereira, A. M., & Canavarro, J. M. (2015). Promoção da saúde nas instituições de ensino superior portuguesas: Reflexões e desafios. *Revista portuguesa de pedagogia*, 49(2), 115-137.
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMS Public Health*, 12(89), 1-13. DOI: [10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health Advance*, 25(6), 1-6. DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043)
- Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D. C., Gonzaga, S., & Dixe, M. A. (2014). Measuring health-promoting behaviors: Cross-cultural validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 1-8. DOI: [10.1111/2047-3095.12065](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12065)
- Sousa, E. C. S. (2015). *Satisfação com a formação superior e transição da Universidade para o trabalho na área de economia e gestão* (Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Saúde, porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83449/2/119635.pdf>
- Step toe, A., Wardle, J., Pollard, T. M., Canaan, L., & Davies, J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: A study of smoking, alcohol consumption and psysical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2), 171-180.
- Stewart, D. W., Vidrine, J. I., Shete, S., Spears, C. A., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., . . . McNeill, L. H. (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of Health Communication*, 20(2), 24-33. DOI: [10.1080/10810730.2015.1066465](https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066465)
- Tu, Y.-C., & Wang, H.-H. (2013). An exploration of human papillomavirus-related cervical cancer prevention experiences among college women: a descriptive qualitative approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3300-3309. DOI: [10.1111/jocn.12051](https://doi.org/10.1111/jocn.12051)
- Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., Moselen, E. F., Dixon, R., Osborne, R. H., . . . Stringer, D. (2016). Exploring health literacy profiles of Texas university students. *Health Behavior and Policy Review*, 3(3), 209-225. DOI: [10.14485/HBPR.3.3.3](https://doi.org/10.14485/HBPR.3.3.3)

- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior, 36*(5), 860-877. DOI: [10.1177/1090198108322819](https://doi.org/10.1177/1090198108322819)
- Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: Determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health, 72*(15), 1-6. DOI: [10.1186/2049-3258-72-15](https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-15)
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., . . . Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine, 3*(6), 514-522. DOI: [10.1370/afm.405](https://doi.org/10.1370/afm.405)
- White, S., Chen, J., & Atchison, R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: A national study. *American Journal of Health Behavior, 32*(3), 227-242. DOI: [10.5555/ajhb.2008.32.3.227](https://doi.org/10.5555/ajhb.2008.32.3.227)
- Wolf, M. S., Davis, T. C., Osborn, C. Y., Skripkauskas, S., Bennett, C. L., & Makoul, G. (2007). Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Education & Counseling, 65*(2), 253-260. DOI: [10.1016/j.pec.2006.08.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.006)
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality, 68*(6), 999-1029.

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

# ANEXOS

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

## Anexo 1- Percentagens das respostas ao ILS-PT dos participantes (Espanha, Ávila & Mendes, 2014)

| Questão | Muito difícil (%) | Difícil (%) | Fácil (%) | Muito fácil (%) |
|---------|-------------------|-------------|-----------|-----------------|
| Q1      | 1.3%              | 12.7%       | 56.1%     | 26.8%           |
| Q2      | 1.3%              | 15.9%       | 56.7%     | 23.6%           |
| Q3      | 1.9%              | 21.7%       | 46.5%     | 29.3%           |
| Q4      | 7.6%              | -           | 56.1%     | 30.6%           |
| Q5      | -                 | 12.1%       | 56.1%     | 30.6%           |
| Q6      | 1.3%              | 13.4%       | 51.6%     | 33.8%           |
| Q7      | 1.3%              | 26.8%       | 50.3%     | 20.4%           |
| Q8      | 2.5%              | 3.8%        | 42.0%     | 51.0%           |
| Q9      | 1.9%              | 10.2%       | 58.6%     | 28.0%           |
| Q10     | 1.9%              | 28.0%       | 48.4%     | 20.4%           |
| Q11     | 3.2%              | 25.5%       | 51.0%     | 19.1%           |
| Q12     | 3.8%              | 46.5%       | 32.5%     | 15.3%           |
| Q13     | 3.2%              | 23.6%       | 50.3%     | 19.7%           |
| Q14     | 1.3%              | 5.1%        | 45.2%     | 47.1%           |
| Q15     | -                 | 6.4%        | 33.8%     | 57.3%           |
| Q16     | 0.6%              | 3.2%        | 43.3%     | 51.6%           |
| Q17     | 1.3%              | 4.5%        | 39.5%     | 52.2%           |
| Q18     | 2.5%              | 31.2%       | 45.2%     | 17.8%           |
| Q19     | 1.9%              | 18.5%       | 49.7%     | 27.4%           |
| Q20     | 1.9%              | 10.8%       | 54.1%     | 32.5%           |
| Q21     | 1.9%              | 4.5%        | 46.5%     | 44.6%           |
| Q22     | 1.3%              | 8.3%        | 29.3%     | 59.9%           |
| Q23     | 1.3%              | 5.1%        | 35.7%     | 58.8%           |
| Q24     | 3.2%              | 8.3%        | 44.6%     | 42.7%           |
| Q25     | 4.5%              | 18.5%       | 42.5%     | 31.8%           |
| Q26     | 4.5%              | 23.6%       | 43.9%     | 28.0%           |
| Q27     | 3.8%              | 17.8%       | 51.0%     | 26.8%           |
| Q28     | 5.1%              | 31.8%       | 45.2%     | 17.2%           |
| Q29     | 2.5%              | 16.6%       | 51.0%     | 28.7%           |
| Q30     | 3.8%              | 19.7%       | 56.7%     | 19.1%           |
| Q31     | 3.8%              | 26.8%       | 52.9%     | 15.9%           |
| Q32     | 2.5%              | 5.7%        | 43.9%     | 47.8%           |
| Q33     | 3.2%              | 14.0%       | 45.9%     | 36.3%           |
| Q34     | 3.2%              | 24.2%       | 46.5%     | 24.8%           |
| Q35     | 8.3%              | 38.9%       | 34.4%     | 16.6%           |
| Q36     | 4.5%              | 25.5%       | 49.0%     | 17.2%           |

Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório

|     |      |       |       |       |
|-----|------|-------|-------|-------|
| Q37 | 2.5% | 12.1% | 54.8% | 29.3% |
| Q38 | 1.9% | 24.2% | 52.2% | 21.0% |
| Q39 | 1.9% | 15.9% | 63.7% | 17.8% |
| Q40 | 1.9% | 19.7% | 49.7% | 27.4% |
| Q41 | 3.8% | 17.2% | 47.1% | 31.2% |
| Q42 | 3.2% | 16.6% | 49.7% | 29.9% |
| Q43 | 3.8% | 14.0% | 49.0% | 32.5% |
| Q44 | 1.9% | 24.8% | 48.4% | 24.8% |
| Q45 | 6.4% | 22.9% | 37.6% | 33.1% |
| Q46 | 5.7% | 22.3% | 46.5% | 24.8% |
| Q47 | 3.2% | 21.0% | 48.4% | 25.2% |

---