

O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal

Health literacy: empowering the person with overweight for the control and reduction of body weight

Oswaldo Santos

Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso.

Resumo

O conhecimento sobre os factores que promovem e defendem a saúde e sobre os factores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efectiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adopção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos. Assim sendo, a efectividade das intervenções de saúde pública na área da doença crónica, nomeadamente da obesidade, passa por planear de forma estratégica acções de sensibilização e de transmissão de conhecimento que visem mudança comportamental promotora de saúde. Mas a garantia de efectividade destas acções de educação pressupõe a identificação das competências de conhecimento que urge desenvolver na população Portuguesa em geral e nos grupos com menor capacidade de controlo de peso, em particular. Neste sentido, qualquer programa de intervenção ao nível da educação para a saúde implica a criação de uma *baseline* de literacia de saúde e a criação e manutenção de sistemas de informação que viabilizem a análise dos ganhos associáveis aos programas educativos. No presente artigo, discute-se o conceito de literacia de saúde, faz-se uma revisão do que sabe sobre a associação da baixa literacia em saúde e o excesso de peso, e apresentam-se alguns instrumentos que se têm mostrado como relevantes para o estudo da literacia de saúde, nomeadamente no que se refere à prevalência de baixa literacia e sua associação com a doença crónica em geral, e com a obesidade em particular.

Abstract

The knowledge about health protecting factors and about health risks factors, together with the capacity for applying and using effectively this knowledge, is a main determinant for the adoption of salutogenic behaviors and lifestyles. Therefore, for assuring public health actions effectiveness in the field of chronic health (including obesity), the actions of transmission of knowledge for the community must target strategic health behavioral changes. This strategic planning implies the identification of the knowledge-related skills that are most important to develop, for both the general Portuguese population and the specific population groups which are less empowered for controlling weight. In this sense, any health promotion program implies the building up of a health literacy baseline indicator, as well as an information system that may allow the monitorization of the health education actions. This is fundamental for the accountability of gains in health literacy that may be directly associated with any health program. In this article, the meaning of health literacy is discussed, and a revision of what is known about the association between low health literacy and overweight is presented. Moreover, some of the instruments that are considered to be most relevant for the study of low health literacy prevalence and its association with chronic disease, such as obesity, are also presented.

Em 1979, Thomas McKeown salientou a importância do estudo dos comportamentos para a compreensão da morbidade e mortalidade.¹ Ao analisar a evolução da saúde e doença durante o século XX, realçou o facto das doenças mais prevalentes serem também determinadas pelos comportamentos individuais. Desde então, e graças a documentos estruturantes do modelo biopsicossocial, como o *Health for All*, *Health of the Nation*, o *Healthy People 2010* ou a *Carta de Ottawa* (entre outros), os profissionais de saúde têm procurado promover a saúde (e prevenir a doença) através da mudança e adopção de estilos de vida

(no sentido de padrões comportamentais) salutogénicos, por alternativa a comportamentos como fumar, beber álcool, manter dietas hipercalóricas ou estilos sedentários. Nesta perspectiva, a promoção da saúde tem sido conceptualizada como acção de saúde pública orientada para o aumento do controlo individual sobre os determinantes de saúde, nomeadamente através da implementação de políticas de saúde e da identificação e desenvolvimento das condições de vida, nos seus diferentes *settings* (escolar, laboral, de lazer, etc), que influenciam o comportamento de forma mais ou menos directa.²

Uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção de saúde (e de prevenção de doença) passa por educação para a saúde (*health education*).³ Esta componente de intervenção surge como peça conceptual relevante nos vários modelos que têm sido propostos, com algum sucesso, para prever comportamentos de saúde. De facto, todos os modelos de cognição social desenvolvidos (e utilizados) nos últimos cinquenta anos para a predição de comportamentos de saúde incluem os conhecimentos e crenças de saúde como determinantes principais do comportamento, patogénico ou salutogénico. Uma vez que as crenças de saúde são variáveis preditivas do comportamento, a lógica por detrás da importância dada à educação de saúde é a de que transformar crenças erradas em crenças correctas aumenta a possibilidade das pessoas terem atitudes saudáveis e, conseqüentemente, adoptarem comportamentos e estilos de vida saudáveis. As escolhas comportamentais são muitas vezes entendidas como alicerçadas por crenças ou expectativas sobre os resultados alcançáveis pelas mesmas e pelos valores associados a esses resultados (tratando-se assim de teorias de expectativa-valor). Segundo este tipo de modelos, cognitivo-rationais, assume-se também que nova informação pode alterar ou reforçar essas crenças, com valor motriz para os comportamentos.⁴ Os modelos mais influentes desta escola de pensamento (por exemplo, a teoria da acção planeada) identificam a intenção comportamental como sendo a variável com maior valor preditivo, relativamente aos comportamentos, sendo a mesma influenciada pelas atitudes ou sentimentos e emoções relativamente à capacidade de desempenho bem como pelas normas sociais associadas a esse comportamento. Estas atitudes e percepção de normas são, mais uma vez, influenciadas pelo conhecimento que a pessoa tem relativamente ao problema de saúde e aos seus determinantes comportamentais.

Apesar de ser consensual que o conhecimento relacionado com aspectos de saúde não é uma condição suficiente para a mudança comportamental, este tipo de conhecimento é entendido como condição necessária. Como referido por Sarafino (2002, pag. 188),⁵ “*people who want to live healthful lives need information – they need to know what to do and when, where and how to do it*”. Este entendimento do papel

activo das pessoas na manutenção e melhoria da sua própria saúde inclui a perspectiva de ser necessário implicar os pacientes das decisões de cuidados de saúde (e.g., segundo o modelo de tomada de decisão partilhada⁶), sendo esta uma prioridade actual das organizações de saúde com responsabilidades ao nível da definição de políticas de saúde (e.g., a organização mundial de saúde).⁷ Contudo, maior envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão clínica eleva a exigência, por parte do paciente, de competências de literacia em saúde, de forma a que possa compreender e processar informação sobre saúde, por vezes bastante complexa, e a negociar as suas preferências. Algumas pessoas, nomeadamente as que têm menos habilitações literárias e literacia mais baixa, podem sentir maior dificuldade em participar neste processo, desta forma.⁷

Sabe-se também que a transmissão de informação sobre saúde é mais efectiva quando os seus conteúdos são desenhados especificamente para cada pessoa ou grupo populacional⁸ e quando a mensagem é bem delimitada – enfatizando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos ou decisões em questão. O formato da mensagem (e seu foco em termos de ganhos e perdas) depende do tipo de comportamento-alvo (i.e., o que se quer ver adoptado).⁹ Outros factores que a literatura tem mostrado serem promotores de aumento de efectividade da transmissão de informação sobre saúde são (a) o uso de instruções específicas para desempenhar um comportamento de saúde (pistas concretas para a acção, em vez do uso isolado de mensagens assustadoras/negativas, por exemplo) e o uso de afirmações motivacionais, que promovam a auto-confiança para implementação dos comportamentos desejados.¹⁰

LITERACIA DE SAÚDE

Sistemas de saúde centrados no doente exigem um papel activo por parte dos indivíduos, tornando-os parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que têm a ver com a saúde. É assim fundamental equipar o doente com competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença.¹¹

Uma das competências fundamentais passa pelo conhecimento sobre diferentes aspectos de saúde (e de cuidados de saúde), bem como pela capacidade

de utilização desse conhecimento. O reportório de conhecimentos necessário para maximizar a probabilidade de adopção de comportamentos saudáveis (nomeadamente, o de adesão terapêutica a novos hábitos alimentares e de exercício físico) é amplo e complexo. Para além dos conhecimentos factuais (por exemplo, acerca do que faz mal ou bem para a saúde – o que nem sempre é consensual mesmo em meio científico), a adopção de comportamentos de saúde implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que importa serem aplicados.

Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde. Há bastante evidência em como pessoas com baixa literacia em saúde (incluindo competência numérica em saúde) têm menor capacidade de compreensão dos conteúdos de folhetos informáticos sobre alimentos ou sobre fármacos,¹² bem como menos facilidade em navegar nos sistemas de saúde.¹³

Baixa literacia em saúde relaciona-se com percepção de baixa auto-eficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde, ou ineficácia em lidar com situações de emergência.¹¹ Dewalt et al,¹⁴ numa meta-análise, verificou que uma baixa literacia está também associada a maiores taxas de hospitalização, diminuição da utilização de medidas preventivas, e pobre adesão aos regimes terapêuticos.

O nível baixo de literacia também afecta a comunicação médico-paciente. Por um lado, há vários estudos que mostram que os médicos têm dificuldade em reconhecer níveis de baixa literacia em saúde nos seus doentes, não adequando a linguagem a esse nível de literacia.¹⁵ Ainda pela parte dos médicos, há também maior dificuldade em compreender o estado de saúde dos doentes, devido à dificuldade do paciente em se exprimir, e conseqüentemente uma menor exactidão no estabelecimento de um diagnóstico. Por outro lado, por parte dos pacientes, há maior dificuldade em compreender as instruções médicas.^{14,16} Seligman et al (2005) estudaram diversas variáveis que resultam da interacção entre médicos e doentes com um baixo nível de literacia,

e verificaram que a satisfação com a consulta e a percepção de efectividade (por parte do médico) são inferiores no caso dos pacientes com uma baixa literacia.¹⁵

Não admira assim que a baixa literacia em saúde tenha sido identificada em diversos estudos como um factor de risco para diversas patologias (nomeadamente as que têm o comportamento como agente patogénico relevante e que implicam auto-gestão da patologia¹⁷), como por exemplo: obesidade (baixa literacia tem sido associado a valores superiores de IMC),¹⁸ diabetes,¹⁹ doenças cardiovasculares,¹³ cancro,²⁰ etc. Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida; por outro lado, níveis inferiores de literacia em saúde estão associados a saúde mais precária e mesmo a mais mortalidade.^{14,17,21}

Numa perspectiva de economia da saúde, importa salientar que existe evidência em como o défice de literacia em saúde está associado a aumento de custos de saúde, não apenas por deficiente controlo de processos patogénicos, como também devido à má utilização de fármacos.

A literacia em saúde tem sido perspectivada como constructo mediador para ganhos em saúde associáveis a campanhas de promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos^{2,22,23} quer em crianças.²³ Assim sendo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição políticas de saúde. O termo tem sido utilizado, no campo da saúde, nos últimos 40 anos.²⁴ A sua utilidade em termos de saúde pública também já não é recente. Por exemplo, foi expressa num relatório Australiano datado de 1993²⁵, que recomendava acções de promoção de saúde que visassem três objectivos de literacia de saúde: (a) aumento de competências comunicacionais na população, (b) aumento de conhecimento sobre saúde que permitisse ao cidadão fazer escolhas informadas sobre a sua saúde, e (c) aumento de conhecimento sobre saúde que permitisse ao cidadão o desempenho de um papel activo na criação de um ambiente (a vários níveis: sócio-cultural, económico, urbanístico, etc.) mais salutogénico.

O conceito de literacia em saúde é actualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade

para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas (tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adopção de estilos de vida saudável, ou na adopção de um papel activo relativamente aos determinantes sociais da saúde).^{22,26} A Organização Mundial da Saúde²⁷ também reconhece no conceito de literacia em saúde um carácter dinâmico e mesmo processual, ao defini-lo como “[Those] cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. [...] Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal” (1998, p.10).

Esta definição abrangente da literacia por parte da OMS integra a proposta taxonómica de literacia²⁸ em literacia funcional, comunicacional/interactiva e crítica, que tinha subjacente a noção de um crescendo de autonomia e de capacitação (*empowerment*) por parte do indivíduo, também no diz respeito à saúde, à medida que aumenta o grau de literacia, da forma mais simples (a funcional) para a mais complexa (a crítica):

- Entende-se literacia funcional como a capacidade de ler e escrever que permita lidar eficazmente com as situações do dia-a-dia;
- O conceito de literacia comunicacional/interactiva implica, para além das competências de literacia funcional, recursos cognitivos que, em conjunto com competências sociais, podem ser utilizados para, de forma pró-activa, extrair e atribuir significado à informação recolhida (de formas diversas – e.g., através de folhetos informativos, conversas, consulta de sites de internet, etc.), e aplicar a informação em contextos diferentes (numa perspectiva de translação de conhecimento);
- Por fim, a literacia crítica implica competências cognitivas mais complexas ainda que, associadas também a competências sociais, possam ser aplicadas para analisar a informação de forma crítica, utilizando-a e gerindo-a de forma eficaz no sentido de garantir maior controlo sobre a vida em geral e em situações específicas que impliquem a decisão comportamental e/ou a resolução de problemas.

Resumindo, a literacia em saúde implica mais do

que a capacidade de ler informação. Implica também a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionem com a preservação ou melhoria da saúde². Pode também implicar maior consciência sobre temas de saúde pública, factores de risco, diferenças culturais, entre outros.²¹ Assim sendo, os benefícios em saúde da literacia em saúde não resultam apenas do facto de ser um recurso pessoal, que potencia comportamentos de saúde e benefícios pessoais em termos de saúde. Resultam também benefícios sociais, nomeadamente por promover maior envolvimento em acções comunitárias de saúde, e maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção de doença.²

Freebody e Luke²⁸ adiantaram que a progressão entre vários níveis de literacia não depende apenas do desenvolvimento cognitivo, sendo também influenciada pela exposição a conteúdos (e formas de transmissão de informação) e por competências psicossociais, incluindo a percepção de auto-eficácia na mudança comportamental.

Esta noção desenvolvimentista do conceito de literacia tem implicações relevantes no que se refere à equidade em saúde. O ímpeto inicial da educação para a saúde como estratégia de acção para a promoção da saúde foi perdendo fulgor à medida que os estudos mostraram que as campanhas de informação em saúde promovem o crescimento de literacia nas classes sociais que já tinham mais literacia, mas que são menos eficazes para promoverem o mesmo crescimento em classes sociais com menos literacia à partida, aumentando o fosso entre as primeiras e as segundas com menos literacia funcional. De facto, pessoas que não sejam capazes de ler e escrever adequadamente estão menos expostas aos meios tradicionais de educação para a saúde, beneficiam menos desta forma estratégica de transmissão de informação, e mantêm-se incapazes (ou, pelo menos, menos capazes) de agir de acordo com as (novas) informações a que são expostos.^{2,29} A este efeito distintivo das campanhas de educação para a saúde tem sido dado o nome de fosso de conhecimento (*knowledge gap hypothesis*³⁰), que desafiou o pressuposto de que campanhas de educação para a saúde eram eficazes de forma equitativa, nas população em que eram promovidas, realçando a necessidade de ade-

quar e dirigir a informação a grupos populacionais específicos, nomeadamente através de formas diferenciadas de a transmitir (i.e., diferentes grupos populacionais requerem linguagens e formas de transmissão de informação também elas distintas).^{2,4}

O efeito de *knowledge gap* não é apenas explicável através da diferença entre níveis educacionais. De facto, apesar de um nível baixo de literacia (em geral) ser um factor de risco para a baixa literacia em saúde, pessoas com bom nível educacional em geral não são necessariamente competentes no que se refere à literacia em saúde.³¹ Ettema e Klein³² referem que este fosso aumentado pela transmissão de informação de saúde passa também por variáveis individuais, como motivação e interesse pessoal, o que tem sido corroborado por outros estudos.^{33,34}

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE

Até recentemente, havia poucos dados sobre a prevalência de baixa literacia a nível populacional. Em 2000, Nutbeam^{2,22} explicava que a existência de poucos dados de prevalência sobre níveis baixos de literacia em populações (e conseqüente relutância dos governos em apostar claramente na promoção desta competência) tinha a ver com o facto de este constructo ser difícil de definir e de avaliar (de forma a possibilitar uma avaliação de efectividade de programas de saúde). Na realidade, a forma como se define a literacia em saúde tem implicações na forma de avaliação/medição do constructo. Os instrumentos que existem com propriedades psicométricas reconhecidas como adequadas, apenas avaliam a componente funcional da literacia em saúde (ou seja, competências de leitura e numéricas), não captando a natureza multidimensional do constructo (por exemplo, não avaliando competências de negociação com profissionais de saúde).^{35,36} De qualquer modo, nos últimos dez anos tem-se assistido a um esforço considerável de investigação, no sentido de desenvolver instrumentos que sejam válidos para a medição desta variável latente e com sensibilidade para detectar diferença (quando a mesma existe), quer entre grupos populacionais, quer intra-grupos (por exemplo, em desenhos longitudinais). Exemplos desses instrumentos são:

a) *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM)³⁷, que mede apenas competências numé-

cas, utilizando para o efeito perguntas sobre tamanhos de porções alimentares;

b) *Wide Range Achievement Test*, terceira edição (WRAT-3);³⁸

c) *Short Test of Functional Health Literacy* (STOFHLA),³⁹ que é uma versão abreviada do *Test of Functional Health Literacy* (TOFHLA).⁴⁰ Enquanto que este último mede a compreensão na leitura e a competência numérica (*numeracy**) – implicando uma média de tempo de preenchimento de 22 minutos – o STOFHLA apenas avalia a compreensão na leitura (com um tempo médio de preenchimento de 7 minutos);

d) *Newest Vital Sign* (NVS). Trata-se de um instrumento de medição de literacia, de aplicação rápida, com apenas seis itens, e que implica a interpretação de informação escrita e de informação numérica. Antes de responder a cada item, a pessoa tem de ler um folheto informativo com informação nutricional.⁴¹ O instrumento foi construído para ser aplicado em contexto de cuidados primários. Como já referido, existe uma versão portuguesa com algumas propriedades psicométricas conhecidas.⁴²

PREVALÊNCIA DE BAIXA LITERACIA EM SAÚDE

O *National Adult Literacy Survey* (NALS), conduzido em 1992, revelou que cerca de um quarto da população dos Estados Unidos da América tinha baixo nível de literacia e que outros tantos tinham competências de literacia, numéricas e computacionais mínimas.⁴³ Outro estudo mostrou também que a prevalência de literacia em saúde (entre americanos de expressão inglesa) é maior, afectando cerca de um terço dessa população.⁴⁴ Revelou também que níveis baixos de literacia são mais prevalentes precisamente nas populações mais afectadas por morbilidade ou em maior risco de doença e que poderiam beneficiar mais dos serviços prestadores de cuidados de saúde (ou seja, pelos grupos populacionais que mais poderiam beneficiar do eventual efeito protector da literacia em saúde): a baixa literacia em saúde é mais prevalente nas minorias étnicas e raciais, na população idosa, nos pacientes com doenças crónicas e nos doentes que recorrem aos serviços de saúde públicos.⁴⁵

LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-

2010,⁴⁶ a educação para a saúde é uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde, sendo as escolas um *setting* preferencial para a transmissão de conhecimento de saúde. Apesar deste facto, não se sabe a prevalência de baixa literacia de saúde em Portugal, e só muito recentemente é que foi validado o primeiro instrumento de avaliação da literacia para a população portuguesa.⁴²

A importância da promoção da saúde através da educação para a saúde foi amplamente reconhecida em 1994, quando Portugal integrou o projecto da OMS "Health Promoting Schools". Também o documento *Health for all in the 21st century (OMS)*, ratificado pelo governo Português, incluiu como um dos objectivos comunitários principais que 95% das crianças tivessem educação para a saúde nas escolas. Os temas que têm merecido mais destaque nas escolas são: hábitos alimentares/nutricionais, hábitos de actividade física, consumo de drogas, de tabaco e de álcool, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, e violência nas escolas.

Mais recentemente, no *European Health Forum Gastein 2004*, foi formulado que na Europa do futuro, "Everybody has easy and prompt access to affordable, high quality health care – whoever and wherever they are... people will have no trouble finding clear and reliable information on how to be in good health and about diseases and treatment options.". Esta afirmação coloca o aumento de literacia de saúde como uma prioridade estratégica para o desenvolvimento da União Europeia.

Apesar desta consciência política (e decisões/actos relacionados) sobre a promoção de saúde através do aumento da literacia de saúde (ou seja, defendendo a literacia de saúde como uma forma de capacitação para quem precisa de cuidados de saúde), o facto é que existem poucos estudos que dêem uma perspectiva global sobre o conhecimento que a população portuguesa tem sobre saúde. A maior parte dos estudos feitos em Portugal sobre literacia de saúde são locais/regionais ou demasiado específicos (em termos de área da saúde em estudo).

O uso da internet como fonte de informação sobre saúde é dos aspectos que tem recebido maior alvo de atenções por parte dos investigadores. A este propósito, um inquérito feito a nível multinacional revelou que um terço dos portugueses (a maioria do sexo feminino, jovens e com níveis educacionais

mais elevados) usam a internet para obter informação sobre saúde (principalmente como forma de preparar a visita ao médico e/ou para confirmar o diagnóstico e/ou tratamento proposto pelo profissionais de saúde).⁴⁷

Um estudo realizado pelo Eurobarometer, (Direcção-Geral SANCO) e publicado em 2003⁴⁸ indicou que os profissionais de saúde e a televisão são as fontes de informação mais utilizadas e que mais transmitem informação sobre saúde (apesar de uma percentagem considerável considerar que a televisão não é uma fonte credível de informação sobre saúde). As organizações médicas e de saúde surgem nesse estudo como as fontes de informação que as pessoas mais confiam. No mesmo estudo, a segunda fonte de informação mais credível foram as organizações de consumidores (incluindo aqui as associações de doentes), seguidas da escola/universidade e organizações civis. A título de exemplo, a organização de defesa dos consumidores, DECO PROTESTE tem conduzido, nas últimas duas décadas, diversos estudos representativos a nível nacional, relativos a temas de saúde específicos (nomeadamente sobre obesidade e diabetes), onde foram incluídos indicadores de literacia de saúde. Mas, também nestes casos, os instrumentos de avaliação utilizados não foram suficientemente estudados no que se refere às suas propriedades psicométricas.

LITERACIA EM SAÚDE COMO VARIÁVEL PREDITIVA DO CONTROLO DO PESO

Um estudo recente,²³ de natureza observacional e transversal, com 171 crianças e adolescentes entre os 6 e os 19 anos, encontrou uma correlação negativa significativa entre a literacia em saúde (medida através do *STOFHLA*) e o índice de massa corporal (IMC) – ou seja, quanto maior a literacia em saúde, menor carga ponderal – mesmo após ajustamento para a idade e género. O mesmo estudo concluiu também haver correlação positiva entre a literacia em saúde e percepção de auto-eficácia relacionada com o comportamento alimentar.

Sharif e Blank²³ afirmam que a forma como a literacia em saúde se relaciona com o IMC tem de ser investigada, nomeadamente através de estudos longitudinais que potenciam o esclarecimento do sentido causal desta relação. De facto, se é possível hipotetizar-se que a baixa literacia promove menos

controlo do peso, também existe evidência (em adultos) no sentido de o excesso de peso poder promover défice cognitivo.^{49,50}

Noutro estudo, seguindo uma abordagem qualitativa, Smith et al.⁷ mostraram que níveis diferentes de educação conceptualizam o seu envolvimento em processos de tomada de decisão na saúde de forma distinta. Os participantes com mais habilitações literárias consideram haver partilha de responsabilidade com o médico neste processo (nomeadamente através da confirmação activa da credibilidade da informação dada pelo médico, bem como através da exploração activa de alternativas terapêuticas); já os participantes com menos habilitações literárias tinham um estilo de decisão centrado no papel de consentimento (ou não consentimento) das propostas do médico – sem pesquisa activa de alternativas de intervenção. Também existe evidência no sentido de doentes com baixo nível de literacia envolverem-se menos em actividades de prevenção de doença e de promoção de saúde,⁵¹ tendo também menos consciência sobre a sua condição de saúde e sobre como gerir a mesma.⁵² Por fim, também se mostram menos confiantes em expressar preocupações e em participar nas tomadas de decisão clínica.¹⁴

O défice de competências numéricas, especialmente quando relacionadas com a área da saúde, pode também afectar o controlo do peso.¹⁹ Por exemplo, o facto de haver alguma tendência para o aumento do tamanho das doses alimentares tem contribuído para uma sobre-estimação do que é uma porção normal, contribuindo para o aumento da ingestão alimentar e, consequentemente, para o excesso de peso.^{53,54} □

Bibliografia

- McKeown T. The role of medicine. 1979. Oxford, Blackwell.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000 Sep; 15:259-67.
- Ogden J. *Health psychology: a textbook*. 2000. Open University Press. Buckingham.
- Finnegan JR, Viswanath. Communication theory and health behavior change – the media studies framework. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education – theory, research, and practice* (4th Edition). Wiley & Sons. USA. 2008.
- Sarafino EP. *Health psychology – biopsychosocial interactions*. (4th Edition). 2002. John Wiley & Sons. New York.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999 Sep; 49:651-61.
- Smith SK, Dixon A, Trevena L, et al. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Soc Sci Med*. 2009 Dec;69:1805-12.
- Kreuter MW, Strecher VJ, Glassman B. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Ann Behav Med*. 1999 Fall; 21:276-83.
- Rothman AJ, Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychol Bull*. 1997 Jan; 121:3-19.
- Sutton SR. Fear-arousing communications. A critical examination of theory and research. In Eiser JR (ed.). *Social psychology and behavior medicine*. 1982. Wiley. New York.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. *Advancing health literacy. A framework for understanding and action*. San Francisco: John Wiley & Sons. 2006.
- Rothman RL, Housam R, Weiss H, et al. Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *Am J Prev Med*. 2006 Nov;31: 391-8.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med*. 2008 Jun; 23:723-6.
- DeWalt DA, Boone RS, Pignone MP. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav*. 2007 Sep-Oct;31 Suppl 1: S27-35.
- Seligman H, Wang F, Palacios J, et al. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2005; 20:1001-7.
- Rudd R, Moeykens B, Colton T. *Health and Literacy. A review of medical and public health literature. Annual review of adult learning and Literacy*. New York: Jossey-bass. 1999.
- Pignone M, DeWalt D, Sheridan S, et al. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med*. 2005 Feb; 20:185-92.
- Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, et al. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring)* 2008 Aug;16: 1966-8.
- Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, et al. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med*. 2009 Apr;36: 324-8.
- Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, et al. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park)*. 2009 Apr; 23:369-75.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005 Jun; 20:195-203.
- Nutbeam D, Kickbush I. *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. *Health Promotion International*. 2000 Sep; 15: 183-4.
- Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr; 79:43-8.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs*. *JAMA*. 1999 Feb; 281:552-7.
- Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Harris E, Leeder S. *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*. AGPS. Canberra. 1993.
- Ratzan SC, Parker RM. *Health literacy. Current Bibliographies in Medicine, 2000-1*. Bethesda, MD: National Library of Medicine. 2000. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.
- World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland. 1998.
- Freebody P, Luke A. 'Literacy' programs: debates and demands in cultural context. *Prospect*. 1990;5:7-16.
- Hyman HH, Sheatsley PB. Some reasons why information campaigns fail. *Public Opinion Quarterly*. 1947; 11:412-23.
- Tichenor, PJ, Donohue GA, Olien CN. *Community conflict and the press*. Beverly Hills, California: Sage.1980.
- Kickbush I. *Health literacy: addressing the health and education divide*. *Health Promotion International*. 2001 Sep; 16: 289-97.
- Ettema JS, Kline FG. Deficits, differences and ceilings: contingent conditions for understanding the knowledge gap. *Communication Research*, 1977 Apr; 4:179-202.
- Fredin E, Monnett TH, Kosicki GM. Knowledge gaps, social locators, and media schemata: gaps, reverse gaps, and gaps of disaffection. *Jour-*

- nalism Quarterly (Spring). 1994; 71:176-90.
34. McLeod DM, Perse EM. Direct and indirect effects of socioeconomic status on public affairs knowledge. *Journalism Quarterly* (Summer). 1994; 71:433-42.
 35. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006 Aug; 21:878-83.
 36. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec; 67:2072-8.
 37. Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993 Jun; 25:39-5.
 38. Wilkinson G. The wide range achievement test – third edition (WRAT-3). Wilmington DE: Wide Range, 1993.
 39. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, et al. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Educ Behav*. 1998 Oct; 25:613-24.
 40. Parker RM, Baker DW, Williams MV, et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995 Oct; 10:537-41.
 41. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005 Nov-Dec; 3:514-22.
 42. Luis LFS, Loureiro I. Literacia em saúde e alimentação. In Jorge Bonito. Educação para a saúde no século XXI – teorias, modelos e práticas. CIEP - Centro de Investigação em Educação e Psicologia. 2008.
 43. Kirsch I, Jungeblut A, Jenkins L, et al. Adult literacy in america: a first look at the findings of the national adult literacy survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, US Dept of Education; 1993.
 44. Williams MV, Parker RM, Baker DW, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995 Dec; 274:1677-82.
 45. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002 Jul; 288:475-82.
 46. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2004.
 47. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, et al. European citizens' use of e-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007 Apr; 7:53.
 48. European Opinion research Group (EORG). EUROBAROMETER 58.0: European Union citizens and sources of information about health. March 2003.
 49. Sabia S, Kivimaki M, Shipley MJ, et al. Body mass index over the adult life course and cognition in late midlife: the Whitehall II Cohort Study. *Am J Clin Nutr*. 2009 Feb; 89:601-7.
 50. Volkow ND, Wang GJ, Telang F, et al. Inverse association between BMI and prefrontal metabolic activity in healthy adults. *Obesity*. 2009 Jan; 17:60-5.
 51. Miller DP Jr, Brownlee CD, McCoy TP, et al. The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC Fam Pract*. 2007 Mar; 30:8-16.
 52. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*. 2003 Nov; 51:267-75.
 53. Harnack L, Steffen L, Arnett DK, et al. Accuracy of estimation of large food portions. *J Am Diet Assoc*. 2004 May; 104:804-6.
 54. Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jul; 82(1 Suppl):236S-41S.