

## **O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA GRADUAÇÃO DE MÉDICOS**

Ieda Franken<sup>1</sup> (✉ [iedafranken@gmail.com](mailto:iedafranken@gmail.com)), Clênia Gonçalves<sup>1</sup>, Ana Costa<sup>1</sup>, Valéria Araújo<sup>1</sup>, & Bianca Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ao abordar a questão do conceito de saúde mental entende-se que a mesma não está relacionada simplesmente à ausência de doenças mentais, mas engloba também, aspectos relacionados ao bem-estar físico e emocional, qualidade de vida, contexto social satisfatório, educação e satisfação nas atividades realizadas (Coutinho et al., 2012; Franken, 2010). Ademais, sabe-se hoje que a maioria das doenças, seja física e/ou mental, sofre influência de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002).

No tocante aos transtornos mentais comuns (TMC), conhecidos também por transtornos psiquiátricos menores, são definidos como aqueles transtornos nas quais os quadros de transtorno mental são menos graves e mais frequentes (Fiorotti et al., 2010). Seus sintomas incluem alterações de memória, dificuldade de concentração e de tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas (Rocha & Sassi, 2013).

Ser portador de algum desses transtornos menores representa custos em termos de sofrimento psíquico, assim como impacta os relacionamentos e a qualidade de vida, o que conseqüentemente, compromete o desempenho nas atividades diárias e torna-se a essência para o desenvolvimento de transtornos mais graves (Rocha & Sassi, 2013).

A incidência deste transtorno tem sido identificada em relação aos estudantes no ambiente universitário integrando em múltiplos processos que envolvem tanto aspectos externos – ambientes acadêmicos e sociais, quanto os aspectos internos do indivíduo – habilidade de encarar as diversas situações, as reações físicas psicossomáticas e os diferentes estados de humor (Feodrippe et al., 2013; Polydoro et al., 2001).

Muitos indivíduos irão apresentar o seu primeiro episódio psiquiátrico durante a graduação e, segundo uma revisão, 12% a 18% dos universitários apresentam alguma doença mental diagnosticável (Fiorotti, 2010). Fiorotti (2010) ainda aponta que alguns estudos conduzidos na área da saúde mental têm sido focados em estudantes da área da saúde, principalmente do curso de medicina, que expõe os estudantes a fontes de tensão desde o processo de admissão até o final da graduação, com a entrada no mercado de trabalho e em programas de residência médica.

Estudiosos (Feodrippe et al., 2013; Franken, 2014) trazem que a transição Escola-Universidade, entre adolescentes e jovens pode ser identificada como uma crise vital, que provoca respostas emocionais problemáticas, nos níveis de estresse e de ansiedade. Entrar em uma Universidade representa, em muitos casos, a primeira separação parental e familiar desses jovens, logo num período crucial da vida de um ser humano: *a adolescência* – fase de pleno desenvolvimento biopsicossocial, que marca a passagem do estado infantil para o adulto e é permeada por características psicológicas desse processo evolutivo, que envolve a expressividade, manifestações de comportamento, adaptação social; e são influenciadas pela cultura e sociedade na qual o jovem está inserido.

No contexto dos cursos de formação de médicos, em especial, há estudos que apontam uma maior prevalência de transtornos mentais comuns nesses estudantes do que na população geral. Neste sentido, Lima et al. (2006) fazem o seguinte questionamento: o sofrimento psíquico antecederia a escolha profissional ou o processo de formação vivenciado na graduação seria nocivo à saúde mental dos estudantes?

Sabe-se que, dentre os fatores de estresse presentes na graduação médica alguns deles são bastante comuns e frequentes, como a competição no processo de seleção antes do ingresso na faculdade, a sobrecarga de conhecimentos, a dificuldade na administração do tempo entre atividades acadêmicas e atividades de lazer, a grande responsabilidade, as expectativas sociais do papel do médico, o contato com a morte e inúmeros processos patológicos, entre outros fatores (Fiorotti et al., 2010).

Nesse mesmo contexto, há outro estudo que foi realizado com o objetivo de estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em estudantes do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), avaliando as correlações entre TMC e fatores de risco, através de um estudo transversal com 384 alunos do curso citado e utilizando o Self-

Reporting Questionnaire (SRQ-20). Os resultados deste trabalho apontaram para uma prevalência total de TMC associado ao período em que o aluno estava cursando (Rocha & Sassi, 2013).

O estudo realizado na Universidade Federal de Santa Maria, também com a utilização do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), mostrou que a prevalência de TMC entre estudantes do primeiro ao décimo semestre do curso de medicina foi de 37,1%, revelando taxas de adoecimento para algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a graduação em torno de 15 a 25% (Benvegnue Deitos, 1996; Cerchiari et al., 2005).

Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986), o Self-Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20) é indicado para rastreamento de transtornos mentais comuns. Trata-se de um instrumento autoaplicável, de muito baixo custo, e com alto poder discriminante, e cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses resultados (Gorenstein et al., 2016).

## MÉTODOS

### *Participantes*

Trata-se de um estudo realizado na cidade de João Pessoa/PB – Brasil, de caráter descritivo e transversal. Registra-se, na oportunidade, que os participantes foram selecionados segundo técnicas de amostragem não probabilística, por critérios de conveniência para as pesquisadoras. A amostra escolhida para esta pesquisa foi de alunos do curso de medicina de uma universidade pública da Paraíba, que estivessem cursando do primeiro ao quinto período(semestre) letivo do curso. Para tal, os participantes foram abordados em suas respectivas turmas, na qual os pesquisadores passaram as recomendações para a aplicação dos instrumentos utilizados, seguido da entrega dos materiais.

### *Material*

O instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-30) tem por objetivo permitir o rastreamento da saúde mental de determinada população. É um

instrumento auto-respondido, sendo composto por trinta questões, aonde vinte rastreia Transtornos Mentais Comuns, quatro os Transtornos Psicóticos, uma Convulsões, e cinco para o rastreamento de Transtorno por uso de Álcool (Coutinho & Saraiva, 2011).

Após algum tempo, este modelo sofreu uma redução de itens por parte de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), ficando apenas com vinte questões, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), porém o início de sua aplicação se deu na década de 80, por Harding e colaboradores como uma resposta a demanda da para que se criasse um instrumento de rastreamento psiquiátrico que facilitasse a detecção, de forma simples e eficaz. Desse modo, após várias modificações e adaptações, é a versão mais utilizada até hoje. O uso prioritário foi na atenção primária de saúde, e se destina ao rastreamento de Transtorno de Humor, de Ansiedade e de Somatização, conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC). O SRQ-20 é também autoaplicável com boa capacidade de diferenciar corretamente casos de transtornos psiquiátricos, como sintomas psíquicos e somáticos. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final, por meio do somatório desses resultados (Gorenstein et al., 2016).

Os escores obtidos podem ser interpretados de forma qualitativa, para determinar um rastreamento positivo ou não, ou de modo quantitativo. O ponto de corte se estabelece para uma “suspeita” da presença de algum transtorno mental comum é feita com a pontuação superior ou igual a sete para os homens, e superior ou igual a oito para as mulheres. Esse ponto de corte é comparável a outros estudos realizados na mesma temática, que variam em um ou dois pontos para mais ou para menos (Gonçalves et al., 2008; Guirado & Pereira, 2016).

Com a finalidade de conhecer a amostra de participantes, também foi aplicado um questionário sócio demográfico elaborado pelas autoras do presente estudo. Neste questionário havia itens referentes à idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, renda, trabalho, responsabilidade pelos afazeres domésticos e responsabilidade financeira.

### *Procedimento*

Foram aplicados 93 questionários com alunos do curso de Medicina do primeiro ao quinto período, nas salas de aula do Centro de Ciências Médicas

(CCM). Para tal, os participantes foram abordados em suas respectivas turmas, na qual as pesquisadoras fizeram um pequeno *rapport*, seguido das recomendações exigidas para a administração dos instrumentos utilizados, e depois a entrega do material de aplicação.

Para a análise dos dados sócios demográficos utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20 – onde foram utilizadas medidas de posição, de variabilidade e testes de correlação e de comparação entre grupos.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 – Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde/MS – que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, do Centro de Ciências da Saúde (CCS).

## RESULTADOS

A pesquisa revelou que 62 pessoas (66,7%) da amostra eram do sexo masculino. Quanto à idade, 48 (51,6%) tinham entre 20 a 22 anos, 24 (25,8%) tinham entre 23 a 25 anos, 19 (20,4%) apresentavam mais de 25 anos e apenas dois participantes (2,2%) tinham entre 17 a 19 anos. Quanto ao estado civil 88(94,6%) participantes eram solteiros e 5 (7,4%) eram casados ou viviam em uma relação estável. Em relação aos dados escolares, 87 participantes (93,5%) não tinham reprovado nenhuma disciplina até o momento da pesquisa, e dentre os seis (6,5%) que reprovaram quatro pessoas (4,3%) tinham reprovado em uma disciplina, ao passo que as outras duas pessoas (2,2%) tiveram reprovação em duas ou mais disciplinas.

Os dados dos participantes também mostraram aspectos relativos ao trabalho, responsabilidade financeira e responsabilidade pelos afazeres domésticos. Em relação ao trabalho, apenas 14 (15%) participantes trabalhavam, sendo 7 (7,5%) em empresa pública e o mesmo para empresa privada; 8 participantes (8,6%) trabalhavam 4 horas por dia, 3 (3,2%) trabalhavam 6 horas e 4 (4,4%) declararam trabalhar mais de 8 horas diárias. Quanto ao sustento financeiro, 68 participantes possuíam o sustento provido pelos pais (73,2%), e cinco (5%) por outros familiares. Quanto à responsabilidade

pelos pagamentos de contas, 28 (30,1%) participantes afirmaram ser os responsáveis por tal atribuição, 61 (66,5%) eram sustentados pelos pais, dois (2,2%) por outras pessoas e dois (2,2%) declararam viver de bolsa estudantil. Em relação à responsabilidade pelos afazeres domésticos 53 (57%) afirmaram ser responsáveis por estas tarefas, enquanto 40 (43,0%) não possuíam essa responsabilidade.

Em relação à saúde mental dos estudantes, os dados obtidos através do SRQ-20 apontaram que 57% dos participantes apresentaram a probabilidade de possuir TMM ( $DP=0,49$ ). Dentre os 93 participantes, a sintomatologia mais presente, em 77 pessoas (82,8%) foi referente ao item se sentir nervoso, tenso ou preocupado. Outros itens que apresentaram elevada taxa de repostas positivas foram: Ficar cansado com facilidade (68,8%), Sentir-se cansado todo o tempo, Ter dificuldades para tomar decisões (66,7%), Dormir mal (60,4%) e Encontrar dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias (61,3%).

## DISCUSSÃO

Os dados do SQR-20 apontaram positivamente para 57% de presença de sofrimento psíquico, evidenciando nervosismo (80,9%), cansaço frequente (67,6%), facilmente sentir-se cansado (66,2%), dormir mal (64,7%), incapacidade de tomar decisões (63,2%), insatisfação (61,8%), desconforto estomacal (41,2%) e perda de interesse (38,2%).

Analisando os resultados obtidos no teste SRQ-20 foi possível identificar uma correlação moderada entre as variáveis sexo e probabilidade de transtorno mental comum ( $p=0,338$  e  $sig=0,001$ ). Entretanto essa correlação encontrada não foi tão alta, o que pode ser explicada devido ao fato da amostra ser composta em sua maioria por participantes do sexo masculino. Outra correlação significativa, e alta, encontrada foi entre trabalhar e o horário de trabalho ( $p=0,606$  e  $sig=0,001$ ); e uma correlação baixa e inversa, mas significativa e importante para esse estudo, entre trabalho e responsabilidade pelos afazeres domésticos ( $p=-0,297$  e  $sig=0,004$ ) – o que se traduz pelo fato de que quanto mais a pessoa trabalha, menos responsabilidade pelos afazeres domésticos ela possui.

Assim como apontado pelo estudo de Rocha e Sassi (2013), a maior prevalência de TMC entre os estudantes de medicina se deu em relação aos alunos dos períodos iniciais do curso. Tal evidência pode ser corroborada através do que os autores apontam como a fase inicial, que causa um entusiasmo pela conquista de entrar em um curso tão concorrido, mas que logo se transforma em um sentimento de angústia e frustração devido à mudança na rotina, carga horária de estudos excessiva e diminuição do tempo destinado a atividades de lazer (Rocha & Sassi, 2013).

No presente estudo foi possível assegurar que os dados do SQR apontaram para um sofrimento psíquico individual, muito relacionado à dinâmica do curso de formação de médicos, que sobrecarrega o aluno. Entretanto, não há consenso na literatura acerca de qual momento do curso seria o mais propício ao desenvolvimento de transtornos mentais menores, pois esses dados sofrem influências internas e externas, variando de acordo com cada contexto.

Concluimos que há uma prevalência significativa (57%) de TMM nos estudantes participantes desse estudo, o que evidencia a necessidade de um projeto político-pedagógico que possa dar condições de uma vivência mais positiva em termos de bem-estar subjetivo dessa população.

Ademais, os resultados obtidos estimulam a pensar na oferta de profissionais que auxiliem o estudante no enfrentamento de suas dificuldades, buscando fortalecimento pessoal, oportunizando o incremento de suas possibilidades individuais e autoconhecimento, e assim sua capacidade de enfrentamento nos desafios que ora virão.

## REFERÊNCIAS

- Benvegnu, L. A., Deitos, F., & Copette, F. R. (1996). Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria: RS, Brasil. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 18, 229-233. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000099&pid=S1413-294X200500030001000007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000099&pid=S1413-294X200500030001000007&lng=en)
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420. doi: 10.1590/S1413-294X2005000300010

- Coutinho, M. P. L., & Franken, I. (2012). Transtornos Mentais Comuns no Contexto Migratório Internacional. *PSICO*, 43(3), 400-407. Recuperado em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10512>
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E.R.A. (2011). *Métodos de pesquisa em psicologia social: Perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB.
- Feodrippe, A. L. O., Brandão, M. C. F., & Valente, T. C. O. (2016). Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina: Uma Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 418-428. doi: 10.1590/S0100-55022013000300014
- Fiorotti, K. P., Rossoni, R. R., Borges, L. H., & Miranda, A. E. J. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: Prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 59(1),17-23. doi: 10.1590/S0047-20852010000100003
- Franken, I. (2010). *Saúde mental e qualidade de vida em contexto migratório internacional: Um estudo com brasileiros e portugueses na cidade de Genebra*. Tese de Doutorado. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa. Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/2549>
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017
- Guirado, G. M. P., & Pereira, N. M. P. (2016). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 92-98. doi: 10.1590/1414-462X201600010103
- Gorenstein, C., Wang, Y.-P., & Hungerbühler, I. (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, M. C. P., Domingues, M. S., & Cerqueira, A. T. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista Saúde Pública*, 40(6), 1035-41. doi: 10.1590/S0034-89102006000700011
- Mari, J. J., & Williams P. A. A. (1986). Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *Brazilian Journal Psychiatry*, 148, 23-6. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>
- OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://who.int/>

- Polydoro, S. A. J., Primi, R., Serpa, M. N. F., Zaroni, M. M. H., & Pombal, K. C. P. (2001). Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF*, 6,11-7. doi: 10.1590/S1413-82712001000100003
- Rocha, E. S., & Sassi, A. P. (2013). Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica – UFPB*, 37(2), 210-216. doi: 10.1590/S0100-55022013000200008



## **SERÁ SUFICIENTE OS INDIVÍDUOS TEREM ELEVADAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS PARA DECIDIR EM SAÚDE?**

Isabel Silva<sup>1</sup> (✉ [isabels@ufp.edu.pt](mailto:isabels@ufp.edu.pt)) & Glória Jólluskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

O atual Plano Nacional de Saúde 2012-206, revisto e com extensão até 2020 (Direção Geral da Saúde, 2015), propõe-se reforçar o poder e responsabilidade dos cidadãos na melhoria da saúde individual e coletiva, numa dinâmica que integre a literacia em saúde, numa cultura de empoderamento e participação ativa. Este plano assume como objetivos a alcançar a capacitação dos cidadãos em saúde, estimulando-os a assumirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, permitindo-lhes assumir um papel mais ativo e participativo no sistema e nos processos de tomada de decisão.

Há mais de uma década, Kickbusch, Wait e Maag (2006) alertavam já para o facto de que apesar dos documentos relacionados com políticas de saúde destacarem frequentemente tópicos como “doentes informados”, “cidadãos envolvidos e ativos” e “*empowerment* das comunidades”, a generalidade dos cidadãos sente não dispor da informação necessária e não possuir as competências essenciais para tomar decisões sobre a sua saúde. Realidade que nos parece manter-se demasiado atual.

Os pobres níveis de literacia em saúde que caracterizam a realidade portuguesa (Entidade Reguladora de Saúde, 2017; Espanha & Ávila, 2016) assumem significativa importância se tivermos em consideração que é esperada esta participação ativa da parte de utentes e que, nos procedimentos clínicos, é necessário que o utente dê o seu consentimento informado. Esse consentimento consiste numa autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

A nível empírico, os resultados encontrados na investigação são contraditórios. Alguns autores (c.f., López-Carriches, Pérez-Bryan, San Hipólito-Marín, & Donado-Rodríguez, 2003; Muñoz-Zurita, Sánchez-Hernández, Rojas-Ruiz, Rivera-Tapia, & Mendoza-López, 2008) consideram que a grande maioria dos utentes compreendem o formulário de consentimento informado, estando ciente das possíveis complicações que a intervenção pode ter, muito embora percecionando que a assinatura do documento estará essencialmente relacionada com a isenção de responsabilidade do médico no caso de se produzirem complicações. Contudo, esta visão não é partilhada por todos os investigadores, entre os quais se destacam Mukherjee, Livinski, Millum, Chamut, Boroumand, Iafolla, Adesanya e Dye (2017), que afirmam que o consentimento formal é um tópico negligenciado em cuidados e pesquisas, particularmente aquelas que se centram na terceira idade, existindo lacunas substanciais entre a compreensão e a implementação dos procedimentos de consentimento. Pela sua parte, Tam, Huy, Thoa, Long, Trang, Hirayamad e Karbwang (2015) verificaram que a percentagem de participantes em estudos clínicos que compreendia a informação incluída nas declarações de consentimento informado variava entre 52,1% e 75,8%. Por outro lado, apenas 62,4%, compreendia o tratamento que receberia, sendo que 54,9% não foi capaz de se lembrar de um único dos riscos desse tratamento. Estes resultados levou-os a concluir que a percentagem de participantes que compreende efetivamente o conteúdo dos formulários de consentimento informado não aumentou nos últimos 30 anos.

Os estudos desenvolvidos em Portugal no domínio da literacia em saúde têm vindo a tentar identificar grupos de maior vulnerabilidade neste campo, sugerindo que a literacia em saúde tende a ser menor no sexo feminino do que no sexo masculino (Cavaco & Santos, 2012; Cunha et al., 2014; Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); quanto maior a idade, menor os níveis de literacia (Cunha et al., 2014; Espanha & Ávila, 2016; Pedro et al., 2016; Veiga & Serrão, 2016); quanto maior o nível de escolaridade, maiores os níveis de literacia em saúde (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016; Pedro et al., 2016; Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); os indivíduos casados apresentam valores superiores de literacia em saúde, quando comparados com os viúvos (Serrão et al., 2015; Veiga & Serrão, 2016); indivíduos com estatuto social mais baixo (Cunha et al., 2014) e com diagnóstico de algum tipo de doença (Espanha & Ávila, 2016; Veiga & Serrão, 2016) também revelam menor literacia em saúde.

Em 2010, DeWalt et al., alertavam para o facto de nem sempre os profissionais terem facilidade em identificar as pessoas que apresentam baixa literacia em saúde, uma vez que, entre estas, se podem contar aqueles que completaram o secundário ou o ensino universitário, pessoas “bem-falantes”, que dizem compreender os materiais escritos que lhes são facultados, e que têm empregos de “colarinho branco” ou até mesmo empregos no domínio dos cuidados de saúde.

Portugal apresenta níveis de literacia em saúde problemáticos (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; Espanha & Àvila, 2016), sendo que se têm vindo a subestimar as necessidades neste domínio entre aqueles que apresentam elevadas habilitações académicas. O objetivo do presente estudo transversal foi analisar o nível de literacia em saúde apresentado por pessoas com habilitações académicas ao nível do ensino superior.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 202 indivíduos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ( $M=33,12$ ;  $DP=12,22$ ), dos quais 76,2% são do sexo feminino. Todos os participantes apresentam como nível de escolaridade mínimo a frequência do Ensino Superior, sendo que 49,5% ( $n=100$ ) são licenciados ou ainda se encontram a frequentar a licenciatura, 31,7% ( $n=64$ ) são mestres e 18,8% ( $n=38$ ) doutorados. Entre os participantes, 17,3% ( $n=38$ ) refere sofrer alguma doença, sendo que a frequência da existência de diagnóstico de uma doença é igual para os dois sexos ( $\chi^2=1,024$ ;  $p>0,05$ ), e os participantes que referem sofrer de alguma doença não diferem dos restantes quanto à idade ( $U=2261,000$ ;  $p>0,05$ ).

### *Material*

Os participantes responderam a dois instrumentos:

*Questionário sociodemográfico:* o questionário sociodemográfico utilizado foi desenvolvido especificamente para o presente estudo e teve como

objetivo recolher dados sociodemográficos dos participantes, nomeadamente: sexo, idade, escolaridade e se sofre de alguma doença.

*Escala de Literacia em Saúde – ELS* (Silva, Jóluskin & Carneiro, versão em estudo): é composta por 111 itens totais, que visam avaliar a perceção de competência em três dimensões fundamentais da literacia em saúde: a literacia funcional, comunicacional e crítica. A dimensão da literacia funcional engloba 21 itens, que se referem à perceção de competência para aceder a informação sobre saúde. A literacia comunicacional integra 31 itens, que se referem à perceção de competência para compreender e comunicar informação relacionada com a saúde. Por último, a literacia crítica inclui 59 itens relacionados com a reflexão e tomada de decisão, ou seja, com a perceção de competência para usar de forma crítica e reflexiva a informação sobre saúde. Para cada um dos itens constituintes da escala, são oferecidas ao participante cinco opções de resposta, numa escala de *Likert*. Os valores atribuídos aos itens individualmente considerados variam entre 0 e 4, sendo que quanto maior o valor, maior será a perceção de que se possui literacia em saúde. O cálculo do *score* total e de cada subescala é feito através da soma dos valores obtidos em cada item, sendo esse somatório final convertido em percentagem para facilitar a interpretação dos valores. Assim, o valor mínimo que é possível obter na escala total e nas suas subescalas é 0 e o máximo é 100, sendo que quanto maior o valor, maior é o nível de literacia em saúde apresentado pelo participante. No presente estudo, a ELS revelou apresentar uma elevada fidelidade para a escala global ( $\alpha=0,97$ ), bem como para as três respetivas subescalas: literacia em saúde funcional ( $\alpha=0,85$ ), literacia em saúde comunicacional ( $\alpha=0,97$ ) e literacia em saúde crítica ( $\alpha=0,95$ ).

### *Procedimento*

Foi solicitada a autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para realização do presente estudo, tendo sido obtido parecer positivo. Após parecer positivo, foi realizado um convite à participação através de redes sociais e *mailing lists* institucionais, tendo sido os questionários administrados através de *via-online*, mais concretamente,

através do formulário criado no Google Docs. A recolha decorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2017, após autorização livre e concedida pelos participantes. Os dados recolhidos foram instantaneamente codificados numa base de dados em Excel e, posteriormente, transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) com o intuito de se proceder à análise estatística dos mesmos. A seleção de participantes obedeceu a três requisitos essenciais: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter língua materna portuguesa; (c) consentir livremente em participar no estudo, depois de informados sobre este.

## RESULTADOS

A análise dos resultados revela que a perceção de competência no domínio da literacia em saúde globalmente considerada e da literacia funcional em saúde parece ser modesta, e que a perceção de literacia comunicacional em saúde revela ser razoável. No entanto, a perceção de competência no domínio da literacia crítica em saúde revelou ser claramente pobre (Quadro 1).

### Quadro 1

*Estatísticas descritivas da Escala de Literacia em Saúde considerada globalmente e das suas subescalas*

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
Literacia em Saúde Total	34,46	82,61	58,94	9,35	57,91
Literacia Funcional em Saúde	38,10	100	67,46	11,26	67,48
Literacia Comunicacional em Saúde	37,10	100	76,73	15,11	75,00
Literacia Crítica em Saúde	11,94	48,65	33,21	6,98	34,01

No Quadro 2 apresentam-se as análises descritivas relativas aos itens de literacia em saúde que apresentaram valores de mediana mais baixos.

Estes resultados revelam que os itens que piores resultados apresentam são quase na sua totalidade itens que integram a subescala de Literacia em Saúde Crítica.

Quadro 2

*Domínios mais pobremente cotados na ELS, identificados a partir dos valores da mediana*

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
Encontrar informações sobre as mudanças políticas que podem afetar a minha saúde (LF)	0	4	2,28	1,15	2,00
Saber o que fazer para ter acesso ao meu processo clínico (LCr)	0	4	2,17	1,24	2,00
Saber o que fazer para ter acesso à informação sobre a qualidade ou desempenho dos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,06	1,19	2,00
Saber o que fazer para participar em decisões estratégicas e políticas de saúde (LCr)	0	4	1,54	1,22	1,00
Avaliar ou decidir se a informação sobre tratamentos divulgada pela internet é de confiança (LCr)	0	4	2,26	1,21	2,00
Avaliar ou decidir sobre como a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar (LCr)	0	4	2,32	1,06	2,00
Conhecer os meus direitos como utente nos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,41	1,01	2,00
Conhecer os meus deveres como utente nos serviços de saúde (LCr)	0	4	2,42	1,13	2,00
Assinar documentos no centro de saúde ou hospital que não compreendo (por exemplo, consentimento informado para ser submetido a uma cirurgia ou para participar num estudo) (LCr)	0	4	1,09	1,66	0,00
Comparar informações sobre saúde que me são dadas por diferentes pessoas ou que vejo ou leio em diferentes fontes (por exemplo, televisão, rádio, jornais, internet e panfletos) (LCr)	0	4	1,88	1,17	2,00
Aperceber-me de que é dada informação errada sobre saúde e doenças através dos meios de comunicação social (por exemplo, televisão, rádio, jornais, internet e panfletos) (LCr)	0	4	1,91	0,96	2,00
Aperceber-me de que é dada informação errada sobre saúde e doenças através da internet (LCr)	0	4	2,15	0,99	2,00
Participar em atividades na comunidade que melhorem a minha saúde ou bem-estar (por exemplo, que me mantenham em contacto com os outros, ativo, que me permitam continuar a aprender ou a ajudar) (LCr)	0	4	1,52	1,16	1,00
Preferir que seja o médico a decidir o que é melhor para a minha saúde (LCr)	0	4	2,29	0,96	2,00
Sentir-me confiante de que consigo usar a informação que tenho para tomar decisões sobre a minha saúde (LCr)	0	4	1,85	1,10	2,00

*Legenda:* LF – Literacia Funcional em Saúde; LCr – Literacia Crítica em Saúde.

## DISCUSSÃO

Indivíduos com elevadas habilitações académicas percebem-se como possuindo uma modesta literacia em saúde globalmente considerada, modesta literacia funcional e razoável literacia comunicacional. No entanto, percebem-se como muito pouco competentes para usar de forma crítica e reflexiva informação sobre saúde e tomar decisões em saúde, incluindo avaliar a qualidade/confiabilidade da informação e dos serviços, ser proativo em saúde, tomar decisões em saúde, incorporar essas informações no seu estilo de vida e ter conhecimento sobre o funcionamento dos cuidados, os seus direitos e deveres. Esta baixa literacia crítica reflete-se, inclusive, na assinatura de documentos de consentimento (supostamente informado) que, na verdade, não compreendem.

Este cenário de literacia em saúde em geral modesta e de baixa literacia crítica saúde em indivíduos com elevadas habilitações académicas parece não se afastar da realidade que caracteriza a população portuguesa adulta globalmente considerada (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; Espanha & Ávila, 2016). Este revela ser um problema “democrático”, no sentido de que parece afetar homens e mulheres, adultos com diferentes níveis de escolaridade, de diferentes grupos etários (Saúde que Conta, s.d.), utentes, mas também os próprios profissionais dos serviços de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

Estes resultados confirmam as suspeitas de DeWalt et al. (2010) de uma baixa literacia em saúde associada a pessoas com elevada habilitação académica, o que nos leva a concluir que elevadas habilitações académicas não são claramente condição suficiente para uma tomada de decisão consciente, informada, refletida e crítica em saúde; não são garantia da presença de competências (nem sequer da perceção de existência dessas mesmas competências) para assumir controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde e para assumir o papel ativo e participativo que destes indivíduos se espera. É, pois, necessário que os programas de promoção da literacia em saúde prestem também atenção aos cidadãos mais diferenciados academicamente, grupo cujas necessidades vinham sendo subestimadas até ao momento.

## REFERÊNCIAS

- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista Saúde Pública*, *46*, 918-922. doi: 10.1590/S0034-89102012000500019
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, *46*, 180-186. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5
- DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Brouckson, K. A., Hink, A., Rudd, R., & Branch, C. (2010). *Health literacy universal precautions toolkit*. North Carolina: Agency for Health Care and Quality.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Consentimento informado*. Consultado em <https://www.ers.pt/pages/419>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. Porto. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1981/ERS\\_-\\_Estudo\\_literacia\\_em\\_direitos\\_dos\\_utentes.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1981/ERS_-_Estudo_literacia_em_direitos_dos_utentes.pdf)
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, *100*, 1033-1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. United Kingdom: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- López-Carriches, C., Baca Pérez-Bryan, R., San Hipólito-Marín, L., & Donado-Rodríguez, M. (2003). Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *Revista del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos- RECOE* *8*(6), 633-641.
- Mukherjee, A., Livinski, A. A., Millum, J., Chamut, S., Boroumand, S., Iafolla, T. J., Adesanya, M. R., & Dye, B. A. (2017). Informed consent in dental care and research for the older adult population: A Systematic review. *Journal of American Dentist Association*, *148*(4), 211-220. doi: 10.1016/j.adaj.2016.11.019.
- Muñoz-Zurita, G., Sánchez-Hernández, J. A., Rojas-Ruiz, N. E., Rivera-Tapia, J. A., & Mendoza-López, E. (2008). Comprensión del consentimiento

informado en pacientes que requieren extracción del tercer molar. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico – CONAMED*, 13, 24-28.

Pedro, A., 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, 259-275. [http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica\\_323/pdf/S0870902516300311/S200/](http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica_323/pdf/S0870902516300311/S200/)

Saúde que Conta. (s.d.). *Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT): Apresentação dos Resultados Preliminares*. Consultado em a 13 de Janeiro de 2016. Disponível em <http://pelorim.pt/wp-content/uploads/2015/01/resultados-preliminares-HLS-EU-PT.pdf>

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000100006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100006)

Tam, N. T., Huy, N.T., Thoa, L. T. B., Long, N. P., Trang, N. T. H., Hirayamad, K., & Karbwang, J. (2015). Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 186-198H. doi: 10.2471/BLT.14.141390

Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of Portuguese elderly. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arhss-2016-0003