

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA E LITERACIA EM SAÚDE: QUE ASSOCIAÇÕES?

Vânia Carneiro¹ (✉ 27245@ufp.edu.pt), Isabel Silva², & Glória Jóluskin¹

¹ Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal; ² Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Cada vez mais tem vindo a ser reconhecido o direito à participação e envolvimento dos cidadãos com ou sem doença, nos processos de tomada de decisão em saúde. Sabe-se que o modelo paternalista ou biomédico tem vindo a ser substituído por um modelo colaborativo, onde os cidadãos passam a deter responsabilidade pela sua saúde, passando a adotar um papel relevante em todo o processo relativo à mesma (Brabers et al., 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015; Von Korff et al., 1997) deixando, deste modo, que as tomadas de decisões e escolhas se centralizem exclusivamente nos profissionais de saúde (Serrão, 2014; Sousa, 2009).

Subjacente a este facto, surge a necessidade de dotar os cidadãos com competências que lhes permitem estar à altura dessas novas exigências, com o objetivo destes serem reconhecidos como parceiros dos profissionais de saúde (OPP, 2015).

O conceito de literacia em saúde, surge como um culminar de competências e conhecimentos, necessários para que os indivíduos consigam aceder, compreender, comunicar, avaliar, analisar criticamente e tomar decisões relacionadas com a saúde, bem como para prevenir doenças e promover a saúde, com o objetivo de não só melhorar, mas também manter um estilo de vida saudável (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015; OPP, 2015).

Deste modo, torna-se evidente que a literacia em saúde é, atualmente, considerada uma ferramenta imprescindível, não só para frequentar adequadamente o sistema de saúde, como também esta pode desempenhar um papel fundamental na manutenção da mesma, sendo destacada como um elemento pouco explorado de desigualdades em saúde (Parker, 2000; Peeson & Saunders, 2009).

Nutbeam (2000) refere a existência de três grandes tipos ou níveis de literacia em saúde – a funcional e/ou básica, a interativa e/ou comunicacional e a crítica, que têm por base a capacitação (*empowerment*) e a crescente autonomia dos indivíduos. Segundo o mesmo autor, a literacia em saúde básica e/ou funcional ilustra competências como a leitura, escrita e cálculo que permitem um adequado funcionamento ao nível da vida diária e integração nos contextos de saúde; a literacia em saúde interativa e/ou comunicacional resulta da relação entre capacidades cognitivas e sociais que são usadas diariamente para recolher informações, significados e conhecimentos, de modo a, posteriormente, dar uso a essa recolha através da participação ativa e assertiva nos cuidados de saúde; e, por último, a literacia em saúde crítica, tal como a anterior, integra competências cognitivas e sociais, competências essas que devem ser usadas em reflexões críticas perante informações adquiridas, com o objetivo de depois usar essas mesmas informações para adotar comportamentos de controlo, autonomia, tomada de posição e poder face aos acontecimentos que vão surgindo ao longo da vida, nomeadamente através da participação em ações e tomadas de decisões ligadas à saúde e doença (Nutbeam, 2000).

A literatura revela que indivíduos que sofrem de alguma doença apresentam valores mais baixos de literacia em saúde, comparativamente àqueles sem um diagnóstico médico, independentemente da idade (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), ainda que fosse expectável que, quando acompanhados a longo prazo pelo sistema de cuidados de saúde, os indivíduos com algum diagnóstico médico beneficiassem de um eventual efeito promotor da literacia em saúde resultante desse mesmo envolvimento (Veiga & Serrão, 2016).

Um estudo desenvolvido por Saraiva e Luz (2017) realizado com doentes crónicos, mais concretamente com pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), concluiu que, perante uma doença crónica e com aptidões de literacia, o contacto direto, regular e prolongado com o sistema de saúde, pode contribuir não só para a compreensão e conhecimento do seu próprio estado de saúde, como também para a aquisição de competências relacionadas com a gestão, tomada de decisão e utilização adequada dos cuidados de saúde (Saraiva & Luz, 2017).

Assim, o presente estudo de natureza transversal tem como principal objetivo comparar pessoas com e sem diagnóstico médico de doença quanto à literacia em saúde e analisar se a duração da doença se encontra associada ao nível de literacia em saúde nas pessoas a quem foi feito um diagnóstico.

MÉTODO

Participantes

Foi estudada uma amostra tendo por base um método não-probabilístico de amostragem por conveniência, constituída por 315 indivíduos portugueses, dividida em dois grupos:

O grupo 1 – “sem doença”, é composto por 258 participantes, dos quais 36% ($n=93$) são do sexo masculino e 64% ($n=165$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos ($M=33,36$; $DP=13,08$), tendo a maioria como habilitação literária o Ensino Superior (64,7%).

O grupo 2 – “com doença”, é constituído por 57 participantes, dos quais, 24,6% ($n=14$) são do sexo masculino e 75,4% ($n=43$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=42,70$; $DP=17,55$), tendo a maioria como habilitação literária o Ensino Superior (61,5%). Relativamente às variáveis clínicas, no grupo 2 – “com doença”, foram várias as doenças referidas pelos participantes, são exemplos as seguintes: Hipertensão Arterial ($n=10$; 12,7%); Asma ($n=9$; 11,3%); Diabetes ($n=6$; 7,6%); Tiroide ($n=6$; 7,6%); Rinite Alérgica ($n=5$; 6,3); Depressão ($n=4$; 5,1%); Anemia ($n=3$; 3,8%); Osteoporose ($n=3$; 3,8%); Artroses ($n=2$; 2,5%); Reumatismo Arterial ($n=2$; 2,5%), Bronquite ($n=2$; 2,5%); Doença de Crohn ($n=2$; 2,5%); Colesterol ($n=2$; 2,5%), entre outras. Face à duração da doença, estes afirmam que sofrem de doença, em média, há um ano ($M=12,1$; $DP=11,21$), sendo que, 17,9% ($n=10$) assinalou que esteve internado no último ano, sendo que apenas um doente referiu a ocorrência de mais do que 1 internamento nesse período.

Os dois grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação à idade ($t=-3,639$; $p<0,05$), sendo que o Grupo 1 apresenta uma

média de idades inferior ($M=33,36$; $DP=13,08$) ao Grupo 2 ($M=42,70$; $DP=17,55$). Contudo, os grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa em relação ao sexo ($\chi^2=2,746$; $p>0,05$). Os dois grupos diferem de forma estatisticamente significativa quanto ao seu nível de escolaridade ($\chi^2=16,214$; $p<0,05$), sendo que os participantes do Grupo 2 apresenta maior frequência em níveis de ensino mais baixos (entre o 1º e o 3º ciclo do ensino básico) do que os do Grupo 2.

Material

Para a recolha dos dados, os participantes responderam a dois instrumentos: primeiramente a um questionário sociodemográfico e clínico e de seguida à Escala de Literacia em Saúde (ELS).

O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado especificamente para a presente investigação e visa recolher informações relativas a variáveis sociodemográficas, tais como: idade, sexo e escolaridade e variáveis clínicas, nomeadamente: se sofre de alguma doença, se sim, qual(ais); há quanto tempo sofre de doença; e por último, se esteve internado no último ano, quantas vezes isso aconteceu.

A Escala de Literacia em Saúde – ELS (Silva, Jóluskin, & Carneiro, versão em estudo), é composta por 111 itens, que visam avaliar três domínios essenciais da literacia em saúde: (1) literacia funcional; (2) literacia comunicacional; e, por último, (3) literacia crítica.

O primeiro domínio correspondente à literacia funcional integra 21 itens que se referem à capacidade para aceder a informação sobre saúde; A segunda dimensão diz respeito à literacia comunicacional e engloba 31 itens que se referem a questões relacionadas com a capacidade para compreender e comunicar informações acerca da saúde; E, por último, a dimensão da literacia crítica, inclui 59 itens, relacionados com a capacidade para usar de forma crítica e reflexiva de forma a tomar decisões autónomas acerca da saúde.

A Escala de Literacia em Saúde expõe de cinco opções de resposta, para cada um dos itens, numa escala de *Likert*, ora de facilidade/dificuldade (“*muito difícil; difícil; nem difícil nem fácil; fácil; muito fácil;*”), ora de concordância/discordância (“*sempre, muitas vezes; algumas vezes; raramente; nunca*”) face à situação apresentada.

O cálculo do *score* total e de cada uma das três subescalas é realizado através da soma dos valores obtidos em cada item, sendo o somatório final convertido em percentagem. Neste sentido, o valor mínimo que é possível obter é 0 e o máximo é 100, quanto maior o valor, maior é o nível de literacia em saúde apresentado pelo participante.

Relativamente aos pontos de corte para a escala total e para as três subescalas, assume-se como ponto intermédio os 50%. Tudo o que encontrar abaixo, considera-se como sendo fraco e tudo o que estiver acima, como sendo razoável. Estes valores foram definidos tendo em conta, por um lado, a lógica teórica das opções de resposta e, por outro, o estudo da sensibilidade o instrumento que revelou serem estes pontos de corte que permitem distinguir grupos quanto à sua perceção do estado de saúde.

A Escala de Literacia em Saúde revelou apresentar uma elevada fidelidade quer para a escala global ($\alpha=0,97$), bem como para as três respetivas subescalas: literacia em saúde funcional ($\alpha=0,87$), literacia em saúde comunicacional ($\alpha=0,97$) e literacia em saúde crítica ($\alpha=0,96$).

Procedimento

Para a realização desta investigação, o presente estudo passou por várias etapas. Começou-se por solicitar à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, a autorização para a realização do presente estudo. Após parecer positivo da mesma, passou-se para a construção dos questionários no *Google Forms*, de forma, a posteriormente, ser realizado um convite à participação através de redes sociais e *mailing lists* institucionais, tendo sido os questionários administrados através de *via-online*, após terem sido salvaguardadas todas as questões éticas envolvidas.

A recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2017, após autorização livre e concedida pelos participantes. Os dados recolhidos foram automaticamente 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: (i) ser maior de idade, ou seja, indivíduos com idade igual ou superior a 18 ano;

(ii) de língua materna portuguesa; e (iii) capaz de dar o seu consentimento informado de forma livre.

RESULTADOS

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao nível da Literacia em Saúde globalmente considerado ($t=0,87$; $p>0,05$), da Literacia em Saúde Funcional ($t=1,579$; $p>0,05$), da Literacia em Saúde Comunicacional ($t=1,017$; $p>0,05$) e da literacia em Saúde Crítica ($t=0,189$; $p>0,05$), que revelam ser razoáveis, com exceção do domínio crítico, que é considerado fraco.

Quadro 1

Comparação dos resultados entre o Grupo 1 (Sem doença) e o Grupo 2 (Com doença) face à Literacia em Saúde (total e subescalas)

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Literacia Funcional	Grupo 1	147	64,5368	12,37746
	Grupo 2	28	59,2262	16,96206
Literacia Comunicacional	Grupo 1	170	74,2979	15,30325
	Grupo 2	30	71,1559	17,22329
Literacia Crítica	Grupo 1	162	32,0293	6,91031
	Grupo 2	30	31,7643	7,78239
Literacia Total	Grupo 1	92	57,7528	8,92602
	Grupo 2	20	55,5957	12,37746

No Grupo 2 – “Com doença”, os resultados apontam para a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa e moderada entre a duração da doença e o nível de Literacia em Saúde Total ($r=-0,521$; $p<0,05$). No entanto, quando controladas a idade e a escolaridade, essa correlação perde significância estatística ($p>0,05$).

Quando analisadas as associações entre a duração da doença e a Literacia Funcional ($r=0,32$; $p>0,05$), Literacia Comunicacional ($r=0,12$; $p>0,05$) e Literacia Crítica ($r=0,29$; $p>0,05$), estas revelaram não ser estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Ao nível dos resultados ficou clara a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem diagnóstico de doença relativamente à sua percepção de competência no domínio da literacia em saúde, quer quando esta é globalmente considerada, quer quando analisados os seus domínios específicos – Literacia Funcional, Comunicacional e Crítica –, sendo que em todos os domínios a percepção de competência por parte dos participantes revela ser razoável, com exceção do que respeita à Literacia Crítica, que mostrou ser pobre. Estes resultados não corroboram os apresentados por outros estudos que sugerem que são os indivíduos com diagnóstico médico de doença aqueles que apresentam valores inferiores de literacia em saúde (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016).

Nos indivíduos com diagnóstico de doença, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a duração da doença e a literacia em saúde, sendo que quanto maior a duração da doença, menor revelou ser o nível de literacia em saúde, associação que parece estar essencialmente relacionada com a sua idade e a escolaridade, uma vez que quando controladas estas variáveis essa associação deixa de se verificar.

Obviamente, não poderá ser desvalorizada a pequena dimensão do grupo de participantes com diagnóstico de doença avaliado, nem tampouco o facto do presente estudo ter um desenho de natureza transversal. Estes aspetos não permitem arriscar qualquer tipo de generalização destes resultados. Contudo, não podemos deixar de refletir que os resultados sugerem que aquelas pessoas que deveriam beneficiar dos serviços de saúde e do efeito promotor da literacia em saúde e de *empowerment* dos utentes, uma vez que mantêm um contacto direto, regular e, muitas delas, até mesmo duradouro no tempo, são aquelas que apresentam menor grau de literacia em saúde, o que, aliás, vai ao encontro do constatado por outros estudos (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016). Os resultados deste estudo parecem reforçar a ideia de que não existe, ao nível da literacia em saúde, um efeito protetor do contacto com os serviços de saúde, o que alerta para a importância de se avaliar com maior profundidade esta

realidade, caracterizando necessidades e oportunidades para intervenção neste domínio.

REFERÊNCIAS

- Brabers, A., Rademakers, J., Groenewegen, P., Dijk, L., & Jong, J. (2017). What role does health literacy play in patients involvement in medical decision-making? *Plos One*, *12*, 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0173316
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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*, 259-267. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, *15*, 277-283. doi: 10.1093/heapro/15.4.277.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter. *Health Promotion International*, *24*, 285-296. doi: 10.1093/heapro/dap014.
- Saraiva, C., & Luz, M. (2017). Teste de literacia funcional em saúde no adulto: Processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, *31*, 1-12. doi: 10.18471/rbe.v31i1.17986
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp. 21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Sousa, P. (2009). O serviço de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, *22*, 884-894.
- 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.
- Von Korff, M., Gruman, J. Schaefer, J. Curry, S.J., & Wagner, E.H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, *127*, 1097-1102.