



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**LITERACIA EM SAÚDE E O IMPACTO SOBRE A GESTÃO DA SAÚDE:
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DE ESTUDANTES DE PAÍSES
AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA**

Andreia Lenine Semedo de Pina

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, janeiro de 2020



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**LITERACIA EM SAÚDE E O IMPACTO SOBRE A GESTÃO DA SAÚDE:
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DE ESTUDANTES DE PAÍSES
AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA**

Andreia Lenine Semedo de Pina

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, janeiro de 2020

Resumo

A literacia em saúde e o impacto sobre a gestão da saúde aliado aos conhecimentos de saúde dos estudantes, neste caso de duas realidades tão distintas em termos culturais e de políticas de educação e saúde pública, conduziu à realização deste trabalho empírico, que se torna ainda mais pertinente dado ao elevado número de estudantes provenientes dos PALOP que frequentam o IPB.

Mudanças no estilo de vida podem promover melhor saúde e longevidade para a população. Como um indicador de uma vida mais saudável, a atividade física está intimamente interligada com a promoção de saúde e bem-estar das pessoas, pois atua como fator preventivo para diversas doenças e contribuindo assim para o bem-estar físico e psicológico, aumentando a qualidade de vida do indivíduo.

Objetivou-se avaliar o nível médio de literacia em saúde e das atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes do ensino superior do IPB, comparando os estudantes portugueses com os estudantes oriundos dos PALOP.

Como Instrumento de Recolha de Dados foi utilizado um questionário, em formato digital, composto por três partes: a primeira com questões sociodemográficas; a segunda pelo Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde na sua versão portuguesa; e o *European Health Literacy Survey*, na sua versão de curta (HLS-EU-Q16) como terceira parte.

Dos resultados conclui-se que tanto em termos dos hábitos e comportamentos de saúde, bem como no que se refere à literacia em saúde, os estudantes de origem portuguesa apresentam resultados superiores em todas as dimensões quando comparados com os seus colegas oriundos dos PALOP e que estas diferenças, para a maioria das dimensões, são estatisticamente significativas. Concluiu-se, igualmente, existir correlações positivas, variando estas entre o fraco e moderado, todas elas estatisticamente significativas, entre as dimensões da literacia em saúde e as dos hábitos e comportamentos em saúde.

Palavras-chave: Gestão, literacia em saúde, bem-estar, estudantes, africanos.

Abstract

Health literacy and the impact on health management combined with students' health knowledge, in this case of two very different realities in terms of culture and education and public health policies, led to the realization of this empirical work, which still becomes more relevant given the large number of students from the PALOP who attend the IPB.

Lifestyle changes can promote better health and longevity for the population. As an indicator of a healthier life, physical activity is closely intertwined with the promotion of people's health and well-being, as it acts as a preventive factor for various diseases and thus contributing to physical and psychological well-being, increasing the individual's quality of life.

The objective of this study was to evaluate the health literacy and the health attitudes and behaviour levels of the higher education students of the IPB, comparing the Portuguese students with the PALOP students.

As a Data Collection Instrument, a digital questionnaire was used, consisting of three parts: the first with sociodemographic questions; the second by the Health Attitudes and Behaviours Questionnaire in its Portuguese version; and the European Health Literacy Survey in its short version (HLS-EU-Q16) as third part.

From the results it can be concluded that both in terms of health habits and behaviours, as well as in health literacy, students of Portuguese origin have superior results in all dimensions when compared to their PALOP colleagues and that these differences, for most dimensions, are statistically significant. It was also concluded that there are positive correlations, ranging from weak to moderate, all statistically significant, between the dimensions of health literacy and those of health habits and behaviours.

Keywords: Management, health literacy, well-being, students, Africans.

Agradecimentos

Primeiro agradeço a Deus pela oportunidade de realizar a dissertação e de chegar até aqui. Agradeço aos meus pais que muito contribuíram para o meu percurso académico desde tenra idade.

Agradeço ao corpo docente disponibilizado pelo IPB, por todos os conhecimentos que partilharam connosco, nos melhorando como pessoas e profissionais.

Agradeço o David José G. Fonseca pelo apoio, pela força e motivação nessa caminhada de mestranda.

Também agradeço as minhas duas orientadoras, Ana Maria Galvão e Paula Odete Fernandes, que muito contribuíram para a realização desta dissertação e por me terem ajudado a escolha deste tema tão importante para os dias de hoje.

E por último mas não menos importante, agradeço ao Dr. Marco Pinheiro, por toda a contribuição que deu para que esta dissertação fosse realizado com sucesso.

Um bem-haja a todos!

Lista de Acrónimos e Siglas

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HLS-EU	<i>Health Literacy Survey – Europe</i>
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
IRD	Instrumento de Recolha de Dados
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

Índice Geral

Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vii
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico.....	4
1.1 Literacia em saúde	4
1.1.1 Nível médio de literacia em saúde dos estudantes	7
1.2 Atitudes e Comportamentos de Saúde	8
1.2.1 Atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes.....	10
1.3 Impacto da Literacia na Gestão de Saúde: Comportamentos e Atitudes de Saúde.....	14
1.3.1 Modelos conceptuais de literacia na gestão de comportamentos e atitudes de saúde..	16
2. Metodologia	20
2.1 Contextualização do Estudo	21
2.2 Objetivos de Estudo e Hipóteses de Investigação	21
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados.....	22
2.4 Variáveis.....	27
2.5 Tratamento de Dados	28
2.6 Processo de Recolha de Dados, População e Amostra.....	29
3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	31
3.1 Caraterização da Amostra	31
3.1 Resposta aos objetivos específicos do estudo.....	33
3.2 Resposta às hipóteses de investigação.....	35
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação.....	39
Referências	42
Anexo A Instrumento de Recolha de Dados	48

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde.....	6
Figura 2 - Modelo Conceptual da Literacia em Saúde.	7

Índice de Tabelas

Tabela 1 - As quatro dimensões de literacia em saúde.....	19
Tabela 2 - Definição das Dimensões que Constituem o QACS	24
Tabela 3 - Definição das Dimensões que Constituem o HLS-EU-Q16	26
Tabela 4 - Consistência Interna das Dimensões em Estudo.....	27
Tabela 5 - Análise de Dados e Técnicas Estatísticas.....	29
Tabela 6 - Dados Sociodemográficos da Amostra	32
Tabela 7 - Pontuações Médias e Desvios Padrão no QACS por Origem	33
Tabela 8 - Pontuações Médias e Desvios Padrão no HLS-EU-Q16 por Origem	34
Tabela 9 - Resultados do teste <i>t-Student</i> para amostras independentes - Hipótese 1.....	35
Tabela 10 - Resultados dos testes <i>t-Student</i> para amostras independentes - Hipótese 2.....	35
Tabela 11 - Resultados dos testes <i>t-Student</i> para amostras independentes - Hipótese 3.....	36
Tabela 12 - Resultados dos testes <i>t</i> para amostras independentes - Hipótese 4.....	37
Tabela 13 - Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i>	37

Introdução

O Instituto Politécnico de Bragança (IPB) é o estabelecimento de ensino superior mais internacional de Portugal, sendo que de entre as nacionalidades estrangeiras que compõem a sua população estudantil, os estudantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) são os mais representados.

Esta multiculturalidade, além de enriquecer as experiências de todos, levanta também novas necessidades no que concerne o acompanhamento que o IPB deve oferecer aos seus estudantes em termos de, entre outros, assuntos relacionados com a saúde.

O interesse pelo conceito de literacia em saúde e o impacto sobre a gestão da saúde aliado aos conhecimentos de saúde dos estudantes, neste caso de duas realidades tão distintas em termos culturais e de políticas de educação e saúde pública, conduziu à realização deste trabalho empírico.

A literacia em saúde, entendida como “a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016, p. 8660(5)), constitui a referência nuclear do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. O

Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016), visa: Contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade; Os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal. Existe hoje considerável evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016) é também mais uma expressão da intenção do Programa do Governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados desse reforço.

A literacia em saúde é cada vez mais tida como um fator chave para a melhoria das condições de saúde individual e comunitária. Reflete-se nas escolhas que se faz em matéria de saúde, aumentando as competências de resolução de problemas relacionados com a saúde, por via da compreensão, avaliação e uso das informações e conceitos de saúde, possibilitando escolhas informadas e reduzindo, dessa forma, os riscos para a saúde e melhorando a qualidade de vida (Mancuso, 2008).

O foco da literacia em saúde tem mudado ao longo do tempo. No século XIX a ação da saúde pública veio da necessidade de refletir sobre os efeitos destrutivos das condições de vida e de trabalho a que a população foi sujeita durante a revolução industrial. Já no século XX, a perspetiva de ação da saúde pública focou-se em alterar os comportamentos de risco de saúde individuais (Nutbeam, 2008).

As recentes análises epidemiológicas de saúde, doença e incapacidade da população comprovam o papel dos fatores sociais, económicos e ambientais na determinação dos aumentos de riscos e resultados prejudiciais da doença. O estado de saúde é influenciado por características individuais e padrões de comportamento ou estilo de vida, mas também continua a ser determinado de uma forma significativa pelas diferentes circunstâncias sociais, económicas e ambientais dos indivíduos e da população (Nutbeam, 2008).

A literacia em saúde é uma constelação de competências, incluindo a capacidade de realizar tarefas básicas de leitura e numéricas, necessárias para atuar no ambiente de assistência médica. Os indivíduos com uma literacia em saúde adequada conseguem entender e agir de acordo com as informações de cuidados de saúde (Parker, Baker, Schwartzberg, & Deitchman, 1999).

Estar no meio universitário, ambiente que geralmente produz muito conhecimento, nem sempre significa apresentar um estilo de vida saudável, inclusive em cursos da área da saúde (Rechenchosky, Paiva, Melo, Inês, & Souza, 2012).

Mudanças no estilo de vida podem promover melhor saúde e longevidade para a população. Como um indicador de uma vida mais saudável, a atividade física está intimamente interligada com a promoção de saúde e bem-estar das pessoas, pois atua como fator preventivo para diversas doenças e contribuindo assim para o bem-estar físico e psicológico, aumentando a qualidade de vida do indivíduo (Sousa & Borges, 2016).

O presente estudo pretende avaliar o nível médio de literacia em saúde e das atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Bragança, comparando os estudantes portugueses com os estudantes oriundos dos PALOP.

A dissertação divide-se em duas partes centrais, começando com um enquadramento teórico das temáticas em apreço, seguindo-se o estudo empírico e finalizando com uma reflexão qualitativa.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Literacia em saúde

A literacia em saúde é um conjunto de competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar essas informações com vista a promoção e preservação de bons níveis de saúde. Essa descrição implica resultados com melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes de saúde, a modificação dos comportamentos de saúde tanto em atitudes e motivações, bem como em auto-eficácia melhorada no estabelecimento de tarefas (Nutbeam, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 definiu o conceito de literacia em saúde como sendo um conjunto “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem a compreenderem as informações e o uso da mesma de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998b, p. 357).

A literacia em saúde é definida por DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr e Pignone (2004) como "o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender a informação básica de saúde e

dos serviços de que necessitam para tomar decisões de saúde adequadas" (p.1228), capacidade essa que inclui a adequada interpretação de documentos, ler e escrever informação quantitativa e capacidade de ouvir de uma forma eficaz num ambiente de cuidados de saúde.

Para Nutbeam (2008) a relação entre a literacia e o estado de saúde está atualmente bem reconhecida e compreendida. Segundo o autor o interesse por esta relação contribuiu para o surgimento do conceito de literacia em saúde, em duas raízes diferentes – no atendimento público e na saúde pública. Este conceito constitui simultaneamente um desafio para a clínica, levando ao desenvolvimento de novas estratégias de intervenção na prática clínica e conseqüentemente a uma alteração das organizações de saúde; e um ativo com base na pesquisa educacional para a alfabetização, conceitos de educação de adultos e promoção da saúde, com vista ao desenvolvimento de competências e capacidades destinadas à aquisição por parte do paciente/cliente do serviço de saúde de um maior controlo sobre a sua saúde e sobre os fatores que a influenciam, esta noção é corroborada por Freedman et al. (2009) (Galvão, 2019).

Neste sentido, para Nutbeam (2008) existem três tipos de níveis de literacia:

- **Literacia básica ou funcional:** Capacidade básica suficiente em leitura e escrita para poder atuar em situações do dia-a-dia.
- **Literacia comunicativa ou interativa:** capacidade cognitiva mais avançada de alfabetização que juntamente com a capacidade social, podem ser usadas para participar de uma forma ativa nas atividades do quotidiano, extraíndo informações e significados de distintas formas de comunicação e aplicando novas informações a novas circunstâncias.
- **Literacia crítica:** capacidade cognitivas avançadas que juntamente com a capacidade social pode ser aplicada para analisar criticamente as informações e usar essas mesmas informações para exercer maior controlo sobre a vida, eventos e situações.

Para que haja uma melhor capacitação dos indivíduos em literacia em saúde tem-se usado a promoção da saúde referida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua carta de Ottawa (WHO, 1986), sendo que a promoção da saúde tem como finalidade aumentar as habilidades de controlar e melhorar a saúde individual e das comunidades em geral (Galvão, 2019).

Para que haja um aumento do estado de bem-estar físico, mental e emocional, as pessoas têm que adaptar-se ao meio onde se encontram inseridas para melhor satisfazer os seus desejos e aspirações de saúde (WHO, 1986).

Outros autores acrescentaram a componente social à definição de literacia em saúde, incluindo, nomeadamente o conceito de *empowerment* e tomada de decisão fundamentada, em vários domínios da saúde, incluindo as decisões a tomar no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político (Galvão, 2019; Kickbusch, 2004) acrescentando, mais recentemente os conhecimentos, motivação e competências para adquirir, compreender, avaliar e implementar os conhecimentos de saúde, tomando decisões no quotidiano a nível de cuidados de saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, mantendo ou melhorando a qualidade de vida no decurso da vida do

indivíduo (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). É assim uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A literacia em saúde está ligada à literacia geral e envolve conhecimento, motivação e habilidades para adquirir, entender, avaliar e utilizar essas informações de saúde para uma melhor tomada de decisões no dia-a-dia em relação a cuidados de saúde, doença prevenção e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso de vida (Galvão, 2019; Loureiro et al., 2012; Sørensen et al., 2012).

A Literacia em Saúde é definida como o grau com que cada indivíduo tem capacidade de obter, comunicar, processar e compreender as informações, bem como utilizar serviços de saúde de forma a tomar decisões apropriadas em saúde. Inclui a capacidade de interpretar documentos, ler e escrever (literacia impressa), usar informação quantitativa (numerária) e falar e ouvir com eficácia (literacia oral) (Broeiro, 2017; Parker et al., 1999).

A literacia em saúde engloba um conjunto de fatores tanto sociais como individuais, inclui aspetos culturais, conhecimento conceituais, escuta, fala aritmética, escrita e leitura (Nielsen-Bohlman, Panzer, & David, 2004). Para ir ao encontro destes objetivos, Kickbusch (2004), propôs um modelo de literacia em saúde, dividido em três níveis de literacia em saúde e três formas de executar o papel individual de cada pessoa, conforme apresentado na Figura 1.

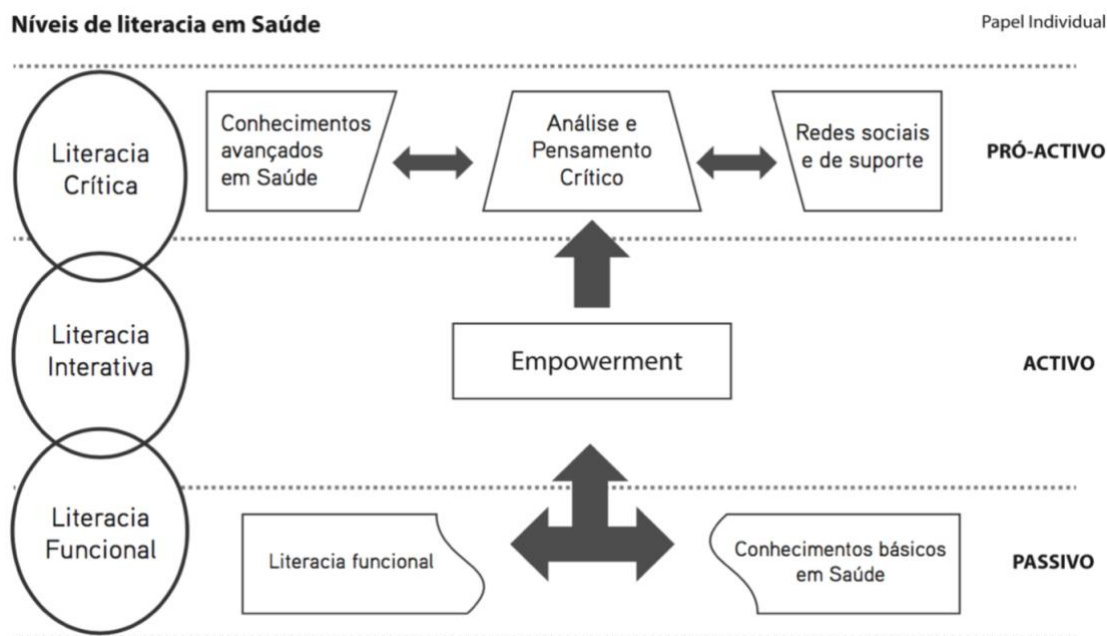


Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde.

Fonte: Kickbusch (2004, p. 3).

Assim a literacia em saúde engloba a capacidade, compreensão e comunicação e desenvolve durante toda a vida do indivíduo e influencia não só os indivíduos como a sociedade em geral. A

comunicação em saúde influencia não só o relacionamento entre o doente/médico, mas também toda a sociedade por diversas formas de meios de comunicação (Galvão, 2019; Mancuso, 2008).

Esquemáticamente a literacia em saúde, incluindo as componentes da comunicação, podem ser descritas conforme apresentado na Figura 2.

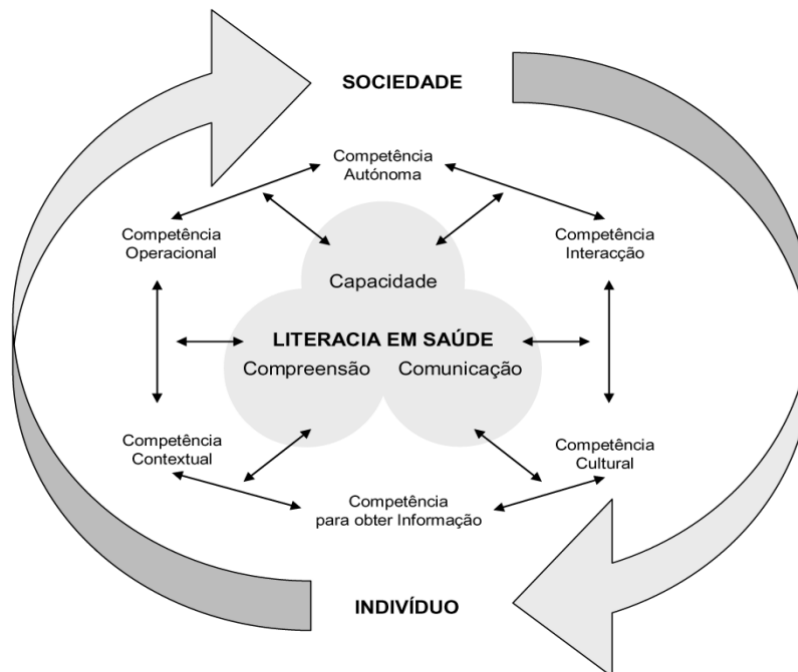


Figura 2 - Modelo Conceptual da Literacia em Saúde.

Fonte: Mancuso (2008, p. 251).

Neste modelo são apresentados três atributos primordiais, sendo eles: a compreensão, a capacidade, e a comunicação. A compreensão é tida como a junção de vários fatores que fazem o entendimento e a compreensão das informações em saúde. O atributo capacidade, designa não só o que é inato, mas também as competências que foram adquiridas por via de experiências, educação e também influenciadas pela cultura. A comunicação refere-se à partilha (de informações, pensamentos, etc.) que promovem a melhoria da saúde (Mancuso, 2008).

1.1.1 Nível médio de literacia em saúde dos estudantes

Os estudos realizados com estudantes portugueses do ensino primário e secundário, demonstraram um bom nível de literacia em saúde, para o que é suposto saberem nessas faixas etárias. Os valores mais altos foram encontrados nos adolescentes do sexo feminino e mostram diminuir com a idade, ou seja os estudantes do 12.º ano de escolaridade e que têm mais de 18 anos apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos. A nível de promoção da saúde considera-se que a literacia em saúde é boa, sendo que apenas 25% dos estudantes apresentaram uma baixa literacia em saúde (Tomás, 2014).

Porém, no que diz respeito à literacia em saúde mais específica, vários estudos demonstram uma baixa literacia em saúde entre estudantes do ensino superior, incluindo nos estudantes das áreas da saúde. São exemplos disto, os conhecimentos sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero (Galvão, Costa, Gomes, & Baptista, 2017; Galvão, Costa, Gomes, & Noné, 2016), diabetes (Neto, Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017), consumo de álcool e outros estupefacientes (Galvão, Noné, & Gomes, 2016; Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala, 2017) e perturbações do sono-vigília (Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017; Galvão et al., 2017).

Os profissionais da área da saúde usam várias formas para transmitir mensagens aos utentes acerca da prevenção e educação em saúde, sendo que estas mensagens são usualmente produzidas por escrito ou por via de diálogos presenciais. Sendo assim, os estudantes que apresentaram baixa literacia em saúde participam pouco nas decisões de cuidados preventivos e confiam nas suas próprias decisões sobre a saúde, levando assim a um aumento do uso de serviços de urgências (Eden, Mann, Miller, & Abraham, 2018).

Muito dos estudantes do nosso estudo são migrantes e de acordo com as evidências científicas, os migrantes têm uma menor pontuação em literacia em saúde (Kickbusch et al., 2013). Os recursos e informações necessárias, muitas vezes não chegam aos migrantes na sua totalidade, em grande parte devido a barreiras económicas, linguísticas e sociais. Os migrantes acedem e usam menos as informações de promoção e serviços de prevenção e cuidados de saúde. Em muitos estudos verificaram-se que as ações que visam o rastreio do cancro, serviços de saúde mental, educação em diabetes, a interrupção do tabagismo, e vacinação das crianças apresentam resultados menos positivos para os migrantes (Kickbusch et al., 2013). O desenvolvimento das estratégias da literacia em saúde para os migrantes faz com que as respostas dos sistemas se tornem mais eficientes para as necessidades dos migrantes.

1.2 Atitudes e Comportamentos de Saúde

Comportamento de saúde é qualquer comportamento que afeta a saúde do indivíduo, sendo que todos os comportamentos adotados pelos indivíduos, sendo difícil que qualquer comportamento não afete direta ou indiretamente a saúde (Carmody, 1997).

O comportamento de saúde pode ser definido de forma mais ampla como um conjunto de atitudes que são tomadas pelos indivíduos, que acedem ou não aos serviços de saúde, com o objetivo de manter a saúde, como por exemplo, a prática de exercício físico, alimentação equilibrada e diminuição do consumo ou dos riscos resultantes do uso de substâncias psicoativas (Junqueira et al., 2017).

Os comportamentos de saúde são divididos em comportamentos de saúde positivos e comportamentos de saúde negativos. Os comportamentos de saúde positivos são comportamentos que beneficiam a promoção de saúde, previnem os riscos de contrair doenças e contribuem para uma deteção antecipada de doenças ou deficiências. Exemplos de comportamentos de saúde positivos são: o uso de cintos de segurança, alimentação equilibrada, higiene e realizar frequentemente *check ups* (Sutton, 2004). Comportamentos de saúde negativos são

comportamentos que da forma como ocorrem, tanto pela sua regularidade ou pela intensidade, aumentam o risco de doenças. Os exemplos de comportamentos negativos de saúde são: alimentação desequilibrada, uso de drogas ou outras substâncias, condução embriagada, privação de sono, comportamentos sexuais de risco, etc. (Sutton, 2004).

Os comportamentos de saúde abrangem tanto comportamentos que promovem a saúde como comportamentos que colocam a saúde em risco. A combinação de um conjunto de atitudes perante a saúde e os consequentes comportamentos podem ser classificados de adição, alta ação ou proteção. Os comportamentos de adição abrangem o consumo de álcool ou outras substâncias e os comportamentos de risco correspondentes ao estado de embriaguez ou sob o efeito de outras substâncias psicoativas como, por exemplo, ir nadar, conduzir, andar de bicicleta ou fazer desportos radicais. Os comportamentos de alta ação referem-se aqueles que resultam de ações arriscadas, tais como a condução a alta velocidade, andar de mota ou praticar desportos de risco como esqui ou mergulhar. Finalmente os comportamentos de proteção são aqueles que resultam, por exemplo, no uso de equipamentos de segurança, o exercício físico responsável, o uso de preservativos, a higiene oral e ainda a alimentação equilibrada (Simões, 2010).

Dentro dos vários fatores que afetam a saúde, há comportamentos que com eles se relacionam. O estilo de vida não-saudável influencia os estados de saúde, provocando mal-estar, perturbação ou doenças, quando apresenta um tipo de comportamento não saudável, ou quando envolve algum risco para a saúde e quando é exercido por um longo período de tempo.

Os comportamentos ligados à saúde para além de influenciar o estado de saúde-doença, influencia também os futuros comportamentos de saúde, sendo que alguns estudos provaram que comportamentos atuais são uma previsão dos futuros comportamentos (Simões, 2010).

Os comportamentos de riscos são comportamentos ligados a comportamentos prejudiciais à saúde tais como o uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução descuidada, comportamento homicida e/ou suicida, desordens alimentares e delinquência. E também dependendo da idade dos jovens assim são as atitudes e comportamentos de risco. Os jovens/adolescentes mais novos estão mais propensos a iniciar comportamentos de risco, enquanto os jovens mais velhos estão em risco de terem as consequências negativas em relação à sua saúde por já estarem a praticar esses comportamentos inapropriados de saúde (Simões, 2010).

Os programas com a finalidade de promover mudanças no comportamento de saúde, incluem constantemente elementos que tentam mudar atitudes em relação ao comportamento pretendido (Galvão et al., 2017, 2016; Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017; Neto et al., 2017).

O foco na mudança de atitude muitas vezes é um elemento compreensível, uma vez que tem origem nas avaliações individuais de comportamento. No entanto, primeiro é necessário mudar as crenças, fornecendo informações sobre as consequências prejudiciais, dando lugar à mudança de comportamentos através de uma atitude de mudança (Stacy, Bentler, & Flay, 1994).

1.2.1 Atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes

O Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015), salienta a necessidade de promover contextos favoráveis à saúde, em particular no adulto jovem (dos 18 aos 30 anos). Os estudantes universitários experimentam um novo ambiente que envolve stresse, o aumento da carga de trabalho e alteram os padrões de vida o que pode contribuir para seguir estilos de vida pouco saudáveis. Os estilos de vida saudáveis são mantidos se forem adotados pelos indivíduos enquanto jovens.

As atitudes e comportamentos dos estudantes para a sua saúde, no âmbito deste trabalho, são analisadas em relação ao sono, exercício físico, alimentação e sexualidade.

Segundo Araújo e Almondes (2012) o ciclo de sono e vigília acontece no período das 24 horas e está grandemente relacionado com os momentos claro-escuro, horas de trabalho, estudos e atividades sociais e familiares. Estando também ligada aos ritmos biológicos do organismo e exposta pela secreção de hormonas: cortisol; melatonina; e somatropina (hormona do crescimento).

O sono também está relacionado com a memória e atua no processo restaurativo, que no entanto exige uma boa qualidade de sono. Sendo a qualidade do sono descrita como a forma que uma pessoa se sente em relação ao seu sono e como esta impacta o seu dia-a-dia. A insuficiência do sono para atender as atividades diárias, resulta em sonolência, ou seja, uma vontade de dormir que só será satisfeita com um período longo de sono (Araujo & Almondes, 2012; Galvão et al., 2017).

Uma má qualidade do sono acarreta consequências como o aumento da morbilidade e doenças psíquicas, acidentes de automóveis e de trabalho, menos eficiência laboral, depressão, envelhecimento prévio, ineficácia renal e intolerância a glicose (de Araújo et al., 2013; Galvão et al., 2017).

Em estudos epistemológicos realizados verificou-se que tanto os indivíduos que dormem muitas horas (mais de 9 horas), como os indivíduos que dormem pouco (menos de 7 horas), têm a esperança de vida diminuída (de Araújo et al., 2013).

Dos estudos constatou-se que a qualidade do sono nos estudantes do ensino superior é má com elevada sonolência diurna. Numa amostra de 40 estudantes universitários, os dados recolhidos demonstraram que 15% da amostra tinha tendência a sonolência elevada, 33% apresentava uma qualidade de sono má, 33, 3% levava 15 minutos para adormecer e 66,7% dos estudantes tinha a duração do sono situada entre os 6 e 7 horas (Araujo & Almondes, 2012).

Os estudos realizados por Kang e Chen (2009) a um número de 160 estudantes de medicina de Taiwan, foram encontrados dados muito próximos: 14,4% apresentava uma elevada sonolência, 33, 8% tinha qualidade de sono má, o tempo de levava para dormir era de 14,2 minutos e a duração do sono situava-se entre as 6 e 7 horas. Os estudos demonstraram que a sonolência diurna e a privação do sono é maior entre a população estudantil devido a aspetos que estão intimamente relacionados com a vida académica como: trabalhos em excesso, períodos grandes de outros afazeres curriculares e o tempo destinado a atividades de trabalho (Araujo & Almondes, 2012; Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017; Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala, 2017).

Na Universidade UFC do Brasil foi feita outra investigação com 701 estudantes pertencentes a 24 cursos diferentes. Os dados encontrados foram que os estudantes que tiveram no último mês um sono superior a 7 horas são de 18,6%, e 62,7%, que corresponde à maioria dos estudantes, tinham a duração do sono situado no intervalo de 6 a 7 horas. Os estudantes que dormem menos de 5 horas encontravam-se no 1.º e o 4.º semestre. Por fim a duração do sono da amostra estudada é de 6,3 horas (de Araújo et al., 2013).

Um outro fator promotor da saúde é o exercício físico segundo a OMS (WHO, 2010). E a atividade física são movimentos que resultam de esforço musculares que gasta energia acima do nível de descanso. Assim o exercício físico é uma forma de grande importância para a obtenção de saúde (Abreu & Dias, 2017).

A atividade física é benéfica à saúde, sendo que diminui os fatores de risco, aumenta a participação social. É acessível, barata, e não apresenta aspetos negativos (Abreu & Dias, 2017).

A frequente prática de atividade física desenvolve elementos positivos a nível da saúde. Uma variedade de problemas de saúde é verificada nos países desenvolvidos estando relacionados com a diminuição do exercício físico e hábitos de vida pouco saudáveis. A pouca atividade física leva ao surgimento de doenças tais como: obesidade, enfarte do miocárdio, doenças arteriais, cancro e diabetes. Muito da redução do exercício físico da população dos países desenvolvidos deve-se ao desenvolvimento de novas tecnologias e os jovens passam cada vez mais tempo em frente a ecrãs do que a praticar desporto ou simplesmente brincarem ao ar livre. Em todas as idades afiguram-se níveis reduzidos de exercício físico, sendo que a passagem da adolescência para a vida adulta é onde se consolidam os hábitos de saúde que prolongam por toda a vida, tornando esta fase fulcral para criar hábitos saudáveis para o futuro (Faustino et al., 2018).

Entretanto, numa nova fase que é o ingresso no ensino superior, o tempo que os estudantes dependem aos estudos e trabalhos académicos faz com que a atividade física não seja uma prioridade, levando a alterações tanto no que concerne ao tempo despendido para a realização das atividades físicas como a mudanças de hábitos que esta alteração acarreta. Juntamente com o percurso no ensino superior vem a mudança de casa, professores novos, amigos e colegas novos e uma vida estudantil mais exigente a nível da gestão financeira, vida social e de horários (Faustino et al., 2018).

Nos estudos realizados em universidades portuguesas constatou-se que muitos estudantes afirmavam que a sua saúde e os hábitos de saúde saudáveis, diminuíram com a entrada no ensino superior admitindo os estudantes terem mais hábitos e comportamentos de riscos (Faustino et al., 2018).

Um estudo realizado com 90 estudantes do Instituto Politécnico de Setúbal, demonstrou que os estudantes insuficientemente ativos se encontravam entre os 20 a 25 anos e que os estudantes mais ativos têm idades inferiores a 20 anos. Este mesmo estudo concluiu que 2% dos estudantes são sedentários, 45% tem uma atividade física insuficiente, 32% são ativos e 21% dos estudantes são muito ativos (Faustino et al., 2018).

Segundo a OMS para uma boa atividade dos adultos (18 aos 65 anos) tem que se fazer pelo menos 30 minutos de atividade física de uma forma equilibrada e 5 vezes por semana ou 20 minutos em 3 dias por semana e em ritmo intenso (WHO, 2010).

Um outro aspeto importante para uma atitude e comportamentos saudáveis é a alimentação, sendo um ponto a ser estudado nesta pesquisa.

Os hábitos alimentares são relevantes para um bom estado de saúde dos indivíduos, prevenindo contra doença não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, que ainda são a primeira causa de morte em Portugal. Estudos mostram que uma boa alimentação desde a tenra idade contribui para uma velhice mais saudável, sendo que os primeiros sinais de doenças crónicas aparecem na juventude e prolongam-se para a fase adulta (Alves & Precioso, 2017).

Com a entrada no ensino superior ocorrem mudanças significativas no quesito dos hábitos alimentares. É nesta fase que muitos estudantes têm uma maior probabilidade de desenvolver doenças. Durante o percurso académico é onde surgem a ansiedade e o stress, muito pelo facto de os estudantes estarem longe de casa, dos familiares e das suas atividades físicas e alimentícias diárias (Bastos, Graça, Santos, & Ferreira, 2015).

Muitos estudantes abstêm-se de tomar refeições, consomem alimentos pobres em nutrientes ou poucos saudáveis. Os estudantes afirmam que durante o seu percurso académico têm pouco tempo, o que leva com que os estudantes façam muitas refeições fora de casa ou ainda deixem de os tomar ou optar por refeições rápidas pobres em vegetais e frutas. Os jovens ao ingressar no ensino superior entram numa fase de mudanças e adaptabilidade para tirar um bom aproveitamento dos cursos que frequentam e ainda participar nas atividades académicas, o que leva ao descuidar da sua alimentação que anteriormente era feita pela família (Alves & Precioso, 2017).

Estudos que foram realizados demonstraram que com a entrada no ensino superior ocorrem mudanças nos hábitos alimentares com o menor consumo de frutas e hortícolas e um maior consumo de *fast-food* e alimentos açucarados, não alcançando a quantidade recomendada de frutas, hortaliças, legumes, pescado e produtos lácteos (Bastos et al., 2015).

Devido a esses hábitos alimentares os estudantes de ensino superior apresentam um maior aumento de peso, que pode vir a prejudicar futuramente a sua saúde devido ao estado de pré-obesidade ou obesidade e consequentemente aumentos dos gastos em saúde desses indivíduos mais qualificados (Bastos et al., 2015).

Os estudos realizados numa universidade portuguesa tiveram os seguintes resultados: 73% dos estudantes tomavam pequeno-almoço, 84,4% almoçavam, 55,7% tomavam lanche no meio da tarde e 82,4% jantavam. Além desses resultados 38,9% dos estudantes tomam lanche ao meio da manhã e 18,9% nunca lancharam ao meio manhã e 38% dos estudantes não tomam a ceia. Generalizando o almoço é a refeição que mais se consome semanalmente (Alves & Precioso, 2017).

Relativamente ao consumo de água 80,5% dos estudantes bebem água mais de uma vez por dia. Em relação a outras bebidas, como o café e o leite, 50% e 70% dos estudantes respetivamente, referem consumi-los pelo menos uma vez por dia (Alves & Precioso, 2017).

Deste estudo concluiu-se que os hábitos alimentares dos estudantes são inapropriados, dado ao baixo consumo de frutas e vegetais (em qualquer das suas formas), e do leite e outros produtos lácteos.

Estes estudos, juntamente com outros, demonstram que há uma insuficiência de consumo de frutas e vegetais pelos estudantes do ensino superior, e que o seu consumo alimentar não se encontra de acordo com o recomendado para a maior parte dos alimentos (Alves & Precioso, 2017).

E por fim os comportamentos sexuais são outro dos principais aspetos estudados sobre as atitudes e comportamentos dos estudantes no ensino superior.

A sexualidade tem sido um tema de grandes discussões afastando-se da ideia de ser somente privado. Atualmente os jovens têm comportamentos mais liberais acerca de atitudes e comportamentos sexuais o que exige uma maior educação sexual. É importante ter em conta que para muitos dos estudantes a entrada no ensino superior é a primeira vez que se encontram longe de casa, vivendo experiências novas e terminando a sua maturação sexual sendo que estão próximos a se tornarem adultos. Nesta fase em que os jovens estão a desenvolver-se emocionalmente, cognitivo e fisicamente (existindo ainda vulnerabilidade nessa área) é ainda mais propenso adotarem comportamentos de riscos, sendo também que esta fase coincide com namoros que trazem consequências a nível da autoestima e do autoconceito (Vaz, 2017).

Os jovens pertencem ao grupo onde é primordial a intervenção a nível da sexualidade e conhecimentos sobre a reprodução, sendo os enfermeiros importantes na educação contracetiva desses jovens, prevenindo assim contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes não desejadas.

O uso do método contracetivo depende muito de elementos comportamentais e psicossociais evidenciando princípios tais como: a compreensão da vulnerabilidade face às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); a eficiência no planeamento da atividade sexual, pelo fato de ocorrerem nesta faixa etária de uma forma mais aberta; a eficácia no uso do preservativo; a comunicação eficaz com o parceiro sexual, pais ou profissionais de saúde sobre os métodos contraceptivos; o tipo de relacionamento amoroso (Vaz, 2017).

E ainda os universitários ou estudantes do ensino superior são encontrados com outros comportamentos prejudiciais tais como o uso inapropriado dos métodos anticoncepcionais. E são comportamentos recorrentes em saídas a noite, festas etc. Tendo praticas de relações sexuais sem proteção, com parceiros eventuais e imprevisíveis e muitas vezes levado pelo consumo de substância psicoativas (Vaz, 2017).

Com o acesso universal às consultas de planeamento familiar, houve uma diminuição da gravidez indesejada e das DST. Nos estudos efetuados com as mulheres portuguesas demonstrou-se que 50% das jovens dos 20 aos 29 anos, e estando com uma vida sexual ativa e tomando métodos anticoncepcionais, não foram a consultas para planeamento familiar no ano anterior. O défice de conhecimentos, medos e receios levam os jovens ao adiamento da procura de informações sobre os métodos anticoncepcionais. Diversos estudos defendem que os jovens devem ser educados

sexualmente principalmente pelos profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos e levando conseqüentemente a uma maior adesão aos métodos contraceptivos. Sendo que a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis são resultados dos comportamentos negativos dos jovens e um problema de saúde pública (Vaz, 2017).

1.3 Impacto da Literacia na Gestão de Saúde: Comportamentos e Atitudes de Saúde

A literacia em saúde apresenta impacto sobre a gestão dos comportamentos e atitudes de saúde individual, sendo que as pessoas que apresentam uma literacia em saúde alta têm uma maior influência em sociedade a nível económico e melhoram o seu nível de vida e bem-estar em saúde.

As pessoas que apresentam uma literacia em saúde baixa têm uma participação arriscada na promoção da saúde e escolhas de saúde (com um maior consumo o tabagismo, de substâncias, mais acidentes de trabalho e menor controlo das doenças). Fazem escolhas menos saudáveis, apresentam comportamentos mais arriscados para a saúde e para o bem-estar, pior saúde, uma menor gestão da saúde individual (autogestão) e um aumento de hospitalizações. Estes indivíduos drenam de uma forma significativa os recursos financeiros dos sistemas de saúde (Kickbusch et al., 2013).

A literacia em saúde traz uma melhoria da saúde e do bem-estar individual; melhor uso dos serviços de saúde; participação ativa e informada dos cidadãos em questões de saúde; menor comportamento de risco para a saúde; menos gastos com a saúde; redução das desigualdades em saúde; aumento da resiliência das comunidades faces a adversidades; e, um maior enriquecimento do capital tanto social como cultural das comunidades (Gabinete de Estudos Técnicos, 2015).

A literacia em saúde influencia o comportamento de saúde e o uso de serviços de saúde e portanto tem impacto sobre os resultados na saúde e os custos que acarreta a sociedade. Uma ineficaz comunicação do indivíduo devido a falta de Literacia em saúde, resulta em falhas, má qualidade, e riscos para a segurança dos utentes dos serviços de saúde.

A nível populacional, as pessoas com literacia em saúde são capazes de ser ativo nas palestras público e privado em saúde, medicina, conhecimentos científicos e convicções culturais. Assim, os benefícios de ter literacia em saúde impactar os conjuntos de atividades da vida – casa, trabalho, sociedade e cultura (Sørensen et al., 2012).

Um jovem que possua competências de literacia em saúde deverá ser capaz de cuidar de si a nível físico, emocional, social, mental e espiritual (Fetro, 2010).

Os benefícios da literacia em saúde são a melhoria da saúde e do bem-estar individual; melhor uso dos serviços de saúde; participação ativa e informada dos cidadãos em questões de saúde; menor comportamento de risco para a saúde; menos gastos com a saúde; redução das desigualdades em saúde; Aumento das resiliências das comunidades faces a adversidades; um maior enriquecimento do capital tanto social como cultural das comunidades (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

Com esses benefícios da literacia em saúde podemos afirmar que uma maior literacia contribui para um maior bem-estar e qualidade de vida das pessoas e da comunidade em geral.

Os indivíduos que apresentam uma baixa literacia em saúde, têm uma menor capacidade de compreender informações oral e escrita, obtidos com os profissionais da área de saúde, aceder aos sistemas de saúde para obter os serviços de que necessitam, de realizar os procedimentos de que precisam e seguir as informações prescritas pelos profissionais de saúde. Há uma alta relação entre a baixa literacia em saúde e a incidências de doenças crónicas que por isso diminui a qualidade de vida dos indivíduos (Rustvold, 2012).

Dos estudos realizados demonstrou-se que um indivíduo que apresente uma limitada literacia em saúde, utiliza mais os serviços destinados a doenças graves e menos serviços para prevenir complicações das doenças (Galvão, 2019). Como o sistema de saúde apresenta uma certa complexidade, uma má condição de saúde está associada a uma literacia em saúde limitada. O efeito psicológico da baixa literacia em saúde é desfavorável, sendo que os indivíduos demonstram um sentimento de vergonha em relação às suas competências de literacia em saúde. Assim muitos escondem as suas dificuldades de leitura para manter a sua dignidade (Ying, Ming, Mohd-Said, Yusof, & Mohd-Dom, 2015).

Segundo Nielsen-Bohlman et al. (2004) uma literacia em saúde limitada está associada a um mau estado de saúde e piores resultados clínicos, sendo um dos determinantes das condições de saúde, em caso de doenças crónicas, em questões de autogestão, de auto defesa, no acompanhamento contínuo e na comunicação com os profissionais de saúde ou outros. Uma literacia em saúde limitada pode influenciar negativamente a relação entre profissional de saúde e doente, sendo que uma literacia em saúde superior melhora os aspetos em relação aos cuidados de doenças crónicas, impacta positivamente a competência do sistema de saúde numa comunicação de resultados positivos com o paciente e/ou utente e a afetação de recursos da comunidade para indivíduos com doenças crónicas e suas famílias.

Segundo von Wagner, Steptoe, Wolf e Wardle (2009), é indubitável que a literacia em saúde esteja diretamente ligado a resultados em saúde, porque os resultados dependerão de várias etapas para promover a saúde, prevenir doenças, realizar diagnósticos e tratar as doenças. Recentemente propuseram uma explicação da literacia em saúde limitada e resultados de saúde e especificaram três diferentes tipos de atuações que intervêm no impacto da literacia em saúde: acesso a cuidados de saúde; utilização dos cuidados de saúde; e o diálogo entre o paciente – profissional de saúde. Estes domínios são definidos não só por características do paciente mas também por características externas que podem ser atribuídos ao profissional de saúde e ao sistema de saúde.

A literacia em saúde é vista como um meio, uma ferramenta que melhora a capacitação das pessoas nos níveis da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças (Sørensen et al., 2012) sendo que alguns fatores que influenciam a literacia em saúde são os fatores sociais e os ambientais (cultura, língua, forças políticas, sistemas da sociedade e circunstâncias demográficas). Também encontram-se entre estes, os fatores mais próximos tais como os elementares pessoais (tendo por exemplo, idade, género, etnia, estado socioeconómico, educação, ocupação, emprego, rendimento

e literacia) e os situacionais (como por exemplo, apoio, influência dos familiares e pares, os media e a envolvente físico). A literacia em saúde encontra-se extremamente ligada ao ato educacional, como também à literacia geral. A literacia em saúde afeta um conjunto de competências tais como as cognitivas, comportamentais e sociais, e é diferenciada de outras literacias, como a literacia em ciências (competências de compreender, competências técnicas e compreensão tecnológica), literacia cultural (costumes, visões do mundo e relações de identidade social) e literacia cívica.

Um individuo deve apresentar certas competências em literacia em saúde e os tópicos que são conhecidos como importantes antecedentes da alfabetização que são, o interativo, autónomo, informativo, contextual e competências culturais.

Sendo assim, uma literacia em saúde baixa deve ser alvo de intervenção por parte dos cuidados de saúde primários, educando as pessoas a serem mais astutos nas decisões que tomam e tornando as tarefas menos exigentes (Sørensen et al., 2012).

1.3.1 Modelos conceptuais de literacia na gestão de comportamentos e atitudes de saúde

Embora a importância da promoção da saúde seja clara e consensual, a avaliação das medidas da promoção em saúde é uma tarefa de grande dificuldade e é em muitos casos executada de forma deficiente.

Estas dificuldades surgem pela complexidade de avaliar as intervenções realizadas no longo prazo, já que estas intervenções não têm efeitos imediatos e carecem, muitas vezes, de programas de implementação morosos. No entanto, dizem-nos as melhores práticas que, em vez de avaliar o impacto, o que deve ser avaliado é a capacidade que as intervenções têm de alcançar os objetivos traçados. Contudo, esta abordagem, é contrária ao que normalmente se aplica na área da saúde e, em particular, na medicina, onde se pretendem efeitos mensuráveis e estatisticamente fiáveis.

Contudo, não há dúvidas que a relação entre o estado de saúde e o nível de literacia em saúde estão intimamente ligadas, sendo que a literacia em saúde tem origem em duas fontes distintas, sendo estas: a área da saúde pública; e, o atendimento clínico (Nutbeam, 2008). Estas conclusões baseiam-se em investigações durante mais de uma década, tendo como base a análise pormenorizada do impacto que vários programas de informação sobre questões relacionadas com a saúde tiveram num número considerável de países.

Nutbeam (1998a, 1998b, 2000, 2008), chega assim, a três pontos que os programas de promoção de saúde devem integrar, e que são preditores do sucesso de um programa:

- Alcance do programa;
- Aceitabilidade do programa; e
- Integridade do programa.

Alcance do programa: o programa atingiu toda a população-alvo?

Como em qualquer programa de divulgação de informação, é fulcral definir claramente a população alvo (que pode ser a totalidade da população) e entender como se comunica com essa mesma população. Contudo, não obstante ser um ponto lógico e simples de entender, mas cujo sucesso torna-se mais complexo, conforme a complexidade da mensagem que se quer transmitir. Por exemplo, uma campanha ou programa para a redução do consumo de tabaco é fácil de entender e tem um escopo bem definido. Contudo, uma campanha sobre hábitos saudáveis, já se torna mais complexo pela plenitude de áreas a abordar. Isto explica, em parte, a implementação de programas e campanhas mais pequenas, sobre temas bem definidos.

Aceitabilidade do programa: o programa é aceitável para a população-alvo?

O segundo ponto parte do pressuposto que o primeiro, o alcance, tenha sido atingido e avalia se a população-alvo tem a resposta pretendida do programa. Tal só é conseguido nos casos em que a população-alvo reconheça, ou aceite, o que os programas advogam.

Esta avaliação deve ser feita tanto junto de elementos da população-alvo como junto dos “propagadores” da mensagem como, por exemplo, os profissionais de saúde, professores, políticos, representantes da população-alvo, etc. Existem diferentes abordagens para fazer essa avaliação, podendo-se examinar a nível da população-alvo:

- qual o nível de envolvimento no programa;
- perceções da relevância do programa para as suas necessidades e prioridades; e
- perceções da viabilidade das ações que são defendidas no programa.

Integridade do programa: o programa foi implementado conforme planeado?

A última etapa da avaliação pretende analisar se a implementação do programa foi executada conforme inicialmente planeada. Muitos dos programas falham os objetivos, porque foram mal conceptualizados ou porque foram implementados de forma deficiente. É aqui que também é necessário um conhecimento profundo dos meios existentes para a implementação porque muitos programas ou campanhas que foram avaliadas e definidas como eficazes por investigadores conceituados falham os seus objetivos porque são mal executados ou impossíveis de executar (Nutbeam, 2008).

Em 2012 Sørensen et al. (2012), terminaram um estudo que implicou a revisão exaustiva das evidências científicas sobre os modelos de promoção de literacia em saúde, incidindo também sobre o impacto que os programas de promoção em saúde tinham alcançado. Esta equipa de investigação combinou as várias perspetivas existentes sobre a literacia em saúde e as evidências científicas, no mesmo modelos, sendo que os autores apontavam, como principais críticas, aos programas de literacia em saúde, as seguintes:

1. a maioria dos modelos conceptuais existentes não é suficientemente fundamentada em teoria nem em termos das noções e conceitos incluídos.

2. muito poucos modelos integraram as componentes incluídas nos modelos de literacia “médica” e “saúde pública”.

No entanto, estes autores, encontraram, em dois outros autores, modelos que explicitamente tentam colmatar a diferença entre as duas visões, sendo eles Nutbeam (2000) e Manganello (2008), cuja dimensão de literacia funcional corresponde às competências cognitivas da literacia em saúde médica.

Sørensen et al. (2012), não obstante reconhecerem que a literacia em saúde envolve várias dimensões, concluíram que a maioria dos modelos existentes são estáticos e não explicam de forma clara que aumentar a literacia em saúde é um processo de várias etapas e que tem que abordar o acesso, processamento e comunicação de informação.

Com base nas evidências científicas encontradas e nas principais causas mencionadas para a reduzida eficácia dos modelos de literacia em saúde existentes, Sørensen et al. (2012) propuseram um modelo com quatro dimensões de literacia em saúde em três níveis, conforme apresentado de forma esquemática na Tabela 1.

Tabela 1 - As quatro dimensões de literacia em saúde

	Acesso/ obtenção de informação relevante para a saúde	Compreensão da informação relevante para a saúde	Avaliação/ processamento da informação relevante para a saúde	Aplicação/ utilização da informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos	Capacidade de compreender informação médica e extrair significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de obter informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de compreender e extrair significado sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
Promoção da saúde	Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de compreender e extrair significado em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre em determinantes para a saúde no ambiente social e físico

Fonte: Sørensen et al. (2012, p. 10).

Segundo van der Heide, Heijmans, Schuit, Uiters e Rademakers (2015) a atenção dos programas deve ser centrada nos utentes, baseando esta opinião no estudo que desenvolveram com o objetivo de estudar em que medida a literacia em saúde funcional, interativa e crítica, está associada com a perceção dos pacientes sobre o controlo que têm sobre os cuidados de saúde e frequência de visitas aos cuidados de saúde primários. Esta perceção de controlo sobre os cuidados de saúde, foi associada à capacidade percebida de organizar os cuidados, interagir com os prestadores de cuidados de saúde e para realizar o autocuidado.

Desta forma, a Literacia em Saúde diz respeito à forma como os estudantes compreendem a informação acerca da Saúde e dos cuidados de Saúde e de como a aplicam às suas vidas, utilizando-a para tomar decisões. A Literacia em Saúde influencia assim a gestão da Saúde dos indivíduos, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados de Saúde.

2. Metodologia

Neste capítulo é descrita a metodologia utilizada para o estudo, as questões de investigação, hipóteses de investigação e objetivos formulados, bem como as opções tomadas para responder a essas mesmas questões, hipóteses e objetivos.

O investigador deve avaliar criteriosamente as opções ao seu dispor e selecionar o caminho a percorrer, já que a metodologia aplicada é decisiva para as conclusões de qualquer investigação (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Face à problemática em estudo e objetivos delineados, optou-se por uma investigação quantitativa, recorrendo a uma análise descritiva e inferencial.

A metodologia do presente estudo versa nomeadamente sobre a contextualização, os objetivos do estudo, as variáveis e hipóteses, a população e a amostra selecionada e os procedimentos do estudo que inclui, entre outros, o tipo de estudo, os procedimentos éticos e deontológicos assim como os procedimentos associados à realização do trabalho empírico, a descrição dos instrumentos de recolha de dados e o método de tratamento de dados.

2.1 Contextualização do Estudo

A presente investigação pretende estudar as atitudes e comportamentos de saúde e o nível médio de literacia em saúde dos estudantes do Ensino Superior, e no caso particular, dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, incidindo ainda sobre diferenças nos comportamentos e atitudes de saúde e nível médio de literacia em saúde, quando comparados os estudantes de origem portuguesa com os seus colegas oriundos de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Pretende-se que os resultados e conclusões do presente estudo contribuam para melhor entender as diferenças entre estes dois grupos e que possam servir para realizar intervenções promotoras de comportamentos saudáveis, adaptadas a cada grupo aqui estudado, que permitam manter a qualidade de vida dos mesmos.

Atendendo ao número considerável de estudantes dos PALOP que estuda no IPB, torna-se ainda mais pertinente estudar eventuais diferenças entre a população estudantil portuguesa e africana.

Este estudo foi realizado nas Unidades Orgânicas, designadas de Escolas, do IPB, abaixo mencionadas.

- Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG)
- Escola Superior de Saúde (ESSa)
- Escola Superior de Educação (ESSE)
- Escola Superior Agrária (ESA)
- Escola Superior de Comunicação, Administração e Turismo (EsACT), sendo esta a única Escola do IPB que não se situa em Bragança, mas sim em Mirandela

2.2 Objetivos de Estudo e Hipóteses de Investigação

O objetivo geral ou objetivos gerais indicam a principal intenção de um estudo, isto é, corresponde aos resultados que o estudo pretende alcançar (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Formulou-se como objetivo geral: conhecer as atitudes e comportamentos em saúde e o nível médio de literacia em saúde dos estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Bragança: comparação entre portugueses e estudantes oriundos dos PALOP.

Como objetivos específicos (OE) pretende-se:

- **OE1:** Identificar o nível médio de atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB;
- **OE2:** Identificar o nível médio de literacia em saúde dos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB.

Após a definição dos pontos anteriores, é possível construir as hipóteses de investigação (Gelo, Braakmann, & Benetka, 2008). Assim, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação (HI):

HI1: Existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP;

HI2: Existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP;

HI3: Existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes do sexo masculino e feminino;

HI4: Existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino;

HI5: Existe uma relação entre a literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde.

Decidiu-se não analisar diferenças entre, por exemplo sexos, dentro de cada um dos grupos: estudantes de Portugal e estudantes dos PALOP, uma vez que os objetivos de estudo se focam nas diferenças gerais entre estes dois grupos. As hipóteses de investigação 3 e 4 foram incluídas, uma vez que a maioria dos estudos existentes refere existirem diferenças entre sexos, pelo que considerou-se importante esta inclusão, uma vez que também permitiria confrontar resultados do presente estudo com outros existentes, já que não existem estudos que comparem as duas principais populações em estudo.

2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Como Instrumento de Recolha de Dados foi utilizado um questionário, em formato digital, composto por três partes: a primeira com questões sociodemográficas; a segunda pelo Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Hettler, 1982) na sua versão portuguesa (Ribeiro, 2004); e o *European Health Literacy Survey*, na sua versão curta (HLS-EU-Q16). A versão original do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) foi desenvolvido por Hettler (1982) com a designação de *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ). O autor procurou estudar a ação do indivíduo enquanto estilo de vida que pratica e que sofre alterações motivadas por determinadas características (dimensões) intelectuais, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais. A construção do questionário original veio então a recair nas referidas características básicas: Intelectual, Emocional, Física, Social, Ocupacional e Espiritual (Ribeiro, 2004).

A base da formação deste questionário incidiu na formação/adaptação de perguntas referentes ao modo como as pessoas se costumam comportar no seu dia-a-dia. A formação destas perguntas foi inspirada nos 61 itens das categorias da secção Wellness, que Hettler (1982) designou por Físicas. Segundo Pais Ribeiro, a escolha dos itens a reter no questionário atual serviram para desenvolver um instrumento de avaliação do estilo de vida breve que permite uma avaliação rápida na população normal (Ribeiro, 2004).

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), adaptado e validado para a língua portuguesa (lista de classificação com 28 itens), resume comportamentos relacionados com a saúde e as doenças.

A escala QACS adaptada e validada para a população portuguesa, é composta por 28 itens avaliados através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, que varia entre 1 (Quase Nunca – menos de 10% das vezes) e 5 (Quase Sempre – mais de 90% das vezes) e a classificação final varia entre 28 e 140 pontos e quanto maior a pontuação, maiores os comportamentos protetores de saúde.

Esta escala é composta por cinco dimensões, estando os itens distribuídos de acordo com o descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Definição das Dimensões que Constituem o QACS

Dimensão	Itens
Exercício físico Empenhamento em manter boa condição física	1 Faço exercício físico intenso durante pelo menos; 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana; 2 Ando a pé ou de bicicleta diariamente; 3 Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)
Nutrição Escolha de alimentos consistente com os objetivos cientificamente definidos	4 Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado; 5 Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal; 6 Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes; 18 Evito ingerir alimentos com gordura; 22 Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)
Autocuidado Comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce da doença	8 Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado; 9 Mantenho as minhas vacinas em dia 10 Verifico anualmente a minha pressão arterial; 11 Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes; 12 Vou anualmente ao médico fazer um check-up; 23 Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco; 24 Evito os ambientes muito ruidosos; 25 Evito os ambientes que tenham o ar poluído; 26 Evito mudar de parceiro sexual; 27 Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal; 28 Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.
Segurança motorizada Capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos.	13 Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais; 14 Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade; 15 Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.
Uso de Drogas ou similares Capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas.	6 Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico; 17 Evito fumar; 19 Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola; 20 Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames; 21 Evito tomar tranquilizantes.

Por forma a facilitar a comparação das pontuações médias entre as várias dimensões do QACS, optou-se por calcular a pontuação média de cada dimensão, sendo assim as pontuações mínimas e máximas teóricas, são respetivamente 1 e 5.

O *European Health Literacy Survey* deriva da investigação efetuada pelo HLS-EU Consortium, e deriva do que este consórcio definiu como sendo a literacia em saúde:

A literacia em saúde está ligada à literacia em geral e implica o conhecimento, motivação e competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade vida durante o curso da vida (Sørensen et al., 2012, p. 3).

Desta definição foi criado um primeiro questionário, de 47 itens, que organiza as questões em três dimensões – cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde – que por sua vez são subdivididas em quatro níveis: encontrar informação sobre saúde, entender a informação sobre saúde, julgar a informação sobre saúde e aplicar a informação na saúde, sendo que esta versão foi validada para a população portuguesa por Pedro et al. (2016).

Deste modelo original derivaram dois outros questionários: o HLS-EU-Q16, uma versão reduzida de 16 itens e o HLS-EU-Q86, uma versão alargada de 86 itens e que engloba todas as vertentes da literacia em saúde.

No presente estudo optou-se por utilizar a versão reduzida, em especial por ser de rápido preenchimento e ter demonstrado boas propriedades psicométricas em vários países (Sørensen et al., 2012; Storms, Claes, Aertgeerts, & Van Den Broucke, 2017). Trata-se de um questionário de autorrelato de 16 itens em forma de afirmações, respondidos numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos em que 1 significa “muito difícil” e 5 “muito fácil”.

Os itens encontram-se divididos pelas três dimensões de acordo com o apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Definição das Dimensões que Constituem o HLS-EU-Q16

Dimensão	Itens
Cuidados de Saúde	1 encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam
	2 descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)
	3 compreender o que seu médico lhe diz
	4 compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado
	5 avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico
	6 usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença
	7 seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico
Prevenção de doenças	8 encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão
	9 compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia
	10 compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)
	11 avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)
Promoção da saúde	12 decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)
	13 saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)
	14 compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos
	15 compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? " (por ex. Internet, jornais, revistas)
	16 avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)

Para averiguar a consistência interna das oito dimensões em estudo, foram calculados os índices de alfa de *Cronbach* (Cronbach, 1951, 1988), sendo os resultados apresentados na Tabela 4. Um alfa de *Cronbach* abaixo de .05 é considerado inaceitável, entre .5 e .6 fraco, entre .6 e .7 questionável, entre .7 e .8 aceitável, entre .8 e .9 bom, e acima de .9 é considerado excelente (Cronbach, 1951, 1988; Moore, McCabe, & Craig, 2009).

Tabela 4 - Consistência Interna das Dimensões em Estudo

Dimensão	α	Interpretação
Exercício Físico	.712	Aceitável
Nutrição	.843	Bom
Autocuidado	.896	Bom
Segurança Motorizada	.793	Aceitável
Uso de Drogas ou similares	.777	Aceitável
Cuidados de Saúde	.906	Excelente
Prevenção de Doenças	.858	Bom
Promoção da Saúde	.905	Excelente

Os resultados situam-se entre o aceitável e o excelente, sendo que para as dimensões do QACS todos os alfas de *Cronbach* do presente estudo são superiores aos do estudo efetuado para a criação da escala (Ribeiro, 2004) e no caso das dimensões do HLS-EU-Q16 são muito similares aos encontrados no estudo de validação da escala de 47 itens para Portugal (Pedro et al., 2016). Acreditamos, dessa forma, que não obstante a escala de 16 itens não se encontrar validada para Portugal, ela ter boas propriedades psicométricas, tal como também foi identificado em Portugal no estudo de Luís e Gaspar (2018), e em vários outros países onde foi seguida a mesma metodologia (Gerich & Moosbrugger, 2018; Gigantesco & Giuliani, 2011; Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro, & Sørensen, 2019).

2.4 Variáveis

As variáveis podem ser classificadas quanto à sua natureza, qualitativas ou quantitativas. As qualitativas, também designadas de categóricas, podem ser ordinais, quando existe uma ordem definida das suas categorias, seja ela crescente ou decrescente e, caso essa ordem não exista, designam-se de variáveis nominais (Jaeger, 2008). As variáveis quantitativas dizem respeito a todas as características mensuráveis, traduzidas de forma numérica, podendo ser contínuas, quando se associam a valores assumidos numa determinada escala contínua, ou discretas, quando assumem um determinado valor inteiro, finito ou infinito (Jaeger, 2008).

Quanto à sua função as variáveis no estudo podem ser designadas como variável dependente e independente. A variável dependente é a variável resposta, podendo esta também ser designada por variável resultado (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007). Do ponto de vista formal, é o aspeto observado e medido pelo investigador para determinar o efeito da variável independente. No presente estudo, as variáveis dependentes são os estilos de vida através das atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas, e a saúde mental através das dimensões: depressão, ansiedade e stress. As variáveis independentes são analisadas como causas que

poderão interferir em qualquer modificação no resultado. A variável independente é tratada como uma condição prévia, ou seja, como uma condição necessária que precede uma determinada consequência (MacKinnon et al., 2007).

Como variáveis independentes, foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas:

- País de origem: variável nominal com possibilidade de resposta seis respostas: Portugal, Cabo Verde, Angola, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Guiné Bissau;
- Origem: Variável nominal, definida a partir da variável País de origem, com duas possibilidades de resposta (Portugal e PALOP);
- Sexo: Variável nominal com duas possibilidades de resposta: feminino e masculino;
- Idade: variável quantitativa discreta;
- Estado civil: Variável nominal, agrupadas em três classes: Casado(a) ou União de Facto, Solteiro(a) e Divorciado(a).
- Tipo de Curso que frequenta: variável nominal, agrupada em três classes: Licenciatura, Mestrado e CTeSP;
- Ano de escolaridade: variável ordinal com possibilidade de resposta a quatro categorias: 1º ano, 2.º Ano, 3.º Ano e 4.º Ano;
- Mora com alguém: variável nominal com duas possibilidades de resposta: Sim e Não.

2.5 Tratamento de Dados

Os dados foram processados e as estatísticas calculadas, recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS, na sua versão 23 para macOS.

Foram calculadas as médias e os respetivos desvios padrão para as oito dimensões em estudo: exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada, uso de drogas e similares, cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Para calcular a existência de diferenças significativas entre os grupos definidos nas hipóteses de investigação, e considerando a dimensão da amostra, aplicou-se o Teorema do Limite Central (ou teorema de Lindberg-Levy), que afirma que para amostras grandes (maiores do que 30) a distribuição tende para a normalidade (Ghasemi & Zahediasl, 2012), tendo assim aplicado testes estatísticos paramétricos, nomeadamente o *t* de *Student* para amostras independentes.

Nos casos em que existam diferenças significativas, foi também calculado o tamanho de efeito através do *d* de *Cohen* (Cohen, 1988; Sullivan & Feinn, 2012). O tamanho do efeito é a magnitude da diferença entre os grupos. O tamanho do efeito absoluto é a diferença entre os resultados médios ou médios em dois grupos de intervenção diferentes (Cohen, 1988). O tamanho do efeito é o principal resultado de um estudo quantitativo (Cohen, 1988; Sullivan & Feinn, 2012). Embora um valor *p* possa informar se existe um efeito, este valor não revelará o tamanho do efeito (Cohen, 1988; Sawilowsky, 2009; Sullivan & Feinn, 2012).

Quanto maior d de Cohen maior o tamanho do efeito, sendo que a interpretação do valor é: $d < .01$ = muito pequeno; $.01 \leq d < .5$ = pequeno; $.5 \leq d < .8$ = intermédio; $.8 \leq d < 1.2$ = grande; $1.2 \leq d < 2$ = muito grande; e, $d \geq 2.0$ = enorme (Sawilowsky, 2009).

Para calcular as correlações entre as dimensões, foi aplicado o teste de correlações, também paramétrico, ou seja, foi calculado o coeficiente de *Pearson* para cada uma das combinações de dimensões. O coeficiente de *Pearson* varia, em termos absolutos, entre 0 e 1, sendo que pode assumir vários níveis, sendo uma das convenções mais consensual para o tipo de correlação, a seguinte: 0.00–0.09 negligenciável; 0.10–0.39 fraca; 0.40–0.69 moderada; 0.70–0.89 forte; e, 0.90–1.00 muito forte (Schober & Schwarte, 2018).

Os testes aplicados para cada objetivo específico (OE) e para testar as hipóteses de investigação (HI), são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Técnicas Estatísticas Usadas

Objetivos específicos (OE) e hipóteses de investigação (HI)	Técnicas estatísticas
OE1: Identificar as atitudes e comportamentos de saúde adotadas pelos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB	Cálculo das médias e desvios padrão das cinco dimensões do QACS
OE2: Identificar o nível médio de literacia em saúde dos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB	Cálculo das médias e desvios padrão das três dimensões o <i>HLS-EU-Q16</i>
HI1: Existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP do IPB	Testes t para amostras independentes e cálculo do d de <i>Cohen</i>
HI2: Existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP do IPB	Testes t para amostras independentes e cálculo do d de <i>Cohen</i>
HI3: Existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino	Testes t para amostras independentes e cálculo do d de <i>Cohen</i>
HI4: Existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino	Testes t para amostras independentes e cálculo do d de <i>Cohen</i>
HI5: Existe uma relação entre a literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde	Cálculo dos coeficientes de correlação <i>Pearson</i>

Para toda a análise, relacionada com os testes estatísticos e para a decisão das hipóteses estatísticas optou-se por assumir um intervalo de confiança de 95%.

2.6 Processo de Recolha de Dados, População e Amostra

O processo de recolha de dados foi efetuado recorrendo ao método *snowball* para a distribuição de questionários, ou seja, o questionário foi distribuído a um grupo de pessoas, solicitando que estas, por sua vez, o distribuíssem pelos seus contatos (Gelo et al., 2008).

O processo de recolha de dados decorreu no período entre 12 de outubro de 2018 a 19 de março de 2019.

A população-alvo corresponde aos estudantes portugueses e dos PALOP, inscritos no Instituto Politécnico de Bragança ano letivo de 2018/2019, ou seja, 6948, sendo 5890 portugueses e 1058 dos PALOP. A amostra final foi de 122 estudantes portugueses e 132 estudantes PALOP que estudam no IPB.

Foram considerados como critérios de inclusão:

- I. Estudantes portugueses e dos PALOP do Instituto Politécnico de Bragança
- II. Consentimento voluntário e informado para participar no estudo.
- III. Como critérios de exclusão:
- IV. Estudantes estrangeiros, não africanos;
- V. Estudantes africanos de países não lusófonos.

O anonimato e participação voluntária foram garantidos através da própria forma de recolha de dados, ou seja, um questionário online acessível a qualquer pessoa que recebesse o respetivo link, sem campos para preenchimento de qualquer elemento identificativo ou outra forma de identificar a proveniência da resposta. Foram tidos em consideração os princípios da Declaração de Helsínquia: consentimento informado; respeito pela vontade em colaborar ou não no presente estudo; garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações; garantia da não manipulação dos participantes de forma a darem respostas favoráveis; adoção constante de uma postura de respeito pelos valores culturais e religiosos de cada um (World Medical Association, 2013).

3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise estatística efetuada, conforme descrita na Metodologia. Os resultados apresentados têm em consideração as questões de investigação e hipóteses de investigação, conforme formuladas e mencionadas anteriormente, tendo em conta as variáveis em estudo: características sociodemográficas, atitudes e comportamento de saúde e literacia em saúde.

Além da apresentação e interpretação das análises, serão também apresentadas as comparações entre os resultados do presente estudo e de outros estudos similares, por forma a ser possível tirar conclusões e recomendar eventuais futuras ações.

3.1 Caracterização da Amostra

A amostra é composta por 254 alunos, conforme apresentado na Tabela 6, podendo-se observar que destes, 122 (48.0%) são de origem portuguesa e 132 (52.0%) de PALOP. A maioria dos respondentes são do sexo feminino (n=186; %=73.2), o PALOP mais representativo é Cabo Verde

(n=100; %=75.8%), a Escola mais representada a ESSa (n=121; %=47.6), a maioria está a tirar um curso de licenciatura (n=203; %=79.9) e a larga maioria vive com alguém (n=230; %=90.6).

Tabela 6 - Dados Sociodemográficos da Amostra

		Portugal		PALOP		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	22	18.0%	46	34.8%	68	26.8%
	Feminino	100	82.0%	86	65.2%	186	73.2%
	Total	122	100.0%	132	100.0%	254	100.0%
Pais de Origem	Portugal	122	100.0%	0	0.0%	122	48.0%
	Cabo Verde	0	0.0%	100	75.8%	100	39.4%
	Angola	0	0.0%	6	4.5%	6	2.4%
	Moçambique	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	São Tomé e Príncipe	0	0.0%	21	15.9%	21	8.3%
	Guiné Bissau	0	0.0%	5	3.8%	5	2.0%
	Total	122	100.0%	132	100.0%	254	100.0%
Escola	ESTiG	23	18.9%	48	36.4%	71	28.0%
	ESSa	76	62.3%	45	34.1%	121	47.6%
	ESE	5	4.1%	23	17.4%	28	11.0%
	ESA	9	7.4%	13	9.8%	22	8.7%
	EsACT	9	7.4%	3	2.3%	12	4.7%
	Total	122	100.0%	132	100.0%	254	100.0%
Tipo de Curso	Licenciatura	99	81.1%	104	78.8%	203	79.9%
	Mestrado	18	14.8%	23	17.4%	41	16.1%
	CTeSP	5	4.1%	5	3.8%	10	3.9%
	Total	122	100.0%	132	100.0%	254	100.0%
Mora com alguém	Sim	113	92.6%	117	88.6%	230	90.6%
	Não	9	7.4%	15	11.4%	24	9.4%
	Total	122	100.0%	132	100.0%	254	100.0%

Não obstante a população de estudantes de Portugal ser substancialmente superior à população de estudantes dos PALOP, em termos amostrais, e uma vez que o principal objetivo do estudo era verificar se existiam diferenças entre os dois grupos, não se objetivou ter amostras proporcionais aos pesos de cada população. Esta diferença também se deve ao facto de os estudantes dos PALOP terem aderido muito mais à divulgação do questionário através do processo de *snowball*, evidenciando o interesse que esta população demonstrou pelo estudo.

3.1 Resposta aos objetivos específicos do estudo

Assim, para ir ao encontro do primeiro objetivo específico: “Identificar o nível médio de atitudes e dos comportamentos em saúde dos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB”, foram calculadas as médias e respetivos desvios padrão para estes dois grupos, para as cinco dimensões do QACS. Os resultados são apresentados na Tabela 7, podendo-se observar que os estudantes de origem portuguesa pontuam mais alto em todas as dimensões quando comparados com os seus colegas oriundos dos PALOP.

Tabela 7 - Pontuações Médias e Desvios Padrão no QACS por Origem

		Exercício Físico	Nutrição	Autocuidado	Segurança Motorizada	Uso de Drogas e Similares
Portugal	M	2.67	3.16	4.06	4.31	3.85
	DP	1.202	.946	.694	.790	.802
	n	122	122	122	122	122
PALOP	M	2.62	2.66	3.11	3.33	3.27
	DP	1.175	1.019	.977	1.389	1.132
	n	132	132	132	132	132
Total	M	2.64	2.90	3.57	3.80	3.55
	DP	1.186	1.014	.974	1.239	1.028
	n	254	254	254	254	254

Nota: M, Média; DP, Desvio Padrão; n, n.º de observações.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 7, verifica-se que os estudantes portugueses, apresentam pontuações médias superiores nas cinco dimensões do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, sendo que as maiores diferenças encontram-se nas dimensões do Autocuidado ($M_{port}=4.06$; $DP_{port}=.694$; e $M_{palop}=3.11$; $DP_{palop}=.977$) e Segurança Motorizada ($M_{port}=4.31$; $DP_{port}=.790$; e $M_{palop}=3.33$; $DP_{palop}=1.389$), sendo que nas restantes três dimensões as diferenças são menos acentuadas.

Pode-se concluir que o nível médio de atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes respondentes, encontra-se abaixo da média teórica ($M = 3$) para as dimensões exercício físico e nutrição, e acima dessa média teórica nas restantes dimensões. No entanto, no que concerne a dimensão nutrição, os respondentes dos PALOP, pontuam em média abaixo da média teórica enquanto os respondentes de origem portuguesa respondem acima dessa mesma média teórica.

Não havendo estudos que utilizam o mesmo IRD e que comparam grupos de origens diferentes, não é possível comparar estes resultados. Contudo, comparando os dados ora encontrados com os de um outro estudo realizado com 385 estudantes dos primeiro ciclo de estudos das Escolas Superiores de Faro e Beja (Branco, 2010), os estudantes do nosso estudo pontuam em média inferior nas dimensões exercício físico ($M_{BF}=3.78$; $DP_{BF}=1.092$) e superior nas restantes dimensões

ou seja, Nutrição ($M_{BF}=2.97$; $DP_{BF}=.956$); Autocuidado ($M_{BF}=2.08$; $DP_{BF}=.613$); Segurança Motorizada ($M_{BF}=1.71$; $DP_{BF}=.761$); e, Uso de Drogas e Similares ($M_{BF}=2.10$; $DP_{BF}=.752$).

Não obstante a pontuação média ser superior em quatro das cinco dimensões analisadas, mesmo no caso do presente estudo, as dimensões Exercício Físico e Nutrição, estão em média, a níveis baixos.

Para ir ao encontro do segundo objetivo específico: “Identificar o nível médio de literacia em saúde dos estudantes portugueses e dos PALOP do IPB”, calcularam-se as médias e respetivos desvios padrão para as três dimensões do HLS-EU-Q16, conforme apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Pontuações Médias e Desvios Padrão no HLS-EU-Q16 por Origem

		Cuidados de saúde	Prevenção de doenças	Promoção da saúde
Portugal	M	3.37	3.33	3.29
	DP	.497	.565	.615
	n	122	122	122
PALOP	M	2.96	2.92	2.95
	DP	.788	.788	.863
	n	132	132	132
Total	M	3.15	3.12	3.11
	DP	.694	.719	.772
	n	254	254	254

Nota: M, Média; DP, Desvio Padrão; n, n.º de observações.

De acordo com os dados da Tabela 8, também nas três dimensões da literacia em saúde em estudo, são os estudantes portugueses que pontuam em média mais alto, sendo que as diferenças entre os dois grupos, nas três dimensões em estudo, são bastante similares.

No entanto, considerando um ponto médio teórico de 3, mesmo para o grupo dos estudantes portugueses, as pontuações médias são relativamente baixas. Contudo, as pontuações aqui apresentadas, para os estudantes portugueses, são próximas das pontuações apresentadas no estudo de validação do HLS-EU-Q47, com médias de 3.56, 3.54 e 3.48 respetivamente para as dimensões de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para a população portuguesa (Pedro et al., 2016).

Pode-se concluir que, não obstante não existirem estudos que comparem as duas populações em análise no presente estudo, que as pontuações médias da totalidade dos respondentes estão em linha com o de outros estudos realizados e que os respondentes dos PALOP mostram pontuações médias inferiores nas três dimensões em estudo.

3.2 Resposta às hipóteses de investigação

A última para da análise de dados, foi um conjunto de análises inferenciais para testar as várias hipóteses formuladas.

Os resultados destas análises para testar a primeira hipótese “Existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP”, calculadas através do teste *t-Student* para amostras independentes, são apresentados na Tabela 9, onde se pode observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} < .001$) para as dimensões nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares. Em termos dos tamanhos de efeito, calculados através do *d* de Cohen, estes são intermédios para as dimensões nutrição e uso de drogas e similares e grandes para as outras duas dimensões. Neste sentido, pode dizer-se que a hipótese de investigação foi validada.

Tabela 9 - Resultados do teste t-Student para amostras independentes - Hipótese 1

Dimensão	Origem	Média	Desvio Padrão	p-value	d de Cohen	Interpretação do d de Cohen
Nutrição	Portugal	3.16	.946	<.001	.508	intermédio
	PALOP	2.66	1.019			
Autocuidado	Portugal	4.06	.694	<.001	1.114	grande
	PALOP	3.11	.977			
Segurança Motorizada	Portugal	4.31	.790	<.001	.859	intermédio
	PALOP	3.33	1.389			
Uso de Drogas ou similares	Portugal	3.85	.802	<.001	.587	intermédio
	PALOP	3.27	1.132			

Para verificar a segunda hipótese: “existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes de Portugal e dos PALOP”, foram também efetuados os testes *t-Student* para amostras independentes, sendo os resultados apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Resultados dos testes t-Student para amostras independentes - Hipótese 2

Dimensão	Origem	Média	Desvio Padrão	p-value	d de Cohen	Interpretação do d de Cohen
Cuidados de Saúde	Portugal	3.37	.497	<.001	.541	intermédio
	PALOP	2.96	.788			
Prevenção de Doenças	Portugal	3.33	.565	<.001	.534	intermédio
	PALOP	2.92	.788			
Promoção da Saúde	Portugal	3.29	.615	<.001	.378	pequeno
	PALOP	2.95	.863			

Verifica-se através dos dados apresentados na Tabela 10 que, para as três dimensões da literacia em saúde, conforme medidos através do HLS-EU-Q16, existem diferenças estatisticamente

significativas entre as pontuações médias dos estudantes portugueses e dos PALOP. Em termos dos tamanhos de efeito, calculados através do *d* de Cohen, estes são intermédios para as dimensões cuidados de saúde e prevenção de doenças e pequeno para a dimensão promoção da saúde.

Com estes resultados, foi corroborada a segunda hipótese formulada no presente estudo.

No que concerne a terceira hipótese: “existem diferenças no nível médio de atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino”, verifica-se, conforme apresentado na Tabela 11, que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões exercício físico, autocuidado e segurança motorizada, sendo as estudantes do sexo feminino as que pontuam mais alto nestas três dimensões. Não obstante as diferenças estatisticamente significativas para as três dimensões apresentadas na Tabela 11, em termos de tamanho de efeito, estes são pequenos para as dimensões exercício físico e segurança motorizada e intermédio para a dimensão autocuidado. Conclui-se, desta forma, que a terceira hipótese de investigação foi confirmada.

Tabela 11 - Resultados dos testes t-Student para amostras independentes - Hipótese 3

Dimensão	Sexo	Média	Desvio Padrão	p-value	<i>d</i> de Cohen	Interpretação do <i>d</i> de Cohen
Exercício Físico	Masculino	3.15	1.335	<.001	.467	pequeno
	Feminino	2.46	1.073			
Autocuidado	Masculino	3.09	.904	<.001	.658	intermédio
	Feminino	3.74	.942			
Segurança Motorizada	Masculino	3.47	1.325	.010	.332	pequeno
	Feminino	3.92	1.186			

Num estudo realizado em Portugal com 331 estudantes do ensino superior, verificou-se que havia diferenças estatisticamente significativas entre sexo, para as dimensões exercício físico, autocuidado e uso de drogas e similares (Branco, 2010). Contudo, contrariamente ao nosso estudo, eram as estudantes do sexo feminino que pontuavam mais alto no exercício físico ($M_{\text{Branco-M}}=3.46$; $M_{\text{Branco-F}}=3.85$) e os estudantes do sexo masculino no autocuidado ($M_{\text{Branco-M}}=2.39$; $M_{\text{Branco-F}}=2.02$).

A verificação à quarta hipótese formulada: “existem diferenças no nível médio de literacia em saúde entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino”, é apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 - Resultados dos testes t-Student para amostras independentes - Hipótese 4

Dimensão	Sexo	Média	Desvio Padrão	p-value	d de Cohen	Interpretação do d de Cohen
Cuidados de Saúde	Masculino	2.87	.786	<.001	.472	pequeno
	Feminino	3.26	.628			
Prevenção de Doenças	Masculino	2.80	.771	<.001	.517	intermédio
	Feminino	3.24	.662			
Promoção da Saúde	Masculino	2.80	.810	<.001	.484	pequeno
	Feminino	3.23	.727			

Verifica-se, de acordo com os dados apresentados na Tabela 12 que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para as três dimensões da literacia em saúde em estudo. Confirmou-se, assim, a quarta hipótese de investigação, embora, também neste caso o tamanho de efeito, varia entre o pequeno, para as dimensões cuidados de saúde e promoção de saúde e intermédio para a dimensão prevenção de doenças. Estes resultados vão ao encontro dos resultados da equipa que liderou o desenvolvimento do HLS-EU, em que também concluíram que os respondentes do sexo masculino “tendem a ter uma literacia em saúde ligeiramente inferior” (Sørensen et al., 2015, p. 1056).

Para dar resposta à última hipótese: “existe uma relação entre a literacia em saúde e as atitudes e comportamentos de saúde”, calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson*, sendo os resultados apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Coeficientes de Correlação de Pearson

	Nutrição	Auto cuidado	Segurança Motoriz.	Uso drogas e similares	Cuidados de Saúde	Prevenção de Doenças	Promoção da Saúde
Exercício Físico	.359	.179	.146	.146	.164	.188	.202
Nutrição	1.000	.632	.411	.494	.407	.371	.439
Auto Cuidado		1.000	.678	.697	.543	.555	.585
Segurança Motorizada			1.000	.716	.474	.457	.476
Uso de Drogas				1.000	.474	.448	.471
Cuidados de Saúde					1.000	.837	.781
Prevenção Doenças						1.000	.816

Nota: Todos os valores são significativos a um nível de significância de 5% (bilateral).

Verifica-se que existe as correlações entre as cinco dimensões do QACS e as três dimensões do HLS-EU-Q16, são todas positivas, variando entre o fraco ($.10 < \rho < .39$) e forte ($.70 < \rho < .89$), corroborando, deste forma, a quinta e última hipótese de investigação.

Existem ainda poucos estudos que comparam a literacia em saúde com as atitudes e comportamentos de saúde. Contudo, num estudo realizado por Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen e Elhayany (2016), realizado com 600 pessoas em Israel, os investigadores encontraram correlações positivas e fortes entre o nível médio de literacia em saúde e o exercício físico e fatores relacionados com o autocuidado e a segurança.

No final das várias análises efetuadas, foi possível responder aos objetivos específicos e verificar as hipóteses de investigação, podendo-se concluir que, para a maioria das dimensões, existem diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes de acordo com a sua origem bem como de acordo com o sexo, sendo que na maioria dos casos, o tamanho de efeito é pequeno ou intermédio.

Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

Pretendeu-se com o presente estudo investigar os níveis médios de literacia em saúde e das atitudes e comportamentos de saúde, entre os estudantes de origem portuguesa e os estudantes do PALOP, sendo que conseguiu-se medir esses níveis médios, verificando-se diferenças entre os dois grupos, sendo que para a maioria das dimensões, com exceção da do exercício físico, são os estudantes portugueses que pontuam mais alto em termos de valores médios.

Conseguiu-se provar que existem diferenças significativas, na presente amostra, para as dimensões nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas e similares, no que respeita às atitudes e comportamentos de saúde e as dimensões cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde, no que respeita à literacia em saúde, entre esses dois grupos de estudantes.

Verificou-se, igualmente, diferenças significativas, entre sexos, para as dimensões das atitudes e comportamentos de saúde: exercício físico, autocuidado e segurança motorizada, e, para as dimensões da literacia em saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde.

No entanto, não obstante a existência de diferenças significativas para a maioria das dimensões em estudo, estas diferenças têm um tamanho de efeito que varia entre o pequeno e o intermédio, sendo a única exceção a dimensão autocuidado, em que o tamanho de efeito é grande, quando comparados os estudantes portugueses e dos PALOP.

Concluiu-se, igualmente, existirem correlações positivas, variando estas entre o fraco e moderado, todas elas significativas, entre as dimensões da literacia em saúde e as das atitudes e comportamentos em saúde, indo, desta forma, ao encontro de vários estudos que relacionam uma melhor literacia em saúde com atitudes e comportamentos em saúde mais responsáveis e consequentemente com efeitos positivos sobre o bem-estar geral dos indivíduos.

Reconhece-se a limitação originada por uma amostra não representativa para cada um desses grupos, considerando, contudo, que os resultados obtidos não são providos de realismos, sendo assim, na modesta opinião da autora, um sólido ponto de partida e um referencial para futuros estudos sobre esta temática.

Outra limitação encontrada ao longo da investigação para este trabalho, foi a escassa literatura que compara estudantes ou população em geral, de acordo com a sua origem, sendo que os poucos estudos encontrados, focavam-se mais nas diferenças étnicas (etnias diferentes mas nascidas no mesmo país, em especial estudos nos EUA) do que nas diferenças de nacionalidade e, como tal, uma bagagem cultural, educacional e social substancialmente diferentes, havendo igualmente diferenças consideráveis em termos financeiros e de vivência académica.

O estudo também foi limitado pelo curto espaço de tempo existente para a recolha de dados.

Seria igualmente importante poder enriquecer o estudo com uma intervenção, nomeadamente a nível da literacia em saúde, e medir os impactos dessa intervenção através de uma análise longitudinal.

Depreende-se do aqui estudado, que esta temática, ou seja a literacia em saúde e os hábitos e comportamentos em saúde dos estudantes do ensino superior, e com especial ênfase nas diferenças de acordo com a sua origem, deverá continuar a ser estudada e aprofundada em trabalhos futuros, nomeadamente através de estudos longitudinais que possam medir o impacto de ações de intervenção específicas.

Serve o presente trabalho também para orientar intervenções concretas e especificamente adaptadas a cada uma das populações, nomeadamente por parte do gabinete clínico do IPB, que visem uma melhoria da literacia em saúde e a adoção de hábitos e comportamentos de saúde propícios à promoção de um melhor bem-estar geral da população estudantil.

Não obstante as limitações apontadas, pode-se concluir que o presente estudo representa uma visão realista sobre as atitudes e comportamentos de saúde e a literacia em saúde dos estudantes do IPB, bem como das diferenças existentes entre os estudantes de origem portuguesa e dos estudantes dos PALOP.

Os estudantes dos PALOP representam uma percentagem considerável da população estudantil do IPB, sendo assim, um grupo importante cujas dificuldades e atitudes perante a saúde não podem ser ignoradas, sendo função do IPB, enquanto instituição pública e de ensino, adaptar a sua atuação à realidade encontrada, uma vez que, nomeadamente as atitudes e comportamentos de saúde têm uma relação direta com o desempenho académico.

Sugere-se, igualmente, que em futuros estudos sejam analisadas as eventuais diferenças entre sexos, por grupo analisado no presente estudo, ou seja, diferenças entre respondentes do sexo masculino e feminino dos estudantes de Portugal, por um lado, e dos estudantes dos PALOP por outro lados, bem como as eventuais diferenças por escola dos respondentes.

A divulgação dos dados deste estudo, bem como a atualização contínua dos dados, poderá ajudar o IPB a melhor entender os seus estudantes e, desta forma, destacar-se, não só como a instituição de ensino superior em Portugal mais internacional, como também a instituição que melhor acompanha os seus estudantes em todas as vertentes das suas vidas.

Referências

- Abreu, M. O., & Dias, I. S. (2017). Exercício físico, saúde mental e qualidade de vida na ESECS/IPL. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 512–519.
<https://doi.org/10.15309/17psd180219>
- Alves, R., & Precioso, J. (2017). Hábitos Alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Extr.(14), 239–244.
<https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2974>
- Araujo, D. F., & Almondes, K. M. (2012). Qualidade de Sono e sua Relação com o Rendimento Acadêmico em Estudantes Universitários de Turnos Distintos. *Psico*, 43, 300–359.
- Bastos, S., Graça, P., Santos, C. T., & Ferreira, J. C. (2015). *Linhas de orientação para a oferta alimentar em residências universitárias*. Lisboa.
- Branco, N. S. M. D. (2010). *Estilos de Aprendizagem de Estudantes de Enfermagem do 1º Ciclo de Estudos (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Algarve.
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 33(1), 6–8. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12018>
- Carmody, T. (1997). Health related behaviours: common factors. Em *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 117–121). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cronbach, L. J. (1988). Internal consistency of tests: Analyses old and new. *Psychometrika*, 53(1), 63–70. <https://doi.org/10.1007/BF02294194>
- de Araújo, M. F. M., Lima, A. C. S., Alencar, A. M. P. G., de Araújo, T. M., Fragoso, L. V. C., & Damasceno, M. M. C. (2013). Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22(2), 352–360.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200011>
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and Health Outcomes A Systematic Review of the Literature. *Journal of general internal medicine*, 19(2), 1228–1239.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa.
- Eden, K., Mann, M., Miller, G., & Abraham, S. (2018). Health Literacy and Use of Preventative Care of Female Undergraduate Nursing vs. Non-Nursing Students. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(1), 22–33. <https://doi.org/10.20849/ijns.v3i1.230>

- Faustino, F., Lemuchi, P., Figueira, A., Nunes, P., Figueiredo, T., Santos, F. J., & Pereira, A. (2018). Níveis de Atividade Física em Alunos do Ensino Superior Alojados em Residência de Estudantes. *Mediações – Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal*, 6(2), 35–43.
- Fetro, J. V. (2010). Health-literate youth: Evolving challenges for health educators. *American Journal of Health Education*, 41(5), 258–264.
<https://doi.org/10.1080/19325037.2010.10599152>
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Gabinete de Estudos Técnicos. (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Despacho n.º 3618-A/2016. *Diário da República. 2ª série - N.º 49 - 10 de março de 2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Galvão, A. (2019). *Unidade Curricular de Comunicação e Relação de Ajuda – Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar: 2.º Ciclo – Programa, conteúdos e métodos de ensino (Provas de Agregação)*. Universidade Fernando Pessoa.
- Galvão, A., Costa, C., Gomes, M. J., & Baptista, G. (2017). Conhecimentos Sobre O Papiloma Vírus Humano (Hpv) E Cancro Do Colo Do Útero (Ccu): Estudo Exploratório Em Estudantes Da Área Da Saúde Do Ensino Superior. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*, 1(1), 75–98.
- Galvão, A., Costa, C., Gomes, M. J., & Noné, A. R. (2016). *Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*.
- Galvão, A., Noné, A. R., & Gomes, M. J. (2016). Alcoholism and coping strategies among IPB students. Em *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 165–171).
- Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Mental health and sleep-vigil disturbances in high school students : sleep hygiene consultation. Em *Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 707–712).
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 8–12.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0160>
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(3), 266–290.

- <https://doi.org/10.1007/s12124-008-9078-3>
- Gerich, J., & Moosbrugger, R. (2018). Subjective Estimation of Health Literacy—What Is Measured by the HLS-EU Scale and How Is It Linked to Empowerment? *Health Communication, 33*(3), 254–263. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1255846>
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism, 10*(2), 486–489.
- Gigantesco, A., & Giuliani, and M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanità, 47*(4), 363–372. <https://doi.org/10.4415/ANN>
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. Em *Promoting Health Through Risk Reduction* (pp. 207–238). New York: Collier Macmillan Publishers.
- HLS-EU-Consortium. (2012). HLS-EU-Q Measurement of Health Literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86. *Executive Agency for Health Consumers, 1–14*.
- Jaeger, T. F. (2008). Categorical data analysis: Away from ANOVAs (transformation or not) and towards logit mixed models. *Journal of Memory and Language, 59*(4), 434–446. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2007.11.007>
- Junqueira, M. A. de B., Ferreira, M. C. de M., Soares, G. T., Brito, I. E. de, Pires, P. L. S., Santos, M. A. dos, & Pillon, S. C. (2017). Entre Profissionais Da Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 3–10*.
- Kang, J., & Chen, S. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health, 9*(248), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-248>
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union : towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving, (October), 1–16*.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: the solid facts. WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., & Elhayany, A. (2016). The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication, 21*(0), 61–68. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1207115>
- Loureiro, L. M. de J., Mendes, A. M. de O. C., Barroso, T. M. M. D. de A., Santos, J. C. P. dos, Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens : conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III*(6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Luis, S., & Gaspar, G. (2018). Risk perception normalization of sunlight exposure. *Environment*

- and Social Psychology*, 3(2), 1–9. <https://doi.org/10.18063/esp.v0.i0.796>
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 248–255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Manganello, J. A. (2008, Novembro 17). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Moore, D. S., McCabe, G. P., & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the Practice of Statistics*. New York, NY, US: W. H. Freeman and Company.
- Neto, A., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Diabetes literacy among higher education students. Em *Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 698–706).
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & David, A. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Nutbeam, D. (1998a). Evaluating Health Promotion-Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Nutbeam, D. (1998b). Health promotion glossary. *Health Promotion Glossary*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- 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), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy*. (O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen, Eds.). Bristol, UK: Policy Press University.
- Onwuegbuzie, A., & Leech, N. (2005). On becoming a pragmatic researcher: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(5), 375–387. <https://doi.org/10.1080/13645570500402447>
- Parker, R., Baker, D. W., Schwartzberg, J., & Deitchman, S. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552–557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- 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 Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

- Rechenchosky, L., Paiva, T. A., Melo, J. G., Inês, L. L., & Souza, L. A. (2012). Estilo de vida de universitários calouros e formandos de educação física de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro. *Colégio de Pesquisa em Educação Física*, 11(5), 47–54.
- 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.
- Rustvold, S. R. (2012). *Oral Health Knowledge, Attitudes, and Behaviors: Investigation of an Educational Intervention Strategy with At-Risk Females (Doctoral Dissertation)*. Portland State University.
- Sawilowsky, S. S. (2009). Very large and huge effect sizes. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 597–599. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100>
- Schober, P., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Aliceres*, 223–241.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., 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. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sousa, K. J. Q. de, & Borges, G. F. (2016). Estilo de Vida, Atividade Física e Coeficiente Acadêmico de Universitários do Interior do Amazonas-Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(4), 277–284. <https://doi.org/10.4034/rbcs.2016.20.04.03>
- Stacy, A. W., Bentler, P. M., & Flay, B. R. (1994). Attitudes and Health Behavior in Diverse Populations: Drunk Driving, Alcohol Use, Binge Eating, Marijuana Use, and Cigarette Use. *Health Psychology*, 13(1), 73–85. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.73>
- Storms, H., Claes, N., Aertgeerts, B., & Van Den Broucke, S. (2017). Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4391-8>
- Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- Sutton, S. (2004). Determinants of Health Related Behaviours - theoretical and methodological issues. Em *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 94–126). Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Tomás, C. C. (2014). *Literacia em saúde na adolescência (Tese de Doutorado)*. Universidade

do Porto.

- van der Heide, I., Heijmans, M., Schuit, A. J., Ueters, E., & Rademakers, J. (2015). Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Education and Counseling*, *98*(8), 998–1004. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.006>
- Vaz, A. M. B. O. D. M. (2017). Comportamentos e atitudes dos estudantes do ensino superior em relação à sexualidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*, 249–256.
- 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 and Behavior*, *36*(5), 860–877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>
- WHO. (1986). Carta de Ottawa, Promoção da saúde nos países industrializados. Em *Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde* (Vol. 1, pp. 1–9). World Health Organization.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. World Medical Association. <https://doi.org/10.3917/jib.151.0124>
- Ying, N. Y., Ming, L. S., Mohd-Said, S., Yusof, N., & Mohd-Dom, T. N. (2015). Oral Health Literacy and Behavior of Health Sciences University Students. *Journal of Dentistry Indonesia*, *22*(2), 56–62. <https://doi.org/10.14693/jdi.v22i2.404>

Anexo A Instrumento de Recolha de Dados

Caracterização sociodemográfico

Sexo:

Masculino
Feminino

Idade:

18-22
23-27
28-32
Mais de 32

Pais de origem: _____

Escola: _____

Curso: _____

Ano:

1º
2º
3º
4º

Há quantos anos mora em Portugal (caso não seja Português): _____

Mora com alguém?

Sim
Não

Se sim com quem? _____

**Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde
(QACS) (Ribeiro, 2004)**

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale **1** (“quase nunca”), **2, 3, 4 ou 5** (“quase sempre”) para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si. Não há respostas certas ou erradas.

n.º	Afirmação	1	2	3	4	5
1	Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	1	2	3	4	5
2	Ando a pé ou de bicicleta diariamente	1	2	3	4	5
3	Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	1	2	3	4	5
4	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	1	2	3	4	5
5	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	1	2	3	4	5
6	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	1	2	3	4	5
7	Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia	1	2	3	4	5
8	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	1	2	3	4	5
9	Mantenho as minhas vacinas em dia	1	2	3	4	5
10	Verifico anualmente a minha pressão arterial	1	2	3	4	5
11	Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	1	2	3	4	5
12	Vou anualmente ao médico fazer um check-up	1	2	3	4	5
13	Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	1	2	3	4	5
14	Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	1	2	3	4	5
15	Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	1	2	3	4	5
16	Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	1	2	3	4	5
17	Evito fumar	1	2	3	4	5
18	Evito ingerir alimentos com gordura	1	2	3	4	5
19	Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	1	2	3	4	5
20	Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	1	2	3	4	5
21	Evito tomar tranquilizantes	1	2	3	4	5
22	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	1	2	3	4	5
23	Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	1	2	3	4	5
24	Evito os ambientes muito ruidosos	1	2	3	4	5
25	Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	1	2	3	4	5
26	Evito mudar de parceiro sexual	1	2	3	4	5
27	Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	1	2	3	4	5
28	Devido as doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	1	2	3	4	5

**Questionário de Literacia em Saúde – Versão Reduzida
HLS-EU-16**

Adaptado da Versão original de HLS-EU-Consortium (2012)
e da versão HLS-EU-47-PT de Pedro, Amaral e Escoval (2016)

Por favor leia cada um dos itens abaixo e assinale **1** (“muito difícil”), **2, 3 ou 4** (“muito fácil”) para indicar quanto cada item o identifica. Não há respostas certas ou erradas.

Nº	Item	1	2	3	4
1	"... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "	1	2	3	4
2	"... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex junto de um médico, farmacêutico, psicólogo) "	1	2	3	4
3	"... compreender o que seu médico lhe diz? "	1	2	3	4
4	"... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado? "	1	2	3	4
5	"... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? "	1	2	3	4
6	"... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? "	1	2	3	4
7	"...seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico? "	1	2	3	4
8	"... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	1	2	3	4
9	"... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia? "	1	2	3	4
10	"... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial) "	1	2	3	4
11	"... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação) "	1	2	3	4
12	"... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação) "	1	2	3	4
13	"... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	1	2	3	4
14	"... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? "	1	2	3	4
15	"... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? " (por ex. Internet, jornais, revistas) "	1	2	3	4
16	"... avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "	1	2	3	4