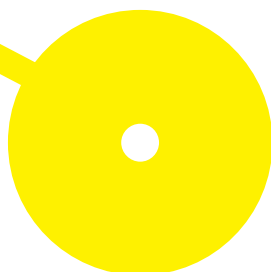


Avaliação da literacia em saúde de indivíduos com perda auditiva

Natália Margarida dos Santos Oliveira

09/2023





Avaliação da literacia em saúde de indivíduos com perda auditiva

Autor

Natália Margarida dos Santos Oliveira

Orientadores

Professor Doutor David Tomé, Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto

Professor Doutor Paulo Cardoso do Carmo, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Proposta de Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das Organizações** – Ramo de **Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível graças ao contributo, disponibilidade e apoio de várias pessoas e entidades. Aqui, aproveitarei para demonstrar a minha gratidão:

Aos meus orientadores, Professor Doutor David Tomé e Professor Doutor Paulo Cardoso do Carmo por todos os anos de estimulação intelectual e encorajamento constante. Agradeço-vos a disponibilidade, o apoio, as sugestões sempre muito pertinentes e todo o estímulo científico.

Ao Professor Doutor Rui Pimenta pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimento.

A todos os Professores do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde agradeço o acolhimento e a partilha de saberes.

Ao Dr. Carlos Carvalho, Diretor Clínico do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, pela confiança e parecer positivo para que esta investigação pudesse acontecer.

Às minhas colegas Audiologistas, Catarina Leal, Diana Ribeiro e Vanessa Neves por rapidamente se prontificarem a colaborar. Muito obrigada pela entreatajuda e espírito de equipa.

Aos pacientes que, em anonimato, aceitaram participar nesta investigação fazendo com que a mesma fosse possível.

A todos os colegas de mestrado pela entreatajuda e apoio.

À Juliana Ferreira, pelas conversas científicas.

À Mariana Sousa, minha EO2, por estar sempre presente e disponível.

À Maria Alexandra Salvador pelos infindáveis desabafos, incentivos constantes e sensibilidade. São os pequenos gestos que fazem a diferença.

A todas as amigas especiais por nunca me terem deixado desistir. Obrigada pela paciência, estímulo e carinho.

Aos meus pais por acreditarem, serem o meu suporte e compreenderem a impaciência nesta etapa final. Deixar-vos orgulhosos foi o meu incentivo.

Ao meu irmão, meu maior amor por ser a luz da minha vida!

Resumo

A perda auditiva caracteriza-se por ser uma doença incapacitante que pode gerar importantes alterações sociais e económicas com um maior gasto e utilização dos serviços de saúde. A baixa literacia em saúde pode diminuir a qualidade dos cuidados de saúde por ser considerada uma barreira à compreensão dos diagnósticos ou dos tratamentos por parte dos utentes.

A presente investigação tem como objetivo avaliar a literacia em saúde dos indivíduos com perda auditiva e relacioná-la com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi obtida uma amostra de 133 indivíduos à qual se aplicou um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e o *Health Literacy Survey* em Português (HLS-EU-PT). Trata-se de um estudo quantitativo, observacional analítico e transversal.

A maior parte dos participantes é do sexo feminino (54,9%), com uma média de idade de $61,1 \pm 13,9$ anos, 72,9% estão casados, 80,5% frequentaram o ensino básico e 62,4% não se encontram ativos profissionalmente. Na sua maioria, os indivíduos apresentam perda auditiva neurossensorial de grau moderado em que apenas 30,1% estão reabilitados auditivamente. A perda tonal média do pior ouvido foi de $55,42 \pm 19,47$ dB.

Verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas para afirmar que a literacia em saúde dos indivíduos com perda auditiva é menor que a média da população portuguesa em todas as dimensões ($p < 0,001$), com 86% da amostra a apresentar literacia em saúde limitada. Verificou-se uma correlação negativa entre a nível de literacia em saúde e a idade ($r = -0,319$) e com o valor da perda tonal média do pior ouvido ($r = -0,201$; $p = 0,020$) e uma correlação positiva com os anos de escolaridade ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Os participantes ativos profissionalmente ($p = 0,045$, $d \text{ Cohen} = 0,338$) e os que usam dispositivos para ouvir melhor ($p < 0,001$) apresentam valores de literacia em saúde superiores. Este estudo permitiu avaliar o nível de literacia em saúde desta população, relacioná-lo com as diferentes variáveis e refletir sobre a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados de saúde auditiva.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Audição, Perda Auditiva, Reabilitação, Promoção da Saúde

Abstract

Hearing loss is known to be as a disabling disease that can generate important social and economic changes, resulting in expenditure and use of health services. A low health literacy can reduce the quality of healthcare as it is considered a barrier for users to understand diagnoses or treatments.

The present investigation aims to evaluate the health literacy of individuals with hearing loss and relating it with sociodemographic and clinical variables. For this analysis, a sociodemographic and clinical characterization questionnaire and the Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) were applied to a sample of 133 individuals. This is a quantitative, analytical observational and cross-sectional study.

The majority of participants are women (54.9%), with an average age of 61.1 ± 13.9 years old, 72.9% are married, 80.5% have attended basic education and 62.4% are not active professionally. With respect to clinical characteristics, the sample is made up of individuals who, for the most part, have sensorineural hearing of moderate degree in which only 30.1% are auditory rehabilitated. The average tonal loss in the worst ear was 55.42 ± 19.47 dB.

It was found that there are significant statistical differences to state that the health literacy of individuals with hearing loss is lower than that of the Portuguese population in all dimensions ($p < 0.001$), with 86% of the sample showing limited health literacy. There was a negative correlation between the level of health literacy and age ($r = -0.319$) and with the value of the average tonal loss of the worst ear ($r = -0.201$; $p = 0.020$) as well as a positive correlation with the years of education ($r = 0.30$, $p < 0.001$). It was also possible to verify that professionally active participants ($p = 0.045$, Cohen's $d = 0.338$) and those who use devices to better hearing ($p < 0.001$) have higher health literacy values. This study made it possible to evaluate the level of health literacy of this population, relate it to different sociodemographic and clinical variables and reflect on the need to improve access to hearing healthcare.

Keywords: Health Literacy, Hearing, Hearing Loss, Rehabilitation, Health Promotion

Resumen

La pérdida auditiva se caracteriza por ser una enfermedad incapacitante que puede generar importantes cambios sociales y económicos por provocar un mayor gasto y uso de los servicios de salud. Un bajo nivel de alfabetización sanitaria puede reducir la calidad de la atención sanitaria, ya que se considera una barrera para que los usuarios comprendan los diagnósticos o tratamientos.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la alfabetización en salud de personas con pérdida auditiva y relacionarla con variables sociodemográficas y clínicas. Se obtuvo una muestra de 133 individuos y se aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica y el Health Literacy Survey en Portuguese (HLS-EU-PT). Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal.

La mayoría de los participantes son mujeres (54,9%), con una edad promedio de $61,1 \pm 13,9$ años, el 72,9% están casados, el 80,5% ha cursado la educación básica y el 62,4% no se encuentran activos profesionalmente. En cuanto a las características clínicas, la muestra está compuesta por individuos que, en su mayoría, presentan hipoacusia neurosensorial de grado moderado en el que sólo el 30,1% está rehabilitado auditivamente. La pérdida tonal promedio en el peor oído fue de $55,42 \pm 19,47$ dB.

Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas para afirmar que la alfabetización sanitaria de las personas con pérdida auditiva es inferior a la de la población portuguesa en todas las dimensiones ($p < 0,001$), con 86% de la muestra que tiene una alfabetización sanitaria limitada. Hubo una correlación negativa entre el nivel de alfabetización en salud y la edad ($r = -0,319$) y con el valor de la pérdida tonal promedio del peor oído ($r = -0,201$; $p = 0,020$) y una correlación positiva con los años de educación ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Los participantes profesionalmente activos ($p = 0,045$, d de Cohen = $0,338$) y aquellos que utilizan dispositivos para oír mejor ($p < 0,001$) tienen valores más altos de alfabetización en salud. Este estudio permitió evaluar el nivel de alfabetización en salud de esta población, relacionarlo con diferentes variables sociodemográficas y clínicas y reflexionar sobre la necesidad de mejorar el acceso a la salud auditiva.

Palavras-chave: Alfabetización sanitaria, audición, pérdida auditiva, rehabilitación, promoción de la salud

Lista de Abreviaturas, acrónimos e siglas

APNOR	Associação dos Politécnicos do Norte
dB	Décibel
BIAP	<i>Bureau International d'Audiophonologie</i>
DP	Desvio padrão
HLS-EU-PT	<i>Health Literacy Survey in Portuguese</i>
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
IGLS	Índice Geral de Literacia em Saúde
LS	Literacia em Saúde
M	Média
ORL	Otorrinolaringologia/Otorrinolaringologista
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
α	<i>Alfa de Cronbach</i>

Índice

Introdução	1
1. A audição.....	4
2. A Literacia em Saúde.....	12
2.1.1. Definição e evolução do conceito.....	12
2.1.2. Modelos de Literacia em Saúde	14
2.1.3. A importância da Literacia em Saúde	16
2.1.4. A Literacia em Saúde no indivíduo com perda auditiva.....	18
2.1.5. Avaliação da Literacia em Saúde.....	19
2.1.6. A Literacia em Saúde na Europa e em Portugal	21
3. Metodologia.....	24
3.1. Objetivos e tipo do estudo.....	24
3.2. População e amostra.....	25
3.3. Variáveis em estudo.....	25
3.4. Hipóteses de investigação.....	26
3.5. Procedimentos de recolha, tratamento e análise da informação	27
3.6. Tratamento estatístico e análise dos dados.....	29
3.7. Considerações éticas e legais.....	31
4. Resultados.....	32
4.1. Caracterização sociodemográfica.....	32
4.2. Caracterização clínica audiológica.....	33
4.3. Avaliação da Literacia em Saúde	35
4.3.1. Consistência interna do HLS-EU-PT	35
4.3.2. Correlação entre as diferenças dimensões do HLS-EU-PT.....	35

4.3.3. ALS: medidas de tendência central e de dispersão.....	36
4.3.4. Análise das 47 questões do HLS-EU-PT	38
4.4. Validação das Hipóteses de Investigação.....	43
5. Discussão.....	46
6. Conclusão.....	51
Referências Bibliográficas.....	55
ANEXOS	62
ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração do CHEDV.....	63
ANEXO II – Termo de Consentimento Informado.....	65
ANEXO III – Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica.....	67
ANEXO IV – Questionário HLS-EU-PT	69
ANEXO V – Aprovação por parte da Comissão Técnico-Científica do Mestrado de Gestão das Organizações da APNOR.....	72
ANEXO VI – Autorização das autoras do HLS-EU-PT	75

Índice de Ilustrações

Ilustração 1: Anatomia do ouvido.....	5
Ilustração 2: Modelo conceptual da Literacia em Saúde (HLS-EU).....	14
Ilustração 3: Categorização da LS (n=133).....	37
Ilustração 4: Categorização da LS nas suas diferentes dimensões.....	37
Ilustração 5: Comparação da categorização da LS de vários estudos, através do IGLS obtido pelo HLS-EU-PT.....	47

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação da perda auditiva quanto ao grau e respectivas implicações, segundo o BIAP 02/1.....	7
Tabela 2: Matriz traduzido do HLS-EU.....	15
Tabela 3: Caracterização e operacionalização das variáveis em estudo.....	25
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	32
Tabela 5: Caracterização clínica da amostra segundo o tipo e grau de perda auditiva.....	34
Tabela 6: Análise das medidas de tendência central e dispersão da PTM da amostra.....	34
Tabela 7: Avaliação da consistência interna (alfa de Cronbach) das dimensões do HLS-EU-PT.	35
Tabela 8: Coeficiente de correlação de Pearson entre os subíndices da LS.....	36
Tabela 9: Análise das medidas de tendência central e de dispersão dos Índices de LS, através do HLS-EU-PT (n=133).	36
Tabela 10: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Cuidados de Saúde.....	39
Tabela 11: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Prevenção da Doença.....	40
Tabela 12: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Promoção da Saúde.....	42
Tabela 13: Comparação da categorização da LS por dimensões entre a presente investigação e o estudo de Pedro et al. (2016).....	48

Introdução

A audição é o sentido através do qual percebemos os sons que nos rodeiam, que nos expressamos, comunicamos, aprendemos e somos alertados para situações de perigo que se encontrem perto de nós. Se a perda auditiva não for identificada e tratada o mais precocemente possível, pode ter consequências negativas e que afetam o desenvolvimento da linguagem, bem-estar, qualidade de vida, aprendizagem e autonomia em diferentes etapas da vida. Apesar de invisível, a perda auditiva caracteriza-se como uma doença incapacitante que pode gerar importantes alterações sociais e económicas (Ribas et al., 2014; World Health Organization, 2021).

A *World Health Organization (WHO)* refere que existem mais de 1,5 biliões de pessoas que apresentam alguma diminuição da acuidade auditiva dos quais, pelo menos, 430 milhões requerem cuidados de saúde e alerta para o aumento dos números com a previsão de que em 2050 perto de 2,5 biliões de pessoas apresentarão algum grau de perda auditiva dos quais, 700 milhões necessitarão de cuidados de saúde (World Health Organization, 2021).

Está descrito que a perda de audição, também denominada de hipoacusia, é muitas vezes subestimada e associada a uma maior utilização/custos de saúde apesar de não existir ainda uma relação causal definida. A perda de audição dificulta a comunicação e a capacidade que um indivíduo tem em ouvir, compreender e aplicar as informações de saúde colocando, muitas vezes, em causa a adesão à terapêutica (Wallace et al., 2022).

Entende-se por literacia em saúde (LS), a medida em que os indivíduos são capazes de obter, processar, entender e utilizar a informação básica em saúde e serviços disponíveis com o objetivo de tomar decisões que possibilitem promover e manter um estado de saúde apropriado (Cunha et al., 2014).

A LS tem vindo a ganhar interesse como conceito fundamental para um papel mais ativo da pessoa na sua doença e tem estado em destaque na agenda das organizações políticas da Europa. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde tem investido em vários programas para o aumento da LS, como é o caso do Plano Nacional para a Literacia em Saúde 2019-2021. Neste documento, afirmam que a LS é um desafio de saúde pública e que estão comprometidos com a sua melhoria na população portuguesa (Direção-Geral da Saúde, 2019b).

A LS está relacionada com a capacidade que os indivíduos têm quanto à prevenção e gestão dos seus problemas de saúde. Um nível baixo de literacia também pode comprometer a comunicação especialista-utente porque os utentes não conseguem compreender a linguagem técnica e/ou porque os especialistas não fazem a adequação da linguagem (Santos, 2010).

No contexto de um sistema de saúde em que os avanços científicos e as forças de mercado colocam maiores exigências técnicas e de autogestão em doentes, uma reduzida literacia em saúde pode ser uma barreira particularmente importante para o cuidado da doença crónica fazendo com que recorram mais aos serviços refletindo-se num aumento dos custos de saúde (DeWalt et al., 2007; Santos et al., 2012).

Tendo em conta a previsão do aumento da prevalência da perda auditiva devido ao envelhecimento da população mundial, torna-se fundamental capacitar os cidadãos com conhecimentos ao nível da gestão da sua saúde, prevenção da doença e promoção da saúde de forma a controlar ou evitar a exposição a outros fatores de risco que possam exacerbar as dificuldades auditivas naturais do processo de envelhecimento.

No âmbito da obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde pela Associação dos Politécnicos do Norte (APNOR), elabora-se a presente investigação, para a avaliar a literacia em saúde dos indivíduos com perda auditiva de forma a investir na melhoria e acesso aos cuidados auditivos.

Esta dissertação, divide-se em duas partes: a primeira é composta pela fundamentação teórica do estudo com referências bibliográficas atuais sobre audição e literacia em saúde e a segunda parte onde está descrito o estudo empírico com descrição dos procedimentos metodológicos, apresentação e discussão dos resultados e por última a conclusão do estudo com as limitações e sugestões de investigações futuras. No final, encontram-se as referências bibliográficas de acordo com as normas da 7ª edição da *American Psychological Association* e nos anexos encontram-se os materiais de apoio (autorizações das diferentes entidades para que este estudo se pudesse realizar e os questionários utilizados na recolha dos dados).

I. Fundamentação Teórica

1. A audição

A audição é o sentido através do qual percebemos os sons que nos rodeiam, que nos expressamos, comunicamos, aprendemos e somos alertados para situações de perigo que se encontrem perto de nós.

A *WHO* refere que existem mais de 1,57 biliões de pessoas (aproximadamente 20% da população mundial) que apresentam alguma diminuição da acuidade auditiva dos quais, pelo menos, 430 milhões requerem cuidados de saúde (World Health Organization, 2021).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística de Portugal, através dos Censos 2021, cerca de 14% da população portuguesa relatou ter alguma dificuldade auditiva, o que equivale a 1.400.225 pessoas em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

O *Global Burden of Disease Study* refere que a perda auditiva é a quarta maior causa de incapacidade no mundo e que, a prevalência duplica sempre que há um incremento da idade em 10 anos. Alerta ainda, que devido ao envelhecimento da população, é possível que a perda auditiva aumente a sua prevalência (Global Burden of Disease, 2021).

A perda auditiva encontra-se associada a grandes dificuldades na comunicação, o que pode afetar as interações não só com familiares e amigos mas também as relações no ambiente profissional (Cunningham & Tucci, 2017; Sharma et al., 2021).

Tanto a perda de visão como a perda de audição, são défices sensoriais que podem desencadear várias emoções negativas; tais como: frustração, constrangimentos, raiva e baixa auto-estima que podem originar depressão. Podem também contribuir para a diminuição do relacionamento interpessoal ao diminuir a vontade de realizar atividades ao ar-livre com outras pessoas provocando solidão, isolamento social e diminuição da qualidade de vida (Cunningham & Tucci, 2017; Tseng et al., 2018).

Para se classificar a perda auditiva, há vários aspetos a ter em conta, entre os quais o tipo (relacionado com a localização da lesão que provoca a perda auditiva) e o grau de perda auditiva (relacionado com os limiares mínimos auditivos). Mas antes, faz sentido apresentar uma breve explicação da anatomofisiologia da audição.

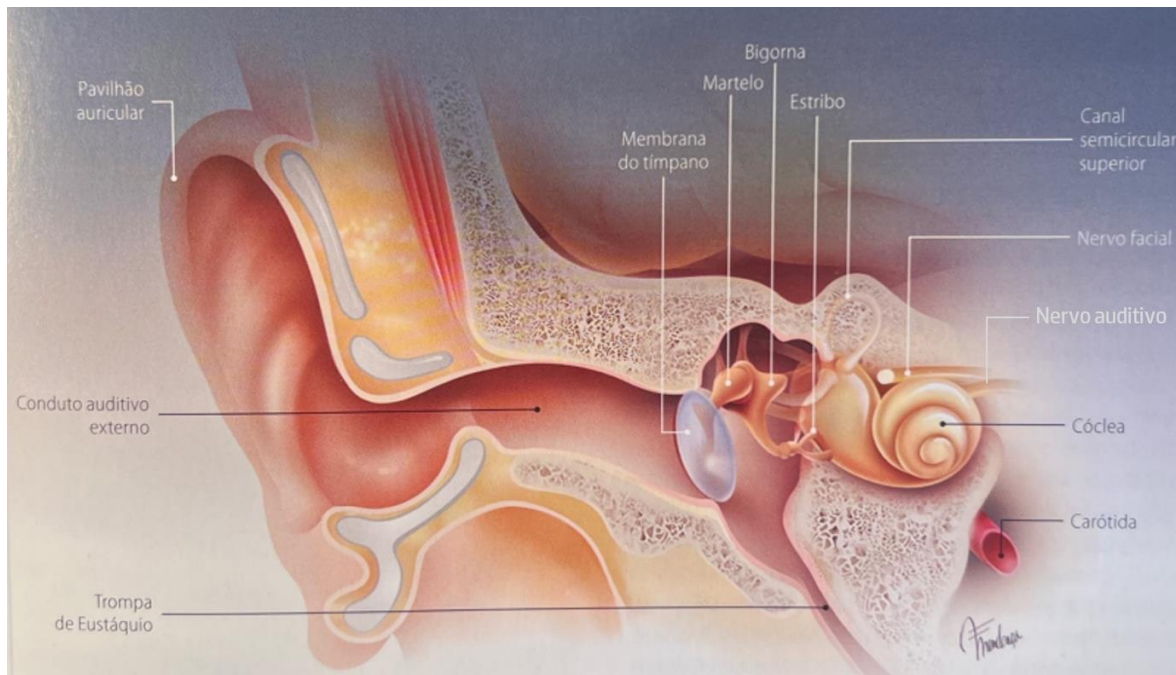


Ilustração 1: Anatomia do ouvido Fonte: Monteiro & Subtil, 2018

O ouvido divide-se em (Drake et al., 2015; Monteiro & Subtil, 2018; Penha, 1998):

- Ouvido externo – composto pelo pavilhão auricular e pelo canal auditivo externo. Têm a função de captação, canalização e amplificação do som assim como de proteção do ouvido médio devido à configuração em “s” do canal auditivo externo e da presença de cerúmen;
- Ouvido médio – composto pela membrana timpânica, cavidade timpânica (contem a cadeia ossicular com os ossículos martelo, bigorna e estribo), trompa de Eustáquio e células mastóideas. Os ossículos, formam uma alavanca articulada entre a membrana do tímpano e a janela oval, estão articulados entre si. Os ossículos são mantidos por vários ligamentos e músculos que através da sua contração protegem as estruturas do ouvido. A trompa de Eustáquio é um canal que une a parte anterior da caixa do tímpano à parede lateral da rinofaringe que tem como função o equilíbrio de pressões entre o ouvido médio e a rinofaringe;
- Ouvido interno – composto pela cóclea, vestíbulo e canais semi-circulares (estes dois últimos relacionados com o equilíbrio). É na cóclea que acontece a transdução do som de energia mecânica em energia elétrica para, posteriormente, esses sinais serem enviados ao cérebro através do nervo auditivo (VIII par craniano).

A medição dos limiares auditivos é realizada pelos Audiologistas, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, que recorrem a diferentes transdutores de estimulação para a realização do Audiograma Tonal por via aérea e por via óssea. O audiograma tonal, deve ser realizado numa cabine insonorizada, e consiste na apresentação de sons de diferentes frequências com variação da intensidade. O objetivo é determinar qual a intensidade mínima, em decibel (dB), em que o indivíduo consegue detetar o som nas várias frequências testadas. Determinados os limiares auditivos tanto por via óssea como por via aérea, conseguimos classificar a perda auditiva quanto ao tipo, grau e configuração (Sharma et al., 2021).

Os principais tipos de perda auditiva são três e normalmente classificados como (Alshuaib et al., 2016; Stach, 2010):

- Perda auditiva de condução: limiares de via óssea conservados (inferiores a 20dB) e limiares de via aérea alterados (superiores a 21dB). Neste tipo de perda auditiva a lesão localiza-se no ouvido externo e/ou médio.
- Perda auditiva neurossensorial: limiares da via óssea e da via área alterados (superiores a 21dB) e sobreponíveis. A lesão encontra-se na cóclea ou ao longo do nervo auditivo (VIII par craniano).
- Perda auditiva mista: limiares da via óssea e da via área alterados (superiores a 21dB) mas com uma diferença (GAP aéreo-ósseo) superior a 15dB entre eles. Neste tipo de perda auditiva há alterações tanto no ouvido médio como no ouvido interno.

Existem várias classificações quanto aos graus de perda auditiva, mas a mais utilizada a nível Europeu é a recomendada pelo *Bureau International d'Audiophonologie* (BIAP). Para esta organização internacional, o cálculo da perda tonal média é realizado a partir da perda em dB das frequências 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz. Recomenda ainda, que se alguma das frequências não for percebida deve ser registada como uma resposta de 120 dB. Os quatro valores devem ser somados e a soma deve dividir-se por quatro. Assim, é encontrado o valor da perda auditiva que é classificado como se descreve na tabela 1:

Tabela 1: Classificação da perda auditiva quanto ao grau e respectivas implicações, segundo o BIAP 02/1.

(Bureau International d' Audiophonologie (BIAP), 1997)

CLASSIFICAÇÃO	GRAU	IMPLICAÇÕES
AUDIÇÃO NORMAL	≤ a 20 dB	-----
LIGEIRA	De 21 a 40 dB	<ul style="list-style-type: none">▪ A fala com voz normal é percebida sem dificuldade.▪ A voz baixa é dificilmente percebida.▪ A maioria dos ruídos familiares são percebidos.
MODERADA	Grau I: de 41 a 55 dB	<ul style="list-style-type: none">▪ A fala é percebida com a voz um pouco elevada.▪ Há necessidade de olhar para a face para perceber melhor.▪ Alguns dos ruídos familiares são percebidos.
	Grau II: de 56 a 70 dB	
SEVERA	Grau I: de 71 a 80 dB	<ul style="list-style-type: none">▪ A fala é percebida com voz forte e junto ao ouvido.▪ Os ruídos fortes são percebidos.▪ Implica audição mediante ajuda de amplificação sonora.▪ A comunicação oral não é adquirida sem ajuda específica.
	Grau II: de 81 a 90 dB	
PROFUNDA	Grau I: de 91 a 100 dB	<ul style="list-style-type: none">▪ Não há percepção da fala.▪ Inexistência de compreensão mesmo com amplificação sonora.▪ Somente os ruídos muito potentes são percebidos.
	Grau II: de 101 a 110 dB	
	Grau III: de 111 a 119 dB	
COFOSE	≥ a 120 dB	Sem audição. Nada é percebido.

Ao longo da vida, o ser humano está exposto a múltiplos riscos que podem causar perda auditiva. É fundamental ter uma abordagem de preservação auditiva durante todo o percurso de vida uma vez que a perda auditiva não deve ser vista como uma ocorrência única, mas sim como resultado dos fatores a que o indivíduo está exposto desde a sua concepção. Para que isso aconteça, é imperativo providenciar ações de sensibilização, prevenção, diagnóstico, tratamento e de reabilitação às populações (World Health Organization, 2021).

São vários os fatores que podem influenciar a audição: desde as características genéticas, fatores biológicos (condições de saúde ou doenças), fatores comportamentais (exposição durante as atividades profissionais e/ou ocupacionais) e fatores ambientais (World Health Organization, 2021). Seria demasiado extenso abordar todas as patologias causadoras de perda auditiva, ao que a autora irá identificar apenas algumas que se consideram relevantes

do ponto de vista de saúde pública, devido à prevalência ou que são passíveis de prevenir ou tratar através da criação de programas de prevenção e sensibilização para o tema da saúde auditiva:

Período neonatal (antes do nascimento)

- Fatores Genéticos: A perda auditiva congênita genética ocorre, frequentemente, em crianças que nascem da concepção de pais consanguíneos, mas também da mutação de mais de 250 genes que podem estar associados a perda auditiva síndrômica ou não síndrômica (World Health Organization, 2021);
- Infecções intra-uterinas: Algumas infecções contraídas pela mãe durante o período de gestação podem levar a perda auditiva neurosensorial no bebê. As mais frequentes são as Infecções TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex e Sífilis). A perda auditiva pode não ser detetada ao nascimento, mas mais tarde durante a infância, como é o caso do Citomegalovírus (World Health Organization, 2021). Nestes casos, para além da realização do rastreio auditivo neonatal universal, deve ser mantido um acompanhamento com médico Otorrinolaringologista (ORL) com realização de meios complementares de diagnóstico pelos Audiologistas (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI, 2007).

Período perinatal (durante e até 28 dias após o nascimento):

- Hipóxia ou asfixia ao nascimento: falta de oxigénio ao nascimento pode resultar num dano irreversível das células da cóclea e, portanto, originar perda auditiva neurosensorial (Monteiro & Subtil, 2018);
- Baixo peso ao nascimento: resultante de um parto prematuro ou má nutrição por parte da mãe. Pode também ser associado a outros fatores de risco para a perda auditiva (medicação ototóxica, hipoxia, internamento nos serviços de cuidados intensivos neonatais) (Monteiro & Subtil, 2018);
- Hiperbilirrubinémia: aumento da bilirrubina na corrente sanguínea que causa uma cor amarelada na pele e nos olhos, conhecida como icterícia. A bilirrubina em excesso pode provocar neurotoxicidade do nervo auditivo ou do tronco cerebral, resultando em perda auditiva neurosensorial retrococlear (Asaye et al., 2023).

Período pós-natal (após os 28 de nascimento):

- Otite média: é a causa mais comum de perda auditiva permanente nas crianças nos países em desenvolvimento. Pode ser aguda ou crônica (dependendo do tempo de duração) e caracteriza-se pela inflamação da mucosa que causa acumulação de líquido no ouvido médio. É mais comum nas crianças devido à anatomia ou à ventilação inadequada do ouvido médio devido à obstrução ou disfunção da trompa de Eustáquio (Obando et al., 2006). Resulta em perdas auditivas de condução;
- Presbiacusia: perda auditiva associada ao envelhecimento. É caracterizada como sendo progressiva, tipicamente do tipo neurossensorial bilateral, mais evidente nas frequências agudas e marcada por dificuldades na compreensão da fala. A sua fisiopatologia está relacionada com alterações degenerativas do ouvido interno (perda de células ciliadas da cóclea e do gânglio espiral e atrofia da estria vascular). É a segunda condição mais comum na população geriátrica (Cunningham & Tucci, 2017; Monteiro & Subtil, 2018; Sharma et al., 2021);
- Exposição ao ruído: a exposição prolongada ao ruído no trabalho, nas atividades lúdicas ou no meio ambiente, originam um dano irreversível nas células ciliadas da cóclea provocando perda auditiva neurossensorial (Monteiro & Subtil, 2018; World Health Organization, 2018);
- Ototoxicidade: Relacionado com uso de farmacologia de substâncias como mercúrio, quinina, diuréticos da ansa, antibióticos aminoglicosídeos (como a gentamicina ou a ampicilina) ou com a exposição a solventes (Monteiro & Subtil, 2018).

As causas da perda auditiva pós-natal mencionadas anteriormente podem ser prevenidas com ações que visam melhorar a saúde pública, através de programas de educação para a saúde, sensibilização e prevenção da perda auditiva. A *World Health Organization* estima que mais de mil milhões de jovens podem vir a desenvolver perda auditiva permanente, sem que tenham consciência, ao ouvir música com intensidade elevada por longos períodos (World Health Organization, 2021).

O *Global Burden of Disease*, em 2019, no seu relatório de estudo da prevalência da perda auditiva, refere que a perda auditiva foi a terceira maior causa de incapacidade em todo o

mundo, mas nos indivíduos com mais de 70 anos, passa a ser a maior causa de incapacidade (Global Burden of Disease, 2021).

Cunningham e Tucci (2017) referenciam vários autores que descrevem que pessoas mais idosas com perda auditiva têm elevados níveis de hospitalização, morte, queda, depressão e demência e, descrevem ainda que os custos anuais de saúde de um indivíduo com perda auditiva são, significativamente maiores, que outro indivíduo sem perda auditiva, na mesma faixa etária.

Tendo em consideração que a prevalência da perda auditiva aumenta com a idade, e dado ao aumento do envelhecimento da população, espera-se que a prevalência da perda auditiva aumente, globalmente, nos próximos anos (Tonelli et al., 2023). Com o aumento da esperança média de vida, a demência foi identificada como o maior problema de saúde pública (Lin et al., 2011; Monteiro & Subtil, 2018; Wang et al., 2023).

Tanto a depressão como o declínio cognitivo representam uma grande fatia nos custos dos serviços de saúde e, com tendência para que o valor continue a aumentar (Sharma et al., 2021). Em 2019, os custos com a demência terão sido de 1313 biliões de dólares americanos quando, em 2015 a *Alzheimer's Disease International* estimou que os custos globais com a demência foram de 818 biliões e em 2010 teriam sido de 604 biliões (Wimo et al., 2023).

Nos últimos anos, e como Sharma et al. referem no seu trabalho em 2021, vários investigadores identificam uma relação entre a presbiacusia, o comprometimento cognitivo e a demência. Apesar de ser uma relação menos estudada, também referem a possível ligação entre a presbiacusia e o risco de depressão numa fase mais tardia (Sharma et al., 2021).

Relatórios da Comissão de demência do *The Lancet*, identificam a perda auditiva como sendo o maior fator de risco, potencialmente modificável, para a demência (Lin et al., 2023). Estudos anteriores, demonstram que o papel de dispositivos para melhorar a audição (aparelhos auditivos ou implantes) mostram resultados sugestivos de um efeito positivo da reabilitação auditiva na redução do risco do declínio cognitivo (Lin et al., 2023).

Estando a presbiacusia associada ao risco de demência (doença com elevados custos e sem tratamento conhecido), seria interessante apostar nas ações de prevenção ou reabilitação da

perda auditiva, de forma a diminuir os custos de saúde associados à demência (Lin et al., 2023; Sharma et al., 2021).

O processo de reabilitação auditiva tem como objetivos a integração social e familiar, a melhoria da autonomia e da qualidade de vida do indivíduo, com a família como parte integrante de todo o processo. Após a avaliação das necessidades auditivas, e de acordo com o grau de perda auditiva, os indivíduos podem ser reabilitados com aparelhos auditivos ou com implantes (osteo-integrados, ouvido médio ou cocleares). Perdas auditivas de condução têm também a possibilidade de realizar cirurgia ORL (Monteiro & Subtil, 2018; Sharma et al., 2021).

A *Food and Drug Administration* define aparelho auditivo como “dispositivos amplificadores de som que pretendem compensar a perda auditiva” que têm como objetivo melhorar a audibilidade de sons, música e palavra falada com a garantia de que os sons não se tornem desconfortáveis. A adaptação é individualizada com manipulação da intensidade de acordo com as necessidades de cada banda frequencial (Cunningham & Tucci, 2017; Sharma et al., 2021).

Para perdas auditivas de grau severo/profundo, perda de discriminação da fala e sem benefício com a amplificação dos aparelhos auditivos, há opção de reabilitação com implante coclear que permite uma estimulação direta do nervo auditivo (Cunningham & Tucci, 2017).

Apesar do elevado número de pessoas com perda auditiva, e de esta temática ser vista como um problema de saúde pública, o número de pessoas que usa dispositivos (aparelhos ou implantes auditivos) para ouvir melhor é significativamente baixo (Reed et al., 2023; Sharma et al., 2021; Wells et al., 2020).

2. A Literacia em Saúde

2.1.1. Definição e evolução do conceito

A LS tem vindo a ganhar interesse como conceito fundamental para um papel mais ativo da pessoa na sua doença e tem estado em destaque na agenda das organizações políticas da Europa para o cidadão produzir saúde (Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2015; World Health Organization, 2013).

O conceito de LS surge na década de 70 por Simonds num trabalho intitulado "*Health education as social policy*" mas só em 1998 é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma definição que integra o conceito de promoção da saúde, definindo a LS como sendo o "conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde" (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2012; World Health Organization, 2021).

Em 2005, através dos trabalhos de Kickbusch et al., são integrados os conceitos de vida em sociedade e a componente social e, definem a LS como "a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades" (Kickbusch & Wait, 2006; Pedro et al., 2016).

Em 2009, Nutbeam refere que a LS é constituída por dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) – capacidade em ler um texto básico ou escrever frases simples e, as competências (*skills*) – nível de conhecimento para realizar as competências implícitas em determinada tarefa. O autor, considera ainda 3 tipos ou níveis de literacia que podem ser aprendidos ou desenvolvidos tendo em conta as vivências pessoais (Nutbeam, 2009):

- Literacia funcional/básica – conhecimentos básicos de leitura e escrita capazes de lidar, de forma eficaz, com tarefas do dia-a-dia;
- Literacia Interativa/comunicacional – capacidades cognitivas e de literacia, mais avançadas, que permitem a participação ativa nas atividades do quotidiano e para obtenção e utilização de informação de acordo com as necessidades;

- Literacia Crítica – capacidades para analisar, de forma crítica, a informação e utilizá-la para tomar decisões conscientes nos diferentes contextos de saúde.

Assim, o indivíduo pode ir evoluindo as suas capacidades de LS e passar pelos diferentes níveis promovendo uma maior autonomia e empoderamento (Sørensen et al., 2012).

Em 2012, Sørensen et al. após analisarem várias definições de LS, propõem uma nova definição, mais abrangente, onde incluem os conceitos de saúde pública: o indivíduo deve não só zelar pela sua saúde, mas também pela saúde dos que lhe são mais próximos de acordo com as necessidades de cada um. A pessoa com um nível adequado de LS deve ser capaz de assumir a responsabilidade não só da sua própria saúde, mas também da sua família e comunidade. A definição proposta então a (Sørensen et al., 2012, 2015):

“A literacia em saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre a saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana relativamente a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo da vida.”

Assim, o conceito de LS vai mais além do que a capacidade de executar tarefas básicas numéricas ou de leitura do quotidiano, de ler e interpretar folhetos informativos, prescrições médicas ou a bula de um medicamento. Ela deve promover um nível de conhecimento que seja capaz de melhorar os ganhos de saúde pessoais e da comunidade, através da mudança do estilo de vida e dos hábitos (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2015).

A *WHO* reforça que a LS está dependente não só das atividades diárias do indivíduo, mas também das suas interações sociais. As organizações devem atuar como intermediárias e disponibilizar recursos de forma a que as pessoas possam compreender, avaliar e utilizar informações e serviços. Assim, será possível aumentar a LS, promover e preservar uma boa saúde e bem-estar às populações (Sørensen et al., 2015; World Health Organization, 2022).

A LS é um desafio para as organizações, profissionais de saúde, cidadãos e para os governos, e todos têm a função de promover iniciativas que aumentem a autonomia e as competências dos cidadãos (Espanha et al., 2016).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde tem implementado vários programas para o aumento da LS como é o caso do “Plano Nacional para a literacia em saúde 2019-2021”. Neste documento, afirmam que a LS é um desafio de Saúde Pública e que estão comprometidos com a melhoria da LS da população portuguesa (Direção-Geral da Saúde, 2019b).

2.1.2. Modelos de Literacia em Saúde

Com a evolução do conceito de LS, foram sendo propostos vários modelos em formato conceptual mas que não tinham previsto as várias dimensões da LS ou a possibilidade de evolução ao longo do processo. Então, Sørensen et al. (2012) propõem o modelo conceptual que é utilizado como instrumento de avaliação da LS na presente investigação (HLS-EU), desenvolvido pelo *European Health Literacy Consortium* e que se apresenta de seguida, na ilustração 2, a sua versão adaptada e traduzida por Saboga-Nunes em 2014.

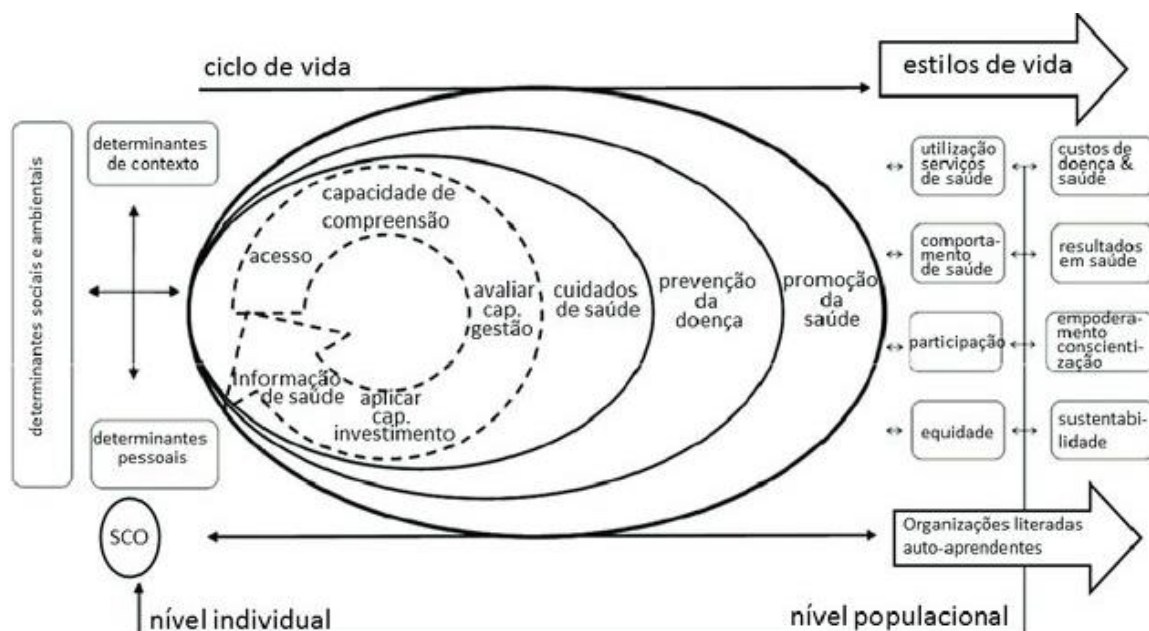


Ilustração 2: Modelo conceptual da Literacia em Saúde (HLS-EU). Fonte: Sørensen et al. (2012) traduzido por Nunes (2014)

Este modelo, integra as várias dimensões da LS representadas dentro da forma oval (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) bem como os fatores que a impactam de acordo com a sua proximidade e com a ligação aos resultados em saúde. No núcleo, estão dispostas, as competências em lidar com a informação sobre a saúde de LS, de acordo com o seu grau de complexidade (Sørensen et al., 2012; World Health Organization, 2013):

- Acesso: capacidade em procurar, encontrar e obter informação de saúde;
- Compreensão: capacidade de compreender a informação encontrada;
- Avaliação da capacidade de gestão: capacidade individual em interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação;
- Aplicação/utilização da informação: capacidade em utilizar a informação na tomada de decisão no sentido de melhorar ou manter a saúde.

Para medir o nível de LS, e tendo em conta estes contributos, foi construído o *Health Literacy Survey – EU* (HLS) com 47 questões onde se integram as diferentes dimensões da LS (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) através de 4 níveis de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização) (Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2012; World Health Organization, 2013). Esta combinação, resulta na matriz apresentada na tabela 2.

Tabela 2: Matriz traduzido do HLS-EU.

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/julgar/avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da doença	5) Capacidade de acesso a informação sobre	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações	8) Capacidade de julgar a relevância das informações

	fatores de risco		relacionadas com os fatores de risco		sobre fatores de risco
<i>Promoção da saúde</i>	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informação sobre questões relacionadas com a saúde	de	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

2.1.3. A importância da Literacia em Saúde

A LS está relacionada com a capacidade que os indivíduos têm quanto à prevenção e gestão dos seus problemas de saúde. Vários estudos nos últimos anos, têm demonstrado que baixos níveis de LS acarretam implicações consideráveis na gestão dos recursos e dos gastos em saúde. A LS sendo um elemento importante nos comportamentos e nos resultados em saúde, é associada, de forma positiva, a um maior empoderamento e autogestão entre pessoas com doenças crónicas, entre elas, por exemplo, diabetes, tabagismo, obesidade e doenças sexualmente transmissíveis (Lee et al., 2021; Pedro et al., 2016).

Sabe-se que a baixa LS pode diminuir a qualidade dos cuidados de saúde por ser considerada uma barreira à compreensão dos diagnósticos ou dos tratamentos por parte dos utentes. Apesar de serem entregues folhetos informativos e termos de consentimento informado, estes podem não ser totalmente compreendidos por todos os pacientes (Williams et al., 1995 citado por Guo et al., 2020).

Guo et al. em 2020 referem vários estudos onde demonstram a importância da LS na gestão em saúde e que se concluiu:

- Pacientes com LS inadequada apresentam maior risco de hospitalização;
- Pacientes com LS inadequada apresentam um risco duas vezes maior de hospitalização quando comparado com pacientes com LS adequada;
- Baixa LS está associada a uma pior qualidade de vida em pacientes oncológicos em remissão;
- A LS está relacionada com a escolaridade e o controlo de glicemia.

No que se refere à utilização dos serviços de saúde, uma LS inadequada está associada a um baixo conhecimento ou entendimento dos serviços de saúde, a uma maior probabilidade de hospitalização, a uma maior utilização dos serviços de urgência, e a uma baixa utilização de serviços de prevenção e de rastreio (Espanha et al., 2016; Rafferty et al., 2021; Suppiah et al., 2023).

Uma LS inadequada está também relacionada com pior compreensão dos resultados em saúde, elevada prevalência e severidade de algumas patologias e piores condições gerais de saúde. É também identificada como fator de risco para algumas doenças, como por exemplo: obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. Traduz-se também em resultados negativos na autogestão de doenças crónicas e em elevadas taxas de mortalidade na população mais idosa (Pedro et al., 2016; Rafferty et al., 2021).

São várias as doenças crónicas onde se tem estudado o impacto da LS e dos programas de autogestão da doença para promover a saúde e o bem-estar. A Diabetes é um desses casos e é considerada um problema de saúde global que, segundo dados da *International Diabetes Federation (IDF)*, em 2021 afetava 537 milhões de pessoas em todo o mundo e com previsão de que em 2045 possam atingir 783 milhões de pessoas (Dahal & Hosseinzadeh, 2019; Fitzpatrick et al., 2023; International Diabetes Federation, 2021; Lee et al., 2021; Vandenbosch et al., 2018).

Fransen et al. em 2015, descrevem que os pacientes que apresentam uma LS baixa, tendem a ter menos sucesso em controlar os diabetes o que resulta em danos de saúde que podiam ser evitados assim como em perda de anos de vida.

De forma a melhorar as capacidades de autogestão de pacientes com Diabetes, a IDF recomenda programas de educação para a autogestão da doença para melhorar capacitar os indivíduos e assim, realizarem mudanças no seu estilo de vida que promovam saúde e o bem-estar. Através de vários trabalhos, é possível verificar que os programas de autogestão da doença beneficiam os pacientes com altos e baixos níveis de LS e apresentam vários benefícios nos resultados clínicos dos diabéticos: melhor controlo da glicemia, melhor qualidade de vida, aumento do conhecimento da doença, hábitos de vida mais saudáveis, melhor adesão à terapêutica e redução dos comportamentos de risco (Fitzpatrick et al., 2023; Fransen et al., 2015; Vandenbosch et al., 2018).

2.1.4. A Literacia em Saúde no indivíduo com perda auditiva

Tal como descrito anteriormente, e apesar da sua importância comprovada para a manutenção do estado de saúde da população, os pacientes desvalorizam a perda auditiva e demoram vários anos entre o diagnóstico e a aquisição de algum tipo de dispositivo de apoio para melhorar a audição (Sydlowski et al., 2022; Tran et al., 2021; Wallace et al., 2022).

Sabe-se que as perdas sensoriais (tanto auditiva como visual) estão relacionadas com um maior gasto e utilização dos serviços de saúde. Esta relação ainda não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que é fundamental ter uma comunicação eficaz na relação profissional de saúde-paciente para gerar um impacto positivo nos resultados em saúde, nomeadamente na reabilitação. Ambas as perdas sensoriais criam desafios de comunicação que podem impedir o paciente de ver, ouvir, compreender e aplicar as informações e recomendações fornecidas pelo profissional. Estando comprometida a capacidade de entender o aconselhamento do profissional, a probabilidade de efeitos negativos na saúde e na LS aumenta e, é neste ponto, que a perda auditiva e a LS se relacionam (James et al., 2023; Tolisano et al., 2020; Wallace et al., 2022).

Dos escassos estudos que relacionam com a perda auditiva e a LS, a maior parte deles descrevem que pessoas com perda auditiva apresentam níveis de saúde mais baixos. Em 2015, McKee et al. referem que os participantes surdos apresentaram níveis de LS 6,9 vezes inferiores e com mais utilização do serviço de urgência quando comparados com participantes ouvintes. Outros, referenciam estudos que indicam que a comunidade surda, devido à sua inadequada ou limitada LS e pelo mais difícil acesso a informações de prevenção, tratamento e/ou cuidado, é acometida por doenças que podiam ser evitáveis (McKee et al., 2015). Por exemplo, há estudos que indicam que os participantes surdos têm mais dificuldade em identificar os sintomas de um enfarte e que tendem a ter maior percentagem de doenças crónicas, como o caso da hipertensão, a diabetes e a obesidade e até mesmo, mais problemas de violência doméstica, depressão, ansiedade e comportamentos suicidas (Choi et al., 2023; Gur et al., 2020; Wells et al., 2020).

Devido à LS inadequada e aos desafios comunicacionais, pessoas com um grau de perda auditiva elevado, procuram menos, ou mais tarde, os cuidados de saúde o que acaba por influenciar o aumento da utilização, e dos custos, dos serviços. São exemplos o diagnóstico

tardio e a severidade do grau da perda auditiva (Choi et al., 2023; E. D. Tran et al., 2021; Wallace et al., 2022).

Wells et al, em 2020 descrevem que, após analisarem vários estudos nos Estados Unidos da América, a perda auditiva e a LS inadequada foram associadas a um aumento dos custos de saúde anuais; que apenas 19% da população que ouve mal utiliza aparelho auditivo e que pessoas com perda auditiva apresentam piores níveis de satisfação nos cuidados de saúde em geral.

Tran et al., em 2021 sugerem que os pacientes com LS inadequada podem apresentar taxas menores de utilização de aparelhos auditivos. Caso venha a ser confirmada esta relação, torna-se importante a criação de programas de intervenção nesta área, uma vez que está documentada a relação entre a perda auditiva não tratada, o declínio cognitivo e a demência.

2.1.5. Avaliação da Literacia em Saúde

Com o aumento do interesse no tema, o desenvolvimento do conceito e o impacto que tem na saúde pública, é importante que haja formas de avaliar a LS para perceber o nível de LS de uma população específica ou geral e gerar conhecimento que possa ser aplicado em políticas de saúde.

Segundo Pedro et al. em 2016, os instrumentos mais utilizados para a medição dos níveis de LS são: o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, o *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*, o *Newest Vital Sign (NVS)* e o *European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)* (Direção-Geral da Saúde, 2019a; Pedro et al., 2023; Pedro et al., 2016):

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

Foi o primeiro instrumento de avaliação para a avaliação da LS. É um teste rápido de reconhecimento de palavras associadas à saúde. O participante deve pronunciar em voz alta as palavras e é avaliado consoante a correta ou incorreta pronúncia. A versão mais longa tem 125 palavras, a versão reduzida tem apenas 67.

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Teste de leitura, compreensão e reconhecimento de conceitos de saúde (informação para o paciente, prescrições, instruções para meios complementares de diagnóstico e terapêutica) por grau de complexidade da tarefa. Existe ainda a versão reduzida, uma versão em castelhano e uma traduzida para português do Brasil.

Newest Vital Sign (NVS)

Composto por apenas 6 questões que avaliam as competências de cálculo e leitura da informação nutricional de um rótulo de gelado. Foi assim apelidado para que os profissionais de saúde o utilizassem enquanto avaliam a pressão arterial ou outros sinais vitais.

European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

Este instrumento foi validado e traduzido para a população portuguesa por Pedro et al. (2016), criando assim o *Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)*. Para além da versão normal com 47 questões, em fevereiro de 2023 foi publicada a versão traduzida e validada com 16 e 6 questões.

Este instrumento, com base nas definições mais recentes do conceito de LS, permite uma avaliação da capacidade dos indivíduos em aceder, compreender, analisar e utilizar a informação de saúde nas várias dimensões da LS: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença.

O questionário foi desenvolvido pelo consórcio *HLS-EU*, que o aplicou de forma a avaliar a LS e a compará-la nos diferentes países europeus.

Foi o instrumento utilizado para avaliar a LS na presente investigação e, como tal, será desenvolvido mais à frente neste trabalho.

2.1.6.A Literacia em Saúde na Europa e em Portugal

Foi nos Estados Unidos da América e no Canadá que foram realizados os primeiros trabalhos sobre LS. O primeiro projeto que permitiu avaliar e comparar os níveis de LS na Europa foi desenvolvido por um consórcio que reuniu um painel de peritos no tema de 8 países europeus: Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia. Utilizaram um questionário comum (HLS-EU) como instrumento para uniformizar a recolha de informação (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2012).

Em Portugal, foi criada uma “Rede Académica” com a colaboração de várias Escolas de Ensino Superior com reconhecido domínio do tema a tratar, que permitiu obter uma amostra representativa da população portuguesa (Pedro et al., 2016).

Comparando os resultados europeus com os obtidos na população portuguesa, podemos verificar que (Consortium HLS-EU, 2012; Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016):

- A Holanda é o país que apresenta menor percentagem de participantes com nível de LS inadequado (1,8%) e é também o país que apresenta maior percentagem de participantes com nível de LS excelente (25,1%);
- No índice geral de LS (IGLS) Portugal apresenta 61,4% de participantes com LS limitada (44,4% LS problemática e 17% LS inadequada) com apenas a Bulgária a apresentar piores resultados com 62,1% de participantes com LS limitada (35,2% LS problemática e 26,9% LS inadequada). A Holanda é o país com menor percentagem de participantes com LS limitada, 28,7% (26,9% LS problemática e 1,8% LS inadequada);
- Quanto à dimensão cuidados de saúde: Portugal apresenta os piores resultados com 55,8% dos participantes com LS limitada (38,9% LS problemática e 16,9% LS inadequada) seguido da Espanha com 52% (42,5% dos participantes têm LS problemática e 9,5% LS inadequada);
- Na dimensão prevenção da doença: a Bulgária é o único país que apresenta piores resultados que Portugal com 58,9% dos participantes com LS limitada, dos quais 28,9% com LS problemática e 30% com LS inadequada. Portugal tem 55,1%, mais de metade, dos participantes com LS limitada (35,7% LS problemática e 19,4% LS inadequada);

- Na dimensão promoção da saúde é onde todos os países apresentam valores de LS piores quando comparados com as outras dimensões. A Bulgária é o país que apresenta piores resultados com 70,4% dos participantes com LS limitada, seguida da Áustria (61,4%) e de Portugal (60,2%).

Em suma, os participantes portugueses revelaram níveis de LS baixos, sugerindo necessidade da criação de programas de empoderamento dos cidadãos na área da Literacia da Saúde (Andrade et al., 2020).

Sabendo que níveis adequados de LS promovem uma melhoria nas condições e na qualidade de vida dos cidadãos e diminui os custos para o sistema de saúde, as organizações políticas têm criado vários programas para o aumento da LS, como por exemplo (Alves et al., 2018; Andrade et al., 2020; Direção-Geral da Saúde, 2019b, 2023; Pedro et al., 2016):

- Criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, na Direção-Geral da Saúde (2017);
- Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados (2017);
- SNS+Proximidade (2017);
- Plano Nacional para a literacia em saúde 2019–2021 (2019);
- Literacia em Saúde e COVID-19: Plano, Prática e Desafios (2020);
- Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030 (2023);

No relatório do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019–2021, é possível verificar que uma evolução positiva dos níveis de LS na população portuguesa. De ressaltar, que a metodologia utilizada privilegiou população mais jovem, residente em áreas urbanas. Comparando os resultados de 2016 e 2019 houve aumento do nível suficiente em 22,6% e diminuição dos níveis inadequado (-3,4%), problemático (-16,1%) e excelente (-3,6%) (Direção-Geral da Saúde, 2019b, 2023).

II. Estudio Empírico

3. Metodologia

Neste capítulo, será apresentada a metodologia utilizada na presente investigação, com definição dos objetivos do estudo, tipo de estudo, população, seleção e tamanho da amostra, variáveis em estudo, hipóteses de investigação, procedimentos de recolha, tratamento e análise da informação, tratamento estatístico e análise dos dados e, por fim, as considerações éticas e legais.

3.1. Objetivos e tipo do estudo

Os objetivos gerais desta investigação são:

- Avaliar a literacia em saúde num grupo de indivíduos com perda auditiva;

Como objetivos específicos são identificados os seguintes:

- Comparar os níveis de LS dos indivíduos com perda auditiva com os valores de normalidade da população portuguesa;
- Analisar as diferenças das médias dos níveis de LS dos indivíduos com perda auditiva face às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, anos de escolaridade, situação profissional e acompanhamento familiar) e clínicas (tipo e grau de perda auditiva, utilização de ajudas técnicas auditivas, anos de diagnóstico da perda auditiva);
- Verificar qual das dimensões do HLS-EU-PT está mais afetada nos indivíduos com perda auditiva.

Quanto ao tipo de estudo podemos considerar que a investigação será um estudo observacional analítico, transversal, de abordagem quantitativa em que a unidade de análise é o indivíduo. É um estudo observacional pois o investigador limitar-se-á à observação dos indivíduos e das suas características sem os manipular diretamente e, analítico por descrever as diferentes variáveis em estudo assim como estabelecer relações entre as variáveis dependentes e independentes. Trata-se de um estudo transversal de acordo com o seu desenvolvimento no tempo pois a recolha de dados será realizada apenas num único momento (Teixeira & Ferreira, 2015). A abordagem considera-se quantitativa pela colheita de dados observáveis e quantificáveis através de processos sistemáticos (Freixo, 2011).

3.2. População e amostra

A população alvo deste estudo são indivíduos com perda auditiva, residentes na área de atuação do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), Aveiro Norte, com idade igual ou superior a 18 anos de idade e que se deslocaram ao departamento de Audiologia para a realização da avaliação audiológica entre janeiro e março de 2023.

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico por conveniência. A amostragem também configurou fatores de exclusão, sendo eles: indivíduos com idade inferior a 18 anos, indivíduos portadores de distúrbios psiquiátricos ou deficiência mental que afete a capacidade de julgamento, indivíduos que não falam português e por fim, indivíduos que não assinaram o termo de consentimento informado.

A amostra é constituída por 133 participantes.

3.3. Variáveis em estudo

Tabela 3: Caracterização e operacionalização das variáveis em estudo.

<i>Tipo de Variável</i>	<i>Caracterização</i>	<i>Nome</i>	<i>Operacionalização</i>	<i>Nível de Mensuração</i>
<i>Dependente</i>		Literacia em Saúde	HLS-EU-PT	Escala de Likert
		Sexo	1 – feminino; 2 – masculino	Qualitativa nominal dicotómica
		Idade	1 – < 65 anos; 2 ≥ 65 anos	Ordinal
<i>Independente</i>	Sociodemográficas	Apoio Familiar	1 – acompanhado; 2 – não acompanhado	Qualitativa nominal dicotómica
		Situação Profissional	1 – Ativo(a); 2 – Não ativo(a)	Qualitativa nominal dicotómica

	Anos de escolaridade	1 – até 4 anos 2 – até 6 anos; 3 – até 9 anos; 4 – até 12 anos; 5 – até 15 anos	Quantitativa Ordinal
Clínicas	Tipo de Perda Auditiva	1 – Condução 2 – Neurosensorial 3 – Mista	Qualitativa nominal
	Perda Tonal Média		Quantitativa Ordinal
	Anos de diagnóstico da perda auditiva		Quantitativa Ordinal
	Utilização de ajuda auditiva	1 – usa; 2 – não usa	Qualitativa nominal dicotómica

3.4. Hipóteses de investigação

Tendo por base a fundamentação teórica e os objetivos desta investigação, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: A literacia em saúde dos indivíduos com perda auditiva é menor que a literacia em saúde da população portuguesa.

Hipótese 2: Existem diferenças nas médias da literacia em saúde consoante o sexo.

Hipótese 3: Existe uma relação inversa entre a idade e o nível de literacia em saúde.

Hipótese 4: Existem diferenças na literacia em saúde consoante o apoio familiar.

Hipótese 5: Existem diferenças na literacia em saúde consoante a situação profissional.

Hipótese 6: Existem diferenças na literacia em saúde consoante os anos de escolaridade.

Hipótese 7: Existem diferenças na literacia em saúde de acordo com o valor da PTM do pior ouvido.

Hipótese 8: Os indivíduos que usam ajuda técnica têm um maior nível de literacia em saúde.

Hipótese 9: Existem diferenças nas médias dos níveis de literacia em saúde entre os indivíduos que foram diagnosticados há mais tempo com perda auditiva e os que foram diagnosticados recentemente.

3.5. Procedimentos de recolha, tratamento e análise da informação

Após aprovação do projeto na reunião do Conselho de Administração do CHEDV a 15 de dezembro de 2022 (Anexo I), os utentes que se deslocaram ao serviço foram convidados a participar no mesmo depois da realização da sua avaliação audiológica.

O protocolo que se segue foi utilizado com todos os participantes deste estudo de investigação, com duração média de 40 minutos:

- Avaliação Audiológica (otoscopia e audiograma tonal simples);
- Esclarecimento sobre os objetivos da investigação e a metodologia a ser utilizada;
- Preenchimento do Termo de Consentimento Informado (Anexo II);
- Preenchimento do Questionário sociodemográfico e clínico (Anexo III);
- Preenchimento do HLS-EU-PT (Anexo IV).

Depois da avaliação audiológica os indivíduos foram esclarecidos quanto ao objetivo da investigação e aos questionários a responder. Os pacientes que aceitaram participar de livre vontade, assinaram o Termo de Consentimento Informado e aqueles que não demonstraram interesse em participar do estudo foram dispensados no final da avaliação audiológica.

A otoscopia foi executada com recurso a um otoscópio mini Heine 3000 e o audiograma tonal simples foi realizado numa sala com tratamento acústico, dentro de uma cabine insonorizada. Os limiares auditivos foram obtidos através da utilização de um audiómetro *Interacoustics*®

modelo AC40, com auscultadores TDH39, que cumpre as diretrizes de calibração da ISO 389-1, ISO 389-4.

A recolha dos dados decorreu entre janeiro e março de 2023 no serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do CHEDV aos utentes que se deslocaram ao departamento de Audiologia para a avaliação audiológica.

Para caracterizar a amostra foi elaborado um questionário sociodemográfico com os seguintes itens: sexo, idade, apoio familiar, região de residência, situação profissional e anos completos de escolaridade. Neste questionário também constam as informações clínicas a serem preenchidas pela investigadora: tipo, grau e tempo de diagnóstico da perda auditiva, perda tonal média de ambos os ouvidos e ainda a utilização ou não de algum tipo de dispositivo de reabilitação auditiva.

O instrumento utilizado para avaliar os níveis de LS foi o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, traduzido e validado para a população portuguesa (HLS-EU-PT) por Pedro et al. em 2016. Este questionário é composto por 47 questões e está organizado em três dimensões: cuidados de saúde (16 questões), prevenção de doenças (15 questões) e promoção da saúde (16 questões) e 4 níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação sobre a saúde.

A escala de autoavaliação utilizada é do tipo Likert: 1 – “Muito difícil”; 2 – “Difícil”; 3 – Fácil; 4 – “Muito fácil”; 5 – “Não sei” sendo que o indivíduo tem de escolher o grau de dificuldade que sente nas diferentes atividades.

Os 4 índices de LS foram standardizados numa escala métrica variável entre 0-50, que representam, respetivamente, o mínimo e o máximo possível de literacia em saúde, através da fórmula:

$$\text{Índice LS} = (\text{média}-1) \times (50/3)$$

Em que:

Índice É o índice específico a calcular

Média Refere-se à média dos itens de cada indivíduo

- 1 É o valor mínimo possível da média (corresponde a um valor mínimo de índice de zero)
- 3 É a gama da média
- 50 Valor máximo escolhido da nova métrica

Tanto para o IGLS como para as diferentes dimensões (cuidados de saúde, prevenção da doença, promoção da saúde), foram definidos limiares, resultando na seguinte categorização:

- LS inadequada → 0 – 25 pontos
- LS problemática → 26 – 33 pontos
- LS suficiente → 34 – 42 pontos
- LS excelente → 43 – 50 pontos

Quanto maior for a pontuação obtida, maior o nível de LS apresentada pelo indivíduo.

3.6. Tratamento estatístico e análise dos dados

Os resultados obtidos através desta investigação foram analisados utilizando os programas *Microsoft Office 365*[®] e do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®], versão 28, para o Windows.

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foi realizada através de estatística descritiva onde se utiliza frequências absolutas e relativas e, nas variáveis quantitativas através de medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e máximo).

Os índices de LS foram calculados segundo a fórmula descrita anteriormente, com base na recomendação das autoras do instrumento, e os níveis de LS foram descritos através de medidas de tendência central e de dispersão.

Foi avaliada a fiabilidade e consistência do instrumento HLS-EU-PT através do coeficiente *alfa de Cronbach* (α) pois permite avaliar a consistência interna das escalas, variando entre 0 e 1. Quanto maior o seu valor, maior a consistência interna do instrumento e, portanto, maior grau de confiabilidade da escala (Field, 2009; Maroco, 2007; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Souza et al., 2017). Alguns autores referem que o instrumento apresenta uma boa consistência interna com valores superiores a 0,80 (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Souza et al., 2017).

Segundo Pestana e Gagueiro (2014), a consistência interna pode ser classificada tendo em conta os seguintes valores:

- < 0,5 inaceitável;
- 0,50 – 0,60 fraca;
- 0,60 – 0,70 aceitável;
- 0,70 – 0,90 boa;
- > 0,9 muito boa.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para verificar se existe correlação entre duas variáveis quantitativas uma vez que seguem a distribuição normal, através do teste de normalidade Kolmogorov-Sminorv. Os valores de *Pearson* (r) variam entre -1 e 1 e, rejeita-se a hipótese nula, quando p -value do teste estatístico a utilizar é menor que o nível de significância ($p < \alpha$). No caso de existir correlação, esta pode ser positiva ou negativa e é necessário determinar a força da correlação. Foi utilizada o coeficiente de correlação de *Pearson* para verificar a correlação do score da LS com: a idade, os anos de escolaridade, a PTM do pior ouvido e os anos de diagnóstico da perda auditiva.

O teste t para amostras independentes, também conhecido com teste t de *Student* para duas amostras independentes, é utilizado para comparação de médias das duas variáveis e para determinar se existe diferenças estatisticamente significativas entre as duas. Inicialmente é necessário verificar o valor do teste de *Levene* para avaliação da homogeneidade das variâncias. Estes testes foram utilizados para comparar se existem diferenças no nível de LS entre: os diferentes géneros, participantes que vivem com/sem companheiro, situação profissional (ativo x não ativo) e utilização de ajuda técnica para ouvir melhor.

Para a interpretações dos resultados desta investigação será utilizado o nível de significância estatística de 5%, ou seja, quando o p -value do teste estatístico a utilizar é menor que 0,05 ($p < 0,05$).

3.7. Considerações éticas e legais

De forma a cumprir com os requisitos éticos e legais esperados para este tipo de investigação é necessário cumprir alguns requisitos. O primeiro a cumprir foi submeter este projeto à aprovação por parte da Comissão Técnico-Científica do Mestrado de Gestão das Organizações da APNOR (aprovado a 15/11/2022 – anexo V) assim como o pedido de autorização para utilização do instrumento às autoras (autorizado a 31/08/2022 pela Exma. Sra. Professora Doutora Ana Rita Pedro – anexo VI).

De seguida, foi submetido um pedido ao Exmo. Sr. Diretor de Serviço de ORL do serviço onde seriam recolhidos os dados, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do CHEDV (autorizado a 15/12/2022 – anexo I), salvaguardando o normal funcionamento das atividades desenvolvidas no serviço.

A todos os indivíduos que aceitaram participar nesta investigação gratuitamente e de livre vontade foi assegurado o anonimato, a confidencialidade dos dados e a garantia de acesso aos resultados, caso pretendam, assim como fornecida toda a informação acerca do objetivo do estudo e do instrumento a aplicar. A estes pacientes, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Informado depois de todas as questões devidamente esclarecidas. Aqueles que não demonstraram interesse em participar no estudo foram dispensados após a avaliação audiológica.

4. Resultados

4.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra da presente investigação é constituída por 133 indivíduos com perda auditiva, residentes na área de atuação do CHEDV – Aveiro Norte. Dos dados obtidos através do questionário de caracterização sociodemográfica da amostra, resulta a tabela 3 segundo as variáveis: sexo, grupo etário, apoio familiar, anos de escolaridade e situação profissional.

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Variável</i>	<i>Categorização</i>	<i>n (133)</i>	<i>%</i>	
<i>Sexo</i>	Feminino	73	54,9	
	Masculino	60	45,1	
<i>Grupo Etário</i>	< 65 anos	67	50,4	
	≥ 65 anos	66	49,6	
<i>Apoio Familiar</i>	Com Apoio	Casado	97	72,9
		Solteiro	13	9,8
	Sem Apoio	Divorciado/Separado	13	9,8
		Viúvo	10	7,5
<i>Anos de Escolaridade</i>	4 anos	58	43,6	
	6 anos	30	22,6	
	9 anos	19	14,3	
	12 anos	21	15,8	
	15 anos	5	3,8	
<i>Situação Profissional</i>	Ativo	50	37,6	
	Não Ativo	Desempregado	12	9,0
		Reformado	65	48,9
		Incapacitado	5	3,8
		Doméstico	1	0,8

Dos 133 participantes, 73 são do sexo feminino, correspondendo a 54,9% da amostra, e 60 são do sexo masculino (45,1%).

Quanto à idade, a média (M) é de 61,1 anos e o desvio padrão (DP) de 13,9 sendo que 18 anos foi o valor mínimo e 89 anos o valor máximo. Seguindo o critério de agrupamento dos grupos etários tendo em conta a idade ativa, obtém-se uma distribuição equilibrada da amostra: 67 participantes encontram-se em idade ativa (idade inferior a 65 anos) o que equivale a 50,4% da amostra e os restantes 66 indivíduos (49,6%) têm 65 ou mais anos de idade.

A amostra também foi agrupada tendo em consideração o apoio familiar dos participantes, sendo que a maior parte vive acompanhada (n=97, 72,9%) e os restantes 36 indivíduos (27,1%) vivem sem companhia/o.

Referente aos anos de escolaridade, a maioria dos participantes, mais precisamente, 107 indivíduos, o que corresponde a 80,5% da amostra, afirma ter uma escolaridade básica (4, 6 ou 9 anos de escolaridade completos) e dos restantes 26 (19,5%), 21 têm concluídos 12 anos de escolaridade (15,8%) e apenas 5 (3,8%) têm, pelo menos, 15 anos de escolaridade.

Por último, a amostra pode também ser classificada entre indivíduos ativos e não ativos profissionalmente: 50 dos 133 participantes encontram-se a exercer uma atividade profissional remunerada (37,6%) sendo que dos restantes 83 participantes (62,4%) que não exercem atividade profissional, 65 (48,9%) são indivíduos já reformados.

4.2. Caracterização clínica audiológica

Para a análise das características clínicas audiológicas da amostra quanto ao tipo e grau da perda auditiva da amostra, apresenta-se a tabela 5.

Para a caracterização do tipo e grau de hipoacusia da amostra serão apresentados os dados não por indivíduo, mas sim por ouvido, uma vez que o mesmo indivíduo pode ter tipos e grau de perda auditiva diferentes em ambos os ouvidos.

O tipo de perda neurossensorial é o mais predominante nos ouvidos dos participantes da amostra tanto no OD (n=73, 54,9%) como no OE (n=79, 59,4%), seguido do tipo misto [(OD: n=30, 22,6%), (OE: n=27, 20,3%)], do tipo condução que apresenta igual prevalência em ambos os ouvidos (n=22, 16,5%), e por fim, a audição normal [(OD: n=8, 6%), (OE: n=5, 3,8%)], valor residual, pois estes participantes só podiam ter audição normal em apenas um dos ouvidos.

Quanto ao grau de perda auditiva a ordem de prevalência é igual em ambos os ouvidos. Relativamente ao OD, a distribuição é a seguinte: 8 ouvidos (6,0%) apresentam audição normal, 48 (36,1%) perda auditiva ligeira, praticamente metade apresentam perda auditiva moderada (n=59, 44,4%), 13 (9,8%) severa e apenas 5 (3,8%) apresentam perda auditiva de grau profundo. No OE, 5 ouvidos (3,8%) apresentam audição normal, 45 (33,8%) perda auditiva ligeira, praticamente metade apresentam perda auditiva moderada (n=64, 48,1%), 17 (12,8%) severa e somente 2 (1,5%) apresentam perda auditiva de grau profundo. Nenhum dos ouvidos da amostra tem cofose (0% quer no ouvido direito, quer no ouvido esquerdo).

Tabela 5: Caracterização clínica da amostra segundo o tipo e grau de perda auditiva.

		OD		OE	
		n	%	n	%
Tipo Perda Auditiva	Normal	8	6,0	5	3,8
	Condução	22	16,5	22	16,5
	Mista	30	22,6	27	20,3
	Neurossensorial	73	54,9	79	59,4
Grau Perda Auditiva	Normal	8	6,0	5	3,8
	Ligeira	48	36,1	45	33,8
	Moderada	59	44,4	64	48,1
	Severa	13	9,8	17	12,8
	Profunda	5	3,8	2	1,5
	Cofose	0	0	0	0

A tabela 6 apresenta os valores da PTM, em dB, através do cálculo das médias, medianas, desvio padrão, valores mínimos e máximos.

Tabela 6: Análise das medidas de tendência central e dispersão da PTM da amostra.

	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (Dp)	Mínimo (Mín)	Máximo (Máx)
PTM OD	46,39	42,50	20,54	7,50	115,00
PTM OE	47,26	43,75	18,86	8,75	97,50
PTM pior ouvido	55,42	51,25	19,47	26,25	115,00

Quanto à idade de diagnóstico da perda auditiva, isto é, há quanto tempo foi diagnosticada, a média de anos é de 13,3 anos \pm 15,8 e mediana de 6 anos. O valor do desvio padrão é justificado pela grande variabilidade de dados e pela dispersão dos mesmos, tal como demonstram os valores mínimo (0,5 anos) e máximo (70 anos).

Por fim, relativamente à utilização de ajuda técnica por parte dos participantes da amostra, verifica-se que 40 indivíduos (30,1%) utilizam algum tipo dispositivo de reabilitação auditiva enquanto os restantes 93 (69,9%), apesar de terem perda auditiva, não usam qualquer tipo de dispositivo que lhes permita ouvir melhor.

4.3. Avaliação da Literacia em Saúde

4.3.1. Consistência interna do HLS-EU-PT

Na tabela 7, apresentam-se os valores do coeficiente de *Alfa de Cronbach* (α) da presente investigação nas diferentes dimensões estudadas, sendo que em todas elas o valor de α é superior a 0,90 o que indica uma muito boa consistência interna (Pestana & Gagueiro, 2014).

Tabela 7: Avaliação da consistência interna (alfa de Cronbach) das dimensões do HLS-EU-PT.

Índices de LS	Alfa de Cronbach (α)
IGLS	0,96
Índice Cuidados de Saúde	0,90
Índice Prevenção da Doença	0,90
Índice Promoção da Saúde	0,92

4.3.2. Correlação entre as diferenças dimensões do HLS-EU-PT

Para avaliar a correlação entre as diferentes dimensões do HLS-EU-PT foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. Como é possível analisar na tabela 8, os resultados alcançados encontram-se inferiores a 0,85, o que significa a não existência de redundância.

Tabela 8: Coeficiente de correlação de Pearson entre os subíndices da LS.

	Cuidados de Saúde	Prevenção da Doença	Promoção da Saúde
Cuidados de Saúde	1,00	0,77	0,67
Prevenção da Doença	0,77	1,00	0,83
Promoção da Saúde	0,67	0,83	1,00

4.3.3. ALS: medidas de tendência central e de dispersão

Na tabela 9 apresentam-se as medidas de tendência central e de dispersão do IGLS assim como das diferentes dimensões, obtidas através da aplicação do questionário HLS-EU-PT. O IGLS varia entre o valor mínimo de 2,13 e o valor máximo de 48,94 sendo que tem como valor médio e desvio padrão $26,67 \pm 7,82$, ou seja, é categorizado como LS problemática. As dimensões de cuidados de saúde ($27,65 \pm 7,94$) e de prevenção de doença ($27,89 \pm 7,95$) categorizam-se também como LS problemática. Já a dimensão de promoção da saúde ($24,60 \pm 9,67$) é o que apresenta piores resultados, obtendo uma LS inadequada.

Tabela 9: Análise das medidas de tendência central e de dispersão dos Índices de LS, através do HLS-EU-PT (n=133).

<i>Índices de LS</i>	<i>Média (M)</i>	<i>Mediana (Md)</i>	<i>Desvio Padrão (Dp)</i>	<i>Mínimo (Mín)</i>	<i>Máximo (Máx)</i>
<i>IGLS</i>	26,67	26,90	7,82	2,13	48,94
<i>Cuidados de Saúde</i>	27,65	28,13	7,94	4,17	50,00
<i>Prevenção da Doença</i>	27,89	28,13	7,95	1,04	50,00
<i>Promoção da Saúde</i>	24,60	25,56	9,67	0,00	50,00

Tendo em consideração a categorização da LS, verifica-se que 86% (n=115) dos participantes da amostra apresentam uma LS limitada [36% (n=48) da amostra apresenta uma LS inadequada e 50% (n=67) problemática]. Ao analisar a ilustração 3 é possível verificar que 9% (n=12) dos participantes apresentam uma LS suficiente e que apenas 5% (n=6) apresentam uma LS excelente.

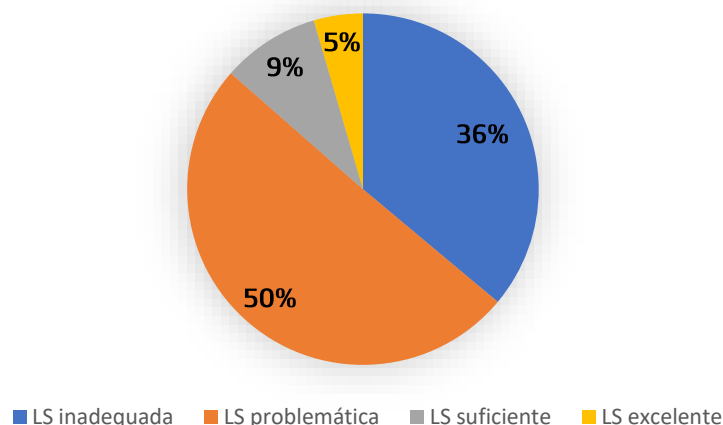


Ilustração 3: Categorização da LS (n=133).

Da análise da ilustração 4, é possível verificar a distribuição da percentagem quanto à categorização das diferentes dimensões da LS – promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde – assim como do IGLS.

Em todas as dimensões, à exceção da dimensão promoção de saúde, o nível de LS mais predominante é LS problemática com valores de 57,90%, 45,90% e 50,40% em prevenção de doença, cuidados de saúde e IGLS, respetivamente. Na dimensão promoção da saúde, 49,60% dos participantes apresenta uma LS inadequada

De referir, que o nível de LS excelente é o menos representado nas diferentes dimensões da LS, com os seguintes valores: 4,50% no IGLS e na dimensão promoção da saúde, 3,80% na prevenção da doença e apenas 2,30% na dimensão cuidados de saúde.

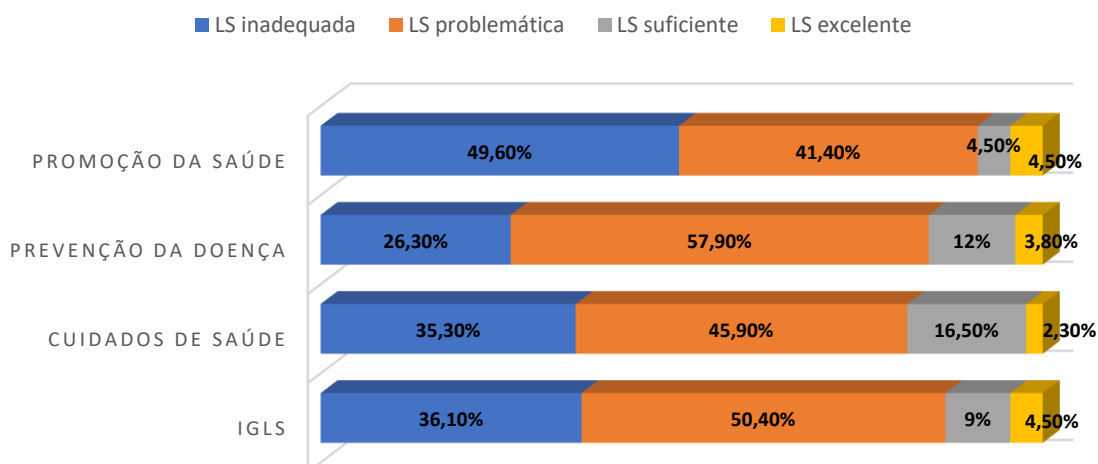


Ilustração 4: Categorização da LS nas suas diferentes dimensões.

4.3.4. Análise das 47 questões do HLS-EU-PT

Neste subcapítulo, serão analisadas as respostas ao questionário utilizado para a avaliação da Literacia em Saúde da amostra – HLS-EU-PT – nas 47 questões que o compõem.

Das 47 questões, a questão que mais participantes identificaram como “Muito Fácil” (n=54 40,6%) foi a questão 15 “Chamar uma ambulância em caso de emergência?”, pertencente à dimensão “Cuidados de Saúde”.

Já a questão 35 “Encontrar informação sobre mudanças nas políticas que possam influenciar as questões de saúde?”, que pertence à dimensão “Promoção da Saúde” foi a que mais participantes (n=42 31,6%) identificaram como sendo “Muito Difícil”, ou seja, é a tarefa onde existem uma maior dificuldade de execução. De referir ainda, que a questão que reuniu mais respostas “Não Sei” foi a número 36 “Encontrar informação sobre formas de promover a sua saúde no trabalho?”, também pertencente à dimensão “Promoção da Saúde”, assinalada por 16 participantes (12%).

De seguida, irá ser realizada a análise das percentagens obtidas em cada uma das respostas, divididas por dimensões de LS (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) tendo em consideração a ordem que está estabelecida no questionário.

Dimensão Cuidados de Saúde

É composta pelas primeiras 16 questões do questionário e encontram-se descritas na tabela 10. Nesta dimensão, as questões que se revelaram mais fáceis foram as questões: 15 – “Chamar uma ambulância em caso de emergência?” e 16 – “Seguir as indicações do médico/farmacêutico?” com 40,6% e 28,6% respetivamente, de respostas na opção “Muito Fácil”. As tarefas mais complexas são as descritas nas questões: 1 – “Encontrar informações sobre os sintomas de doenças que o preocupam?” e 2 – “Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que o preocupam?” com 26,3% e 22,6%, respetivamente, de respostas na opção “Muito Difícil”.

Tabela 10: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Cuidados de Saúde.

Q.	Item Cuidados de Saúde	Muito Difícil n (%)	Difícil n (%)	Fácil n (%)	Muito Fácil n (%)	Não Sei n (%)
1	Encontrar informações sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	35 (26,3%)	49 (36,8)	43 (32,3)	6 (4,5%)	-
2	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	30 (22,6%)	58 (43,6%)	39 (29,3%)	6 (4,5%)	-
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica?	16 (12%)	47 (35,3%)	54 (40,6%)	16 (12%)	-
4	Saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente?	16 (12%)	38 (28,6%)	71 (53,4%)	8 (6%)	-
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	7 (5,3%)	25 (18,8%)	86 (64,7%)	15 (11,3%)	-
6	Compreender os folhetos que vêm com os seus medicamentos?	7 (5,3%)	22 (16,5%)	89 (66,9%)	15 (11,3%)	-
7	Perceber o que fazer numa emergência médica?	21 (15,8%)	38 (28,6%)	53 (39,8%)	20 (15%)	1 (0,8%)
8	Compreender as instruções do seu médico/farmacêutico sobre a toma da medicação receitada?	5 (3,8%)	8 (6%)	96 (72,2%)	24 (18%)	-
9	Avaliar como é que a informação dada se aplica à sua condição clínica?	7 (5,3%)	41 (30,8%)	78 (58,6%)	6 (4,5%)	1 (0,8%)
10	Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	15 (11,3%)	71 (53,4%)	41 (30,8%)	5 (3,8%)	1 (0,8%)
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	12 (9%)	46 (34,6%)	67 (50,4%)	8 (6%)	-
12	Avaliar se a informação sobre as doenças divulgadas nos meios de comunicação é de confiança?	24 (18%)	54 (40,6%)	46 (34,6%)	6 (4,5%)	3 (2,3%)
13	Usar a informação do médico para decidir sobre a doença?	8 (6%)	34 (25,6%)	78 (58,6%)	13 (9,8%)	-
14	Seguir as instruções sobre a medicação prescrita?	3 (2,3%)	4 (3%)	91 (68,4%)	35 (26,3%)	-
15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	5 (3,8%)	14 (10,5%)	60 (45,1%)	54 (40,6%)	-
16	Seguir as indicações do médico/farmacêutico?	2 (1,5%)	8 (6%)	85 (63,9%)	38 (28,6%)	-

Dimensão Prevenção da Doença

É composta por 15 questões, da 17 à 31 (tabela 11). Nesta dimensão, as questões que se mostraram mais fáceis foram as questões: 23 – “Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?” e 29 – “Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?” com 28,6% e 24,8% respetivamente, de respostas na opção “Muito Fácil”.

As tarefas mais complexas são as descritas nas questões: 28 – “Avaliar se a informação transmitida os meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança?” e 31 – “Decidir como proteger-se de doenças com base em informação transmitida nos meios de comunicação?” com 19,5% e 17,3%, respetivamente, de respostas na opção “Muito Difícil”.

Tabela 11: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Prevenção da Doença.

Q.	Item Prevenção da Doença	Muito Difícil n (%)	Difícil n (%)	Fácil n (%)	Muito Fácil n (%)	Não Sei n (%)
17	Encontrar informações sobre como gerir comportamentos menos saudáveis (fumar,alcohol)?	18 (13,5%)	25 (18,8%)	70 (52,6%)	19 (14,3%)	1 (0,8%)
18	Encontrar informações sobre como gerir problemas de saúde mental (stress, depressão)?	21 (15,8%)	51 (38,3%)	52 (39,1%)	8 (6%) (8,3%)	1 (0,8%)
19	Encontrar informação sobre vacinas e ou exames que deve fazer?	12 (9%)	37 (27,8%)	73 (54,9%)	11 (8,3%)	-
20	Encontrar informação sobre a forma de evitar/controlar situações de excesso de peso, tensão alta?	15 (11,3%)	34 (25,6%)	78 (58,6%)	6 (4,5%)	-
21	Compreender as recomendações de saúde relativas a comportamentos como fumar, falta de atividade?	9 (6,8%)	17 (12,8%)	92 (69,2%)	15 (11,3%)	-
22	Compreender porque precisa de ser vacinado?	3 (2,3%)	12 (9%)	87 (65,4%)	31 (23,3%)	-
23	Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?	3 (2,3%)	11 (8,3%)	81 (60,9%)	38 (28,6%)	-
24	Avaliar em que medida são fiáveis as recomendações de saúde sobre o tabagismo, falta de atividade física?	12 (9%)	26 (19,5%)	77 (57,9%)	18 (13,5%)	-

25	Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um check-up ou um exame de saúde geral?	7 (5,3%)	36 (27,1%)	77 (57,9%)	13 (9,8%)	-
26	Avaliar quais as vacinas de que pode necessitar?	12 (9%)	42 (31,6%)	70 (52,6%)	9 (6,8%)	-
27	Avaliar os exames médicos de rotina que precisa de fazer?	15 (11,3%)	58 (43,6%)	54 (40,6%)	6 (4,5%)	-
28	Avaliar se a informação transmitida os meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança?	26 (19,5%)	43 (32,3%)	58 (43,6%)	3 (2,3%)	3 (2,3%)
29	Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	4 (3%)	13 (9,8%)	83 (62,4%)	33 (24,8%)	-
30	Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos da família e amigos?	6 (4,5%)	41 (30,8%)	77 (57,9%)	8 (6%)	1 (0,8%)
31	Decidir como proteger-se de doenças com base em informação transmitida nos meios de comunicação?	23 (17,3%)	46 (34,6%)	60 (45,1%)	4 (3%)	-

Dimensão Promoção da Saúde

É composta pelas últimas 16 questões do instrumento, da 32 à 47 (tabela 12). Nesta dimensão, as questões que se mostraram mais fáceis foram as questões: 45 - "Frequentar um ginásio ou uma modalidade desportiva se o desejar?", com 13,5% de respostas na opção "Muito Fácil", e as questões 32 - "Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis?" e 38 - "Compreender a informação apresentada nas embalagens alimentares?" ambas com 12,8% de respostas na opção "Muito Fácil".

As tarefas mais complexas são as descritas nas questões: 35 - "Encontrar informação sobre mudanças nas políticas que possam influenciar as questões de saúde?" e 34- "Encontrar informação sobre como é que a zona onde vive pode ser mais amiga da saúde?" com 31,6% e 23,3%, respetivamente, de respostas na opção "Muito Difícil".

Nesta dimensão, verifica-se que muitos participantes recorrem à resposta "Não Sei".

Tabela 12: Distribuição relativa e absoluta das respostas da amostra na dimensão Promoção da Saúde.

Q.	Item Promoção da Saúde	Muito Difícil n (%)	Difícil n (%)	Fácil n (%)	Muito Fácil n (%)	Não Sei n (%)
32	Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis?	14 (10,5%)	24 (18%)	78 (58,6%)	17 (12,8%)	-
33	Encontrar informação sobre atividades benéficas para o seu bem-estar mental?	18 (13,5%)	35 (26,3%)	69 (51,9%)	10 (7,5%)	1 (0,8%)
34	Encontrar informação sobre como é que a zona onde vive pode ser mais amiga da saúde?	31 (23,3%)	52 (39,1%)	41 (30,8%)	7 (5,3%)	2 (1,5%)
35	Encontrar informação sobre mudanças nas políticas que possam influenciar as questões de saúde?	42 (31,6%)	59 (44,45)	23 (17,3%)	5 (3,8%)	4 (3%)
36	Encontrar informação sobre formas de promover a sua saúde no trabalho?	27 (20,3%)	40 (30,1%)	44 (33,1%)	6 (4,5%)	16 (12%)
37	Compreender os conselhos sobre saúde dados pela sua família ou amigos?	12 (9%)	28 (21,1%)	85 (63,9%)	8 (6%)	-
38	Compreender a informação apresentada nas embalagens alimentares?	20 (15%)	22 (16,5%)	74 (55,6%)	17 (12,8%)	-
39	Compreender a informação transmitida pelos meios de comunicação para se tornar mais saudável?	15 (11,3%)	29 (21,8%)	78 (58,6%)	11 (8,3%)	-
40	Compreender a informação sobre como manter a sua mente saudável?	19 (14,3%)	32 (24,1%)	74 (55,6%)	8 (6%)	-
41	Avaliar a forma como o local onde vive afeta a sua saúde e bem-estar?	23 (17,3%)	33 (24,8%)	68 (51,1%)	9 (6,8%)	-
42	Avaliar como as condições da sua habitação o ajudam a manter-se saudável?	16 (12%)	28 (21,1%)	77 (57,9%)	12 (9%)	-
43	Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	14 (10,5%)	29 (21,8%)	81 (60,9%)	9 (6,8%)	-
44	Tomar decisões que melhorem a sua saúde?	9 (6,8%)	33 (24,8%)	75 (56,4%)	15 (11,3%)	1 (0,8%)
45	Frequentar um ginásio ou uma modalidade desportiva se o desejar?	21 (15,8%)	33 (24,8%)	61 (45,9%)	18 (13,5%)	-

46	Alterar as condições de vida que afetam a sua saúde e bem-estar?	16 (12%)	45 (34,6%)	64 (48,1%)	7 (5,3%)	-
47	Participar em ações que melhorem a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	13 (9,8%)	34 (25,6%)	76 (57,1%)	10 (7,5%)	-

4.4. Validação das Hipóteses de Investigação

De forma a responder às hipóteses de investigação que suportam os objetivos em estudo nesta investigação, apresenta-se:

H₁: A Literacia em Saúde dos indivíduos com perda auditiva é menor que a Literacia em Saúde da população portuguesa.

Realizou-se o teste de qui-quadrado para responder a esta hipótese de investigação, e verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas para afirmar que a LS dos indivíduos com perda auditiva é menor que a LS da população portuguesa em todas as dimensões ($p < 0,001$): IGLS, cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde.

H₂: Existem diferenças nas médias da LS consoante o sexo.

Para a aplicação do teste t para amostras independentes, é necessário testar primeiro a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. Não existem evidências estatisticamente significativas para afirmar que as variâncias são significativamente diferentes ($p = 0,903$) então, permite assumir que as variâncias são homogêneas.

Através do teste t para amostras independentes, e tendo em conta a homogeneidade das variâncias, não há evidências estatisticamente significativas para afirmar a existência de diferenças entre as médias de LS dos dois grupos, ou seja, não há diferenças nas médias da LS entre homens e mulheres ($p = 0,952$).

H₃: Existem uma relação inversa entre a idade e o nível de LS.

Para responder a este objetivo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados indicam que a idade apresenta uma correlação negativa com todos os

índices calculados, ou seja, à medida que a idade aumenta os quatro índices avaliados diminuam.

Em termos de correlação, ela é moderada com três dos quatro índices: com o índice geral de LS ($r=-0,319$), com o índice de cuidados de saúde ($r=-0,299$), e com o índice de promoção da saúde ($r=-0,323$). A correlação com o índice prevenção da doença, revelou uma correlação fraca ($r=-0,277$). (Cohen, 1988; Field, 2009; Pallant, 2020).

H₄: Existem diferenças nas médias dos níveis de literacia em saúde consoante o apoio familiar.

Para a aplicação do teste t para amostras independentes, é necessário testar primeiro a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. Não existem evidências estatisticamente significativas para afirmar que as variâncias são significativamente diferentes ($p = 0,885$) então, permite assumir que as variâncias são homogéneas.

Através do teste t para amostras independentes, e tendo em conta a homogeneidade das variâncias, não há evidências estatisticamente significativas para afirmar que as médias de LS dos dois grupos são diferentes ($p = 0,942$), ou seja, não há diferenças nas médias de LS entre os participantes que tem apoio familiar e os que não possuem este tipo de apoio.

H₅: Existem diferenças nas médias dos níveis de literacia em saúde consoante a sua situação profissional.

Para testar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene (valor $p < 0,001$), que permite assumir que as variâncias são heterogéneas.

No teste t para amostras independentes, e assumindo que as variâncias são heterogéneas, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0,045$), ou seja, a média de LS do grupo que está ativo é diferente da média do grupo que não está ativo.

É ainda possível verificar, através do valor d de Cohen (0,338) que o grupo que está ativo apresenta valores de LS mais elevados que o grupo que não está ativo profissionalmente.

H₆: Existem diferenças nas médias da LS consoante os anos de escolaridade.

Para responder a este objetivo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson e conclui-se que há evidências estatisticamente significativas ($p < 0,001$) para afirmar que o score de LS se relaciona com os anos de escolaridade. O coeficiente da correlação de Pearson ($r=0,30$, $p < 0,001$) é positivo e significativo, o que significa que quanto maior os anos de escolaridade maior o índice de LS, correlação de efeito médio (Cohen, 1988; Field, 2009; Pallant, 2020).

H₇: Existem diferenças nas médias da LS de acordo com o valor da PTM do pior ouvido.

Para responder a este objetivo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson que apresenta uma correlação negativa ($r=-0,201$; $p = 0,020$), pelo que podemos afirmar que à medida que a PTM do pior ouvido aumenta, o nível de LS diminui, de forma significativa, apesar de apresentar uma correlação fraca (Cohen, 1988; Field, 2009; Pallant, 2020).

H₈: Os indivíduos que usam ajuda técnica têm um maior nível de LS.

Para testar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene ($p = 0,024$), o que permite assumir que as variâncias são heterogéneas.

Como se pressupôs que os que usam ajuda técnica têm maior literacia (ao usar ajuda técnica o Audiologista vai transmitindo conhecimento) usamos o valor de p unilateral ($p < 0,001$) e podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no nível de LS entre os participantes que usam ajuda técnica e aqueles que não usam.

H₉: Existem diferenças nas médias dos níveis de literacia em saúde entre os indivíduos que foram diagnosticados há mais tempo com perda auditiva e os que foram diagnosticados recentemente.

Para responder a este objetivo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. Não há evidências estatisticamente significativas para afirmar que os anos de diagnóstico da perda auditiva estão relacionados com o score de LS ($p = 0,201$).

5. Discussão

Segundo as últimas estatísticas demográficas realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística de Portugal, referentes a 2021 e publicadas em 2023, residem em Portugal 10.421.117 pessoas sendo que 5.453.855 são mulheres (52,3%) e os restantes 4.967.262 são homens (47,7%) (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Na presente investigação, também se verificou a participação de mais mulheres: dos 133 participantes, 73 são do sexo feminino (54,9%) e 60 são do sexo masculino (45,1%). Porém, na literatura, está descrito que a perda auditiva é mais prevalente na população do sexo masculino devido a uma maior exposição ao ruído nas atividades profissionais (Reed et al., 2023).

A amostra da presente investigação tem uma média de idades de 61,1 anos \pm 13,9, o que vai ao encontro de vários estudos que relatam que a prevalência da perda auditiva aumenta exponencialmente com a idade acima dos 60 anos (Lisan et al., 2022; Reed et al., 2023; World Health Organization, 2021). Estes resultados estão de acordo com envelhecimento da população portuguesa, que se continua a acentuar ano após ano (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

Quanto à escolaridade dos participantes da amostra, a maioria (80,5%) tem apenas o ensino básico (4, 6 ou 9 anos de escolaridade), 15,8% concluíram 12 anos de escolaridade (ensino secundário completo) e apenas 3,8% concluíram o ensino superior. Os resultados da presente investigação revelam habilitações académicas menores que o que está descrito para a população portuguesa nos Censos 2021 (49,7% da população portuguesa tem o ensino básico) e no estudo de Espanha et. al (2016) em que 62% têm no máximo 6 anos de escolaridade completos.

Perante a condição da sua atividade profissional, a nossa amostra encontra-se na sua maior parte inativa (62,4%) enquanto no estudo de Espanha et al. (2016) a maioria (55,8%) se encontrava ativa profissionalmente.

Para estudar o nível de Literacia foi utilizado o questionário HLS-EU-PT que apresentou uma consistência interna muito boa, avaliada pelo *alfa de Cronbach* (Pestana & Gagueiro, 2014). Os valores da presente investigação foram iguais aos da população portuguesa, no trabalho de Pedro et al. (2016) no índice geral de literacia em saúde, na dimensão cuidados de saúde e na

dimensão prevenção da doença (0,96, 0,90, 090; respetivamente). Na dimensão promoção da saúde, o valor de *alfa de Cronbach* desta investigação foi ligeiramente superior (0,92) que o obtido por Pedro et al. (2016) (0,91). Para avaliar a correlação entre as diferentes dimensões do HLS-EU-PT foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson com resultados inferiores a 0,85, o que significa a não existência de redundância.

Na avaliação da LS dos indivíduos com perda auditiva obtivemos um IGLS (26,67) mais baixo do que os valores obtidos por Pedro et al. (2016) aquando da tradução e validação do questionário HLS-EU-PT (31,50). Nas diferentes dimensões da LS, cuidados de saúde (27,65), prevenção da doença (27,89) e promoção da saúde (24,60) os valores da amostra também se mostraram inferiores aos valores do estudo de Pedro et al. (2016) com os resultados; 32, 31,8 e 31, respetivamente.

Na ilustração 5, é possível comparar os níveis de categorização da LS da presente investigação com os valores de LS descritos nos estudos de Espanha et al. (2016), Pedro et al. (2016) e Alves et al. (2018). Assim, é possível apurar, que nesta investigação há uma maior percentagem de LS limitada (inadequada e problemática) e menor percentagem de LS suficiente e excelente quando comparados com outros estudos. Em todos os estudos apresentados também é possível verificar que a LS excelente é a que apresenta uma menor percentagem.

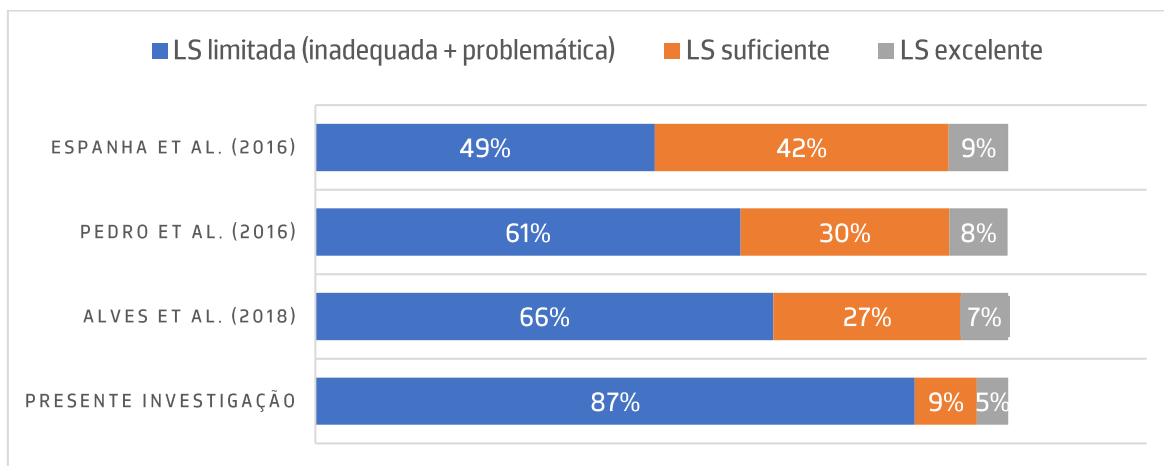


Ilustração 5: Comparação da categorização da LS de vários estudos, através do IGLS obtido pelo HLS-EU-PT.

Como é possível observar na tabela 13, a dimensão onde os valores de LS inadequada são mais elevados é na dimensão promoção da saúde, em ambos os estudos comparados. Também é possível verificar que a presente investigação tem resultados de literacia limitada (LS

inadequada + LS problemática) bastante superiores aos descritos no estudo de Pedro et al. (2016).

Tabela 13: Comparação da categorização da LS por dimensões entre a presente investigação e o estudo de Pedro et al. (2016).

		<i>LS</i> <i>inadequada</i>	<i>LS</i> <i>problemática</i>	<i>LS</i> <i>suficiente</i>	<i>LS</i> <i>excelente</i>
<i>IGLS</i>	Presente Investigação	36,10	50,40	9	4,50
	Pedro et al. (2016)	17	44,40	30,10	8,40
<i>Cuidados de saúde</i>	Presente Investigação	35,30	45,90	15,50	2,30
	Pedro et al. (2016)	16,90	38,90	35,10	9,10
<i>Prevenção da doença</i>	Presente Investigação	26,30	57,90	12	3,80
	Pedro et al. (2016)	19,40	35,70	33,70	11,10
<i>Promoção da saúde</i>	Presente Investigação	49,60	41,40	4,50	4,50
	Pedro et al. (2016)	22,40	37,80	30,30	9,50

Os resultados de LS obtidos através do *European Health Literacy Consortium*, demonstram que os 8 países participantes apresentam valores de LS melhores que a presente investigação e que os estudos realizados em Portugal por Espanha et al. (2016), Pedro et al. (2016) e Alves et al. (2018): 12,4% apresentam LS inadequada, 35,2% apresentam LS problemática, 36% apresentam LS suficiente e 16,5% LS excelente (Sørensen et al., 2015).

De forma a responder à hipótese de investigação deste estudo, realizou-se o teste de qui-quadrado, onde se verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas para afirmar que a LS dos indivíduos com perda auditiva é menor que a LS da população portuguesa em todas as dimensões: IGLS, cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde.

Nesta investigação, também pretendíamos estudar se a LS variava tendo em conta o sexo dos participantes e, verificamos que não existem evidências estatisticamente significativas para afirmar a existência de diferenças entre as médias de LS entre homens e mulheres. No estudo da avaliação da LS na população do Alto Minho, por Alves et al. (2018), também não foram encontradas diferenças nos níveis de LS entre os dois sexos. Por outro lado, Sørensen et al. (2015) descrevem que as diferenças entre os dois grupos são baixas, mas que os homens apresentam, tendencialmente, valores de LS piores que as mulheres. Já Tolisano et al. (2020) e Wells et al. (2020) indicam que as mulheres apresentaram melhores níveis de LS do que os

homens e uma possível explicação é as mulheres serem mais propensas a procurar informação sobre a saúde *online* (Escoffery, 2018).

No que se refere ao efeito da idade no nível de LS apenas um dos estudos refere que a LS não parece ser influenciada pela idade (Alves et al., 2018). A presente investigação encontrou uma correlação negativa entre a idade e a LS, ou seja, à medida que a idade aumenta a LS diminui, apesar de ser uma correlação moderada no IGLS, nos cuidados de saúde e na prevenção da doença e uma correlação fraca na dimensão promoção da saúde. Outros estudos acompanham estes achados em que a idade e a LS apresentam uma correlação significativa (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Suppiah et al., 2023; Tolisano et al., 2020).

Foram encontradas evidências estatisticamente significativas para afirmar que existem diferenças nos níveis de LS entre a população ativa e não ativa; e que o grupo que se encontra ativo apresenta níveis de LS mais elevados. Os dados encontrados na literatura vão de encontro aos achados deste estudo (Alves et al., 2018; Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016). Alves et al. (2018) alertam para a importância destes dados, uma vez que, com a idade, as pessoas tendem a ter mais comorbilidades e necessitam de recorrer mais ao sistema de saúde e, devido ao baixo nível de LS, podem encontrar mais barreiras de comunicação com os profissionais de saúde.

Relativamente à associação da LS com os anos de escolaridade verificou-se que existe uma correlação positiva, ou seja, há medida que a escolaridade aumenta a LS também. Na literatura esta correlação é amplamente reconhecida em vários estudos nacionais e internacionais (Alves et al., 2018; Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Suppiah et al., 2023). Por outro lado, o estudo de Marques (2015) não encontrou diferenças entre as habilitações académicas e a LS.

Pretendeu-se também avaliar se a PTM exerce influência na LS e, conseguiu-se verificar que há medida que a PTM do pior ouvido aumenta (o grau de perda auditiva é maior) o nível de LS diminui, apesar de ser uma correlação fraca. Os estudos encontrados que também estudaram esta associação corroboram os achados da presente investigação (Tolisano et al., 2020; E. Tran et al., 2021; Wells et al., 2020).

Um dos objetivos da presente investigação também foi verificar se os indivíduos que usam dispositivos de reabilitação auditiva apresentam um maior nível de LS, e através do teste t para amostras independentes, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de LS entre os participantes que usam ajuda técnica e aqueles que não usam. Wells et al. (2020) reportam que os indivíduos com perda auditiva e que não se encontram reabilitados apresentam níveis de LS menores e destacam que o uso de dispositivos de reabilitação auditiva, no caso, aparelhos auditivos, parecem reduzir o risco de uma baixa LS.

Para finalizar, e apesar de não se terem encontrado dados na literatura com os quais se possam comparar, foi possível determinar que nem o apoio familiar nem a antiguidade do diagnóstico da perda auditiva parecem influenciar os níveis de LS dos indivíduos com perda auditiva.

6. Conclusão

A LS é definida como o nível em que é possível alcançar, entender e usar fontes de informação relevantes para tomar decisões sobre os serviços de saúde de forma a proteger, manter e desenvolver a saúde e para melhorar a qualidade de vida.

A audição é o sentido através do qual conseguimos comunicar e interagir com outras pessoas. No caso da capacidade auditiva ser afetada em qualquer altura da vida, e a mesma não for tratada/reabilitada em tempo útil, pode impactar negativamente a vida da pessoa afetada, a da sua família e do ambiente em redor.

Nos casos em que existe perda auditiva a comunicação é posta em causa e, sendo a comunicação a base que sustenta a literacia em saúde, torna-se fundamental estudar esta população em específico de forma a minimizar as desigualdades no acesso à saúde. Este estudo, primeiro em Portugal sobre esta temática, surge da curiosidade de relacionar estas duas variáveis e contribuir para a caracterização da população e para a implementação de políticas específicas de acesso e promoção da saúde.

A presente investigação pretendeu avaliar a literacia em saúde em indivíduos com perda auditiva, através dos resultados do HLS-EU-PT e de um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico onde se verificou que:

- Indivíduos com perda auditiva revelam níveis de LS menores que os da população portuguesa;
- Indivíduos com mais idade apresentam piores resultados de LS;
- Indivíduos com menos habilitações académicas revelam piores níveis de LS;
- Indivíduos com maior grau de perda auditiva, têm uma LS mais baixa;
- Indivíduos que usam dispositivos de reabilitação auditiva apresentam melhores valores de LS.

Como já referido, níveis de LS inadequados têm impacto na saúde individual e coletiva e podem criar desigualdades em saúde com implicação na gestão de recursos e ganhos em saúde. Sendo a perda auditiva uma das maiores causas de incapacidade associada a dificuldades na comunicação, problemas psicológicos e sociais, com implicação económicas devido ao aumento dos gastos em e, sabendo que a incidência da perda auditiva tende a aumentar devido

ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento da população, a perda auditiva tem sido vista como um grave problema de saúde pública.

Portugal é considerado um dos países pioneiros na criação de iniciativas de promoção da saúde e considerado um exemplo internacional nesta área, mas apesar do melhoramento dos níveis de LS da população portuguesa entre 2016 e 2019, este trabalho torna clara a necessidade de criar estratégias direcionadas à população com perda auditiva.

De forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde, é fundamental garantir uma comunicação efetiva por parte dos profissionais de saúde tendo em conta as suas estratégias de comunicação e o nível de complexidade das informações de saúde que estão a ser transmitidas. Há pequenas ações que podem fazer a diferença na comunicação entre o profissional e o paciente e que devem ser implementadas, como por exemplo, o profissional de saúde deve ter atenção à forma como comunica com o paciente com perda auditiva: ter o cuidado de falar direcionado para o paciente de forma clara e pausada para que o paciente consiga acompanhar a informação auditiva com a leitura labial, ter atenção ao sítio onde transmite as informações para que não haja muito ruído de fundo de forma a prejudicar a discriminação e verificar que o paciente ouviu e compreendeu as informações prestadas (método de *teach-back*).

Tendo em consideração os achados no trabalho de Wells et al. (2020) onde referem que o uso de dispositivos de reabilitação auditiva parece reduzir o risco de uma baixa LS e sabendo que a maior parte da população com perda auditiva não está reabilitada auditivamente, seria importante melhorar o acesso aos cuidados de saúde auditiva através da diminuição do preconceito em usar aparelhos auditivos e do aumento da acessibilidade deste tipo de dispositivos devido a barreiras económicas e/ou culturais.

O Decreto-Lei n.º 92/2009 criou o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) abrange as pessoas com deficiência e, ainda, as pessoas que por uma incapacidade temporária necessitam de produtos de apoio, entre os quais aparelhos auditivos. O SAPA "é uma das medidas públicas que pretende facilitar o acesso das pessoas com deficiência e/ou incapacidade aos produtos de apoio e equipamentos indispensáveis e necessários à prevenção, compensação ou neutralização das incapacidades e desvantagens resultantes de deficiência e/ou incapacidade e, acima de tudo, prosseguir na concretização do objetivo

prioritário de reabilitação, integração e participação plena social e profissional” (Instituto da Segurança Social, 2022). A comparticipação é realizada a 100% do custo do produto mas a atribuição do financiamento está sujeita às disponibilidades orçamentais do ISS, IP, designadamente, a prevista nos Despachos anuais dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (Instituto da Segurança Social, 2022).

Considerando as opções de reabilitação auditiva presentes no mercado e a acessibilidade limitada, devido à indisponibilidade orçamental dentro do Serviço Nacional de Saúde, o Serviço de ORL (do qual a autora da presente investigação faz parte) e o Serviço de Social do CHEDV criou um programa de readaptação de dispositivos de reabilitação auditiva, denominado “Banco de Próteses Auditivas”.

Este programa, foi divulgado no 70º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, em maio de 2023, e tem como objetivo reduzir o desperdício, reciclar de forma eficaz os recursos escassos e melhorar a cobertura deste tipo de produto apoio. É avaliada a não adesão do paciente ao aparelho auditivo, através da média diária de utilização inferior 7 horas e o paciente é convocado para uma consulta de reavaliação. Caso o paciente não melhore a adesão procede-se à devolução do produto e o mesmo, após avaliação e condicionamento, é atribuído a um novo paciente que se encontra em lista de espera. Este controlo, permite que mais pacientes possam beneficiar destes dispositivos de reabilitação auditiva de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Sem dúvida que a elaboração de bancos de reutilização para as PA deve ser incentivada a nível central, nomeadamente no decreto-lei que regula o SAPA, de forma a tornar esta prática mais transversal e a aumentar a eficiência dos recursos existentes.

Melhorar o acesso dos indivíduos aos cuidados de saúde e aos aparelhos auditivos, parece ser uma excelente oportunidade de poupança na qual se espera travar os efeitos adversos da perda auditiva através do melhoria da LS.

À semelhança de qualquer investigação, a análise dos resultados deve ter em consideração as limitações com o número reduzido da amostra que não permitem a generalização dos resultados para a população portuguesa, assim como o tempo de resposta às 47 questões do HLS-EU-PT. Devido à extensão do instrumento, os participantes mostraram alguma fadiga no final do questionário o que por vezes pode condicionar a precisão das respostas fornecidas. O

serviço onde foi recolhida a amostra é um serviço bastante movimentado, e de forma a não prejudicar o mesmo, nem sempre era possível solicitar a participação dos pacientes devido ao tempo de resposta ao questionário.

A variável apoio familiar não ficou totalmente esclarecida, uma vez que não se deve depreender que o ser casado ou não casado está diretamente relacionado com o ter apoio familiar ou não, também derivado da evolução da sociedade em que vivemos e os novos paradigmas de conceito de família/apoio familiar.

A escassa literatura que relaciona a perda auditiva e a LS, tanto a nível nacional como global, também constituiu uma limitação principalmente na altura da discussão dos resultados obtidos.

Pelo exposto, e tendo em conta a necessidade da criação de programas de prevenção e sensibilização para a perda auditiva, seria crucial a inclusão de um Técnico de Audiologia nos Cuidados de Saúde Primários de forma a identificar e avaliar as questões relacionadas com a audição e equilíbrio dos utentes através de rastreios auditivos, da promoção de sessões de reabilitação auditiva (treino auditivo e promoção de estratégias de melhoria na comunicação com as famílias), da gestão de aparelhos auditivos como pequenas assistências de uso e manutenção assim como o encaminhamento para outros profissionais de saúde. Desta forma, seria possível promover a saúde auditiva da população e prestar cuidados preventivos de doença.

Como proposta para estudos futuros sugere-se a avaliação da capacidade dos Audiologistas e de outros profissionais de saúde em identificar a LS dos seus pacientes e a adaptabilidade da comunicação tendo em consideração o nível de LS do paciente. Também seria interessante estudar a relação entre a qualidade de vida, a LS e a perda auditiva antes e após o início dos programas de reabilitação auditiva com diferentes tipos de ajuda técnica (aparelhos auditivos vs implantes auditivos).

Referências Bibliográficas

- Alshuaib, W., Al-Kandari, J., & Hasan, S. (2016). Classification of Hearing Loss. *Intech*, 225–240.
- Alves, O. M. A., Morais, M. C. S., Barreiras, C. C., Cruz, M. D. J. G., & Lima, A. M. D. L. (2018). Health Literacy: The Reality of a Community in Alto Minho. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3), 157–163. <https://doi.org/10.1159/000497073>
- Andrade, Á., Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Almeida, C. V., Brito, D. V., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., & Almeida, Z. (2020). Literacia Em Saúde, um desafio emergente: contributos para a mudança de comportamento.
- Asaye, S., Bekele, M., Getachew, A., Fufa, D., Adugna, T., & Tadasa, E. (2023). Hyperbilirubinemia and Associated Factors Among Neonates Admitted to the Neonatal Care Unit in Jimma Medical Center. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 17. <https://doi.org/10.1177/11795565231193910>
- Bureau International d' Audiophonologie (BIAP). (1997). *International Bureau for Audiophonology BIAP Recommendation 02/1: Audiometric Classification of Hearing Impairments*. 1–2.
- Choi, G. W., Lee, K. eun, Chang, S. J., & Kim, H. J. (2023). Health education interventions for individuals with hearing impairment: A systematic review. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 114). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107830>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Consortium HLS-EU. (2012). Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Revised and Extended Version, Date July 22nd, 2014), Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>. *Maastricht University*, 1–92. <http://www.health-literacy.eu>
- Cunha, M., Santos, E., Costa, A., Pereira, M., Varanda, R., & Loureiro, S. (2014). Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly people–Systematic Literature Review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(1), 125–134. <https://doi.org/10.12707/RIII12157>
- Cunningham, L. L., & Tucci, D. L. (2017). Hearing Loss in Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465–2473. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1616601>

- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526–533. <https://doi.org/10.1071/PY19007>
- DeWalt, D. A., Boone, R. S., & Pignone, M. P. (2007). Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*, 31(SUPPL. 1), 27–35. <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.5>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 - Plano Estratégico*. www.dgs.pt
- Drake, R., Vogl, A., & Mitchell, A. (2015). Head and Neck - Ear. In *Gray's Anatomy for students* (3rd ed., pp. 953–971). Elsevier.
- Escoffery, C. (2018). Gender Similarities and Differences for e-Health Behaviors Among U.S. Adults. *Telemedicine and E-Health*, 24(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0136>
- Espanha, Rita., Mendes, R. Veloso., & Ávila, P. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock "n" roll)*. SAGE Publications.
- Fitzpatrick, R., Pant, S., Li, J., Ritterman, R., Adenikinju, D., Iloegbu, C., Pateña, J., Vieira, D., Gyamfi, J., & Pehrah, E. (2023). Implementation of non-insulin-dependent diabetes self-management education (DSME) in LMICs: a systematic review of cost, adoption, acceptability, and fidelity in resource-constrained settings. *Frontiers in Health Services*, 3. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1155911>
- Fransen, M. P., Beune, E. J. A. J., Baim-Lance, A. M., Bruessing, R. C., & Essink-Bot, M. L. (2015). Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers. *Journal of Diabetes*, 7(3), 418–425. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12191>

- Global Burden of Disease. (2021). Hearing loss prevalence and years lived with disability, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10278), 996–1009. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00516-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00516-X)
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209–214. www.audiologyonline.com/articles/
- Guo, X. M., Zhai, X., & Hou, B. R. (2020). Adequacy of health literacy and its effect on diabetes self-management: A meta-Analysis. *Australian Journal of Primary Health*, 26(6), 458–465. <https://doi.org/10.1071/PY20079>
- Gur, K., Dolaner, G., & Rabia Turan, S. (2020). Health literacy of hearing-impaired adolescents, barriers and misunderstandings they encounter, and their expectations. *Disability and Health Journal*, 13(4). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100929>
- Instituto da Segurança Social. (2022). *Guia prático – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. www.seg-social.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos – Portugal*. www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas – 2021*. www.ine.pt
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. www.diabetesatlas.org
- James, T. G., Panko, T., Smith, L. D., Helm, K. V. T., Katz, G. R., Caballero, M. E., Cooley, M. M., Mitra, M., & McKee, M. M. (2023). Healthcare communication access among deaf and hard-of-hearing people during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107743>
- Kickbusch, S., & Wait, D. (2006). *Navigating Health: The role of health literacy*.
- Lee, E. H., Lee, Y. W., Chae, D., Lee, K. W., Hong, S., Kim, S. H., & Chung, J. O. (2021). Pathways linking health literacy to self-management in people with type 2 diabetes. *Healthcare (Switzerland)*, 9(12), 1–11. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121734>
- Lin, F. R., Metter, E. J., O'Brien, R. J., Resnick, S. M., Zonderman, A. B., & Ferrucci, L. (2011). Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 68(2), 214–220. <https://doi.org/10.1001/ARCHNEUROL.2010.362>
- Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman,

- D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., ... ACHIEVE Collaborative Research Group. (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)
- Lisan, Q., Goldberg, M., Lahlou, G., Ozguler, A., Lemonnier, S., Jouven, X., Zins, M., & Empana, J. P. (2022). Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use among Adults in France in the CONSTANCES Study. *JAMA Network Open*, 5(6), E2217633. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17633>
- Maroco, J. (2007). *A análise Estatística com SPSS* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* 4(1), 65–90.
- McKee, M. M., Paasche-Orlow, M. K., Winters, P. C., Fiscella, K., Zazove, P., Sen, A., & Pearson, T. (2015). Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. *Journal of Health Communication*, 20, 92–100. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066468>
- Monteiro, L., & Subtil, J. (2018). *Audiologia, Som e Audição – das bases à clínica* (1ª). Círculo Médico.
- 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>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? In *International Journal of Public Health* (Vol. 54, Issue 5, pp. 303–305). Birkhauser Verlag AG. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Obando, F., Monsegny, A., Gómez, O., Mellado, A., Arana, M., Arias, C., & Gómez, J. (2006). *Audiología básica* (Olga Gómez, Ed.).
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (Open University Press, Ed.; 7ª ed.).
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

- Pedro, A., Raposo, B., Luis, L., Amaral, O., Escoval, A., & Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4).
- Penha, R. (1998). *Otorrinolaringologia*.
- Pestana, H., & Gagueiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais Complementaridade do SPSS* (6ªed.). Edições Sílabo, Lda. . <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Rafferty, A. P., Winterbauer, N. L., Luo, H., Bell, R. A., & Little, N. R. G. (2021). Diabetes Self-Care and Clinical Care among Adults with Low Health Literacy. *Journal of Public Health Management and Practice*, *27*(2), 144–153. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001050>
- Reed, N. S., Garcia-Morales, E. E., Myers, C., Huang, A. R., Ehrlich, J. R., Killeen, O. J., Hoover-Fong, J. E., Lin, F. R., Arnold, M. L., Oh, E. S., Schrack, J. A., & Deal, J. A. (2023). Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use Among US Medicare Beneficiaries Aged 71 Years and Older. *JAMA Network Open*, *6*(7), e2326320. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.26320>
- Ribas, A., Kozlowski, L., Almeida, G., Marques, J. M., Silvestre, R. A. A., & Mottecy, C. M. (2014). Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *17*(2), 353–362. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232014000200012>
- Santos, L., Mansur, H., Paiva, T., Colugnati, F., & Bastos, M. (2012). Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *Brazilian Journal of Nephrology*, *34*(3), 293–302. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, *4*(3), 127–134.
- Sharma, R. K., Chern, A., & Golub, J. S. (2021). Age-Related Hearing Loss and the Development of Cognitive Impairment and Late-Life Depression: A Scoping Overview. *Seminars in Hearing*, *42*(1), 10–25. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1725997>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & 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). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 649–659.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Stach, B. (2010). *Clinical Audiology: An Introduction* (2ª). Delmar.
- Suppiah, S. D., Malhotra, R., Tan, Y. W., Jessup, R. L., Chew, L. S. T., Tang, W. E., & Beauchamp, A. (2023). Prevalence of health literacy and its correlates from a national survey of older adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(6), 906–912.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.02.013>
- Sydowski, S. A., Marinelli, J. P., Lohse, C. M., & Carlson, M. L. (2022). Hearing Health Perceptions and Literacy Among Primary Healthcare Providers in the United States: A National Cross-Sectional Survey. *Otology and Neurotology*, 43(8), 894–899.
<https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000003616>
- Teixeira, J. S., & Ferreira, M. E. C. (2015). Metanálise de pesquisas sobre qualidade de vida, saúde e bem-estar subjetivo no envelhecimento. *HU Revista*, 41(1 e 2).
- Tolisano, A. M., Fang, L. B., Isaacson, B., Kutz, J. W., & Hunter, J. B. (2020). Can You Hear Me Now? The Impact of Hearing Loss on Patient Health Literacy. *Otology & Neurotology: Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 41(8), 1027–1032.
<https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000002713>
- Tonelli, M., Wiebe, N., Lunney, M., Donald, M., Howarth, T., Evans, J., Klarenbach, S. W., Nicholas, D., Boulton, T., Thompson, S., Schick Makaroff, K., Manns, B., & Hemmelgarn, B. (2023). Associations between hearing loss and clinical outcomes: population-based cohort study. *EClinicalMedicine*, 61, 102068. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102068>
- Tran, E. D., Vaisbuch, Y., Qian, Z. J., Fitzgerald, M. B., & Megwalu, U. C. (2021). Health Literacy and Hearing Healthcare Use. *Laryngoscope*, 131(5), E1688–E1694.
<https://doi.org/10.1002/LARY.29313>

- Tran, E., Vaisbuch, Y., Qian, Z., Fitzgerald, M., & Megwalu, U. (2021). Health Literacy and Hearing Healthcare Use. *The Laryngoscope*, *131*, 1688–1694. <https://doi.org/10.1002/lary.29313>
- Tseng, Y. C., Liu, S. H. Y., Lou, M. F., & Huang, G. S. (2018). Quality of life in older adults with sensory impairments: a systematic review. In *Quality of Life Research* (Vol. 27, Issue 8, pp. 1957–1971). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1799-2>
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Schinckus, L., Schwarz, P., Doyle, G., Pelikan, J., Muller, I., Levin-Zamir, D., Schillinger, D., Chang, P., & Terkildsen-Maindal, H. (2018). The impact of health literacy on diabetes self-management education. *Health Education Journal*, *77*(3), 349–362. <https://doi.org/10.1177/0017896917751554>
- Wallace, L. G., Bradway, C. K., & Cacchione, P. Z. (2022). The relationship between sensory loss and health literacy in older adults: A systematic review. *Geriatric Nursing*, *47*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2022.06.003>
- Wang, Y., Xu, H., Geng, Z., Geng, G., & Zhang, F. (2023). Dementia and the history of disease in older adults in community. *BMC Public Health*, *23*(1), 1555. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16494-x>
- Wells, T. S., Rush, S. R., Nickels, L. D., Wu, L., Bhattarai, G. R., & Yeh, C. S. (2020). Limited Health Literacy and Hearing Loss Among Older Adults. *Health Literacy Research and Practice*, *4*(2), e129–e137. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200511-01>
- Wimo, A., Seeher, K., Cataldi, R., Cyhlarova, E., Dielemann, J. L., Frisell, O., Guerchet, M., Jönsson, L., Malaha, A. K., Nichols, E., Pedroza, P., Prince, M., Knapp, M., & Dua, T. (2023). The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimer's and Dementia*. <https://doi.org/10.1002/alz.12901>
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: the solid facts*.
- World Health Organization. (2018). *Environmental noise guidelines for European Region*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2021). *World Report: On Hearing* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- World Health Organization. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1– Overview*.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do Conselho de
Administração do CHEDV

AC

Anabela Costa

Para: Natalia Oliveira

Cc: Anabela Carneiro



sex, 16/12/2022 13:51

Exma. Senhora
Dra. Natália Oliveira

No seguimento do pedido submetido por V.Exa., para a realização do trabalho de investigação identificado em epigrafe, informa-se que o mesmo foi objeto de apreciação em reunião de 15 de dezembro de 2022, tendo sido proferido o seguinte despacho:

"Deliberado autorizar."

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Paiva
Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.
Rua Cândido de Pinho nº 5
4520-211 SMFeira
Portugal

TEL + 351 256 379 700
www.chedv.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



ANEXO II

Termo do Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Avaliação da Literacia em Saúde de indivíduos com perda auditiva

Declaração de Consentimento Informado

Conforme o RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004; Seul 2008; Fortaleza 2013) – quando se aplicar

Eu, abaixo-assinado _____

fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a **avaliar os níveis de literacia em saúde de indivíduos com perda auditiva.**

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário destinado a avaliar a literacia em saúde, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

obtidos neste estudo e que não terei qualquer risco ou despesa adicional.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto:

Natália Margarida dos Santos Oliveira

Contactos – Tlm: 919138568 || Email: nmo@ess.ipp.pt

ANEXO III

Questionário de caracterização
sociodemográfica e clínica

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO

Número Atribuído (a preencher pela investigadora): _____

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Estado Civil:

- solteiro(a) casado(a) ou união de facto viúvo(a)
 Separado(a) ou divorciado(a)

Situação Profissional:

- Ativo(a) Desempregado(a) – Estudante/ estagiário(a)¹
 Reformado(a) Incapacitado(a) Doméstico (a)

Habilitações literárias:

- Até 1º ciclo do ensino básico 2º ciclo do ensino básico
 3º ciclo do ensino básico ensino secundário ensino superior

Tipo e Grau de Perda Auditiva (a preencher pela investigadora): _____

Há quanto tempo foi diagnosticada a perda auditiva: _____

Utilização de Ajuda Técnica Auditiva: usa não usa

¹ aprendizagem não remunerada

ANEXO IV

Questionário HLS-EU-PT

GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a

... :

	1 - Muito Difícil	2 - Difícil	3 - Fácil	4 - Muito Fácil	5 - Não Sei
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

e excesso de álcool?

25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avaliar que vacinas pode necessitar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avaliar que exames médicos deve fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Compreender a Informação nas embalagens de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO V

Aprovação por parte da Comissão Técnico-
Científica do Mestrado de Gestão das
Organizações da APNOR

Propostas para Dissertações/Estágios/Projetos (até à 14.ª Edição)

Instituto Politécnico do Porto, Ano Letivo 2022/2023

Nome do Estudante	Tema Proposto [Tipo: Dissertação/Projeto/Relatório de estágio]	Orientador(es) [Grau Académico]	Resultado
Ana Isabel Faria Martins (10160585)	Avaliação da satisfação dos clientes com o atendimento numa farmácia comunitária. [Dissertação]	Jorge Condeço [PhD] Rui Pimenta [PhD]	Aprovada.
Ana Margarida Carvalho Torres (10130257)	Daly nas doenças não comunicáveis nos países da união europeia [Dissertação]	Alcina Nunes[PhD] João Martins [PhD]	Aprovada.
Daniela Sofia Nogueira Alves (25180070)	A perceção dos profissionais de saúde sobre a utilização da telemedicina. [Dissertação]	Henrique Curado [PhD]	Aprovada.
Débora Miriam Oliveira Pinto (10210089)	Cancelamento de cirurgias eletivas no próprio dia num hospital do Grande Porto. [Dissertação]	João Logarinho (Especialista) Pilar Baylina[PhD]	Aprovada.
Inês de Carvalho da Silva Válega (10170283)	Impacto da covid-19 nas infeções associadas Aos cuidados de saúde. [Dissertação]	Jorge Condeço [PhD]	Aprovada.
Iolanda Vanessa Mendes Castro (10210341)	Criação e validação de um instrumento de avaliação do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos do utente no sistema nacional de saúde. [Dissertação]	Henrique Curado [PhD] Jorge Condeço [PhD]	Aprovada.
Joana Filipa Carvalho Cunha (10160312)	Otimização do serviço de neurofisiologia: um contributo para a melhoria da gestão. [Projeto]	Carmina Morais [PhD]	Aprovada.
Maria Catarina Ferreira Padrão de Morais (10200025)	Identificação e caracterização dos serviços prestados no departamento ambulatório da unidade local de saúde de Matosinhos, ULSM E.P.E. [Relatório de Estágio]	Henrique Curado[PhD] Eduardo Albuquerque[PhD]	Aprovada.
Natália Margarida dos Santos Oliveira (10090120/25140046)	Avaliação da literacia em saúde de indivíduos com perda auditiva. [Dissertação]	David Tomé [PhD] Paulo Cardoso do Carmo [PhD]	Aprovada.
Patrícia Marlene Carneiro Da Silva (10210343)	Desenvolvimento de um sistema de telemonitorização não invasiva na insuficiência cardíaca. [Dissertação]	Jorge Condeço [PhD] Paulo Veloso Gomes [PhD]	Aprovada.

ANEXO VI

Autorização das autoras do HLS-EU-PT

AP

Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

Para: Natália Margarida Dos Santos Oliveira

Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>



qua, 31/08/2022 12:16



2 anexos (2 MB) Guardar tudo no OneDrive - Instituto Politécnico do Porto Transferir tudo

Exma. Sra. Dra. Natália Oliveira

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no trabalho a escala por nós validada.

Envio em anexo a escala que validámos e aplicámos em Portugal. Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível

em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Junto também o relatório completo do instrumento na sua versão original.

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal

rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enso.unl.pt



