



# ENFERMAGEM NO TRABALHO: DIAGNOSTICAR PARA INTERVIR NA LITERACIA PARA A SAÚDE E NOS ESTILOS DE VIDA

Nursing at work: Diagnose to intervene  
in health literacy and lifestyles

## ISABEL FRAGOEIRO

**Professora Coordenadora,**

Doutor. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

✉ [isabel.fragoeiro@staff.uma.pt](mailto:isabel.fragoeiro@staff.uma.pt)

## GREGÓRIO FREITAS

**Professor Adjunto,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

## CLEMENTINA MORNA

**Professora Adjunta,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

## ANA JARDIM DE AZEVEDO

**Professora Adjunta,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

### Abstract

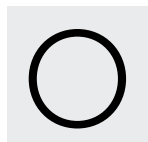
Healthy lifestyles and health literacy protect health and well-being of communities. The health education promoter of healthy lifestyles and health literacy tries to achieve health gains in the medium and long term. The National Occupational Health Program - 2nd Cycle 2013/2017 establishes objectives to guarantee the value of workers' health, promoting work practices and healthy lifestyles. In this sense, the potential of Nursing at Work intervention, which translates to positive repercussions, is unquestionable. The objective was to describe the health literacy and lifestyles of adult workers of a public service institution of the Autonomous Region of Madeira. A cross-sectional study was developed in a sample of 98 workers, with a mean age of 51 years and mostly male (76.5%). Was used a data collection instrument with the sociodemographic characteristics, the European Health Literacy Survey [-C of 0.97] and the questionnaire "FANTASTIC Lifestyles" [-C 0.725]. Complied with the ethical procedures inherent to this type of study.

In general health literacy, 61.2% presented limited literacy, being 53.1% problematic and 8.2% inadequate. In functional health literacy, 47.96% showed limited literacy. In lifestyle 6.1% presented a score of regular level, 9.2% of good level, 59.2% of very good level and 25.5% an excellent level. There is a positive and statistically significant correlation ( $p = 0.036$ ) between the general lifestyle score and the overall health literacy score.

There is a need for interventions that promote more salutogenic behaviors, such as adequate diet and regular physical activity, health surveillance and self-care, in order to raise the awareness of the target population.

**KEY WORDS: HEALTH LITERACY; LIFESTYLES; ADULT IN WORK CONTEXT; NURSING AT WORK.**

## INTRODUÇÃO



Os estilos de vida saudável (EVS) protegem a saúde e o bem-estar das comunidades, sendo na vida adulta ativos, influenciados por vários determinantes, particularmente a literacia para a saúde (LS). Neste sentido, a educação para a saúde (EpS) promotora de LS e subsequentemente de EVS, proporciona ganhos, a médio e longo prazo, ao nível do bem-estar, da satisfação, da produtividade e da prevenção de doenças não-transmissíveis e de acidentes<sup>1</sup>. O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – 2º Ciclo 2013/2017 estabelece objetivos para aumentar os ganhos e garantir o valor da saúde do trabalhador junto das entidades empregadoras, dos responsáveis pela governação e da sociedade em geral<sup>1</sup>.

<sup>2</sup> Um dos objetivos específicos visa a promoção da saúde, através de práticas de trabalho e de comportamentos saudáveis nos locais de trabalho, do setor privado e da administração pública<sup>2</sup>. Neste sentido, é incontável o potencial da intervenção salutogénica da enfermagem, nos contextos laborais, ao capacitar os cidadãos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a realizar escolhas e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde<sup>3,4</sup>.

### Estilos de vida no adulto

Existe um conjunto de fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo ou das populações, nomeadamente os fatores biológicos (idade, género, raça e história familiar), os fatores ambientais, os estilos de vida (prática regular de exercício físico, alimentação saudável, consumo moderado de álcool...), como também as condições de vida e de trabalho dos indivíduos<sup>5,6</sup>. Fundamentamos o nosso conceito de EV na definição de Silva, Brito & Amado (2013) que o entendem como um combinado de comportamen-

tos que respondem às situações do quotidiano de um indivíduo, tanto no local de trabalho, como de lazer, quer a nível físico, mental, social e espiritual, sendo transmitidos através das relações sociais estabelecidas ao longo da vida, em diferentes circunstâncias. Efetivamente, os estilos de vida têm influência na saúde do indivíduo e na comunidade que o rodeia. Portugal é um dos países da União Europeia (UE) com índices mais elevados de inatividade física e alimentação inadequada, tendo-se verificado que, em 2014, mais de metade da população com mais de 18 anos (52,8%) tinha excesso de peso ou obesidade, sendo a RAM uma das regiões do país com valores mais preocupantes (56,7%)<sup>7,8</sup>.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, o panorama nacional também não é muito animador, dado que 10,3% da população portuguesa com mais de 15 anos é doente alcoólico e 13,7% bebe excessivamente, números estes que têm vindo a aumentar, com consequente aumento dos diagnósticos de cirrose e hepatite alcoólica, que tornam o abuso de álcool um dos principais fatores de risco de morte<sup>9</sup>. Dados relativos a 2010 indicam que, em Portugal, indivíduos com 15 ou mais anos bebiam, em média, 12,9 litros de álcool puro por ano, sendo este valor superior à média europeia e mais significativo nos homens<sup>10</sup>.

O tabagismo contribui para a maior parte das causas de morte a nível mundial, tendo sido responsável pela morte de cerca de 11000 portugueses em 2010, sendo a grande maioria do género masculino. Em 2012 mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidor de tabaco, sendo a média de 14 cigarros por dia. Observa-se um maior consumo na faixa etária dos 25-34 anos nos homens e dos 35-44 anos nas mulheres<sup>11</sup>. De acordo com a World Health Organization (WHO), sendo as doenças

não transmissíveis (DNT) a principal causa de morte no mundo (38 milhões das 56 milhões de mortes em 2012), constituem um dos grandes desafios de saúde e de desenvolvimento do século 21, tanto em termos de sofrimento humano como no impacto socioeconómico que causam nos países, especialmente nos países de baixo e médio rendimento<sup>12</sup>. Em 2012, das 38 milhões de mortes causadas pelas DNT, mais de 40% foram prematuras, afetando, sobretudo, pessoas com menos de 70 anos de idade. Quase três quartos de todas estas mortes (28 milhões), e a maioria das mortes prematuras (82%), ocorreram em países de baixo e médio rendimento. As principais DNT que contribuíram para tal elevada mortalidade foram as doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes, ou 46,2% das mortes), o cancro (8,2 milhões, ou 21,7% das mortes), as doenças respiratórias (4,0 milhões, ou 10,7% das mortes) e a diabetes (1,5 milhões ou 4% de mortes). Juntas, foram responsáveis por 82% das mortes por DNT. A maioria destas mortes é evitável, havendo evidências encorajadoras que estas mortes prematuras podem ser reduzidas em todo o mundo uma vez que os fatores de risco estão associados a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>. Nas estimativas efetuadas em 2014, pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, através da iniciativa *Global Burden of Disease*, na população portuguesa, os fatores de risco com maior peso na carga de doença, e que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos, são: hábitos alimentares inadequados (19%); hipertensão arterial (17%); índice de massa corporal (IMC) elevado (13%); fumo de tabaco (12%); consumo de álcool (10%); glicose plasmática aumentada (8%) e baixo nível ou inatividade física (7%). No que concerne à carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, verifica-se que a dieta pobre em fruta, >

em vegetais e em frutos secos e rica em sódio, são os fatores com maior carga<sup>13</sup>.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS), através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem vindo a adotar medidas específicas, que estão em conformidade com o plano de ação global proposto pela OMS<sup>1</sup>, nomeadamente, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020, definindo como principais metas reduzir para menos de 20% a taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), aumentar em 30% a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e reduzir os fatores de risco relacionados com as DNT<sup>1</sup>. Estas medidas também se estendem ao contexto laboral através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – 2º Ciclo 2013/2017 onde se estabelecem objetivos para aumentar os ganhos em saúde e garantir o valor da saúde do trabalhador junto das entidades empregadoras, dos responsáveis pela governação e da sociedade em geral. Um dos objetivos específicos visa a promoção da saúde e práticas de trabalho e estilos de vida saudável, no local de trabalho, em empresas/ estabelecimentos do Setor Privado e da Administração Pública<sup>2</sup>.

Num estudo realizado em Portugal junto dos trabalhadores das esquadras da polícia de segurança pública (PSP) do Funchal, de Benfica, de Cascais e respetivas equipas de intervenção rápidas (EIR), e recorrendo ao questionário de EV FANTÁSTICO, constatou-se que, 13,5% dos trabalhadores obteve o nível de "Bom", 62,4% "Muito Bom" e 24,1% "Excelente", relativamente ao score geral do EV<sup>14</sup>. Já no projeto implementado junto aos trabalhadores de uma empresa do sector terciário na RAM, na fase de diagnóstico e recorrendo ao mesmo questionário, apurou-se que 11,9% dos inquiridos apresentou um score geral de estilos de vida de nível "Bom", 55,9% um nível de "Muito Bom" e 32,2% um nível de "Excelente"<sup>15</sup>.

### Literacia para a saúde

A LS integra as estratégias prioritárias na agenda europeia para a saúde, dada a importância do papel ativo do cidadão na promoção da saúde, prevenção da doença, autogestão dos processos patológicos e consumo dos recursos de saúde<sup>16,17</sup>. Também em Portugal tem vindo a crescer o interesse na promoção da LS como um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e para a definição de políticas de saúde mais adequadas às necessidades da população, evidenciado no PNS Revisão e Extensão a 2020<sup>1</sup> e no Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA)<sup>18</sup>. Sendo o conceito de LS tão vasto e com uma multiplicidade de definições e modelos<sup>19</sup>, adotaremos a definição desenvolvida Sørensen et al em 2012. Assim, quando nos referimos à LS estão implicadas dimensões como o conhecimento, a motivação e as competências que as pessoas têm para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, fazendo julgamentos e tomando decisões na vida cotidiana no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o curso da vida<sup>19</sup>. Verificamos que esta definição abrange as qualidades dos diferentes níveis de LS propostos por Nutbeam, isto é, a literacia funcional que implica o conhecimento sobre fatores de risco e serviços de saúde, assim como cumprir com as prescrições; a literacia interativa que envolve a capacidade para atuar de forma independente, motivação e autoconfiança; e a literacia crítica que compreende a resiliência perante as adversidades sociais e económicas<sup>19</sup>. Deste modo, a LS implica mais do que saber ler informação, implica também a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionem com a autogestão da doença ou a melhoria da saúde. Assim, para além dos benefícios em saúde pes-

soais, resultam benefícios sociais, nomeadamente por promover maior envolvimento em ações de saúde comunitárias, e maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção de doença<sup>16,17</sup>. Facilmente se compreende que a baixa LS vem sendo identificada em diversos estudos como um fator de risco para diversas doenças, nomeadamente as que têm fatores de risco modificáveis e que implicam a autogestão da doença<sup>20</sup>, como por exemplo a obesidade<sup>21</sup>, a diabetes<sup>22</sup>, as doenças cardiocerebrovasculares<sup>23</sup> e o cancro<sup>24</sup>. Em suma, níveis de LS limitada conduzem a escolhas menos saudáveis, a comportamentos de risco, a uma pior saúde, a uma menor autogestão, a mais hospitalizações e mesmo a mais mortalidade. Também provoca um aumento significativo do consumo dos recursos humanos e financeiros nos sistemas de saúde. Por outro lado, níveis adequados de LS resultam em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida<sup>16,17,20</sup>. Deste modo, é fundamental identificar os níveis de LS da população, não só para os profissionais adequarem as suas intervenções às necessidades dos clientes, mas também, para fundamentar a definição de políticas e programas de saúde. Um estudo realizado em oito países europeus (Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia) concluiu que, em média, quase 50% de todos os adultos desses países tinham uma LS geral limitada<sup>17</sup>. Resultado da tradução e validação da escala utilizada no estudo referido anteriormente (HLS-EU) para o português (HLS-EU-PT)<sup>25</sup>, verificamos que 60% dos inquiridos portugueses tem uma LS geral limitada (24% apresentam uma LS inadequada e 36% uma LS problemática), superando em muito a média dos outros oito países onde o estudo já se tinha realizado. Quanto à literacia funcional, os portugueses obtiveram o terceiro pior resultado com 29,6% dos inquiridos a apresentarem LS funcional

fortemente inadequada (enquanto nos outros oito países este valor situava-se nos 21,2%). No entanto, 42,9% dos inquiridos apresentavam possibilidade de LS limitada (comparados com os 23,5% dos outros países) e 27,5% dos inquiridos portugueses apresentam LS funcional adequada (para 55,3% nos outros oito países)<sup>26</sup>. Por seu lado e recorrendo ao mesmo instrumento (HLS-EU-PT), Pedro et al (2016)<sup>16</sup> concluem com o seu estudo que, na LS geral, 61,4% dos portugueses apresenta literacia limitada (44,4% inadequada e 17% problemática).

Na RAM, o cenário também não é animador, pois 63,3% dos madeirenses apresenta literacia limitada (33,3% problemática e 30% inadequada) superando a média nacional<sup>16</sup>. Um estudo implementado numa empresa na RAM<sup>27</sup> concluiu que, na LS geral, 56,7% dos inquiridos apresentou literacia limitada, sendo 7,2% inadequada e 49,5% problemática. A tendência para literacia limitada, observada na literacia geral, manteve-se nos três domínios desta. Assim, no domínio dos Cuidados de Saúde, 48,3% dos inquiridos apresentou níveis de literacia limitada, sendo 8,47% inadequada e 39,83% problemática. No domínio da Prevenção da Doença, 44,06% evidenciou níveis de literacia limitada, sendo 11,86% inadequada e 32,20% problemática. No domínio da Promoção da Saúde, 47,46% demonstrou níveis de literacia limitada, sendo 11,02% inadequada e 36,44% problemática.

### Enfermagem no trabalho

Na Europa os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde que presta cuidados à população ativa, em contexto laboral<sup>4</sup>. Em Portugal o papel dos enfermeiros é cada vez mais explícito acerca da sua experiência profissional, formação académica e tipo de funções que desempenham no contexto da saúde ocupacional (SO). A Enfermagem do trabalho tem-se destacado pela identificação das ne-

cessidades dos trabalhadores e pelas estratégias de promoção da saúde, sendo incontestável o potencial da intervenção da enfermagem no trabalho, que se traduz em repercussões positivas<sup>3,4</sup>.

Efetivamente, no sentido de explicitar melhor as funções que o enfermeiro pode desempenhar no contexto da SO, a Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamentou a competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho, nomeadamente o nível de qualificação profissional, a formação e fomentando a investigação nesta área<sup>3</sup>.

Neste sentido, atendendo às repercussões positivas que o desempenho do enfermeiro pode ter no contexto da saúde ocupacional, através de uma abordagem salutogénica, urge um maior investimento na formação aos vários níveis, na gestão, na promoção da saúde e prevenção dos riscos e da doença, através do desenvolvimento de competências de investigação e de planeamento em saúde, gerando ganhos mensuráveis e sensíveis à intervenção de enfermagem<sup>3,4</sup>.

### Pertinência do estudo

Considerando o atual conhecimento acerca dos EV e da LS, configura-se evidente o seu impacto na promoção da saúde e prevenção da doença e consequente influência no produto da SO, afirmando-se os resultados das intervenções de enfermagem neste contexto.

Em Portugal, um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020<sup>1</sup> é a cidadania em saúde assente, entre outras, na promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, focando medidas de promoção da saúde e prevenção da doença e o desenvolvimento de programas de EpS e de autogestão da doença. Neste sentido, um dos programas de saúde fulcrais para a concretização deste eixo é o PNECLA que abrange um vasto domínio temático objetivando, entre outros, promover a cidadania em

saúde, através da melhoria da EpS, literacia e autocuidado da população, de modo a que esta se torne mais autónoma e responsável em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade<sup>18</sup>. Em complemento, o PNSO também contribui para a meta da capacitação da população na adoção de EVS em contexto laboral<sup>2</sup>. Na verdade, obter bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas implica um elevado nível de LS<sup>18</sup>.

Neste sentido, a EpS assume um papel basilar no desenvolvimento do potencial individual de cada pessoa e na melhoria da sua saúde, estando a enfermagem intimamente relacionada com os níveis de LS e com a mudança de comportamentos prejudiciais. Assim, o enfermeiro destaca-se como educador, junto do indivíduo e da comunidade, devendo adaptar a sua abordagem às características da população e das pessoas em específico<sup>28</sup>.

Sendo a fase adulta uma fase de evolução, de liberdade e de risco, e tendo em conta a preocupante realidade portuguesa, em que a maioria da população apresenta LS limitada<sup>16, 25</sup> e estilos de vida pouco saudáveis<sup>7, 8</sup>, torna-se imprescindível intervir atempadamente sobre estas problemáticas, de modo a reduzir, a médio prazo, a prevalência das doenças cerebrovasculares e a obter ganhos em saúde<sup>8</sup>. Deste modo, importa desenvolver projetos de investigação e de intervenção comunitária, nomeadamente no contexto laboral, com o foco nos EV e na LS.

### Finalidade do estudo

Para além de descrever os fatores que podem influenciar a saúde do adulto, pretendemos contribuir para o planeamento de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de EVS e incremento da LS, adequadas às necessidades identificadas, com os consequentes ganhos em saúde. Deste modo, promove-se o envolvimento do próprio adulto na proteção e promoção da sua saúde e >

prevenção da doença no seu local de trabalho.

## OBJETIVOS

Os objetivos formulados pretendem:

- ✓ descrever as características sociodemográficas e os dados clínicos;
- ✓ identificar os níveis de LS;
- ✓ descrever os EV e
- ✓ identificar possíveis relações entre as variáveis em estudo.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo do tipo descritivo e transversal, junto dos trabalhadores de uma Câmara Municipal da RAM.

### População e amostra

O estudo desenvolveu-se com os trabalhadores (N = 397) do Departamento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa e do Departamento de Infraestruturas e Equipamentos da referida Câmara. Dado que aquando da definição do projeto de investigação ainda não tínhamos acesso à dimensão da população, a seleção da amostra fez-se através de uma amostragem por conveniência, ou seja, não probabilística acidental formada pelos inquiridos que voluntariamente responderam ao questionário (n = 98) aplicado nas instalações dos referidos departamentos. Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a dezoito e inferior a sessenta e cinco anos (adulto), com capacidade visual suficiente para ler o instrumento de colheita de dados e funções cognitivas que permitissem a interação com o entrevistador.

### Variáveis em estudo

As variáveis em estudo são os EV e a LS no adulto em contexto laboral e a de caracterização sociodemográficas: idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional e financeira, o agregado familiar, condições laborais e os dados clínicos.

### Operacionalização das variáveis

O instrumento de colheita de dados contemplou uma parte com a caracterização sociodemográfica e clínica criada para o efeito, sendo que para a avaliação dos EV recorremos à versão portuguesa ( $\alpha$ C 0,725) do questionário "Estilos de Vida Fantástico" que permite medir os hábitos e os comportamentos em relação aos EV adequados para a saúde<sup>29</sup>. É constituído por 30 questões, todas elas de resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do EV e que se identificam com a sigla "FANTÁSTICO": F – família e amigos; A – atividade física/associativismo; N – nutrição; T – tabaco; A – álcool e outras drogas; S – sono/stress; T – trabalho/tipo de personalidade; I – introspeção; C – comportamentos de saúde e sexual; O – outros comportamentos<sup>29</sup>.

Todos os itens pertencentes a cada domínio têm três opções de resposta, com um valor numérico de 0, 1 ou 2, sendo que o valor mais alto representa um maior nível de EV. A pontuação de cada domínio resulta da soma dos valores, multiplicada por 2. O *score* geral, resultante do somatório dos domínios, qualifica os indivíduos da amostra entre 0 a 120, traduzindo-se em 5 níveis: de 0 a 46 (necessita melhorar); de 47 a 72 (regular); de 73 a 84 (bom); de 85 a 102 (muito bom) e de 103 a 120 (excelente). Quanto menor for a pontuação obtida pelos indivíduos, maior será a necessidade de mudança comportamental<sup>29</sup>.

Os cinco níveis, facultam a interpretação dos resultados: "necessita melhorar" como indicador de que os EV apresentam muitos fatores de risco para a saúde; "regular" traduz que os EV proporcionam algum benefício para a saúde, porém apresentam alguns riscos; "bom" é um indicador de que os EV trazem benefícios para a saúde; "muito bom" aponta para que os EV exercem uma influência adequada para a saúde e "excelente" indica que os EV concedem uma elevada influência benéfica sobre a sua saúde<sup>29</sup>.

Para avaliar os níveis de LS utilizamos o HLS-EU, adaptado e validado para o português (HLS-EU-PT;  $\alpha$ C = 0,97)<sup>29</sup>. Numa primeira parte (LS geral) é constituído por quarenta e sete questões sendo as respostas obtidas através de uma escala do tipo *likert* de 4 pontos, Muito Difícil (1); Difícil (2); Fácil (3) e Muito Fácil (4), na qual a pessoa indica o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde, nomeadamente cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão. Para distinguir os níveis de literacia, a escala foi redimensionada para variar entre 0 e 50. Deste modo, os autores definiram pontos de corte que limitam quatro níveis de LS: inadequada (0-25); problemática (25-33); suficiente (33-42) e excelente (42-50). A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens<sup>17</sup>.

Para medir a LS funcional, recorremos à versão portuguesa do Newest Vital Sign (NVS-PT;  $\alpha$ C 0,67)<sup>30</sup> onde o inquirido analisa informação retirada de um rótulo de uma embalagem de alimento e posteriormente responde a seis questões sobre essa informação. A interpretação dos resultados é feita atribuindo um ponto por cada resposta certa e zero pontos por cada resposta errada, sendo que as pessoas que obtiverem uma pontuação entre 0 e 1, apresentam elevada probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada, entre 2 e 3 indica a possibilidade de literacia limitada e entre 4 e 6 quase sempre indica literacia adequada<sup>30</sup>.

### Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevista, podendo o inquirido optar pelo autopreenchimento do instrumento de colheita de dados, à exceção do NVS-PT atendendo às normas da sua aplicação. A recolha

decorreu de 29 de outubro a 2 de novembro de 2018 nas instalações da Câmara Municipal.

### Procedimentos de análise de dados

Os dados foram tratados de uma forma descritiva com análise uni, bi e multivariada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0, sendo os resultados ilustrados por gráficos de frequência para as variáveis nominais e gráficos com medidas de localização e dispersão para o caso de variáveis numéricas.

De forma a identificar possíveis relações entre os resultados obtidos através das escalas e os dados sociodemográficos e clínicos, recorremos ao Teste de *Spearman* ( $\rho$ ) para analisar o score geral da LS (HLS-EU-PT) vs Score Geral do EV (FANTASTICO); o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs IMC; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs TA; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs IMC; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs TA; ao Teste de *Kruskal-Wallis* (KW) para analisar o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Habilitações académicas; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Estado de saúde; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Profissão; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Habilitações académicas; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Estado de saúde; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Profissão; e ao Teste de *U de Mann-Whitney* (U) para analisar o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Conhecimento dos efeitos da medicação; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Conhecimento dos efeitos da medicação.

No sentido de verificarmos se as diferenças encontradas entre as variáveis são estatisticamente significativas calculamos o valor de prova ( $p$ ) e consideramos as que obtiveram um valor inferior a 0,05 ( $p < 0,05$ ).

### Considerações éticas

O estudo iniciou-se após o parecer favorável de uma Comissão de Ética para a Saúde, a autorização da

Presidência da Câmara Municipal e dos autores para usar as escalas. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, sendo previamente solicitado o consentimento informado escrito ao sujeito da investigação. A participação não envolveu quaisquer encargos ou despesas para os sujeitos, com exceção do tempo necessário para responderem ao questionário.

## RESULTADOS

Os resultados reportam às características sociodemográficas e clínicas, às condições de trabalho, ao estilo de vida (FANTÁSTICO) e à LS (HLS-EU-PT e NVS-PT), para além das correlações identificadas e estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

### Dados sociodemográficos

A amostra de 98 pessoas é maioritariamente (76,53% [75]) constituída por homens com média de idades de 51 anos, casados ou em união de facto (68,37% [67]), com uma escolaridade entre o secundário (33,67% [33]) e o ensino superior (22,45% [22]). A maioria refere que a sua condição financeira permite sempre ou quase sempre satisfazer as necessidades de alimentação (93,81% [91]), habitação (91,83% [90]), saúde (87,75% [76]) e educação (82,65% [81]).

Relativamente às categorias profissionais, 22,45% (22) são Técnicos Superiores; 37,76% (37) Assistentes Técnicos e 39,80% (39) Assistentes Operacionais, divididos pelos Departamentos de Infraestruturas e Equipamentos (66,33% [65]) e Recursos Humanos e Modernização Administrativa (20,41% [20]), sendo que 13,27% (13) não identificou a que departamento pertencia.

### Dados clínicos

Constatou-se que a maioria da amostra (75,51%) apresenta excesso de peso, sendo que a maior parte se encontra no nível de pré-obesidade (47,96%), seguindo-se de obesidade grau I (21,43%) e de obesidade grau II

(5,1%). Cerca de 24,49% encontra-se no peso normal.

Verificamos que, no momento da entrevista, 47,91% da amostra apresentava hipertensão arterial (HTA) [29,59% HTA grau I; 11,22% HTA grau II; e 7,14% HTA III] e 14,29% TA normal-alta. Efetivamente, a doença mais referenciada foi a HTA (27,55%), seguida da diabetes (11,22%) e dos problemas musculoesqueléticos (9,18%). Apesar de referir várias doenças, a maioria da amostra (68,37%) avalia o seu estado de saúde, no mínimo, como bom e apenas 6,12% o avalia como doente.

Dos que referem que cumprem com o seguimento do seu estado de saúde (95,6%), a maioria fá-lo através do médico de família (65,26%) e salientamos o facto de 95,8% dos hipertensos realizarem o seguimento do seu estado de saúde.

Dos que tomam medicação (59,18%), apenas 5,17% (3) automedica-se e o tipo de medicamentos mais consumidos são os anti-hipertensores (32,65%), os antidiabéticos (10,20%) e os analgésicos (7,14%). É de referir que 89,66% dos inquiridos que tomam medicação conhecem os seus efeitos terapêuticos, no entanto, 50% não conhece os efeitos secundários da mesma.

### Caracterização das condições de trabalho

Verificou-se que, no que toca às condições gerais do trabalho, mais concretamente, com a adequação do local de trabalho à função/atividade, a maioria (83,33%) não apresenta problemas ou queixas.

No que concerne às condições gerais do posto de trabalho do trabalhador, 33,67% da amostra apontou problemas/queixas no estado do mobiliário, 26,53% em relação à salubridade das instalações e 24,49% ao estado das instalações e no campo da emergência e primeiros socorros. A área onde se observou menos queixas foi no estado das máquinas e equipamentos (14,29%).

Os fatores de risco físicos e químicos >

mais referenciados pelos inquiridos são o ruído (35,71%), a temperatura (30,61%), as vibrações e a ventilação (24,49%), e os químicos (11,22%). Ainda nos fatores de risco profissional, no que diz respeito aos relacionados com a atividade, observamos que o valor mais elevado de queixas é referente à postura (28,57%), seguindo-se a repetibilidade da tarefa (21,43%) e a cadência da tarefa (19,39%).

Quanto aos riscos psicossociais, o valor mais significativo de problemas é o do stresse relacionado com o trabalho (36,73%), seguindo-se os conflitos nas relações interpessoais do trabalho (13,27%) e a organização inadequada do trabalho (10,20%). Por último, nos fatores biológicos/mecânicos, apenas 4,55% referiu ter queixas, contudo há uma grande percentagem da amostra (37,50%) que refere que este fator não se aplica à sua situação.

Quanto aos sistemas corporais mais afetados negativamente pelo trabalho, os colaboradores referem o visual (47,96%), o músculo-esquelético (40,82%), o nervoso (29,59%) e o imunitário (6,12%).

A maioria dos entrevistados (90,82%) afirma que não teve formação relativa à segurança e saúde no trabalho nos últimos dois anos.

### Estilo de vida

No que ao EV diz respeito, observamos que 6,12% da amostra apresentou um score geral de estilos de vida de nível regular; 9,18% bom; 59,18% muito bom e 25,51% um nível de excelente, ou seja, 84,69% apresenta um nível, pelo menos, muito bom. De modo a compreendermos melhor o EV, apresentamos alguns resultados referentes aos domínios da atividade física e nutrição.

#### Atividade física / Associativismo

Observamos que 71,43% dos inquiridos não faz parte de um grupo comunitário ou de autoajuda, nem participa em atividades de nenhum destes.

Constatou-se que 58,16% da amostra realiza atividade física / desporto durante 30 minutos, 3 ou mais vezes por semana, nomeadamente a caminhada diária (42,86%).

#### Nutrição

Observou-se que 38,78% dos inquiridos ingere duas porções de verdura e três de fruta por dia, todos os dias, e que 63,26% ingere, com frequência, alimentos hipercalóricos.

### Literacia para a saúde

Os resultados obtidos sobre a LS derivam do questionário HLS-EU-PT e NVS-PT. No que diz respeito à LS geral (HLS-EU-PT), a maioria da amostra apresenta literacia limitada (61,22%), sendo que 8,16% tem literacia inadequada e 53,06% literacia problemática. Por outro lado, 15,31% da amostra apresenta um nível de literacia excelente. O score médio obtido na LS geral foi de 33,06 (LS suficiente).

A tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada.

No mesmo sentido, na literacia funcional, avaliada através do NVS-PT, constatamos que 47,96% da amostra apresenta literacia limitada (29,59% com elevada probabilidade de literacia limitada e 18,37% com possibilidade de literacia limitada).

Os indivíduos que não conhecem os efeitos secundários dos medicamentos apresentam com maior frequência níveis mais baixos no score geral do EV ( $p = 0,024$ ). No mesmo sentido, os indivíduos que conhecem os efeitos terapêuticos dos medicamentos que tomam, possuem um nível de LS significativamente ( $p = 0,014$ ) mais elevado do que os indivíduos que não conhecem os efeitos terapêuticos dos mesmos. Observamos, ainda, que os indivíduos na categoria "Assistente Operacional" têm níveis de LS mais baixos comparativamente com os "Técnicos Superiores" e "Assistentes Técnicos" ( $p = 0,002$ ) e

que quanto melhor o EV dos indivíduos maiores os níveis de LS geral e vice-versa ( $p = 0,036$ ).

## DISCUSSÃO

### Dados sociodemográficos e clínicos

Á semelhança do que nos refere a DGS (2004)<sup>8</sup> e o INE (2016)<sup>7</sup>, foi possível verificar a elevada prevalência de excesso de peso ou de obesidade (75,51%), no adulto (média de idade de 51 anos), que apresenta-se como um fator determinante para o desenvolvimento de DNT e dificultador do tratamento e controlo das mesmas<sup>8, 12</sup>. É de salientar que os valores de excesso de peso observados nesta amostra superam os nacionais (52,8%), os regionais (56,7%)<sup>7, 8</sup> e os do estudo de Laranjeira (2016)<sup>31</sup>, em contexto de trabalho, que indica 47%. Este facto poderá constituir-se como determinante na saúde destes indivíduos uma vez que já apresentam várias DNT, nomeadamente HTA (27,55%) e Diabetes (11,22%). É de referir que 47,91% apresentava HTA aquando da entrevista.

De acordo com um inquérito realizado em Portugal sobre LS, quanto à perceção individual do estado de saúde, 3,8% dos inquiridos consideram a sua saúde "Excelente" e 7,5% consideram-na "Má" assim, é nas categorias intermédias que encontramos uma maior concentração de indivíduos<sup>32</sup>. O mesmo se verifica neste estudo em que 85,72% se autoavaliavam em uma das três categorias intermédias, nomeadamente "Muito bom", "Bom" ou "Satisfatório". À semelhança deste estudo, o inquérito às condições de trabalho em Portugal continental<sup>33</sup>, identificou queixas referentes ao "Ruído" à "Temperatura", às "Vibrações", à "Ventilação", à "Postura", à "Repetibilidade da Tarefa" e à "Cadência da Tarefa". Também foram identificados os sistemas corporais mais afetados negativamente pelo trabalho, nomeadamente o "Visual", o "Músculo-Esquelético" e o "Nervoso".

### Estilo de vida

À semelhança de outros estudos realizados a nível nacional<sup>14</sup> e regional<sup>15</sup>, os resultados aferidos na nossa amostra acabam por evidenciar um EV (score geral), no mínimo, "Bom" (93,87%), sendo que a maioria (59,18%) encontra-se no nível "Muito Bom". No entanto, se explorarmos com pormenor alguns domínios, nomeadamente atividade física e nutrição, verificamos que existem aspetos a melhorar no dia-a-dia destes indivíduos.

#### Atividade física

Apurou-se que 41,84% da amostra não realiza atividade física com a regularidade recomendada para o adulto e que apenas 42,86% faz caminhadas diariamente. Resultados semelhantes foram encontrados a nível regional<sup>15</sup>, com 38,3% e 45,8% respetivamente, e no estudo de Laranjeira<sup>31</sup> que destaca a moderada atividade física. Estes resultados encontram-se acima da média nacional (15% a 23%) e abaixo da europeia (64%)<sup>34</sup>. Efetivamente, Portugal é um dos países da UE com índices mais elevados de inatividade física<sup>7,8</sup>.

#### Nutrição

Observou-se que 61,22% dos inquiridos não ingere duas porções de verdura e três de fruta por dia, todos os dias, e que 63,26% ingere, com frequência, alimentos hipercalóricos. Mais uma vez, estes resultados vão ao encontro do estudo realizado a nível regional<sup>15</sup>, com 45,8% e 62,7% respetivamente. Em ambos os estudos a ingestão de verdura e de fruta fica muito abaixo dos valores da média nacional que é de aproximadamente 70%<sup>34</sup>.

Talvez pela inatividade física e alimentação inadequada, os participantes neste estudo, apresentem elevada percentagem de excesso de peso ou obesidade e HTA, para além da diabetes<sup>7,8</sup>. No entanto, estas situações podem ser melhor autogeridas e controladas uma vez que se encontram fortemente associadas a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>.

### Literacia para a saúde

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos verificados na população portuguesa<sup>16,25</sup>, ou seja, a maioria da amostra apresenta LS geral limitada. Comparando com os resultados obtidos na RAM por Pedro et al (2016)<sup>16</sup> verificamos que a amostra do nosso estudo obteve resultados ligeiramente melhores (RAM = 63,3%, esta amostra = 61,22%). Mas, se compararmos com os resultados obtidos no outro estudo regional<sup>27</sup> (LS limitada = 56,7%), verificamos que esta amostra obteve resultados ligeiramente piores. Também neste estudo, verificamos o mesmo fenómeno que a nível nacional e regional, onde a tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma elevada percentagem de indivíduos com LS limitada. Deste modo, os resultados deste estudo acabam por mostrar uma realidade ainda mais inquietante quando comparados com o estudo realizado a nível europeu onde a média de LS limitada, dos oito países estudados, rondava os 50%<sup>17</sup>.

Na LS funcional (NVS-PT), apesar de nesta amostra os valores da literacia limitada serem elevados (47,96%) a verdade é que são bem menores que os encontrados a nível nacional (72,5%)<sup>26</sup>. No entanto, quando comparados com os resultados obtidos no outro estudo regional<sup>27</sup> (LS funcional limitada = 38,1%), verificamos que são superiores.

Estes elevados valores de LS limitada podem significar uma dificuldade acrescida no conhecimento, competências e motivação das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de tomar decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde. Efetivamente, uma LS limitada leva a escolhas menos saudáveis, a comportamentos de risco e a uma pior saúde<sup>20,35</sup>. Deste modo, verificamos que nesta amostra já se confirmam algumas doenças que têm como fatores de risco a LS limitada e os comporta-

mentos modificáveis (alimentação inadequada e sedentarismo) e que implicam a autogestão da doença<sup>20</sup>, como por exemplo a obesidade, a diabetes<sup>22</sup>, e as doenças cérebro-cardiovasculares<sup>23</sup>.

### CONCLUSÕES

Os EV são fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo ou das populações<sup>5,6</sup>, no entanto, também podem ser condicionados pelo nível de LS das mesmas<sup>20,35</sup>. Deste modo, a identificação dos níveis de LS da população, é fundamental para a adequação das intervenções de enfermagem às necessidades das pessoas, mas, também, para fundamentar a definição de políticas e programas de saúde<sup>16,17</sup>, nomeadamente no contexto da Saúde Ocupacional e Enfermagem do Trabalho<sup>2</sup>.

Neste sentido, a EpS assume um papel basilar no desenvolvimento do potencial individual de cada pessoa e da melhoria da sua saúde. Estando a enfermagem intimamente relacionada com os níveis de LS e com a mudança de comportamentos prejudiciais, o enfermeiro desempenha um papel crucial como educador junto do indivíduo e da comunidade, devendo o mesmo adaptar a sua abordagem às respetivas características<sup>28</sup>.

Neste estudo, observamos que a maioria dos participantes apresenta excesso de peso e, quase metade, HTA e alguns mencionam diabetes e problemas músculo-esqueléticos. Estas doenças, que afetam potencialmente o bem-estar, a produtividade e o desenvolvimento de outras complicações, encontram-se fortemente associadas a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>, pelo que podem ser preveníveis através da adoção de EV promotores e protetores da saúde. Apesar de esta amostra evidenciar um EV com um score geral mínimo "Bom", quando analisados os domínios, verificamos que existem hábitos a melhorar, nomeadamente atividade física e nutrição, e que poderão >



condicionar o desenvolvimento ou progressão das DNT referidas<sup>7,8</sup>. Quanto aos níveis de LS, averiguamos que a maioria da amostra apresenta LS geral (HLS-EU-PT) limitada e que esta tendência se verifica nos seus três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), para além de uma grande parte, também, apresentar LS funcional (NVS-PT) limitada. Tal poderá significar uma dificuldade acrescida no conhecimento, com-

petência e motivação das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde no seu dia-a-dia, a fim de promover a sua saúde, prevenir a doença e tomar decisões em matéria de cuidados de saúde, designadamente nas escolhas alimentares e práticas de atividade física adequadas<sup>15,16</sup>. Constatou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p = 0,036$ ) entre o score geral dos EV e o score da LS geral. Deste modo, maio-

res níveis de LS também apontam para melhores níveis de EV. Neste sentido, e no âmbito e natureza do projeto e da respetiva estratégia de intervenção (EpS), propõe-se para as etapas subsequentes a definição e consecução de objetivos que visem, através de intervenções de EpS, fomentar a LS, nos domínios da alimentação saudável, da atividade física regular e da vigilância da saúde e autocuidado. ▴



## Referências

1. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
2. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Ocupacional 2013/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018.
4. Ordem dos Enfermeiros. O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2014.
5. Santos, Z. M., & Lima, H. Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008 Jan-Mar;17(1): 90-7.
6. Buss, P., & Filho, A. A Saúde e os seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
7. Instituto Nacional de Estatística. Anuários Estatísticos Regionais 2015. Lisboa: INE; 2016.
8. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
9. Secretaria Regional da Saúde. Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde – Extensão a 2020. Funchal: IASAUDE IP-RAM; 2015.
10. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2014 - A situação do país em matéria de álcool. Lisboa: SICAD; 2014.
11. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2012.
12. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.
13. Direção-Geral da Saúde. Alimentação Saudável em Números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
14. Batista, C. A Atividade Física, o Stress e o Estilo de Vida na Polícia de Segurança Pública. [Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais]. Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. Lisboa; 2014.
15. Freitas, O., Freitas, G., Sousa, G., Morna, C., Silva, I, Vasconcelos, R. et al. Estilos de Vida: do diagnóstico para a intervenção em contexto laboral. Poster apresentado no: Congresso Internacional de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem; 2018 julho 12-13; Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.
16. Pedro A, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016 Sep-Dez;34(3):259-75.
17. Sørensen K, Pelikan J, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.
18. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Lisboa: Ministério da Saúde; 2016.
19. Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan;12:80.
20. Pignone, M., DeWalt, D., Sheridan, S., Berkman, N. & Lohr, K. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*. 2005 Feb;20(2):185-92.
21. Huizinga, M., Beech, B., Cavanaugh, K., Elasy, T. & Rothman, R. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Aug;16(8):1966-8.
22. Huizinga, M., Carlisle, A., Cavanaugh, K., Davis, D., Gregory, R., Schlundt, D. & Rothman, R. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009 Apr;36(4):324-8.
23. Baker, D., Wolf, M., Feinglass, J. & Thompson, J. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 2008 Jun;23(6):723-6.
24. Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C. & Naeim, A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 2009 Apr;23(4):369-75.
25. Saboga-Nunes L, Sørensen K, Pelikan J, Cunha M, Rodrigues E, Paixão E. Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Aten Prim*. 2014 Set;46(especial congresso):13.
26. Saboga-Nunes, L., Sørensen, K. & Pelikan, J. Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). Comunicação no VIII Congresso Português de Sociologia - 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas; 2014 abril 14-16; Évora.
27. Freitas, O., Freitas, G., Sousa, G., Morna, C., Silva, I., Vasconcelos, I. et al. Literacia para a saúde em trabalhadores de uma empresa: fase do diagnóstico. Poster apresentado no: Congresso Internacional de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem; 2018 julho 12-13; Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.
28. Silva, S.; Nóbrega, T.; Chaves, N.; Nogueira, M. & Arriaga, M. Estratégias de enfermagem na promoção da atividade física. *Revista Fatores de Risco*. 2017 44:84-97.
29. Silva, A. M., Brito, I. d., & Amado, J. M. (2013). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 19(6):1901-09.
30. Martins, A. & Andrade, M. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014 nov-dez;IV(3):75-84.
31. Laranjeira S. (2016). O papel do Enfermeiro do trabalho na saúde ocupacional. [Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem. Porto; 2016.
32. Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. Literacia em saúde em Portugal – Relatório Síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
33. Perista, H., Cardoso, A., Carrilho, P., Nunes, J. & Quintal, E. Inquérito às Condições de Trabalho em Portugal Continental: Trabalhadores/as. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho; 2017.
34. Direção Geral de Saúde. Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2016.
35. DeWalt, D., Boone, R. & Pignone, M. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*. 2007 Sep-Oct;31(1):27-35.