



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde

Ana Margarida Gonçalves

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

Orientada por Prof. Doutor Rui Pimenta e Mestre Alexandra Oliveira

Porto, Fevereiro, 2015.



Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde

Ana Margarida Gonçalves

Prof. Doutor Rui Pimenta e Mestre Alexandra Oliveira

Porto, Fevereiro, 2015.

Resumo

A Literacia em Saúde define-se como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma manter e promover uma vida saudável. Para além disso promove um uso mais eficiente dos serviços de saúde disponíveis, tendo impacto a nível social, tendo vários estudos demonstrado que o nível de Literacia em Saúde, está relacionado com os cuidados de saúde, hospitalizações, medidas globais de saúde e algumas doenças crónicas (Nutbeam, 2000). Este trabalho tem como objetivo medir a Literacia em Saúde da população da região norte de Portugal tendo sido baseado no primeiro *European Health Literacy Survey* (HLS-EU). A amostra é constituída por 253 indivíduos que responderam às versões portuguesas do HLS-EU e do Teste *Newest Vital Sign*. Os nossos resultados mostram que os valores de Literacia em Saúde na região norte de Portugal são baixos e quando comparados com os resultados da literacia adequada dos restantes países europeus, o norte de Portugal apresenta valores inferiores. Por sua vez, o teste NSV mostrou que 57,7% da amostra apresentou índices de Literacia em Saúde adequada. Observou-se também que existe uma associação entre o índice de Literacia em Saúde obtida pelo HLS-EU e o índice de Literacia em Saúde dado pelo teste NSV, a idade, a escolaridade e a opção de medicamentos genéricos. Não se verificou uma associação significativa entre a Literacia em Saúde e o IMC, as dificuldades financeiras, a utilização do SNS e a automedicação.

Torna-se assim necessário a definição de estratégias políticas que contribuam para incrementar a Literacia em Saúde da população Portuguesa.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, teste HSL- EU, teste NVS, SNS

Resumen

La alfabetización en salud se define como el conjunto de habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para obtener, comprender, evaluar y aplicar la información para mantener y promover una vida saludable. Además promueve un uso más eficiente de los servicios de salud disponibles, teniendo impacto en el ámbito social. Varios estudios han demostrado que el nivel de alfabetización en salud, está relacionado con los cuidados de salud, hospitalizaciones, las medidas globales de salud y algunas enfermedades crónicas (Nutbeam, 2000). Este trabajo tiene como objetivo medir la alfabetización en salud de la población de la región norte de Portugal y se ha basado en el primer estudio Europeo acerca la alfabetización en salud -“*European Health Literacy Survey (HLS-EU)*”-. La muestra consistió en 253 individuos que respondieron a las versiones en portugués del “HLS- UE” y del “Vital Sign Test” más reciente.

Nuestros resultados muestran que los valores de la alfabetización en Salud en la región norte de Portugal son bajos y en comparación con los resultados de la alfabetización adecuada de los otros países europeos, el norte de Portugal tiene valores inferiores. A su vez, la prueba NSV mostró que el 57,7 % de la muestra presenta índices de alfabetización en salud adecuadas. Se ha observado también que existe una asociación entre el índice de alfabetización en salud obtenida por el “HLS- UE” , el índice de alfabetización en salud obtenido en la prueba “NSV”, la edad, la escolaridad y la opción por medicamentos genéricos. No se ha verificado una asociación significativa entre la alfabetización en Salud, el IMC, las dificultades financieras, la utilización del SNS y la automedicación.

Se hace necesario definir estrategias políticas que contribuyan para incrementar la alfabetización en salud de la población portuguesa.

Palabras clave: Alfabetización en Salud, test HSL-EU, test NVS, servicio nacional de salud

Abstract

Health Literacy is defined as the set of social and cognitive skills that determine the motivation and ability of individuals to obtain, understand, evaluate and apply information to keep and promote an healthy life. Besides, it promotes a more effective use of available healthcare services, has impact at a social level, and several studies had shown that Health Literacy is related with healthcare, hospitalizations, global health measures and some chronic diseases. (Nutbeam, 2000). The goal of the work is to measure Health Literacy in the population of Northern Portugal, and was based in the first European Health Literacy Survey (HLS-EU). The sample is composed by 253 individuals who answered to portuguese versions of HLS-EU and Newest Vital Sign Test. Our results show that the Health Literacy values in northern Portugal are low and when compared with results of Adequate Literacy of other european countries, northern Portugal gets worse results. On the other hand, the NSV test showed that 57,7% of the sample has Adequate Health Literacy values. We also observed that there is an association between the Health Literacy Index in HLS-EU and the Health Literacy Index in NSV test, age, scholary and the choice for generic medication. We have not observed a significant relation between Health Literacy and IBM, financial difficulties, the use of NHS and self-medication. Therefore, a definition of political strategies that contribute to increase Portuguese population Health Literacy is necessary.

Key words: health literacy, HSL- EU test, NVS test, national health service

Agradecimentos

Tenho de agradecer em primeiro lugar à Professora Alexandra Oliveira pelo apoio prestado desde o início, pela sua preciosa ajuda no tratamento dos dados, pela sua orientação científica, pela sua permanente disponibilidade e pelos esclarecimentos de dúvidas. O seu incentivo e constante motivação não me permitiram que desistisse durante este longo período.

Agradeço também ao Professor Rui Pimenta pela ajuda na escolha do tema e orientação científica.

À minha avó Margarida pelo apoio incondicional durante todo o meu percurso académico.

Agradeço aos meus amigos, em especial ao Nuno Reis pela sua disponibilidade e ajuda fundamental e à Juliana Gonçalves que sempre me animou e apoiou para seguir em frente.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram de algum modo, nomeadamente na distribuição e preenchimento dos inquéritos, sem as quais este trabalho não seria possível.

Abreviaturas e Acrónimos

AMA - American Medical Association (Associação Médica Americana)

CS-LS - Cuidados de Saúde (em Literacia em Saúde)

EUA - Estados Unidos da América

HALS - Health Activities Literacy

HLS-EU-Q - European Health Literacy Survey Questionnaire

IGLS - Índice Geral de Literacia em Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

LS - Literacia em Saúde

NAAL - *National Assessments of Adult Literacy*

NLM - *National Library of Medicine* (Biblioteca Nacional de Medicina)

NVS – *Newest Vital Sign*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PD-LS - Prevenção de Doenças (em Literacia em Saúde)

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

PS-LS - Promoção da Saúde (em Literacia em Saúde)

REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults

UE - União Europeia

Índice

Introdução	1
Capítulo I	3
Literacia em Saúde	3
1.1 Conceito de Literacia em Saúde	5
Definição de Literacia em Saúde	5
1.2 Importância da Literacia em Saúde	7
1.3 Medição do nível de Literacia em Saúde	10
1.4 Teste Newest Vital Sign (NVS)	12
1.5 Medição de Literacia em Saúde usando o HLS-EU-Q	13
Construção de índices de Literacia em Saúde	15
1.6 Literacia em Saúde na Europa	16
Capítulo II	19
Utilização do Serviço Nacional de Saúde Português	19
2.1 Enquadramento do SNS no Sistema Saúde Português	21
2.2 Determinantes de Literacia de Saúde e utilização do Sistema Nacional de Saúde	23
Capítulo III	25
Avaliação da Literacia em Saúde na População Geral Portuguesa do distrito do Porto	25
3. Metodologia de Investigação	27
3.1 Objetivos de estudo	27
3.2 Metodologia	27
3.3 População e amostra	28
3.4 Procedimento de recolha de dados	28
3.5 Tratamento estatístico e análise de dados	29
Capítulo IV	31
Apresentação dos resultados	31
4.1 Caracterização da amostra	33
Dados sociodemográficos	33
4.2 Literacia em Saúde – Itens analisados	36
4.2.1 Alpha de Cronbach para os quatro índices de Literacia em Saúde	36
4.2.2 Análise das tabelas dos índices das dimensões de Literacia em Saúde	36
4.2.3 Classificação do índice Literacia em Saúde Geral – Prevalência de Literacia em Saúde	40

4.2.4 Teste Newest Vital Sign	40
4.2.5 Relação entre a Literacia em Saúde e Teste Newest Vital Sign.....	41
4.3 Relação entre Literacia em Saúde e dados sociodemográficos	43
4.3.1 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com a idade	43
4.3.2 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com o IMC.....	44
4.3.3 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com o nível de Escolaridade.....	44
4.3.4 Relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com dificuldades financeiras	45
4.3.5 Relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com a utilização do SNS.....	46
Capítulo V.....	51
Discussão.....	51
Conclusões.....	61
Referências Bibliográficas	63
Anexo – Questionário sobre Literacia em Saúde	I

Lista de Figuras

Figura 1: Determinantes da Literacia em Saúde (Fawcett, 2010).....	9
Figura 2: Vantagens da Literacia em Saúde para os utentes (Doyle, 2012)	10
Figura 3: Modelo conceptual de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012).....	14
Figura 4:- Relação entre Literacia em Saúde e outcomes de saúde (Hernandez,2009)	23
Figura 5- Índice Geral de Literacia em Saúde.....	40
Figura 6 - Gráfico comparativo da Literacia em Saúde de Portugal (índice HLS-EU) com oito países europeus Fonte:(HLS, 2012).....	55
Figura 7 - Percentagens dos níveis índice de literacia segundo o teste NVS em países da Europa (HLS, 2012)	56

Lista de Tabelas

Tabela 1- Subdimensões teóricas de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012)	15
Tabela 2- Dados Sociodemográficos: Idade, Sexo e IMC	33
Tabela 3 - Dados Sociodemográficos: Escolaridade, Estado Civil, Situação profissional.....	34
Tabela 4 - Classe social e Dificuldades Financeiras	35
Tabela 5 - Alpha Cronbach para os quatro índices.....	36
Tabela 6 - Dimensão de Cuidados em Saúde.....	37
Tabela 7 - Dimensão Prevenção de Doença.....	38
Tabela 8 - Dimensão Promoção de saúde.....	39
Tabela 9 - Média e Desvio-Padrão dos quatro índices de literacia.....	40
Tabela 10 - Resultados e Índice Geral do teste NVS	41
Tabela 11 - Correlação de Spearman entre o índice NVS e os quatro índices de Literacia em Saúde para população Portuguesa.....	42
Tabela 12 - Relação entre o IGLS e o Índice NVS.....	43
Tabela 13-- Relação entre o Índice Geral de Literacia em Saúde e Classe etária	43
Tabela 14 - Relação entre IGLS e IMC	44
Tabela 15 - Escolaridade segundo o INE * Índice geral de Literacia em Saúde com 3 categorias.....	45
Tabela 16 - Relação entre o índice geral de Literacia em Saúde e dificuldades financeiras	46
Tabela 17 - Relação do Índice Geral de Literacia em Saúde com o perfil de utilização do SNS	47
Tabela 18-Relação entra a Literacia de Saúde e acesso ao Sistema Saúde Privado.....	48
Tabela 19- Relação entre Literacia em saúde e automedicação e genéricos.....	48
Tabela 20 - Escolaridade de Portugal segundo o INE-censos 2011(INE, 2011)	53
Tabela 21 - Alpha de Cronbach para os índices e sub-índices de literacia em Saúde dos países europeus analisados no relatório HLS-EU	53
Tabela 22 - Média e Desvio Padrão dos Índices em Literacia em Saúde	54

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), que deve servir como referência para os sistemas de saúde, tem como missão a promoção do direito do utente ao acesso a um profissional de saúde competente, motivado e apoiado por um sistema robusto (WHO, 2014). Em muitas sociedades altamente desenvolvidas, este princípio da OMS é aplicado pela prestação de cuidados de saúde básicos a todos os membros da sociedade, fornecidos pelo sector público e de forma parcialmente gratuita (Dybczak and Przywara, 2010). Como resultado os cuidados de saúde da população constituem uma parte significativa da despesa pública destas sociedades.

Para além da existência de um grande número de fatores a influenciar as despesas de saúde, as interações entre eles são tão complexas que tornam a identificação do impacto individual difícil de identificar.

A despesa pública em cuidados de saúde tem vindo a aumentar desde a segunda metade do século XX, não só em termos absolutos mas também de forma relativa a outras rubricas no orçamento de cada estado. Este constante aumento advém das profundas transformações económicas, institucionais, sociais, demográficas e tecnológicas que ocorreram em todo o mundo industrializado. Tais mudanças tiveram impacto ao nível da indústria médica e fornecedores assim como ao nível do utente. A este nível, verificou-se um aumento da sensibilização da opinião pública, das expectativas e da procura de cuidados de saúde (Dybczak & Przywara, 2010). Esta demanda por cuidados de saúde teve um impacto óbvio na qualidade de resposta dos sistemas de saúde.

Em Portugal, um dos Eixos Estratégicos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) definidos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 é a Qualidade em Saúde. Segundo este plano, “a Qualidade em Saúde depende da intervenção dirigida a:

1. estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização;
2. processos decorrentes da própria prestação de cuidados, sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados;
3. resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente, o controlo da doença crónica, a capacitação, a mudança de comportamentos, a satisfação com os cuidados, educação e Literacia em Saúde.” (PNS,2012).

Segundo Sørensen, Literacia em Saúde define-se como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a fazer juízos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde (Sørensen, 2013). Assim, a Literacia em Saúde promove a autonomia do utente no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados.

Os doentes com literacia reduzida apresentam menor frequência de utilização de serviços preventivos, que conduz a diagnósticos tardios, problemas com a capacidade de compreensão da sua situação clínica, com a adesão face às instruções médicas e maiores taxas de hospitalização e portanto redução da eficácia do tratamento (Santos, 2010). Assim sendo, esta capacidade surge como fator influente nos custos uma vez que o seu nível pode afetar a morbilidade e a mortalidade populacional, assim como a utilização mais assertiva dos sistemas de saúde.

Com o objetivo de desenvolver uma ferramenta para medir a Literacia em Saúde, um consórcio envolvendo 8 países europeus foi criado (HL-EU Consortium). Este projeto europeu criou e validou um questionário denominado por HLS-EU-Q e implementa o modelo conceptual da Literacia em Saúde desenvolvido por Sørensen et al. (Sørensen, 2012). Este questionário foi traduzido para português pela Escola Nacional de Saúde Pública, contudo carece validação para a população Portuguesa.

A presente tese tem como principais objetivos, validar este questionário na população do Distrito Porto assim como relacionar esta competência com os dados sociodemográficos e a utilização do SNS dos inquiridos. Para isso, o este estudo está dividido em quatro capítulos: os primeiros dois abordam a fundamentação teórica em relação ao conceito da Literacia em Saúde e à utilização do SNS.

O terceiro e o quarto referem-se à metodologia da investigação e à apresentação dos resultados. Por fim apresenta-se a discussão dos resultados e as conclusões do estudo.

Capítulo I

Literacia em Saúde

1.1 Conceito de Literacia em Saúde

Definição de Literacia em Saúde

O termo Literacia em Saúde é um conceito emergente que envolve as áreas de saúde e literacia, as quais são fundamentais para a vida do dia-a-dia. O nosso nível de literacia afeta diretamente as nossas capacidades para agir sobre informações e também para uma melhor gestão da nossa própria saúde, dos familiares e das comunidades (Fawcett, 2010).

Foi inicialmente introduzido na década de 70 por Simonds com o objetivo de alertar para a necessidade da inclusão de conceitos de saúde no currículo escolar (Loureiro, 2012). Desde aí, o conceito de Literacia em Saúde tem vindo a evoluir captando a atenção de várias áreas do saber como por exemplo a área de saúde pública, da saúde mental, da educação e dos cuidados em saúde. Apesar de ter sido introduzido no glossário da OMS em 1998, ainda não se encontra claramente definido nem é consensual (Mancuso, 2008).

É importante distinguir “Literacia em Saúde” de “literacia”. O conceito usual de literacia é a capacidade para ler e escrever. Para além deste, pode ser definido de forma a incluir a capacidade de compreender e desenvolver juízo crítico. Literacia nos dias de hoje, inclui ainda o conhecimento sobre um assunto ou campo específico, como por exemplo, Literacia Nutricional, Literacia Financeira, Literacia Computacional, Literacia Científica e Literacia em Saúde (Peerson, 2009).

O conceito de saúde, segundo a OMS, não é apenas a ausência de doença mas também a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997). É da competência do indivíduo zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, seja através de medidas simples como a alimentação cuidada e prática de exercício, mas também através do cumprimento das indicações e terapêuticas médicas de forma a promover a sua saúde. Esta promoção é mediada pelo seu nível de Literacia em Saúde que desempenha um papel preponderante na capacidade de compreender a informação influenciando os *outcomes* (resultados) em saúde.

São várias as definições de “Literacia em Saúde”, sendo que as que são mencionadas mais frequentemente são a da American Medical Association (AMA), a da National Library of Medicine (NLM) e da OMS (Speros, 2005).

A AMA define Literacia em Saúde como um conjunto de aptidões, incluindo a capacidade para exercer tarefas básicas de leitura, escrita e numéricas necessárias num ambiente de cuidados de saúde. Tem como limitação a não inclusão de contextos comunitários e de trabalho assim como a competência de comunicação verbal, interação social e ação (Speros, 2005).

O âmbito do conceito é alargado na definição da NLM que o define como o nível a partir do qual os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informações e serviços de saúde, e tomar as decisões necessárias. Literacia em Saúde neste contexto sugere que um indivíduo usa um nível mais complexo de pensamento e compreensão para fazer decisões informadas sobre saúde. No

entanto, esta definição limita o problema a competências e capacidades dos indivíduos, não considerando os contributos dos sistemas de saúde (Speros, 2005).

Finalmente, segundo a OMS, o conceito de Literacia em Saúde traduz-se na capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde do próprio indivíduo; em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político (Fernandes, 2012).

Uma característica comum destas definições é o seu foco nas competências individuais necessárias para obter, processar e entender serviços e informações de saúde para tomar decisões de saúde adequadas (Sørensen, 2012).

Nutbeam defende que também a informação em saúde e as iniciativas educacionais são fundamentais para melhorar o nível de Literacia em Saúde. Para isso, identificou e definiu três níveis distintos de Literacia em Saúde:

1. Funcional - capacidades básicas necessárias de leitura e escrita para permitir um funcionamento efetivo num contexto de saúde;
2. Interativo - capacidades sociais e de literacia mais avançadas que permitem uma participação ativa e autónoma nos cuidados de saúde de forma preventiva, em caso de doença ou condicionantes;
3. Crítico – capacidades para analisar de forma crítica a informação, para aumentar a consciência e enfrentar obstáculos num contexto de saúde (Nutbeam, 2000)

Esta segmentação representa níveis de conhecimento e capacidades que progressivamente levam a uma maior autonomia e empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos tanto em decisões como em gestão de saúde (Sørensen, 2012). O indivíduo neste crescendo de Literacia em Saúde, vai passando de um desempenho passivo na literacia funcional, para um ativo na literacia interativa e próativo na literacia crítica (Loureiro, 2012).

Segundo a revisão sistemática de Sørensen de dezanove publicações sobre Literacia em Saúde, são encontradas dezassete definições explícitas para este conceito com a mesma derivação (Sørensen, 2012). A análise do conteúdo das definições levou à formação de *seis clusters* que representam:

1. competência, habilidades, capacidades;
2. ações;
3. informação e recursos;
4. objetivo;
5. contexto, e
6. tempo.

Posteriormente, cada *cluster* foi cuidadosamente examinado, discutido e condensado pela equipa de investigadores. Os termos e conceitos foram combinados para produzir uma nova e inclusiva definição capturando a essência das definições: “Literacia em Saúde está ligada à literacia e exige dos indivíduos conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre saúde,

doença, prevenção e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”. Este modelo identifica 12 dimensões de Literacia em Saúde relativo a competências de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações em saúde, em domínios de cuidados, prevenção e promoção de saúde (Sorensen, 2012).

Em suma, uma definição clara do conceito de Literacia em Saúde é necessária uma vez que o conceito não é estático ao longo do tempo, abrangendo atributos de capacidade, compreensão e comunicação. Além disso, é importante porque tem implicações extensas a nível individual e a nível da sociedade (Loureiro, 2012).

1.2 Importância da Literacia em Saúde

Ao longo das últimas décadas tem havido um interesse crescente no conceito de Literacia em Saúde, acompanhado por uma maior ênfase no papel e responsabilidades dos cidadãos na saúde e cuidados de saúde.

A Literacia em Saúde como tópico de investigação foi apontada por numerosos estudos que sugerem que este conceito pode ter um importante papel na manutenção e melhoria da saúde devendo, por isso, ser um parâmetro a explorar quando se encontram disparidades nas condições de saúde (Doyle, 2012). O grande número de pessoas afetadas por um baixo nível de Literacia em Saúde, os fracos *outcomes* em saúde, o aumento das doenças crónicas, o aumento dos custos dos cuidados, o aumento da procura de informação e a equidade em termos de condição de saúde individual são os fatores identificados que justificam a importância desta literacia em iniciativas de promoção de saúde individual e populacional (Fawcett, 2010).

De acordo com a Unesco, cerca de 16% da população mundial (776 milhões de adultos) tem falta de capacidades básicas de literacia. Cerca de 40 milhões de americanos adultos têm um nível muito baixo de literacia numa investigação a nível nacional. No Reino Unido, uma investigação com 2000 pessoas adultas, demonstrou que uma em cada cinco tem dificuldade em compreender informação básica de saúde. Também no Canadá, 60% dos adultos tem falta de capacidades em obter, compreender informação e com base nisso agir de forma assertiva com a sua saúde e com os serviços de saúde. Resultados semelhantes ocorrem em outros países (Fawcett, 2010). Esta larga abrangência torna a Literacia em Saúde um tema pertinente e relevante a nível mundial e, em particular, é importante estudar e conhecer este fenómeno em Portugal para que se possa agir em prol do bem-estar da população Portuguesa.

A razão pela qual a literacia é importante é porque mesmo a mais básica capacidade de literacia funcional possibilita as pessoas para desenvolver o seu conhecimento e melhorar o seu potencial para atingir objetivos pessoais, e através disto para participar mais na sociedade, tanto economicamente e socialmente. (Nutbeam, 2009). Perante este cenário, não é surpreendente encontrar que os níveis de literacia numa população estão associados tanto direta e indiretamente, com uma gama de *outcomes* (resultados) de saúde (Nutbeam, 2009). Apesar de baixos níveis de literacia estarem associados com

a educação, etnia, rendimento e idade, que são fatores de risco para a saúde, vários estudos demonstraram que ter capacidades limitadas de literacia e numeracia também podem funcionar como um risco independente devido a erros na terapêutica medicamentosa e fraco entendimento da doença e dos respetivos tratamentos. Um estudo sobre a relação entre a literacia e os *outcomes* de saúde conclui que literacia limitada encontra-se, também, associada a várias situações adversas como o elevado número de hospitalizações e a não prevenção de doenças (Fawcett, 2010).

Quando se fala de doentes crónicos a Literacia em Saúde desempenha um papel fundamental na sua vida. Para gerir uma doença crónica ou condições de longo prazo diariamente, muitas vezes com regimes médicos que envolvem ajustes de estilo de vida, os indivíduos devem ser capazes de compreender e avaliar informações em saúde para tomar decisões informadas e aceder aos cuidados de saúde. Assim, quem apresenta baixos níveis de literacia, tem maior probabilidade de ter dificuldades na gestão da doença. Estes são geralmente idosos, minorias étnicas, com baixos níveis de educação formal e/ou com baixos níveis de rendimento (Fawcett, 2010).

Vários estudos sobre os custos económicos do baixo nível de literacia surgiram nos Estados Unidos. Destes pode-se destacar dois: Baker em 2002 e Eichler em 2009. O primeiro concluiu que os utentes de hospitais públicos com Literacia em Saúde limitada tinham maior probabilidade de serem hospitalizados, duas ou mais vezes, do que aqueles que tinham uma Literacia em Saúde adequada (Baker et al., 2002). Esta maior taxa de hospitalização conduz a um maior uso de recursos e consequentemente a um aumento de gastos dos sistemas de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004). O segundo, após uma análise sistemática de vários estudos, chegou à conclusão que o custo adicional de uma baixa Literacia em Saúde da população varia entre 3 a 5% do total dos custos em saúde (Eichler, 2009). Contudo estas conclusões podem não ser válidas em todas as sociedades uma vez que o financiamento dos sistemas de saúde varia com a sociedade onde estão implementados.

Um outro ponto de interesse é na comunicação de informação sobre saúde. Estudos sobre formulários de consentimento e folhetos informativos de medicamentos revelaram que existe uma incompatibilidade entre os níveis de leitura dos materiais e as capacidades de leitura do público-alvo. Na verdade, verificou-se que a maior parte dos materiais avaliados superavam as capacidades de leitura desenvolvida numa educação de nível intermédio (Fawcett, 2010).

No cenário de prática clínica, é comum o pessoal médico sobrestimar a Literacia em Saúde dos seus utentes. Em geral, estes só compreendem e retêm metade do que lhes é dito (Doyle, 2012). Assim analisar os seus níveis de literacia pode fornecer aos responsáveis pelo cuidados de saúde informação de forma a que estes selecionem ou escrevam material educativo. Contudo, há algumas preocupações sobre uma avaliação universal. Alguns autores argumentam que um teste deste tipo iria alienar e estigmatizar os utentes com um menor nível de Literacia em Saúde, enquanto que outros afirmam que os profissionais de saúde devem saber as limitações de um utente para que se possam ajustar ao utente (Hernandez, 2009).

Finalmente, há uma questão de equidade no tratamento. Uma comissão da OMS sobre os determinantes sociais da saúde, identificou a literacia como tendo um “papel fundamental” na

determinação das desigualdades entre os países ricos e pobres (WHO, 2014) . O nível de Literacia, e consequentemente a Literacia em Saúde de uma pessoa é influenciado por muitos fatores e condições sendo chamados os determinantes da literacia como ilustra a Figura 1 (Fawcett, 2010). Para além dos citados anteriormente, as capacidades pessoais, o desenvolvimento infantil precoce as condições de vida e trabalho, o género e a cultura e linguagem são apontados por vários estudos como fatores de risco.

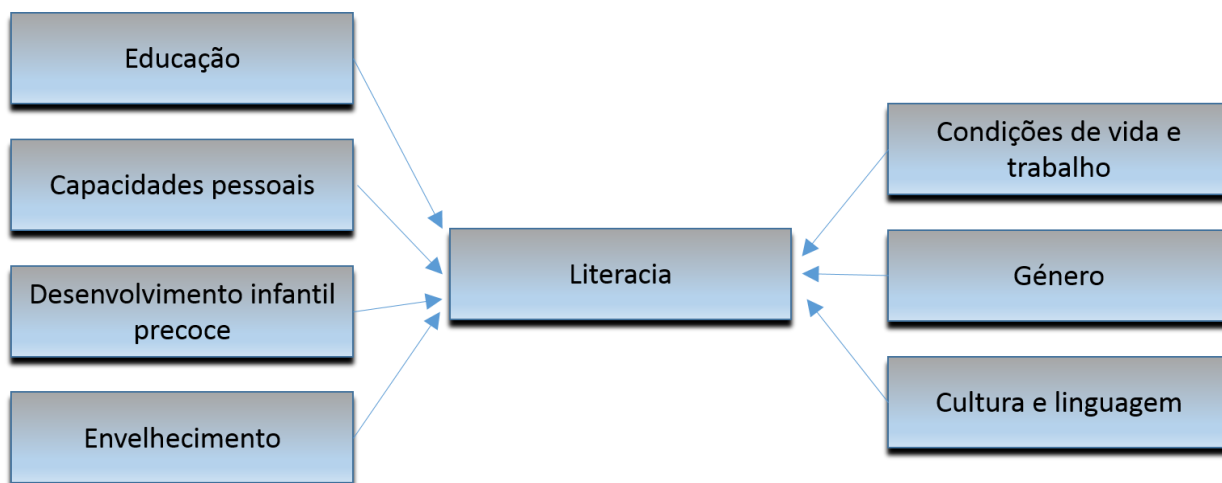


Figura 1: Determinantes da Literacia em Saúde (Fawcett, 2010).

Torna-se assim essencial avaliar as habilidades e capacidades das pessoas para exercer o controlo sobre a sua saúde, o que leva a implicações na equidade sobre os cuidados de saúde e a sua acessibilidade.(Monteiro, 2009)

A melhoria da Literacia em Saúde das pessoas com os piores *outcomes* de saúde é uma ferramenta importante na redução destas desigualdades (Fawcett, 2010).

Portanto, devido à universalidade do tema e aos seus benefícios para diversas atividades da vida (que vai desde a escolha de uma alimentação saudável até a uma manutenção de doença crónica), seja em casa, no trabalho, ou na sociedade, a responsabilidade pela formação em Literacia em Saúde terá de recair nos habituais sistemas educativo, de saúde e cultural, mas outros setores sociais também deveriam ser envolvidos (Sørensen, 2012; Monteiro, 2009).

Devido ao alargado âmbito da Literacia em Saúde, relevante para o estado de saúde, o acesso aos cuidados de saúde, as despesas com saúde, a compreensão da informação para manutenção e controlo da saúde e combate à doença, e especialmente a rápida tomada de decisões quanto à saúde, além das decisões correntes no dia-a-dia, é fundamental analisar e avaliar este conceito. Capacitar os utentes através do aumento da sua Literacia em Saúde devia ser o objetivo de todos os intervenientes na área de saúde.

Figura 2: Vantagens da Literacia em Saúde para os utentes (Doyle, 2012).

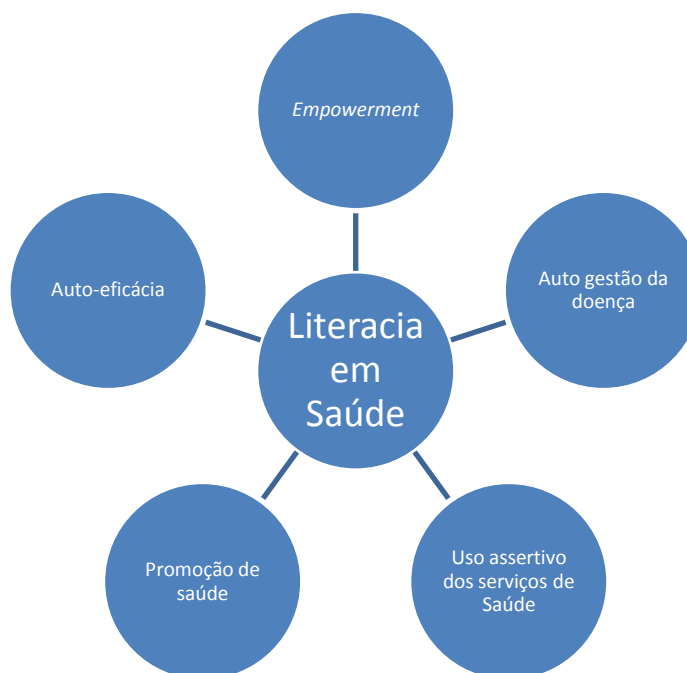


Figura 2: Vantagens da Literacia em Saúde para os utentes (Doyle, 2012)

1.3 Medição do nível de Literacia em Saúde

Como vimos anteriormente, apesar da importância da Literacia em Saúde ser cada vez mais reconhecida, não há consenso acerca da sua definição e das suas dimensões conceptuais, o que limita as possibilidades de medição e comparação (Sørensen, 2012). A ausência de uma definição única e a proliferação de pesquisas sobre o tema por diferentes autores em diferentes países, faz com que seja muito difícil comparar resultados em relação a este conceito (Sørensen, 2012). Essa falta de dados e algum ceticismo dos governos mantiveram a promoção desta literacia fora dos programas de saúde e educação (Santos, 2010).

A quantificação do nível de Literacia em Saúde permite avaliar a capacidade / competência das pessoas e sugerir pontos de intervenção promissores e estratégias. No entanto, devemos reconhecer que a avaliação desta capacidade (como para qualquer avaliação) depende de como se encontra definida. A avaliação da literacia tem evoluído ao longo dos anos e tem várias formas diferentes, resultando na necessidade de interpretar e utilizar os resultados em conformidade (Nielsen-Bohman, 2004).

Embora a investigação sobre Literacia em Saúde tenha crescido muito na última década, tanto em termos de avaliação do seu nível nos indivíduos como da análise da sua relação com vários resultados de saúde, a maior preocupação é que não haja nenhum conceito universalmente acordado para a Literacia em Saúde. Além disso, as medidas existentes não captam adequadamente os dados

que são necessários para entender como funciona a Literacia em Saúde e como esta pode afetar os resultados em saúde. (Hernandez, 2009).

Existe uma série de instrumentos disponíveis para avaliar a Literacia em Saúde, mas nenhum consegue fazer uma avaliação de todo o conceito. Muitos limitam-se a medir a capacidade de leitura e outros só a numeracia (McCormack et al.,2010). Entre eles incluem-se:

- NAAL: National Assessments of Adult Literacy - O NAAL foi extremamente importante como primeira medida nacional de Literacia em Saúde nos Estados Unidos e insidia em adultos alfabetizados. Os NAAL identificaram disparidades substanciais entre literacia e Literacia em Saúde, medida em 4 níveis: inferior a básico, básico, intermédio, e proficiente, e verificaram associações deste nível com raça e etnia, idade e situação do seguro de saúde
- REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – consiste numa serie de perguntas com grau crescente de dificuldade, sendo as respostas a base da avaliação;
- TOFHLA, S-TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults – mede a compreensão na leitura e a competência numérica que demora, em média, 22 minutos a preencher. O S-TOFHLA é a versão abreviada (“S” para short/breve) apenas avalia a compreensão na leitura e tem um tempo médio de preenchimento de 7 minutos;
- HALS: Health Activities Literacy Scale –veio colmatar as falhas em sistemas anteriores como o REALM e o TOFHLA, mas é limitado uma vez que ignora capacidades orais, por não inclui uma medida para os testes de resolução de problemas, e por não medir atitudes, valores e crenças;
- Newest Vital Sign (NVS). Trata-se de um instrumento de medição de literacia, de aplicação rápida, com apenas seis itens, e que implica a interpretação de informação escrita e de informação numérica. Antes de responder a cada item, a pessoa tem de ler um folheto informativo com informação nutricional. O instrumento foi construído para ser aplicado em contexto de cuidados primários. Como existe uma versão portuguesa deste teste, este questionário foi utilizado neste trabalho e será desenvolvido a seguir.
- HLS-EU-Q foi criado com o objetivo de medir e comparar a Literacia em Saúde das populações de países europeus. Baseia-se nos princípios e nas dimensões de Literacia em Saúde propostos por Sørensen. Também este será aprofundado mais à frente por ter sido o questionário principal nesta investigação.

Apesar de a maioria dos instrumentos disponíveis avaliarem a Literacia em Saúde de um indivíduo, esta tem um âmbito mais amplo do que as capacidades e competências individuais.

A Literacia em Saúde ocorre no contexto do sistema de cuidados em saúde e é cada vez mais aceite que as medições de Literacia em Saúde se devem focar não só nas capacidades e competências individuais, mas também nos requisitos e complexidades do sistema de cuidados em saúde com que o utente interage. Por exemplo, são necessárias medidas para determinar quão bem o sistema está organizado, para que indivíduos com diferentes níveis de Literacia em Saúde possam beneficiar com

ele, e se as organizações de saúde estão a fazer a sua informação chegar compreensível aos utentes (Hernandez, 2009).

Identificar fatores de risco sociodemográficos assim como identificar instrumentos que sejam eficazes e exatos a medir capacidades de Literacia em Saúde, são temas críticos para definir as prioridades no desenvolvimento dos cuidados de saúde. A mera identificação de instrumentos com tais características é importante para avançar nesse campo científico (Haun, 2012).

Quando se seleciona e aplica um instrumento para medir a Literacia em Saúde num contexto clínico, é importante ter em consideração fatores variados como o cenário clínico, o custo e o tempo para administração da prova, a validade e fiabilidade do teste e se este é ou não apropriado para a população que queremos estudar (Fernandes, 2012).

1.4 Teste Newest Vital Sign (NVS)

A maioria dos instrumentos para avaliar a Literacia em Saúde são muito longos para serem aplicados rotineiramente ou estão só disponíveis em língua inglesa, sendo por isso pouco eficazes. Por isso, Weiss propôs-se a desenvolver um teste rápido e preciso para Literacia em Saúde, tanto em inglês como em espanhol - o Newest Vital Sign (NVS) (Weiss, 2005).

Este novo instrumento de medição foi desenvolvido a partir de uma série de cenários criados por especialistas na área. Foi fornecida informação relacionada com saúde a utentes que liam os cenários e posteriormente respondiam a questões sobre cada um demonstrando, assim, a sua capacidade para usar essa informação. As questões são classificadas como incorretas ou corretas, sendo estas contabilizadas (Weiss, 2005).

Os cenários originais foram desenvolvidos tendo por base conceitos e tipos de cenários usados em investigações anteriores sobre literacia geral (escrever e ler), como o National Adult Literacy Survey, e também de Literacia em Saúde, como o instrumento de medição TOFHLA. Desta análise resultaram 5 cenários:

1. instruções de uma prescrição de um medicamento para uma dor de cabeça;
2. o formulário de consentimento para uma angiografia coronária;
3. instruções para autocuidado no caso de falha do coração;
4. um rótulo nutricional de uma embalagem de gelado, e
5. instruções para a toma de medicação para a asma incluindo a dose de um esteróide.

Estes cenários variavam no tipo de capacidades de literacia precisas para a sua compreensão. Enquanto no formulário do consentimento da angiografia e as instruções da falha cardíaca enfatizam a capacidade de compreender textos, os outros, como o rótulo nutricional, fazem ênfase na capacidade de usar conceitos numéricos e matemáticos. A inclusão de cenários que envolvessem ambas capacidades de leitura e numéricas foram conduzidas por este estudo, mostrando que estas capacidades estão altamente correlacionadas uma com a outra, e que os participantes devem ter

capacidade de compreender tanto o texto como os números se querem ter sucesso em lidar com o sistema de saúde (Weiss, 2005).

Dos cinco cenários avaliados na validação do estudo, o mais eficaz a discriminar os níveis de Literacia em Saúde, é o que requer mais complexas competências numéricas: o rótulo nutricional de uma embalagem de gelado (Weiss, 2005).

Este consiste em seis questões acerca da informação contida no rótulo e requer aproximadamente 3 minutos para ser respondido, requer habilidades quantitativas, incluindo a capacidade de calcular percentagens. (Baker, 2006).

É atribuído um ponto por cada resposta correta e somados os pontos finais. Com base nesta classificação são definidos três níveis:

1. alta possibilidade de Literacia em Saúde limitada (0-1 ponto);
2. Literacia em Saúde limitada (2-3 pontos);
3. Literacia em Saúde adequada (4-6 pontos) (Weiss et al., 2005).

Este teste foi incluído no presente trabalho por razões de validação do novo teste desenvolvido pelo HLS-EU-Q e traduzido para Português. (HLS-EU, 2012).

1.5 Medição de Literacia em Saúde usando o HLS-EU-Q

Alguns testes, como o REALM, o TOFHLA e o teste NVS, foram desenvolvidos com o propósito de rastrear e de classificar as pessoas em categorias com níveis baixos ou altos de Literacia em Saúde. São usados frequentemente em cenários clínicos, sendo testes pequenos, rápidos e fáceis de administrar. Outros instrumentos, como o NAAL, têm como objetivo medir um conceito mais amplo, com vista a fornecer uma avaliação de todas as dimensões ou explorar a sua relação com os determinantes sociais, comportamento em saúde, estado de saúde ou uso dos serviços de saúde (Sørensen, 2013).

Apesar de haver uma grande variedade de instrumentos, muitos deles apresentam várias fraquezas e mostram várias limitações. A maior parte falha em captar todos os aspetos relevantes da Literacia em Saúde e apenas se focam numa ou em poucas dimensões do conceito (Sørensen, 2013).

Numa tentativa de colmatar as falhas entretanto determinadas, o consorcium HLS-EU desenvolveu uma definição e um modelo conceptual (representado na Figura 3) de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012).

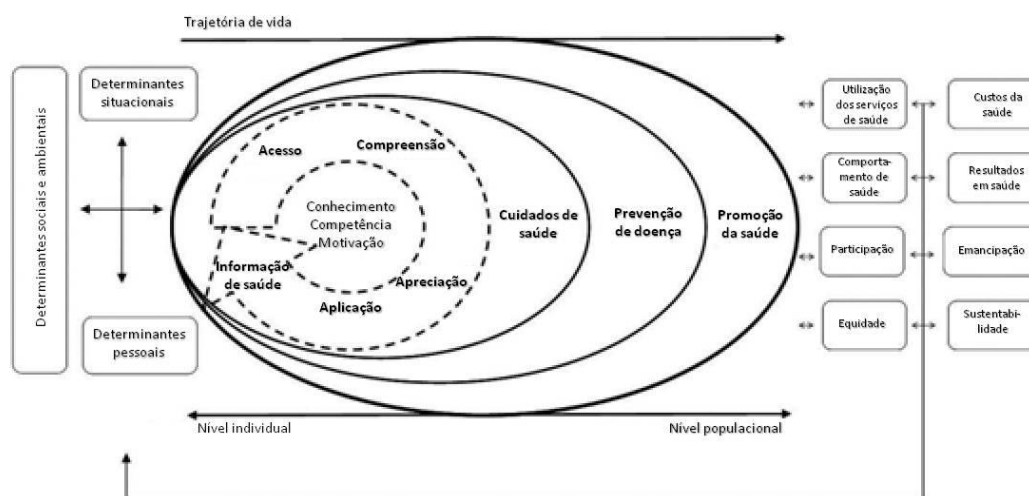


Figura 3: Modelo conceitual de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012)

O modelo conceitual distingue três domínios de Literacia em Saúde (LS), cuidados de saúde (CS-LS), prevenção de doenças (PD-LS) e promoção da saúde (PS-LS) e quatro modos de lidar com informações, acesso/obter, entender, apreciar/julgar/avaliar e aplicar/usar. Combinando os três domínios e os quatro modos surge uma matriz com 12 células. Cada célula pode ser interpretada como uma teoria baseada nas subdimensões da Literacia em Saúde (HLS-EU, 2012). Estas subdimensões teóricas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1- Subdimensões teóricas de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012)

LITERACIA EM SAÚDE	ACESSO/OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES DE SAÚDE	COMPREENDER INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APRECIAR/JULGAR/AVALIAR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APLICAR/USAR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE
CUIDADOS DE SAÚDE	1) Habilidade para aceder a informação médica ou assuntos clínicos	2) Habilidade para compreender informação médica e significado	3) Habilidade para interpretar e avaliar informação médica	4) Habilidade para tomar decisões informadas em assuntos médicos
PREVENÇÃO DE SAÚDE	5) Habilidade para aceder a informação sobre factores de risco	6) Habilidade para compreender informação sobre factores de risco e significado	7) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre factores de risco	8) Habilidade para julgar a relevância de factores de risco
PROMOÇÃO DE SAÚDE	9) Habilidade para se atualizar sobre assuntos clínicos	10) Habilidade para compreender informação de saúde relevante e significado	11) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre assuntos relacionados com saúde	12) Habilidade para formar opinião refletida sobre assuntos de saúde

As 12 subdimensões teóricas foram consideradas como sendo de igual relevância para a medição geral da Literacia em Saúde, sendo cada uma avaliada por 3 a 5 itens, resultando num instrumento com 47 itens.

Os itens foram selecionados a partir de instrumentos já existentes, recém-formulados ou desenvolvidos pelo consórcio. Os itens foram formulados como perguntas diretas (e não declarações): "Numa escala de muito fácil a muito difícil, quão fácil diria que é a cada uma das seguintes situações...". As situações correspondem à execução de uma determinada tarefa relacionada com a saúde e os inquiridos classificavam a sua dificuldade numa escala de Likert com quatro pontos (muito fácil, fácil, difícil, muito difícil) que medem as autoexperiências e autoavaliação de habilidades. Foi também dada a possibilidade de uma resposta "Não sei".

Assim, o instrumento não mede apenas as habilidades ou competências, mas a adequação experimentada e medida pelo próprio dessas competências pessoais com situações complexas e de executar tarefas relevantes de gestão de informação de saúde (HLS-EU, 2012).

Construção de índices de Literacia em Saúde

Seguindo o conceito HLS-EU, foi calculado um índice geral de saúde compreendendo todos os 47 itens. Este pode dividir-se em três subíndices: cuidados de saúde (16 itens), a prevenção de doenças (16 itens) e promoção da saúde (15 itens). Estes índices foram padronizados numa métrica unificada com um mínimo de 0 e um máximo de 50, em representam o mínimo e o máximo possível, de nível de Literacia em Saúde usando a seguinte fórmula:

Índice= (Média-1) x (50/3)

Em que:

Índice – é o índice específico calculado.

Média – é a média de todos os itens participantes de cada indivíduo.

1 – é o valor mínimo possível da media (leva a um valor mínimo do índice de 0)

3 – é a gama da média

50 – é o valor máximo escolhido da nova métrica

Para os quatro índices (Geral, Cuidados de Saúde, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde) foram definidos limiares, dividindo as pontuações em 4 categorias:

- 1- Inadequada: 0 a 25 pontos
- 2- Problemática: 26-33 pontos
- 3- Suficiente: 34-42 pontos
- 4- Excelente: 43-50 pontos

Como os itens são construídos tendo por base situações relacionadas com a execução de tarefas em saúde, o nível de Literacia medido não depende apenas das competências pessoais, mas também de variáveis de contextos específicos como as culturas nacionais em saúde, a complexidade dos sistemas de saúde, a história de campanhas nacionais informativas e políticas de saúde regional. Diferentes valores de LS podem, portanto, ser interpretados como um levantamento individual da complexidade / incerteza / gestão das situações e tarefas relevantes para a saúde. Isto significa que num projeto trans-nacional, comparar medições através do HLS-EU é, na verdade, uma comparação da capacidade de gestão percebida de situações e tarefas relevantes para a saúde (Consortium, 2012).

O tipo e a natureza das situações/tarefas em saúde foi decidido de acordo com o modelo HLS-EU e na comunidade de especialistas de vários países para fornecerem informações balanceadas e relevantes em diferenças culturais (Doyle, 2012).

1.6 Literacia em Saúde na Europa

Até à última década, o interesse sobre Literacia em Saúde estava principalmente concentrado nos E.U.A e Canadá, a partir daí tem-se internacionalizado mais, tendo sido feita investigação em vários países como a Austrália, Coreia do Sul e Japão. Também na Europa, a importância da Literacia em

Saúde é cada vez maior e é um assunto cada vez mais reconhecido nas políticas de saúde (Sørensen, 2013).

A Universidade de Maastricht, na Holanda, realizou um projeto intitulado “The European Health Literacy Project (HLS-EU)” entre 2009 e 2012. Este teve como objetivo ajudar a adaptar o conceito e medir o nível de Literacia em Saúde na Europa. O projeto foi realizado pelo HLS-UE Consortium que inclui a Universidade de Maastricht como parceiro principal e Universidade de Maastrich (Holanda), Escola Nacional de Saúde Pública (Grécia), Universidade de Dublin (Irlanda), Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH (Áustria), Instytut Kardiologii (Polónia), Universidade de Murcia (Espanha), Universidade Médica de Sófia (Bulgária), Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente (Países Baixos), Instituto Central de Saúde (Alemanha) como parceiros associados.

O inquérito HLS-EU-Q foi realizado no verão de 2011 e em cada país. Cada estudo foi constituído por uma amostra randomizada de cerca de 1000 cidadãos europeus com mais de 15 anos culminando num total de 8000 pessoas avaliadas (HLS-EU, 2012).

O projeto HLS-EU cumpriu as suas obrigações em termos de:

1. Criação de uma Rede Europeia de Literacia em Saúde;
2. Desenvolvimento de um modelo de instrumento para medir a Literacia em Saúde das populações na Europa;
3. Obter dados sobre Literacia em Saúde em países da Europa, fornecendo indicadores para a monitorização nacional e europeia;
4. Fazer uma avaliação comparativa de Literacia em Saúde nos países europeus;
5. Criação de órgãos consultivos nacionais dos países que participaram da pesquisa e documentação de diferentes estratégias de valorização e prioridades nacionais.

A Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, também faz parte deste projeto, ao abrigo do Programa de Saúde Pública (Monteiro, 2009).

O consórcio HLS-UE optou por uma abordagem de *empowerment* dos cidadãos quando construiu o instrumento para aplicar à população em geral, incluindo perspetivas sobre como Literacia em Saúde afeta a qualidade de vida durante o curso da vida (HLS-EU, 2012).

Os dados desses oito países geraram resultados preocupantes. Cerca de metade dos inquiridos (cerca de 47%) tem risco de Literacia em Saúde limitada.

Em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004 - o papel da Literacia em Saúde, a educação para a saúde é uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde, sendo as escolas o local preferencial para a passagem de conhecimento de saúde. Apesar deste fato e havendo alguma consciência política sobre a importância do aumento da literacia de saúde como ferramenta para a promoção de saúde, a verdade é que existem poucos estudos que dêem uma perspetiva global sobre o conhecimento que a população portuguesa tem sobre saúde. A maior parte dos estudos feitos em Portugal sobre este tema são locais/regionais ou demasiado específicos na área da saúde sobre a qual investigam (Santos, 2010).

A Literacia em Saúde e as suas consequências têm vindo a ganhar peso na sociedade Portuguesa e há um crescente reconhecimento da sua necessidade, apesar de não se saber quais os efeitos práticos nos cuidados de saúde. (Santos,2010).

A meta definida pela União Europeia em 2004 colocava a educação para a Literacia em Saúde como uma prioridade estratégica para o desenvolvimento da Europa. Devido à crescente importância do tema e o pouco que tem vindo a ser feito ao longo desta década, torna-se fundamental estudar a fundo a situação do nosso país para que se possam pensar estratégias comuns com a Europa, ou adaptadas à população de cada região. (Fernandes, 2012)

Capítulo II

Utilização do Serviço Nacional de Saúde
Português

2.1 Enquadramento do SNS no Sistema Saúde Português

Segundo Gonçalves Ferreira, um sistema de saúde é “um conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção de saúde” (Baganha, 2002). A evolução dos sistemas de saúde e os fatores que a influenciam são vários e complexos, existindo várias pressões de interesse e diferentes pontos de vista. Na saúde, o governo deve centrar-se em compatibilizar a promoção e a proteção da saúde com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade (Sousa, 2009).

Em Portugal, as maiores reformas no sistema de saúde foram realizadas na década de 70, juntamente com grandes alterações sociais. Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde sofreram várias mudanças de objetivos e de rumo.

Para compreender melhor a composição atual do SNS, vai primeiro fazer-se um breve resumo da sua evolução e o dos fatores que a suscitaram.

No início dos anos 70, o sistema de saúde estava muito dividido, sendo constituído por várias estruturas como:

1. As misericórdias, instituições solidárias que geriam hospitais e outros serviços de saúde;
2. Os serviços médico-sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação da Caixa de Previdência;
3. Os serviços de saúde pública, que eram direcionados para proteção de saúde como vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental;
4. Os hospitais do Estado, que se localizavam principalmente nos grandes centros urbanos; e
5. Os serviços privados, utilizados por estratos sociais mais elevados (Baganha, 2002).

Nesta altura o PIB para financiar a despesa de saúde era de apenas 2,8%, tendo uma capacidade de resposta muito limitada (Sousa, 2009).

Após a revolução de 1974, começou-se um processo de reestruturação dos serviços de saúde que culminou no estabelecimento do SNS em 1979. Primeiro, em 1974, hospitais distritais e centrais que eram de caridades religiosas foram apropriadas pelo governo (Barros et al., 2007). O SNS tinha como objetivos a universalidade, a generalidade e a gratuidade e a Constituição responsabiliza o Estado pela concretização do direito à proteção da saúde (Baganha, 2002).

A partir de 1990, o sistema de saúde português passou a ser regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases de Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº22/93, de 15 de Janeiro) (Baganha, 2002).

Segundo o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde, o SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde. O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte

do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva (ACSS, 1993).

Atualmente, o sistema de saúde Português é caracterizado por três sistemas que se sobrepõem: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); seguros privados e especiais para determinadas profissões (subsistemas de saúde) e seguros de saúde privados voluntários. A maioria da população tem o direito de escolher entre dois sistemas de saúde, geralmente o sistema nacional de saúde ou um seguro privado voluntário, ou pode usar ambos. Cerca de 20-25% da população, também está abrangida por um subsistema de saúde, o que significa que tem uma terceira opção para a escolha dos cuidados de saúde, apesar que o financiamento do subsistema de saúde seja obrigatório para determinados beneficiários (como é o caso do seguro de saúde com base no trabalho) (Barros, 2011).

Financiamento do SNS

Os sistemas de saúde europeus têm sido confrontados com importantes desafios, nomeadamente: conseguir um efetivo controlo sobre o crescimento das despesas com a saúde, em particular com as despesas de origem pública; atingir uma maior eficiência no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar da população; responder com eficácia às necessidades em cuidados de saúde, respeitando sempre que possível as preferências dos cidadãos e aumentar o nível de saúde das populações, com efetivos ganhos, quer em anos de vida quer na sua qualidade (Escoval, 2009). Têm também problemas de sustentabilidade financeira, havendo necessidade de criar medidas que abrandem a despesa pública com a saúde (Sousa, 2009). Uma dessas medidas foi o incentivo à utilização de medicamentos genéricos que são mais baratos, e de acordo com o Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º1.761/2006, de 30 de agosto), é um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados. (Duque et al., 2014). São vendidos entre 20-80% abaixo do preço do medicamento cuja patente expirou, levando a uma poupança de 13 biliões de euros nos Sistemas de Saúde da União Europeia, possibilitando uma gestão de recursos do SNS. (Duque et al., 2014)

Segundo o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde no decreto de lei nº 11/93 , a responsabilidade dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS é:

- do Estado;
- dos utentes não beneficiários do SNS e dos beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- dos subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
- e das entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.

2.2. Determinantes de Literacia de Saúde e utilização do Sistema Nacional de Saúde

De acordo com a “American Medical Association”, a falta de Literacia em Saúde tem sido associada com pior estado de saúde, com despesas médicas elevadas, com uma não aderência à medicação e com o aumento do número de hospitalizações. Assim, educação, cultura, acesso a recursos e idade são fatores que afetam as competências de literacia de saúde de uma pessoa (Santos, 2010).

Um número de possíveis determinantes sociais de literacia que já foram discutidas na literatura e ilustradas no modelo conceptual de Sorensen (figura 3), foram investigadas no estudo HLS-EU-Q. Entre elas encontram-se a nacionalidade dos pais dos indivíduos, a composição do agregado doméstico, o nível de educação, as dificuldades financeira que sentem e a autoavaliação do seu nível socioeconómico.

No modelo conceptual representado na Figura 4:- Relação entre Literacia em Saúde e outcomes de saúde (Hernandez,2009) que foi desenvolvida por Paasche-Orlow e Wolf (2007), a Literacia em Saúde é uma determinante dos *outcomes* em saúde, sendo afetada por características sociodemográficas assim como capacidades físicas e cognitivas.

A Literacia em Saúde afeta a capacidade de um indivíduo ter acesso e utilizar os cuidados de saúde, de interagir com os provedores e de ter cuidados consigo mesmo (Hernandez, 2009).

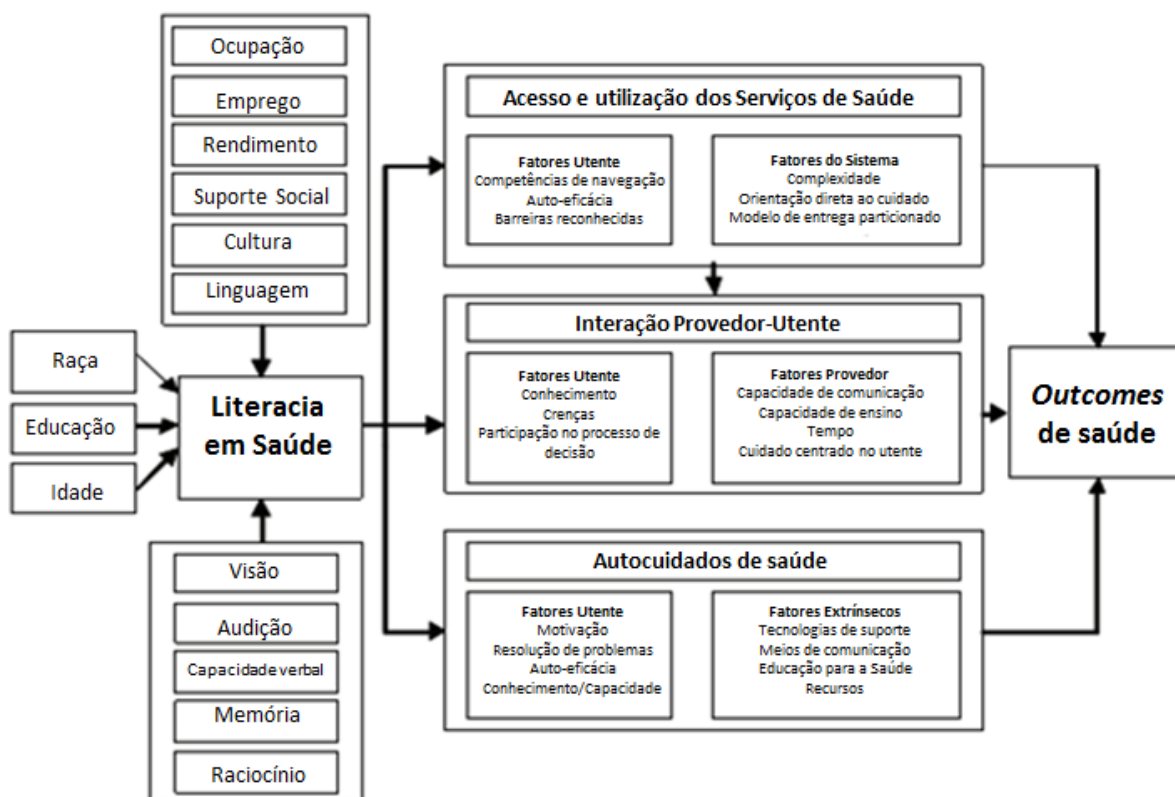


Figura 4:- Relação entre Literacia em Saúde e outcomes de saúde (Hernandez,2009)

Há cada vez mais provas de como as capacidades de Literacia em Saúde se relacionam com os efeitos na saúde, mesmo após ajustar fatores de variação como educação, idade e género. Uma Literacia em Saúde inadequada está relacionada por medições independentes, com uma baixa utilização dos serviços preventivos, mau auto-controlo de condições crónicas, baixa aderência à medicação, elevadas taxas de hospitalização, e maiores taxas de mortalidade. Alguns grupos populacionais estão em maior risco para este nível de Literacia em Saúde, incluindo os desfavorecidos socioeconomicamente, os imigrantes, e os idosos. Este grupo, é afectado mais pronunciadamente por um nível em Literacia em Saúde inadequado, não só devido às diferenças geracionais e ao nível educativo, mas também porque os mais velhos sofrem de mais doenças, usam mais os serviços de saúde, e é mais provável que precisem de regimes terapêuticos complexos (Apolinario, 2012).

No entanto, a Literacia em Saúde tem sido associada a consequências para a saúde em numerosas doenças, a uma saúde mais débil e um maior risco de hospitalização (Ownby, 2012). Baixos níveis de Literacia em Saúde estão associados a um maior uso de serviços de saúde e com maiores custos.

Vários estudos questionam como a Literacia em Saúde afeta a saúde individual e a utilização dos cuidados de saúde. Peritos sugerem que os efeitos da Literacia em Saúde no estado de saúde e na utilização dos cuidados podem ser indiretos, possivelmente através de condicionantes como o conhecimento da doença, o comportamento saudável e o uso de cuidados preventivos (Cho, 2008).

Um dos primeiros estudos sobre as consequências da Literacia em Saúde foi efetuado por Baker e seus associados que investigaram como a Literacia em Saúde afetava o conhecimento das doenças dos utentes, o seu estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo indicaram que utentes com uma baixa Literacia em Saúde eram mais prováveis de ter uma saúde mais fraca do que os utentes com alta Literacia em Saúde. No que se refere à relação com a utilização dos serviços de saúde, o estudo mostrou que não há relação entre a Literacia em Saúde e o número de consultas médicas realizadas. Por sua vez a relação entre a literacia de saúde e a hospitalização foi significativa: baixa Literacia em Saúde foi associada a uma taxa de hospitalização superior no ano anterior (Baker,1997). Por outro, lado um estudo baseado em beneficiários da Medicaid, não mostrou nenhuma diferença significativa no uso dos serviços de saúde devido ao nível da Literacia em Saúde, havendo uma inconsistência com os resultados anteriores. Em 1998, Friedland, descobriu que aqueles que têm uma baixa Literacia em Saúde, tendem a ter menos visitas ao médico, mas mais estadia prolongadas nos hospitais. Mais recentemente, Scott e seus associados mostraram uma relação positiva entre a Literacia em Saúde e o uso preventivo dos cuidados de saúde entre os beneficiários do seguro do plano Medicare (Howard et al., 2006).

Numa perspetiva de economia de saúde, é importante referir que uma inadequada Literacia em Saúde levará a um aumento dos custos em diversas frentes, primeiro devido ao uso tardio e desinformado dos serviços de saúde, mas também devido a uma má utilização das terapias de cura e prevenção (Santos, 2010).

Capítulo III

**Avaliação da Literacia em Saúde na
População Geral Portuguesa do distrito do
Porto**

3. Metodologia de Investigação

Os objetivos, a metodologia utilizada, o procedimento e a recolha de dados, serão o foco deste capítulo.

3.1 Objetivos de estudo

Este trabalho tem como objetivos principais, validar o questionário HLS-EU, avaliar o nível de Literacia em Saúde dos residentes do distrito do Porto, e analisar a sua relação com a utilização dos serviços nacional de saúde.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Validação do questionário de Literacia em Saúde geral desenvolvido pelo consorcium europeu
- Relacionar o nível de Literacia em Saúde geral com o nível da mesma característica medida pelo teste NVS.
- Relacionar o nível de Literacia em Saúde com os dados sociodemográficos (a idade, o nível educacional, o IMC, a profissão e o estrato socioeconómico).
- Comparar o nível de Literacia em Saúde consoante os vários indicadores de utilização do SNS (consultas médicas, análises/exames de diagnóstico, hospitalizações e tratamentos)
- Relacionar o nível de Literacia em Saúde com a frequência de automedicação dos inquiridos e a utilização de medicamentos genéricos.

3.2 Metodologia

Esta investigação teve início com uma revisão bibliográfica sobre o conceito, as diversas definições e a importância da Literacia em Saúde.

O inquérito para avaliar a Literacia em Saúde e a utilização do SNS é constituído por 4 grupos:

- Grupo I – Literacia em Saúde: Constituído por 47 itens, serve para medir a Literacia em Saúde. Este instrumento é denominado por HLS-EU-Q e foi derivado do modelo conceptual e da definição desenvolvida pelo HL-EU Consortium. Foi utilizada uma versão traduzida, cedida pela Escola Nacional de Saúde Pública, inserido no projeto de investigação “Think Tank-Saúde que Conta”. Algumas perguntas foram adaptadas para se adequarem à realidade portuguesa tal como a “pergunta 34 -Encontrar informação que permita a sua zona residencial ser mais amiga da saúde?” que possuía o termo bairro, um regionalismo mais do sul.
- Grupo II – Serviços de Saúde: Este grupo está dividido em 2 partes. Na primeira, pretende avaliar-se de que forma os utentes utilizaram o Serviço Nacional de Saúde, perguntando ao inquirido quantas vezes recorreu, em média, ao SNS nos últimos 12 meses, seja em consultas médicas, análises e sistemas de diagnóstico, hospitalização e tratamentos tanto no sistema público como privado. A este último é também questionada a forma de acesso. Na segunda

parte avalia-se a frequência de automedicação e uso de genéricos, com uma escala de lickert de 5 pontos (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre).

- Grupo III – Teste Newest Vital Sign - O teste NVS foi incluído com objetivo de validação do teste anterior e que se encontra traduzido e validado em (Luís,2010) num estudo sobre “Literacia em Saúde e Alimentação Saudável”. Foi introduzido um quadro para classificação das respostas em corretas e incorretas para facilitar a correção e saber o nível de Literacia em Saúde através da pontuação.
- Grupo IV – Dados Sociodemográficos – constituído por dados pessoais como o sexo, idade, peso, altura, escolaridade, estado civil, nacionalidade, agregado doméstico, se é portador de alguma doença crónica, profissão, se é profissional ou estudante de saúde e nível socioeconómico. Algumas das questões foram adaptadas para que a interpretação das perguntas fosse mais clara. Entre elas, o termo “agregado familiar” do questionário europeu foi substituído por “agregado doméstico” que é utilizado nos censos do INE Possui também três perguntas de escolha múltipla sobre as dificuldades financeiras para suportar o custo de medicamentos, consultas médicas e contas ao fim do mês.

O questionário foi realizado no Teleform, impresso e distribuído durante os meses de setembro e outubro de 2013 no distrito do Porto. Os inquiridos foram convidados a preencher de forma voluntária, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos.

3.3 População e amostra

Para a realização desta investigação, a população-alvo foi constituída por indivíduos com idade superior a 15 anos residentes no distrito do Porto. A amostra foi recolhida de forma aleatória representativa, em termos das variáveis sociodemográficas, nos concelhos do Porto, Vila Nova de Gaia e Paredes.

Foram excluídos indivíduos que não conseguiam ler ou que apresentaram incapacidade para a compreensão do inquérito.

3.4 Procedimento de recolha de dados

Os inquéritos foram entregues diretamente aos indivíduos em quatro farmácias comunitárias dos referidos concelhos. A participação foi anónima, voluntária e de preenchimento autónomo, tendo sido acompanhada por uma explicação do objetivo do estudo.

Posteriormente os questionários foram processados no Teleform e construída a base de dados em SPSS.

3.5 Tratamento estatístico e análise de dados

Após a recolha de dados, a análise estatística destes foi efetuada utilizando o software SPSS para o Windows, versão 21 e Microsoft Excel 2010.

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada através de estatística descritiva, nomeadamente através de frequências absolutas e relativa, médias, desvios-padrão, medianas e desvios-interquartis.

O índice geral de Literacia em Saúde (IGLS) e o índice do Teste NVS foram calculados usando as fórmulas descritas na secção 1.5.1. (Construção de índices de Literacia em Saúde). Foram efetuadas correlações de Spearman entre estes dois índices e relações de percentagens, medianas, desvios quartis para efectuar comparações com os dados demográficos tal como a idade, índice de massa corporal, nível de escolaridade, dificuldades financeiras e perfil de utilização do SNS.

Na estatística inferencial foram usados o teste qui-quadrado da independência, o teste de Fisher e o teste Kruskal-Wallis.

Em todos os testes foi considerado um nível de significância de 0,05.

Capítulo IV

Apresentação dos resultados

4.1 Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos

A amostra deste estudo é constituída por 253 inquiridos do distrito do Porto, sendo constituída por 57,2% do sexo feminino

A idade mais frequente, com 23,1%, situa-se entre os 46-55 anos, tendo apenas 4,2% dos inquiridos uma idade superior a 76 anos. O Índice de Massa Corporal (IMC) é normal em 51,2% dos indivíduos e 47,6% tem acima do normal (Tabela 2).

Tabela 2- Dados Sociodemográficos: Idade, Sexo e IMC

		n	%
Idade	Menos de 25 anos	22	9,2
	26-35	52	21,8
	36-45	34	14,3
	46-55	55	23,1
	56-65	45	18,9
	66-75	20	8,4
	Mais de 76 anos	10	4,2
Sexo	Masculino	107	42,8
	Feminino	143	57,2
Índice Massa Corporal	Abaixo do Normal	3	1,2
	Normal	127	51,2
	Acima do Normal	118	47,6

Como podemos constatar na Tabela 3 em relação à escolaridade mais frequente, a amostra tem o 3ºciclo e o ensino secundário, com 21,4% e 21,8% respetivamente. Quanto ao estado civil, 143 indivíduos (57,7%) são casados ou em união de fato e 69 (20,6%) são solteiros. Do agregado doméstico, 53% faz parte um casal com filhos, 10% um casal sem filhos, 17,5% é constituído unicamente por um indivíduo e 5,6% por uma família monoparental. O resto dos inquiridos, 13,6% é constituído por outras situações.

Quanto à situação profissional dos indivíduos, a maioria, 81 indivíduos (32,3%), encontra-se a trabalhar a full-time e 13 indivíduos (5,2%) trabalha em part-time. A quantidade de desempregados e reformados é similar, sendo de 53 (21,1%) e de 54 (21,5%) respetivamente. O número de estudantes é de 8 (3,2%).

Tabela 3 - Dados Sociodemográficos: Escolaridade, Estado Civil, Situação profissional

		n	%
Escolaridade segundo o INE	1º ciclo	51	20,6
	2º ciclo	41	16,5
	3º ciclo	53	21,4
	Ensino Secundário	54	21,8
	Ensino Superior	49	19,8
Estado Civil	Solteiro	69	27,8
	Casado/ União de Fato	143	57,7
	Divorciado/ Separado	19	7,7
	Viúvo	16	6,5
	Não responde/ Não sei	1	0,4
Agregado doméstico	Um indivíduo	44	17,5
	Casal sem filhos	25	10,0
	Casal com filhos	133	53,0
	Família monoparental	14	5,6
	Outros	35	13,9
Situação Profissional	Exerce uma profissão, tem trabalho, mesmo que não remunerado	23	9,2
	Full-time	81	32,3
	Part-time	13	5,2
	Desempregado	53	21,1
	Estudante	8	1,2
	Reformado	54	0,0
	Com incapacidade permanente	3	1,2
	Em serviço militar ou comunitário	0	0,0
	Dono de casa a tempo inteiro	12	4,8
	Inativo	3	1,2
	Outro	1	0,4
	Não sei	0	0,0

Segundo a Tabela 4, no que se refere à classe social, a amostra tem frequentemente uma classe social média (35,3%) ou média-baixa (31,0%).

Quanto à facilidade em pagar a medicação, metade dos indivíduos (50%) considera razoável a facilidade que sente em pagar a medicação, 10,4% sente que é fácil e apenas 4% muito fácil. Observa-se também que 27,6% considera difícil e 8% muito difícil. Em relação à facilidade em pagar uma consulta médica, a resposta mais frequente é razoável, 44%; 3,2% acha muito fácil e 16,7% fácil. 26,2% sente que é difícil e 9,9% muito difícil.

Quando a amostra é inquirida com que frequência sente dificuldade em pagar as contas no fim do mês, 13% optou por não responder, 31% sente “quase nunca ou nunca”, 34% sente “às vezes” e 22% sente “a maioria das vezes”.

Tabela 4 - Classe social e Dificuldades Financeiras

		n	%
Classe social	Muito baixo	19	7,5
	Baixo	56	22,2
	Médio-Baixo	78	31,0
	Médio	89	35,3
	Médio-Alto	10	4,0
	Alto	0	0,0
	Muito-Alto	0	0,0
Facilidade de pagar a medicação	Muito Fácil	10	4,0
	Fácil	26	10,4
	Razoável	125	50,0
	Difícil	69	27,6
	Muito difícil	20	8,0
Facilidade em pagar uma consulta médica	Muito Fácil	8	3,2
	Fácil	42	16,7
	Razoável	111	44,0
	Difícil	66	26,2
	Muito difícil	25	9,9
Dificuldade em pagar contas ao fim do mês	A maioria das vezes	55	21,9
	Às vezes	85	33,9
	Quase nunca/ nunca	78	31,1
	Não respondo	33	13,1

4.2 Literacia em Saúde – Itens analisados

4.2.1 Alpha de Cronbach para os quatro índices de Literacia em Saúde

O instrumento de HLS-EU-Q mostrou, em todos os índices, uma consistência interna (alpha de Cronbach) entre 0,909 e 0,934, indicando uma consistência interna muito boa (Tabela 5). Assim, pode afirmar-se que as diferenças observadas entre as respostas recolhidas se devem a diferentes opiniões e não a diferentes interpretações das questões apresentadas.

Tabela 5 - Alpha Cronbach para os quatro índices

	Alpha de Cronbach
Índice Geral	0.934
Índice Cuidados em Saúde	0.923
Índice Prevenção de Doenças	0.909
Índice Promoção de Saúde	0.909

4.2.2 Análise das tabelas dos índices das dimensões de Literacia em Saúde

Antes de calcular, os índices de Literacia em Saúde, vamos primeiramente observar detalhadamente os resultados obtidos na totalidade dos 47 itens do índice de Literacia em Saúde.

Considerando o total das respostas verifica-se que o item 15 “Chamar uma ambulância em caso de emergência” é a tarefa mais fácil a desempenhar com 46,6% de respostas no “Muito Fácil” . Por sua vez, no “Muito difícil” o item 35 “Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?” obteve 16,7%, revelando-se como a tarefa que os inquiridos têm mais dificuldade em realizar. Para facilitar a análise, optou-se por construir tabelas com as percentagens obtidas em cada uma das respostas, separando-as que correspondem segundo as 3 dimensões: Cuidados de Saúde, Prevenção de Saúde e Promoção de Saúde.

Vamos iniciar pela análise das primeiras 16 perguntas que estão representadas na Tabela 6, e que permitem o cálculo da dimensão de Cuidados de Saúde. Verifica-se que a tarefa em que os inquiridos sentem mais facilidade é a “14-Seguir as instruções de tratamento” obtendo 59% de fácil e 37,8% de muito fácil. Por oposição a mais difícil é a “12-Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança” obtendo 13,8% de muito difícil e 43,1% de difícil.

Tabela 6 - Dimensão de Cuidados em Saúde

	Item	n	Muito difícil(%)	Difícil(%)	Fácil (%)	Muito Fácil(%)
1	Encontrar informação sobre os sintomas de doenças ou que causam preocupação?	247	6,9	29,6	44,9	18,6
2	Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam ou que causam preocupação?	243	7,0	32,9	46,9	13,2
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica	247	4,0	21,9	50,6	23,5
4	Saber onde encontra ajuda profissional quando se está doente?	247	2,0	10,9	49,0	38,1
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	251	1,6	19,5	55,8	23,1
6	Compreender o folheto que vem com o medicamento?	248	7,3	19,0	55,6	18,1
7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	240	6,7	28,8	51,3	13,3
8	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	250	1,2	8,0	46,0	44,8
9	Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	245	5,3	26,9	57,1	10,6
10	Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	237	8,0	41,8	42,6	7,6
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	244	3,7	31,1	51,2	13,9
12	Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	232	13,8	43,1	34,9	8,2
13	Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	240	3,8	22,9	60,4	12,9
14	Seguir as instruções de tratamento?	251	0,4	2,8	59,0	37,8
15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	247	1,6	7,7	44,1	46,6
16	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	251	0,0	3,2	55,8	41,0

Por sua vez, na Tabela 7 - Dimensão Prevenção de Doença, 61,5% dos inquiridos sentem que é Fácil “20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado” e 19,3% sente que é Muito Fácil. A tarefa que é mais complicada é “30. Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?” com 43% respondendo que é Difícil e 6,8% Muito Difícil.

Tabela 7 - Dimensão Prevenção de Doença

Item	n	Muito difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)
17 Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	244	1,6	16,4	55,7	26,2
18 Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	239	9,2	42,3	38,5	10,0
19 Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	247	4,9	24,7	57,1	13,4
20 Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	244	4,1	15,2	61,5	19,3
21 Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	248	0,4	10,9	60,1	28,6
22 Compreender porque precisa de vacinas?	247	1,6	9,7	51,4	37,2
23 Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	245	0,0	5,7	55,1	39,2
24 Avaliar quão fiáveis são os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	242	2,1	16,1	55,0	26,9
25 Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	247	1,2	17,8	53,0	27,9
26 Avaliar quais as vacinas de que necessita?	241	5,4	28,6	48,1	17,8
27 Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	237	4,2	28,7	51,9	15,2
28 Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	232	4,3	41,4	43,5	10,8
29 Decidir se deve tomar a vacina da gripe?	235	5,1	24,3	48,1	22,6
30 Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	236	5,5	36,4	46,6	11,4
31 Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	237	6,8	43,0	39,2	11,0

Centremos agora na Tabela 8 - Dimensão Promoção de saúde A tarefa “43- Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?” obteve 62,7% de resposta Fácil e 16,6% de Muito Fácil. Por sua vez, o item “35- Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?” foi o que os inquiridos obtiveram mais dificuldade com 48,2% respondendo que é Difícil e 16,7% Muito Difícil.

Tabela 8 - Dimensão Promoção de saúde

	Item	n	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)
32	Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, alimentação saudável e nutrição?	247	2,0	15,8	53,4	28,7
33	Saber mais sobre as atividade que são positivas para o seu bem-estar mental?	242	2,9	26,9	50,4	19,8
34	Encontrar informação que permita a sua zona residencial ser mais amiga da saúde?	230	13,0	42,6	35,2	9,1
35	Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	222	16,7	48,2	28,4	6,8
36	Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho?	226	8,8	40,3	42,0	8,8
37	Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	245	3,3	23,3	58,8	14,7
38	Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	248	7,7	25,4	52,8	14,1
39	Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	247	2,8	24,3	59,9	13,0
40	Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	244	2,9	27,5	51,6	18,0
41	Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem-estar?	235	4,3	25,5	54,9	15,3
42	Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	243	1,6	16,5	62,1	19,8
43	Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	241	2,9	17,8	62,7	16,6
44	Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	243	3,3	19,8	53,9	23,0
45	Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	239	10,9	22,2	43,9	23,0
46	Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	247	4,9	34,0	45,7	15,4
47	Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	241	8,3	34,9	44,4	12,4

Seguidamente foram calculadas as médias e os desvios-padrão dessas pontuações dos quatros índices de literacia.

Observando a Tabela 9, o índice de literacia em Cuidados de Saúde obteve uma média maior (32,14) e um desvio-padrão inferior (7,326).O índice de Promoção de Saúde foi o que obteve uma média inferior (29,41) e um desvio-padrão superior (8,820).

Tabela 9 - Média e Desvio-Padrão dos quatro índices de literacia

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Índice Geral Literacia em Saúde	247	12,00	50,00	30,99	7,241
Índice de Prevenção de Saúde	249	11,11	50,00	31,72	7,824
Índice de Promoção de Saúde	247	0,00	50,00	29,41	8,820
Índice de Cuidados de Saúde	250	9,38	50,00	32,14	7,326

4.2.4 Classificação do índice Literacia em Saúde Geral – Prevalência de Literacia em Saúde

Segundo a escala anterior, foi calculado o índice Geral de Literacia em Saúde, cujos resultados se encontram representados na Figura 5- Índice Geral de Literacia em Saúde

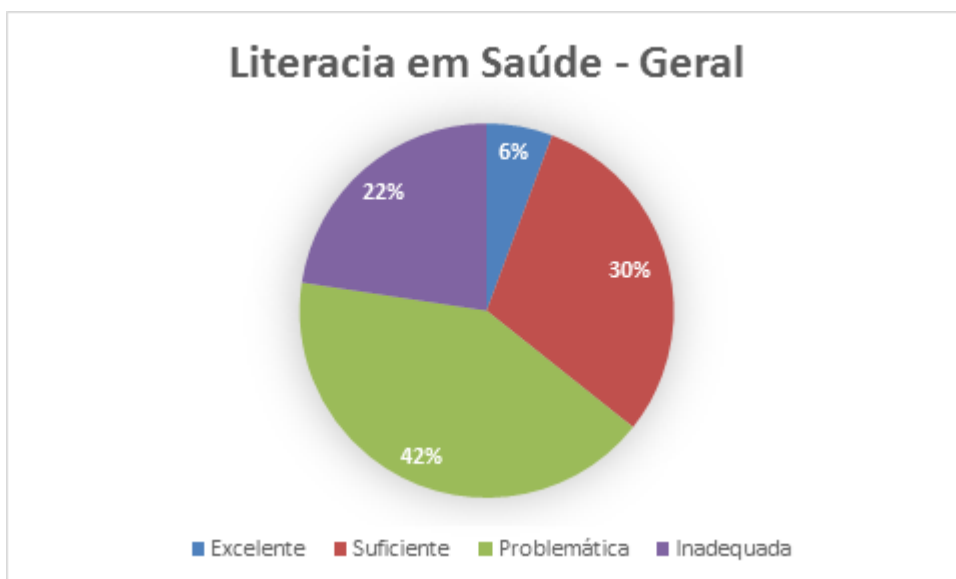


Figura 5- Índice Geral de Literacia em Saúde

Estes resultados mostram que aproximadamente 22% dos inquiridos em Portugal apresentam um nível Geral de Literacia em Saúde inadequado e quase 42% apresentam um nível geral problemático, o que faz com que exista uma Literacia em Saúde limitada na maioria da amostra analisada. Apenas 6% da amostra apresenta uma Literacia em Saúde excelente.

4.2.5 Teste Newest Vital Sign

A média obtida no Teste Newest Vital Sign. foi de 3,8 de respostas corretas e o desvio-padrão de 2,2. Observando a Tabela 10 - Resultados e Índice Geral do teste NVS, nota-se que o "item 5- Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de latex e picadas de abelhas. É seguro para si comer este gelado?" foi o que obteve mais respostas corretas, com 66%. O "item 4 Se geralmente come 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu valor diário de calorias consumiria

se comesse uma porção de gelado?”- foi o que teve maior número de respostas incorretas, atingindo os 53,4%.

Mostra que houve um grande número de indivíduos que não responderam, sendo o “item 1 Se comer uma embalagem inteira quantas calorias vai consumir?” com o maior número de respostas (203) e o “item 3- Se deixar de comer gelado, quantas gramas de gordura saturada consumiria por dia?” com o menor número de respostas (179).

Tabela 10 - Resultados e Índice Geral do teste NVS

		n	%
Item 1- Se comer uma embalagem inteira quantas calorias vai consumir?	Incorreta	79	38,9
	Correta	124	61,1
Item 2- Se somente puder comer 60gr de hidratos de carbono entre as principais refeições, quantas porções de gelado poderá comer no máximo?	Incorreta	71	36,6
	Correta	123	63,4
Item 3- Se deixar de comer gelado, quantas gramas de gordura saturada consumiria por dia?	Incorreta	72	40,2
	Correta	107	59,8
Item 4- Se geralmente come 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu valor diário de calorias consumiria se comesse uma porção de gelado?	Incorreta	97	53,6
	Correta	84	46,4
Item 5- Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de latex e picadas de abelhas. É seguro para si comer este gelado?	Incorreta	67	34,0
	Correta	130	66,0
Item 6- Se respondeu não à pergunta 5, indique a razão	Incorreta	71	37,4
	Correta	119	62,6
Índice Geral de NVS	Alta possibilidade de Literacia em Saúde limitada	37	22,0
	Possibilidade de Literacia em Saúde limitada	34	20,2
	Literacia em Saúde adequada	97	57,7

Segundo o teste NVS, 22% dos inquiridos têm uma Alta Possibilidade de Literacia em Saúde Limitada, 20,2% têm uma Possibilidade de Literacia em Saúde Limitada e 57,7% possuem uma Literacia em Saúde Adequada.

4.2.6 Relação entre a Literacia em Saúde e Teste Newest Vital Sign

As correlações de Spearman entre Índice de NVS e o Índice Geral de Literacia em Saúde (IGLS), o Índice de Cuidados em Saúde, o Índice de Prevenção em Saúde e o Índice Promoção de Saúde são moderadas variando entre os 0,186 e os 0,264 ($r = 0,264$, $r = 0,258$, $r=0,186$, $r= 0,246$, respetivamente). Contudo são significativas para a população.

Tabela 11 - Correlação de Spearman entre o índice NVS e os quatro índices de Literacia em Saúde para população Portuguesa

		Índice do teste NVS
Índice Geral Literacia em Saúde	n	164
	r	0,264
	p	<0,001
Índice de Cuidados Saúde	n	165
	r	0,258
	p	<0,001
Índice de Prevenção de Saúde	n	166
	r	0,186
	p	<0,001
Índice de Promoção de Saúde	n	164
	r	0,246
	p	0,002

Quando comparado o índice de Literacia em Saúde medido pelo IGLS com o índice de Literacia em Saúde medido pelo NVS verificou-se que:

- a maior parte dos indivíduos que apresentaram índice de Literacia em Saúde inadequada, apresentaram também alta possibilidade de Literacia em Saúde limitada medida pelo NVS,
- nas restantes classificações do índice geral de Literacia em Saúde, a maior parte dos indivíduos obtiveram nível adequado de Literacia em Saúde pelo índice NVS.

Verifica-se ainda uma associação significativa entre os dois instrumentos ($\chi^2 = 18,334$; $p=0.005$) como se pode verificar na Tabela 12.

Tabela 12 - Relação entre o IGLS e o Índice NVS

		Índice NVS			χ^2	p	
		Alta possibilidade de LS limitada	Possibilidade de LS limitada	LS adequada			
Índice Geral Literacia em Saúde	Inadequada	N	18	7	13	18,334	0,005
		%	47,4	18,4	34,2		
	Problemática	N	10	14	35		
		%	16,9	23,7	59,3		
	Suficiente	N	6	8	30		
		%	13,6	18,2	68,2		
	Excelente	N	2	1	8		
		%	18,2	9,1	72,7		

4.3 Relação entre Literacia em Saúde e dados sociodemográficos

4.3.1 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com a idade

Dada a pouca frequência de indivíduos com mais de 75 anos, para relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com a idade, formou-se uma nova classe constituída por indivíduos com mais de 66 anos.

As faixas etárias mais frequentes dos indivíduos com nível de literacia Inadequado são a 46-55 e maiores de 66. De forma semelhante, verifica-se que nos indivíduos com literacia Problemática as faixas etárias mais frequentes são as faixas dos 46-55 e entre os 56- 65. Para a literacia Suficiente e Excelente a faixa etária mais frequente é a faixa etária dos 26 aos 35. A associação entre a idade e o Índice Geral de Literacia em Saúde é significativa ($\chi^2=21,417$; $p=0,018$) (Tabela 13).

Tabela 13-- Relação entre o Índice Geral de Literacia em Saúde e Classe etária

	Classes etárias						χ^2	p
	<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>=66		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Inadequada	2 (3,8)	10(19,2)	3(5,8)	13(25)	11(21,2)	13(25)	21,417	0,018
Problemática	10 (10,4%)	12(12,5%)	12(12,5%)	24(24)	23(24,0)	15(15,6)		
Suficiente e Excelente	10 (9,5%)	30(28,6%)	19(18,1%)	18(17,1)	11(10,5)	17(16,2)		

4.3.2 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com o IMC

Para relacionar o índice Geral de literacia com o índice de massa corporal foi realizado o teste qui-quadrado de independência. Devido ao baixo número de pessoas com um IMC abaixo do peso (apenas 3) esta classe foi excluída da análise. Não se verifica uma associação significativa entre a Literacia em Saúde e o IMC ($\chi^2 = 3,773$, $p = 0,298$). Apesar disso, observa-se que 30 indivíduos (57,7%) que possuem um IGLS Inadequado tem excesso de peso. Por sua vez, as classes de IGLS Suficiente e Excelente possuem uma percentagem inferior de indivíduos com excesso de peso, 40,3% e 41,7%, respetivamente.

Tabela 14 - Relação entre IGLS e IMC

		IMC		χ^2	p
		Normal	Excesso de Peso		
		n (%)	n (%)		
Índice Geral Literacia em Saúde	Inadequado	22 (42,3)	30(57,7)	3,773	0,298
	Problemática	47 (51,1)	45 (48,9)		
	Suficiente	40(59,7)	27 (40,3)		
	Excelente	7(58,3)	5(41,7)		

4.3.3 Relacionar o Índice Geral Literacia em Saúde com o nível de Escolaridade

Para relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com o nível de escolaridade, foi realizado o teste qui-quadrado. Para tal foi necessário formar uma nova categoria do índice geral, juntando as categorias de Suficiente e Excelente que apresentavam poucos números de pessoas.

A classe de escolaridade mais frequente dos indivíduos com nível de literacia inadequado é o 1ºciclo (45,1%) e a menos frequente é a do Ensino Superior com apenas 2,0% como se pode observar na Tabela 15. O nível de literacia problemático apresenta valores muito semelhantes em todos os níveis de escolaridade variando entre os 19,1% e os 22,3%. Para a literacia em saúde Suficiente e Excelente a classe mais frequente é o Ensino Superior (29,1%) e a menos frequente é o 1ºciclo (10,0%). Existe assim uma associação significativa entre a Literacia em Saúde e a escolaridade ($\chi^2 = 39,261$ e $p = 0,001$).

Tabela 15 - Escolaridade segundo o INE * Índice geral de Literacia em Saúde com 3 categorias

		Índice geral Literacia em Saúde com 3 categorias			Total	χ^2	p
		Inadequada n(%)	Problemática n(%)	Suficiente / Excelente n(%)			
Escolaridade segundo o INE	1º ciclo	23 (45,1)	18 (19,1)	10 (10,0)	51	39,261	<0,001
	2º ciclo	8 (15,7)	21 (22,3)	12 (11,6)	41		
	3º ciclo	8 (15,7)	19 (20,2)	26 (25,2)	53		
	Ensino secundário	11 (21,6)	18 (19,1)	25 (24,3)	54		
	Ensino Superior	1 (2,0)	18 (19,1)	30 (29,1)	49		
Total		51 (100)	94 (100)	103 (100)	248		

4.3.4 Relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com dificuldades financeiras

Para relacionar o estatuto económico com a Literacia em Saúde foram feitas 3 perguntas: Facilidade de Pagamento de Medicação, Consultas Médicas e Contas ao Fim do Mês. Nas duas primeiras perguntas, a resposta mais frequente nos três níveis de Literacia foi a de Razoável, variando a Facilidade de Pagamento de Medicação entre 43,1% e 51,9% e Facilidade de Pagamento de Consultas Médicas entre 41,7% e 46,2%. Não existe uma associação significativa com a Literacia em Saúde com cada uma destas variáveis ($\chi^2=12,815$, $p=0,106$ e $\chi^2=3,23$, $p=0,930$, respetivamente). A maioria dos inquiridos demonstra dificuldade às Vezes/Na Maioria das Vezes no pagamento das contas ao fim do mês não existindo também uma associação significativa entre esta variável e a Literacia em Saúde ($\chi^2=9,54$, $p=0,146$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Relação entre o índice geral de Literacia em Saúde e dificuldades financeiras

		Índice Geral de Literacia em Saúde			χ^2	p
		Inadequada (%)	Problemática (%)	Suficiente / Excelente (%)		
Facilidade de Pagamento de Medicação	Muito Fácil	0 (0,00)	3 (3,2)	7 (6,7)	12.815*	0,106
	Fácil	5 (9,8)	6 (6,3)	15 (14,4)		
	Razoável	22 (43,1)	49 (51,6)	54 (51,9)		
	Difícil	19 (37,3)	30 (31,6)	20 (19,2)		
	Muito Difícil	5 (9,8)	7 (7,4)	8 (7,7)		
Facilidade de Pagamento de Consultas Médicas	Muito Fácil	1 (1,9)	2 (2,1)	5 (4,8)	3.23*	0,930
	Fácil	9 (17,3)	15 (15,6)	18 (17,3)		
	Razoável	23 (44,2)	40 (41,7)	48 (46,2)		
	Difícil	15 (28,8)	28 (29,2)	23 (22,1)		
	Muito difícil	4 (7,7)	11 (11,1)	10 (9,6)		
Dificuldade Pagamento de Contas ao fim do Mês	A maioria das vezes	13 (25,0)	26 (27,1)	16 (15,5)	9,54	0,146
	Às vezes	20 (38,5)	30 (31,3)	35 (34,0)		
	Quase nunca/nunca	14 (26,9)	32 (33,3)	32 (31,1)		
	Não respondo	5 (9,6)	8 (8,3)	20 (19,4)		

Legenda: *- Valor do teste de Fisher

4.3.5 Relacionar o Índice Geral de Literacia em Saúde com a utilização do SNS

Para verificar, se existem diferenças na forma como os indivíduos utilizam o SNS, nomeadamente através de número de consultas, de análises e de diagnósticos, de hospitalizações e tratamentos tanto no público como no privado durante o ano anterior ao estudo, de acordo com os diferentes níveis de Literacia em Saúde, o teste efetuado foi o teste de Kruskal-Wallis cujos resultados encontram-se na **Erro! A origem da referência não foi encontrada..** Não se verificaram diferenças significativas entre as distribuições das variáveis entre os diferentes grupos: Consultas público ($\chi^2=5425$ e $p=0,143$), Consultas privado ($\chi^2=5286$ e $p=0,152$), Análises público ($\chi^2=2224$ e $p=0,524$), Análises privado ($\chi^2=3807$ e $p=0,283$), Hospitalizações público ($\chi^2=1846$ e $p=0,605$), Hospitalizações privado ($\chi^2=0.914$ e $p=0,822$), Tratamento público ($\chi^2=4023$ e $p=0,259$), Tratamento privado ($\chi^2=5,61$ e $p=0,132$). No entanto de setembro de 2012 a setembro de 2013, 50% indivíduos com índices de Literacia em Saúde “Inadequada” consultaram o médico até 4 vezes por ano no sistema de saúde público e de apenas duas vezes no privado. Por sua vez 50% dos indivíduos com índice “Excelente” consultaram o médico até cinco vezes no público e 1 vez no privado. No que se refere às hospitalizações, no âmbito do

público existe um valor mais elevado no nível de LS inadequado em 50% dos indivíduos foram hospitalizados 0,69 vezes, seguido do nível excelente em que foram 0,56 vezes. Por sua vez, no sistema privado os dados não aparentam ser relevantes para qualquer comparação.

Os inquiridos com a classificação LS excelente apresentam um valor de “tratamento público” consideravelmente superior face aos outros grupos de classificação em que 50% foram tratados 1,44 vezes. No “tratamento privado” é o grupo de literacia problemática que possui um valor superior em que 50% recorreram 1,74 vezes a tratamentos.

Tabela 17 - Relação do Índice Geral de Literacia em Saúde com o perfil de utilização do SNS

	Literacia em Saúde								Teste Kruskal-Wallis	
	Inadequada		Problemática		Suficiente		Excelente		Valor	p
	Md	Dq	Md	Dq	Md	Dq	Md	Dq		
Consultas Público	4,40	2	3,20	1,5	2,60	1	5,23	3	5425	0,143
Consultas Privado	2,10	1,5	2,52	2	2,98	2,5	1,30	1	5286	0,152
Análises Público	2,06	1	2,13	1	1,93	1,5	3,15	1	2224	0,527
Analises Privado	1,39	1	1,69	1,5	2,07	1,5	0,89	1	3807	0,283
Hospitalizações Público	0,69	0	0,26	0	0,27	0	0,56	0,05	1846	0,605
Hospitalizações Privado	0,08	0	0,14	0	0,08	0	0,11	0	0,914	0,822
Tratamento Público	0,67	0	0,55	0	0,16	0	1,44	1	4023	0,259
Tratamento Privado	0,04	0	1,74	0	0,58	0	1,11	0	5,61	0,132

Legenda : Md – Mediana; Dq- Desvio Quartílico

O sistema de saúde privado é pouco utilizado pelos indivíduos de nível problemático e suficiente/excelente tendo a resposta “Não” variado entre os valores entre 77,1% e 89,6%. Na literacia em saúde inadequada observa-se uma maior utilização do Sistema de Saúde Privado através de P1 (40,4%). Não existe uma associação significativa entre o nível de literacia em saúde e o acesso ao SNS através dos subsistemas de saúde ($\chi^2=0,291$ e $p=0,878$), através do sistema de saúde privado ($\chi^2=5,069$ e $p=0,087$) e por conta própria ($\chi^2=1,217$ e $0,542$). A associação só se verifica através do acesso através de P1 ($\chi^2=7,509$ e $p=0,023$).

Tabela 18-Relação entra a Literacia de Saúde e acesso ao Sistema Saúde Privado

		Índice Geral de Literacia em Saúde			χ^2	p
		Inadequada n(%)	Problemática n(%)	Suficiente / Excelente n(%)		
Subsistema de Saúde	Não	43 (82,7)	77 (80,2)	83 (79,0)	0,291	0,878
	Sim	9 (17,3)	19 (19,8)	22 (21,0)		
SNS - P1	Não	31 (59,6)	76 (79,2)	81 (77,1)	7,509	0,023
	Sim	21 (40,4)	20 (20,8)	24 (22,9)		
Sistema de Saúde Privado	Não	48 (92,3)	86 (89,6)	85 (81,0)	5,069	0,087
	Sim	4 (7,7)	10 (10,4)	20 (19,0)		
Conta Própria	Não	45 (86,5)	77 (80,2)	89 (84,8)	1,217	0,542
	Sim	7 (13,5)	19 (19,8)	16 (15,2)		

Relacionando o índice geral de literacia em saúde com a Frequência de automedicação, no nível inadequado e problemático, o maior valor situa-se no “frequentemente” (36,5% e 33,7% respetivamente). No nível suficiente/excelente a maior percentagem situa-se no “às vezes” com 35,3%. Não se observa uma associação significativa entre a frequência automedicação e o índice de literacia em saúde ($\chi^2 = 7,863$ e $p=0,452$).

Tabela 19- Relação entre Literacia em saúde e automedicação e genéricos

		Índice Geral de Literacia em Saúde			χ^2	p
		Inadequada n(%)	Problemática n(%)	Suficiente / Excelente n(%)		
Frequência de Automedicação	Nunca	3 (5,8)	8 (8,4)	8 (7,8)	7,863	0,452
	Raramente	5 (9,6)	9 (9,5)	14 (13,7)		
	Às vezes	14 (26,9)	37 (28,9)	36 (35,3)		
	Frequentemente	19 (36,5)	32 (33,7)	35 (34,3)		
	Sempre	11 (21,2)	9 (9,5)	9 (8,8)		
Frequência com que o médico opta por Medicamentos Genéricos	Nunca	1 (2,0)	8 (8,3)	6 (5,8)	5,562	0,704
	Raramente	5 (9,8)	12 (12,5)	13 (12,5)		
	Às vezes	14 (27,5)	32 (33,3)	34 (32,7)		
	Frequentemente	16 (31,4)	25 (26,0)	32 (30,8)		
	Sempre	15 (29,4)	19 (19,8)	19 (18,3)		
Frequência com que o Utente Opta por Medicamentos Genéricos	Nunca	6 (11,5)	26 (27,1)	10 (9,5)	21,654	0,001
	Raramente	23 (44,2)	31 (32,3)	31 (29,5)		
	Às vezes	10 (19,2)	27 (28,1)	43 (41,0)		
	Frequentemente / Sempre	13 (25,0)	12 (12,5)	21 (20,0)		

Os indivíduos com nível adequado de literacia em saúde referem que o médico opta frequentemente por medicamentos genéricos (31,4%) e o mais comum é os indivíduos com nível problemático e suficiente/excelente é referirem que o médico opta Às vezes por medicamentos genéricos (33,3% e 32,7% respetivamente). Não existe uma associação significativa entre estas variáveis ($\chi^2 = 5,562$ e $p=0,704$).

Em relação à opção do utente por medicamentos genéricos, os indivíduos com nível inadequado e problemático raramente o fazem (44,2% e 32,2%) enquanto que com nível suficiente/excelente optam “Às vezes” (41%). Aqui existe uma associação significativa ($\chi^2 = 21,654$ e $p=0,001$).

Capítulo V

Discussão

Segundo os dados do censo realizado em 2011 pelo INE, a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) é 65,7% de toda a população Portuguesa, enquanto que os idosos (65 ou mais anos) são 19,6%. Contudo, uma vez que os inquiridos nesta última faixa etária se mostraram relutantes a participar no estudo, esta percentagem não é verificada na nossa amostra. Na amostra estudada o género feminino está em maioria, 57,2%, Comparando a amostra com os dados do INE no mesmo ano, a maior disparidade encontra-se no número de pessoas sem escolaridade. Estas não foram consideradas no presente estudo por não corresponderem aos critérios de inclusão (pretendia-se que o questionário fosse de autopreenchimento).

Tabela 20 - Escolaridade de Portugal segundo o INE-censos 2011(INE, 2011)

	Sem escolaridade (%)	1º ciclo (%)	2º ciclo (%)	3º ciclo (%)	Secundário (%)	Superior (%)
INE	9,5	24,6	11,9	20,5	18,5	15,0
INE considerando indivíduos com algum grau de escolaridade		27,2	13,1	22,7	20,4	16,6
Amostra avaliada		20,6	16,5	21,4	21,8	19,8

No que diz respeito à validação do instrumento, os valores do coeficiente alfa de Cronbach em Portugal - Porto variaram entre 0,909 e 0,934 para os quatro índices de Literacia em Saúde. Estes mostram que o questionário tem uma consistência interna muito boa e está de acordo com os valores observados nos Países analisados no estudo Europeu e publicados no Relatório Europeu de Literacia em Saúde (Tabela 21).

Tabela 21 - Alpha de Cronbach para os índices e sub-índices de literacia em Saúde dos países europeus analisados no relatório HLS-EU

Alpha de Cronbach	AT	BG	DE	EL	ES	IE	NL	PL	PT
IGLS	0.96	0.97	0.96	0.97	0.96	0.97	0.95	0.98	0.934
CS-LS	0.90	0.93	0.91	0.92	0.89	0.91	0.88	0.94	0.924
PD-LS	0.90	0.93	0.91	0.92	0.89	0.91	0.87	0.94	0.909
PS-LS	0.90	0.93	0.90	0.93	0.89	0.93	0.88	0.95	0.909

Legenda países: PT – Portugal/Porto; AT- Áustria; BG – Bulgária; DE – Alemanha; EL – Grécia; ES – Espanha; IE – Irlanda; NL – Holanda; PL – Polónia (Consortium, 2012)

Observando a

Tabela 22 - Média e Desvio Padrão dos Índices em Portugal - Porto o índice que obteve uma média superior foi o Índice de Cuidados de Saúde ($\bar{x}=32,1$ e $s=7,3$) e o que obteve a média mais baixa foi o

Índice de Promoção de Saúde ($\bar{x}=29,4$ e $s=8,8$). O mesmo se verificou no estudo europeu. Em todos os países, as médias e desvios padrão (Tabela 22) variam ligeiramente por tipo de índice.

Tabela 22 - Média e Desvio Padrão dos Índices em Literacia em Saúde

		AT	BG	DE	EL	ES	IE	NL	PL	PT	Total
Geral Literacia em Saúde	Média	32	30.5	34.5	33.6	32.9	35.2	37.1	34.5	31.0	33.8
	Desvio-padrão	7.6	9.2	7.9	8.5	6.1	7.8	6.4	8	7.2	8
Índice de Cuidados de Saúde	Média	32.8	32.8	34.8	34.1	33.2	36.3	38	35.4	32.1	34.7
	Desvio-padrão	8.3	9.5	8.5	8.7	6.7	7.8	6.8	8.1	7.3	8.3
Índice Prevenção de Saúde	Média	32.6	30.4	35.8	34	33.2	35.1	37.7	34.1	31.7	34.2
	Desvio-padrão	8.5	10.1	8.8	9.1	6.7	8.5	7.1	9	7.8	8.8
Índice de Promoção de Saúde	Média	30.5	27.9	32.9	32.7	32.2	34	35.7	33.8	29.4	32.5
	Desvio-padrão	8.8	10.2	8.9	9.6	6.9	9.7	7.6	8.8	8.8	9.1

Legenda países: PT – Portugal; AT- Áustria; BG – Bulgária; DE – Alemanha; EL – Grécia; ES – Espanha; IE – Irlanda; NL – Holanda; PL – Polónia (Consortium, 2012)

A média da Literacia em Saúde medida pelos itens de HLS-EU-Q, é maior para os Cuidados de Saúde ($\bar{x}=34,7$ e $s=8,3$) ou Prevenção de Saúde ($m=34,2$ e $s=8,8$) do que para a Promoção em Saúde ($\bar{x}=32,5$ e $s=9,1$)(HLS-EU, 2012). Uma justificação para este comportamento é o acesso facilitado que a amostra tem a informação médica e sobre fatores de risco levando a mais literacia na área de cuidados de saúde e de prevenção de doenças. Por outro lado, tem uma dificuldade acrescida na compreensão e atualização sobre assuntos clínicos o que faz com que o índice de promoção de saúde obtenha uma média inferior. Um aumento do nível de literacia neste sector levará a uma maior promoção de saúde o que implicará um melhoramento nos resultados de saúde.

O Índice Geral de Literacia em Saúde representado na Figura 6 mostra que cerca de 22,6% dos inquiridos em Portugal apresentam um nível inadequado e quase 42% apresentam um nível problemático. Estes valores mostram que o nível de literacia em saúde é inferior comparando com os dos resultados europeus. Apenas, cerca de 35,7% da amostra portuguesa apresenta um nível de Literacia em Saúde Geral excelente ou suficiente, enquanto que, por sua vez, a Holanda e a Irlanda são os que apresentam melhores valores, sendo de 71,4% e 58,3% respetivamente.

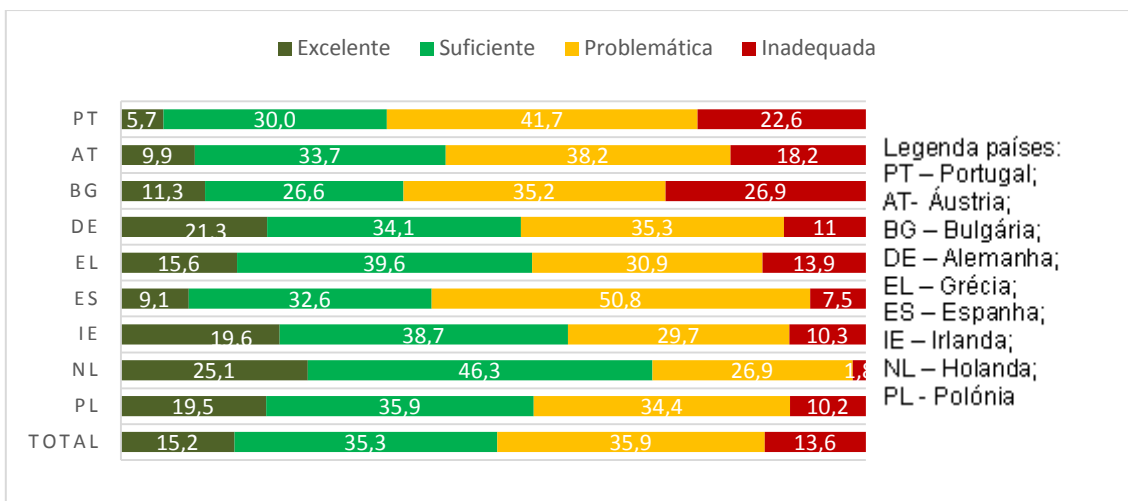


Figura 6 - Gráfico comparativo da Literacia em Saúde de Portugal (índice HLS-EU) com oito países europeus Fonte:(HLS, 2012)

Observa-se também uma variabilidade acentuada nos países. Enquanto apenas 1,8% dos indivíduos tem um nível de Literacia inadequada na Holanda, na Bulgária esta percentagem é de 26,9% e a Literacia problemática varia de 26,9% na Holanda para 50,8% na Espanha. No total dos países, cerca de 15% dos inquiridos possuem uma Literacia Inadequada, e mais de um terço (35%) tem um nível Problemático. Portanto, o nível de Literacia em Saúde limitada na Europa, não é um problema de minorias sendo as diferenças entre os países extensas e devem ser consideradas quando se fizer políticas de Literacia em Saúde (HLS-EU, 2012).

Quando calculado, o nível de Literacia em Saúde através do teste NVS, 57,7% da amostra portuguesa, possui uma Literacia em Saúde Adequada, no entanto, é de salientar a baixa taxa de respostas às questões que compõem este teste, sendo a taxa de resposta apenas de dois terços. Esta taxa pode ser explicada pela falta de tempo dos inquiridos e pela necessidade de se efetuarem cálculos. Assim, estes resultados podem encontrar-se enviesados, uma vez que as pessoas com mais escolaridade ou disponibilidade foram as que responderam a estas questões.

Comparando a nível europeu, a média dos níveis de Literacia em Saúde do teste NVS mostram que mais de 21% dos inquiridos têm alta possibilidade de Literacia em Saúde limitada, 23,5% tem apenas possibilidade de Literacia em Saúde limitada e cerca de 55% possui uma Literacia em Saúde Adequada (HLS-EU, 2012). Observando a Figura 7 verifica-se que a literacia adequada em Espanha é de 37% praticamente duplica para 76% na Holanda

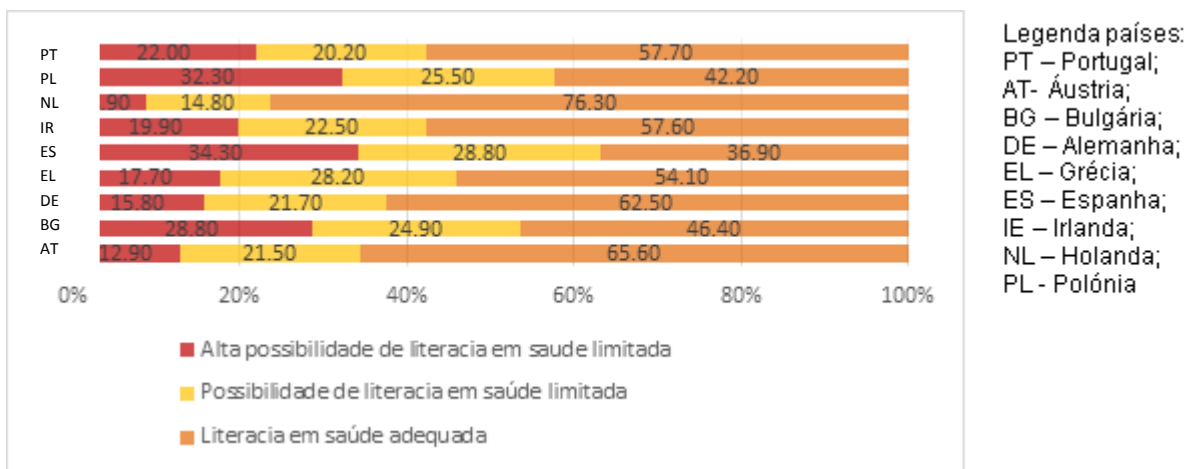


Figura 7 - Percentagens dos níveis índice de literacia segundo o teste NVS em países da Europa (HLS-EU, 2012)

Comparando o nível de Literacia em Saúde medida com o teste NVS com a do HLS-EU, encontram-se resultados diferentes: em Portugal 57,7% apresenta uma Literacia em Saúde adequada com o primeiro teste e pelo segundo esta categoria conta com apenas cerca de 35,7% (suficiente + excelente). No norte de Portugal a correlação entre o índice do teste NVS e do índice Geral de Literacia em Saúde fraca ($r= 0,264$) mas significativa. A correlação entre o teste NVS e os restantes domínios é ainda menor, sendo o $r=0,258$ para Cuidados de Saúde, $r=0,246$ para a Promoção em Saúde atingindo um valor mínimo no domínio Prevenção de Saúde com o $r=0,186$. Quando efetuado o teste qui-quadrado verifica-se que a associação entre os dois instrumentos é significativa ($\chi^2 = 18,334$; $p=0,005$) (Tabela 12). Uma possível explicação prende-se com a forma como é avaliada o nível de Literacia em Saúde nos dois testes. O teste NVS mede as competências funcionais da Literacia em Saúde dos indivíduos, focando-se principalmente em documentar literacia e numeracia. Por sua vez, os itens do HLS-EU-Q medem experiências e avaliam capacidades para realizar tarefas de saúde relevantes para a gestão de informação. O instrumento não mede capacidades pessoais, mas a relação que o indivíduo tem quando é sujeito a situações complexas em que é necessário competências pessoais e experiência em saúde. Assim, a medição reflete-se na autoavaliação individual das competências da Literacia em Saúde em relação às exigências da literacia em saúde das situações nacionais específicas. Um baixo nível de LS medido por este teste num certo país pode ser interpretado de diferentes maneiras, tanto a população pode ter baixas competências como o sistema de saúde pode ser caracterizado por altas exigências ou uma mistura de ambos. As variações nacionais dos resultados do teste NVS e do teste HLS-Q-Eu são causadas parcialmente por diferentes dificuldades objetivas relacionadas com os sistemas nacionais de saúde e por diferenças nas competências (HLS-EU, 2012). Além disso, quando interpretando resultados, as diferenças dos grupos podem estar influenciados pela experiência atual da tarefa dada ou por tendências diferentes de avaliar (o indivíduo pode subestimar e sobrestimar dificuldades) e por diferentes expectativas a respeito de dificuldades de tarefas (HLS-EU, 2012).

As diferenças no nível da Literacia em Saúde relaciona-se com múltiplas variáveis como a idade, raça, etnia, educação e comportamentos relacionados com cuidados de saúde. Analisando como se relaciona a Literacia em Saúde com a idade, verifica-se que as pessoas com mais idade apresentam em média menores índices de Literacia em Saúde pelo teste qui-quadrado (Tabela 13-- Relação entre o Índice Geral de Literacia em Saúde e Classe etária). Cerca de 71,2% dos inquiridos que apresentaram um nível de literacia inadequado são indivíduos com mais de 46 anos. Esta situação faz com que os idosos se tornem especialmente vulneráveis à inadequada Literacia em Saúde pois estão limitados no acesso a informação e serviços de saúde, essenciais para os cuidados de saúde cada vez mais frágil (Fernandes, 2012). Constata-se também que os jovens entre os 26-35 são parte expressiva, atingindo 19,2% de literacia inadequada. Apesar disso, a Literacia em Saúde é mais elevada nos escalões mais jovens (menores que 45), onde os inquiridos com nível Suficiente/Excelente são de 56,2%. Efetuando o teste qui-quadrado, pode então afirmar-se que existe uma associação significativa entre as faixas etárias e a Literacia em Saúde ($\chi^2=21,417$ e $p=0,018$). Vários estudos como o apresentado por Ownby e seus colaboradores, demonstram que pessoas acima dos 65 anos apresentam níveis baixos de Literacia em Saúde tendo em consideração pessoas com formação equivalente (Ownby, 2012). Os autores não esperavam este resultado porque a literacia está relacionada com as capacidades de leitura e vocabulário que supostamente não deviam diminuir com a idade. Apesar disso, pessoas com mais idade têm mostrado performances claramente inferiores em medições de Literacia em Saúde, tanto em cenários clínicos como em estudos alargados à população em geral (Ownby, 2012). As teorias apresentadas para tentar explicar estes resultados apontam para um “envelhecimento cognitivo”, situação em que as capacidades menos usadas sofreriam um atrofiamiento continuado, à semelhança do declínio noutras capacidades, como a perceção visual ou auditiva (Ownby, 2012). Também no estudo HLS-EU, a idade surge como um forte fator de previsão para o nível de Literacia em Saúde, onde os grupos mais velhos tendem a ter uma Literacia em Saúde mais baixa. As correlações entre a idade e a literacia em saúde são mais fortes na Grécia ($r= -0,31$), Bulgária ($r= -0,23$), Polónia ($r= -0,22$) e Espanha ($r= -0,21$), enquanto na Irlanda e na Alemanha as correlações não foram significativas (HLS-EU, 2012).

No presente estudo, relativamente aos níveis de literacia segundo o grau de escolaridade, de uma forma geral constata-se que quanto mais baixo o grau de escolaridade mais baixo o nível de literacia em saúde. No entanto nem sempre se verifica essa correspondência, por exemplo, o ensino secundário apresenta mais literacia inadequada (21,6%) do que os inquiridos do segundo e terceiro ciclo (15,7%). Existe assim uma associação significativa entre a Literacia em Saúde e a escolaridade ($\chi^2=39,261$ e $p=0,001$). Cerca de 45% das pessoas com literacia inadequada tinham apenas o primeiro ciclo e 22% tinham o secundário feito. Por sua vez as pessoas que obtiveram um nível Suficiente e Excelente apresentam, na sua maioria, o ensino secundário ou superior sendo que uma pequena percentagem tem apenas o primeiro ciclo. Apesar disso, quanto mais elevados forem os

níveis de instrução de uma população mais hipóteses um indivíduo tem de melhorar o seu perfil de literacia em saúde.

Segundo, o estudo HLS-EU, também a educação está co-relacionada com a Literacia em Saúde ($r=0,24$). Indivíduos com educação alta tendem a ter pontuações mais altas no índice geral de LS. Apesar disso nem todos os indivíduos com o mesmo grau de ensino apresentam o mesmo grau de Literacia em Saúde. Os anos de escolaridade convencional não são um indicador fiável de Literacia em Saúde e indivíduos com menores capacidades podem tentar escondê-lo, sendo difícil identificar esses utentes durante os cuidados rotineiros de saúde (Apolinário, 2012).

Apesar da escolaridade e a literacia em saúde estarem associados numa pesquisa realizada por Apolinário em 2012, não foi possível chegar a uma conclusão definitiva sobre qual o nível de escolaridade que garantia uma literacia adequada. Nesse estudo 30% dos idosos com educação secundária tinham Literacia em Saúde inadequada. Por outro lado, 17% dos questionados com baixa escolaridade (até 4 anos) tinham literacia adequada. (Apolinário, 2012).

Relacionando a LS com o IMC no decorrer desta pesquisa não se encontrou uma associação significativa entre estas duas variáveis observando-se que o único grupo em que o IMC é superior ao normal é o grupo com Literacia em Saúde inadequada. Por sua vez, as pesquisas de Osvaldo Santos e de Fernandes verificaram uma relação entre a Literacia em Saúde e o controlo do peso, sendo que quanto mais baixo o nível de literacia em saúde maior é valor do IMC (Fernandes, 2012; Santos, 2010). Esta relação pode ser explicada por uma falta de competências numéricas relacionadas com a saúde levando a uma propensão para ingerir porções alimentares maiores do que é normal conduzindo a um aumento de peso. Por sua vez, a proporção dos indivíduos obesos, que têm o risco de saúde mais alto, não decresce com o aumento do nível de Literacia em Saúde. A nível europeu, a correlação entre o IMC e a Literacia em Saúde na amostra total é pequena ($r= -0,07$), mas a nível nacional é significativa apenas para 2 países, para a Áustria ($r= -0,13$) e Grécia ($r= -0,12$) (HLS-EU, 2012).

No que se refere aos níveis de Literacia em Saúde e às dificuldades financeiras (pagamento de contas no fim do mês, pagamento de medicamentos, pagamento de consultas médicas), observa-se que não há nenhuma associação significativa. No entanto a maioria dos inquiridos demonstra dificuldade às Vezes/Na Maioria das Vezes no pagamento das contas ao fim do mês, e o grupo com dificuldades em pagar consultas/medicamento é uma minoria. Essa diferença pode significar que as comparticipações do Estado em medicamentos estão a ajudar as pessoas mais carenciadas. Apesar de não se ter verificado uma relação entre as dificuldades financeiras e a LS, vários estudos mostram que baixos estratos socioeconómicos estão associados a uma pior saúde, a um pior acesso aos cuidados de saúde e a uma pior literacia em saúde (Baker,1997).

No que respeita à utilização do Sistema Nacional de Saúde, notamos que o perfil com Literacia em Saúde Suficiente é o único a recorrer mais ao privado para consultas e análises ao contrário das hospitalizações. Para tratamentos, o privado é a preferência dos grupos com Literacia em Saúde Problemática e Suficiente. De referir, no entanto, que os resultados sobre consultas e análises

apresentam grande variabilidade em torno do valor médio, podendo indicar que os inquiridos terão um seguro de saúde vantajoso para preferir o serviço privado ou então por uma melhor facilidade de acesso quando se possui um P1. Apesar disto, não se verificou nenhuma associação significativa entre a Literacia em Saúde e a utilização dos serviços de saúde, nomeadamente Consultas Médicas, Hospitalizações, Análises e Tratamentos.

No estudo HLS-EU, a relação da Literacia em Saúde com a frequência das consultas médicas é significativa. Indivíduos com pontuações mais altas no índice geral de HLS, tendem a visitar médicos menos frequentemente, pelo menos em relação a utilizadores pesados (3 ou mais vezes). O estudo indicou também um aumento de risco de hospitalização para utentes com baixa literacia. A Literacia em Saúde tem uma fraca correlação com a frequência de hospitalizações nos últimos 12 meses ($r = -0,06$) (HLS-EU, 2012).

Não é claro se a redução da condição individual de saúde se deve à baixa Literacia em Saúde ou se pessoas com este nível de literacia tendem a não interpretar o desconforto e sintomas físicos dos problemas de saúde reportados. Estes indivíduos têm menos conhecimentos sobre doenças e sobre os seus sintomas iniciais, compreendendo menos a necessidade de cuidados preventivos e visitas de rotina aos cuidados primários, conduzindo a uma maior probabilidade de sofrer de problemas crónicos de saúde e um fraco estado de saúde, levando ao uso em excesso de serviços de cuidados emergência e hospitais, entre aqueles com baixa literacia. Uma das limitações da maioria dos estudos é que baseiam-se em informação dada pelo próprio indivíduo do seu estado de saúde e acesso ao uso dos serviços de saúde (ex. realização de testes de *screening*, visitas médicas de rotina e hospitalização). Investigadores observaram que utentes com baixa Literacia em Saúde têm dificuldades a comunicar com médicos e frequentemente não se lembram dos diagnósticos ou procedimentos médicos que receberam imediatamente a seguir à visita médica.

Quanto ao acesso ao sistema de saúde privado, os indivíduos com LS inadequado são os que mais recorrem ao P1, podendo estar relacionado com fatores socioeconómicos

Relativamente à opção de medicamentos genéricos e a literacia em saúde existe uma associação significativa entre as duas, verificando-se que as pessoas com nível suficiente/excelente são as que mais vezes recorrem a esse tipo de medicação. Isto pode ser devido ao maior grau de conhecimento sobre o que são estes medicamentos e em que consistem, havendo uma menor desconfiança acerca de sua eficácia e segurança.

Conclusões

A relação entre as fracas capacidades de literacia e o estado de saúde é agora melhor reconhecida e compreendida. O interesse nesta relação levou ao emergir do conceito de Literacia em Saúde.

O presente trabalho permitiu validar o questionário em termos de consistência interna de Literacia em Saúde desenvolvido pelo consorcium europeu e relacioná-lo com outros instrumentos com objetivos semelhantes, neste caso o NVS. Verificou-se que o questionário tem uma consistência interna muito boa e uma correlação de 0,26 com o NVS, existindo uma associação entre o índice de Literacia em Saúde obtida pelo HLS-EU e o índice de Literacia em Saúde dado pelo teste NSV. Permitiu também analisar o nível de Literacia em Saúde da população portuguesa do Norte de Portugal e relacioná-lo com os dados sociodemográficos, com a frequência de utilização do SNS e utilização de medicamentos genéricos. Os nossos resultados mostram que os valores de Literacia em Saúde na região norte de Portugal são baixos e inferiores aos níveis de literacia observados em países europeus. Por sua vez, o teste NSV mostrou que 57,7% da amostra apresentou índices de Literacia em Saúde adequada. A Literacia em Saúde e a idade apresentam uma associação significativa, o mesmo se verificando entre a primeira e o nível de escolaridade assim como com a opção por medicamentos genéricos. No entanto esta associação não foi verificada entre o IMC, as dificuldades financeiras, a frequência de utilização do SNS. Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a localização geográfica específica estando os indivíduos sujeitos às mesmas particularidades geográficas, cultura, nível de escolaridade e oportunidades de acesso a recursos, não podendo sendo generalizado para a população de Portugal. Também o fato de ser um inquérito longo, fez com que muita gente se recusasse a preencher o inquérito ou o deixasse incompleto. Apesar disso, foi possível concluir que é necessário melhorar o nível de literacia em saúde dos portugueses, nomeadamente dos idosos que apresentam os níveis mais baixos e que utilizam mais o SNS.

É importante que os profissionais de saúde sejam sensibilizados para as dificuldades das pessoas com baixos níveis para usarem linguagem mais simples e evitar erros de más interpretações das indicações fornecidas de terapias e cuidados. Uma formação durante o percurso escolar dos indivíduos na área da saúde é fundamental e também o desenvolvimento de estratégias para melhorar o nível de literacia em saúde das pessoas com níveis mais baixos deste índice. Este investimento proporcionará um aumento da qualidade de vida, a um uso mais racional do SNS e a menos custos económicos.

Referências Bibliográficas

- Apolinário, D. et al. (2012). Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Revista de Saúde Pública*, 46, 702-711.
- Baganha, I., Ribeiro J., Pires S. (2002). *O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Documento policopiado, Oficina do Centro de Estudos Sociais.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883.
- Baker, D. et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Clark, W. & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American journal of public health*, 87, 1027-1030.
- Barrett, S., Puryear, J., Westpheling, K. & Fund, C. (2008). *Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field*. Acedido em Agosto 23, 2014 em http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2008/jan/health-literacy-practices-in-primary-care-settings--examples-from-the-field/barrett_htliteracypracticesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf
- Barros, P., Simões, J., Machado, S. (2011). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 13.
- Benavente, A. (1996). *A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155, 97-107.
- Black, S., Balatti, J. & Falk, I. (2013). Health literacy and social capital: what role for adult literacy partnerships and pedagogy?. *Studies in Continuing Education*, 35, 146-164.
- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46, 918-922.
- Cho, Y., Lee, S., Arozullah, A. & Crittenden, K. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*, 66, 1809-1816.
- Decreto de Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro. *Diário da República nº12/93 - I série A*. Ministério da Saúde. Lisboa
- Decreto de Lei nº48/90, Lei de Bases da Saúde de 24 de Agosto. *Diário da República nº195/90 - I série A*. Assembleia da República. Lisboa
- Direcção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Ministério da Saúde. Acedido em Dezembro 10, 2014 em <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

- Doyle, G., Cafferkey, K. & Fullam, J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland: Dublin, Ireland*. University College Dublin.
- Duque, M., Rocha C. & Balteiro, J. (2014). Adesão dos utentes aos medicamentos genéricos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 181-187.
- Dybczak, K., & Przywara, B. (2010). *The role of technology in health care expenditure in the EU*. Directorate General Economic and Monetary Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54, 313-324.
- Escoval, A. (2009). Modelo de Financiamento em SNS: Reino Unido, Espanha e Portugal. In *Seminário Financiar, pagar, contratualizar em Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, 9Fev.2009.
- Fawcett, S. et al. (2010) Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global health promotion*, 17, 52-56.
- Fernandes, P. (2012) *Literacia em saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS–Newest Vital Sign*. Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Portugal.
- Haun, J., Luther, S., Dodd, V. & Donaldson, P. (2012) Measurement Variation Across Health Literacy Assessments: Implications for Assessment Selection in Research and Practice. *Journal of Health Communication*, 17, 141-159.
- Heide, I. et al. (2013) Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13.
- Hernandez, L., (2009), *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. National Academies Press. Acedido em Setembro 15, 2014 em <http://www.nap.edu/catalog/12690.html>
- HLS-EU. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health Literacy Survey HLS-EU*. Maastricht: HLS-EU Consortium.
- Howard, D., Sentell, T. & Gazmararian, J. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of general internal medicine*, 21, 857-861.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011. Acedido em Outubro 12, 2014 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
- Lee, S., Arozullah, D. & Cho, Y. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309-1321.
- Loureiro, L. et al. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 157-166.
- Luís, L. (2010). *Literacia em saúde e alimentação saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Magoulas, C., Ioannidis, E. & Agrafiotis, D. (2012). *The European Health Literacy Survey - Greece*. Executive Agency for Health and Consumers.
- Mancuso, J. (2008) Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10, 248-255.

- McCormack, L. et al. (2010). Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. *Journal of health communication*, 15, 51-71.
- Monteiro, M. (2009). *A literacia em saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, M.& Kindig, D. (2004) *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press. Acedido em Janeiro 17, 2015 em http://hospitals.unm.edu/health_literacy/pdfs/HealthLiteracyExecutiveSummary.pdf.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15, 259-267.
- Nutbeam, D.(2008).The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67, 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.
- Osborn, C.,Paasche-Orlow, M., Bailey,C.& Wolf, M. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American journal of health behavior*, 35, 118.
- Ownby, R., Waldrop-Valverde,D. & Taha,J. (2012) Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. *Educational Gerontology*, 38, 776-787.
- Paasche-Orlow, M. et al. (2005).Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 172, 980-986.
- Peerson, A., & Saunders, M.(2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health promotion international*, 24, 285-296.
- Rootman, I. & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go?. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 62-77.
- Rudd, R., Moeykens, B. & Colton, T. (1999). *Health and literacy: a review of medical and public health literature*. Office of Educational Research and Improvement. Acedido em Setembro 17, 2014, em <http://www.ncsall.net/?id=522>
- 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*, 4,127-134.
- Segre, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31, 538-542.
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina de Enfermagem*, 22, 884-94.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640.
- Stocks, N. et al. (2009). Health literacy-A new concept for general practice?. *Australian family physician*, 38, 144.

Sun, X. et al. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC public health*, 13, 261.

Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

Sørensen, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 948.

Weiss, B. (2003) *Health literacy: A manual for clinicians*. Foundation and American Medical Association. Acedido em Novembro 10, 2015, em <http://www.acibademsaglik.com/Upload/PDF/literatur40.pdf>

Weiss, B. et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3, 514-522.

Weiss, B., Palmer, R. (2004) Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17, 44-47.

Williams, M., Baker, D., Parker, R., & Nurss, J. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*, 158, 166-172.

Wolf, M., Gazmararian, J. & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.

World Health Organization.(2014). Health literacy and health behavior. *World Health Organization Web site*. Acedido Junho 8, 2014 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1

Anexo – Questionário sobre Literacia em Saúde

Este questionário acerca da "Literacia em Saúde" está enquadrado no projecto The European Health Literacy Project, no qual se pretende testar a versão portuguesa do Questionário Europeu de Literacia em Saúde.

Neste sentido, vamos pedir-lhe que nos responda ao questionário. Qualquer informação fornecida por si será tratada de forma agregada, mantendo-se total confidencialidade sobre os dados que nos fornecer. Gostaríamos de contar com a sua colaboração. Muito obrigado pela sua disponibilidade.

Face ao seu processo de tratamento (*leitura ótica*), o questionário deve ser preenchido de acordo com o exemplo, utilizando **caneta azul ou preta** e **seleccionando a resposta correcta**.

Exemplo assim
 assim não

Questionário Literacia em Saúde

GRUPO I - Literacia em Saúde

Instruções: Considerando a seguinte escala

1 = Muito difícil, 2 = Difícil, 3 = Fácil, 4 = Muito Fácil, 5 = Não sei.

indique quão fácil diria que é cada uma das seguintes situações:

1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças ou que causam preocupação ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam ou que causam preocupação?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Saber o que fazer em caso de emergência médica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Saber onde encontra ajuda profissional quando se está doente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Seguir as instruções de tratamento?.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



17. Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Compreender os aviso relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Avaliar quão fiáveis são os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Decidir se deve tomar a vacina da gripe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, alimentação saudável e nutrição?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Saber mais sobre as atividade que são positivas para o seu bem-estar mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. Encontrar informação que permita a sua zona residencial ser mais amiga da saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4815



41. Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
43. Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
44. Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
45. Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
46. Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

GRUPO II- Serviços de saúde

Instruções: Na secção "Acesso do Sistema Nacional de Saúde", por favor, considere apenas as situações referentes aos últimos 12 meses. Nas questões de escolha múltipla, seleccione apenas uma opção.

Acesso ao Sistema Nacional de Saúde

1. Quantas vezes recorreu, em média, por ano aos serviços de saúde:

	Públicos	Privados
1.1.Consultas médicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.2.Análises/Exames complementares de diagnóstico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.3.Hospitalização (Internamento, Urgências...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.4.Tratamentos (Fisioterapia, Serviços enfermagem...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Em que condições recorreu aos serviços privados?

- Subsistema de saúde (ADSE, SAMS, PT...) SNS (P1) Seguro pessoal de saúde Por conta própria

Medicamentos

1. Com que frequência recorreu à automedicação? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre
2. Com que frequência o seu médico lhe prescreveu medicamentos genéricos? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre
3. Com que frequência opta por medicamentos genéricos? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre



GRUPO III -

Instruções: Por favor, analise o seguinte rótulo que foi retirado da parte de trás de uma embalagem de gelado. Com base nesta informação nutricional responda das questões 1 à 6

Informação Nutricional

Tamanho de Porção ½ taça
Porções por embalagem 4

Quantidade por porção

Calorias 250 Cal Gordura 120

%VD*

Gordura Total 13g 20%

Gordura Sat 9 g 40%

Colesterol 28 mg 12%

Sódio 55mg 2%

Total de Hidratos de Carbono 30g 12%

Fibra Alimentar 2g

Açúcares 23g

Proteína 4g 8%

*Percentagem de Valores Diários (VD) é baseada numa dieta de 2000 calorias. Os seus valores diários podem ser mais altos ou mais baixos dependendo das suas necessidades calóricas.

Ingredientes: Nata, Leite Magro, Açúcar Líquido, Água, Gema de Ovo, Açúcar Mascavado, Óleo de Amendoim, Açúcar, Manteiga, Sal, Carragenato, Extrato de Baunilha

1. Se comer uma embalagem inteira quantas calorias vai consumir? _____
2. Se somente puder comer 60gr de hidratos de carbono entre as principais refeições, quantas porções de gelado poderá comer no máximo? _____
3. O seu médico aconselhou-o/a a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Geralmente consome 42gr de gordura saturada por dia, que inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer gelado, quantas gramas de gordura saturada consumiria por dia? _____
4. Se geralmente come 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu valor diário de calorias consumiria se comesse uma porção de gelado? _____
5. Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelhas. É seguro para si. comer este gelado? _____
6. Se respondeu não à pergunta 5, indique a razão: _____

A preencher pelos serviços, por favor não assinale nesta zona.

1 . Correta Incorreta

2 . Correta Incorreta

3 . Correta Incorreta

4 . Correta Incorreta

5 . Correta Incorreta

6 . Correta Incorreta

4815



GRUPO IV -Dados Sócio-Demográficos

Instruções: Por favor, nas questões de escolha múltipla, seleccione apenas uma opção.

Dados Sócio-Demográficos

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

3. Indique o seu ano de escolaridade:

- 1ºciclo (até 4ºano) 2ºciclo (5º e 6ºano) 3ºciclo (7º a 9ºano) Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento

4. Que altura tem? (aproximadamente) cm

5. Que peso tem? (aproximadamente) kg

6. Possui alguma doença crónica grave (Lupus, insuficiência cardíaca congestiva,...) ou invalidez precoce que implique o recurso frequente aos serviços de saúde? Sim Não

7. Qual o seu estado civil?

- Solteiro Casado/ União de Fato Divorciado/ Separado Viúvo Não responde/ Não sei

8. Qual destas opções, corresponde à nacionalidade dos seus pais?

- Ambos os pais nasceram em Portugal
 Um dos pais nasceu em Portugal e o outro nasceu num país membro da UE
 Ambos os pais nasceram noutro país membro da EU
 Um dos pais nasceu em Portugal e o outro nasceu num país fora da EU
 Ambos os pais nasceram em países fora da EU
 Um dos seus pais nasceu noutro país da EU e o outro nasceu num país fora da EU
 Não responde / Não sei

9. É profissional de saúde ou estudante de saúde?: Sim Não

10. Qual é a sua composição do seu agregado doméstico?

- Um indivíduo Casal sem filhos Casal com filhos Família monoparental Outros

11. Qual é atualmente a sua situação de emprego?

- Exerce uma profissão, tem trabalho, mesmo que não remunerado para uma pessoa de família ou está em estágio profissional
- Full-time
- Part-time
- Desempregado
- Estudante
- Reformado
- Com incapacidade permanente
- Em serviço militar ou comunitário
- Dono de casa a tempo inteiro
- Inativo
- Outro
- Não sei

12. Se precisar de tomar medicação para manter a sua saúde, suportar o seu custo é ... ? (por favor, complete a frase)

- Muito Fácil Fácil Razoável Difícil Muito difícil

13. Se precisar de ir ao médico, suportar o custo da consulta é ... ? (por favor, complete a frase)

- Muito Fácil Fácil Razoável Difícil Muito difícil

14. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes sentiu dificuldades para pagar as contas do mês?

- A maioria das vezes Às vezes Quase nunca/ nunca Não respondo

15. Indique o que considera ser o seu nível sócio-económico.

- Muito baixo Baixo Médio-Baixo Médio Médio-Alto Alto Muito-Alto

Obrigado pela sua colaboração!

