



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O Sistema Nacional de Saúde e as urgências hospitalares: contributos da literacia para a gestão e organização

Vasco Calqueiro Picaluga Nevado

Mestrado em Gestão

Orientadores:

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Associada com agregação

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor Associado com agregação

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024



Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

O Sistema Nacional de Saúde e as urgências hospitalares: contributos da literacia para a gestão e organização

Vasco Calqueiro Picaluga Nevado

Mestrado em Gestão

Orientadores:

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Associada com agregação

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor Associado com agregação

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado não seria possível sem o apoio de várias pessoas, cuja disponibilidade e interesse genuíno em ajudar permitiram que uma simples ideia passasse para o papel e transformaram um rascunho numa tese.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus orientadores, Professora Doutora Rita Espanha e Professor Doutor Nuno Crespo, pela paciência durante todo o processo, por ajudarem a “descomplicar” o complicado, pelo empenho em procurar que a mensagem fosse transmitida da forma mais simples e na orientação na gestão da informação e dos próprios inquiridos. Agradeço as correções e a contínua motivação.

Agradeço igualmente a todos os inquiridos, que preencheram os questionários *online* ou presencialmente, pela disponibilidade, bem como às farmácias, Farmácia Pragal, Farmácia Centro Sul, Farmácia Ideal, Farmácia Chai e Farmácia Almofariz, que permitiram a recolha de dados nas instalações.

Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio que me deram, com especial ênfase à minha namorada Lisa Soares que é a minha inspiração e me faz acreditar que juntos somos mais fortes.

Resumo

Esta dissertação analisa os vários fatores que levam os cidadãos a tomarem decisões sobre a sua saúde, nomeadamente as que os levam a recorrer às urgências hospitalares sem utilizar o circuito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O objetivo é fornecer uma visão de como a literacia em saúde influencia a sua atitude, desde a forma como recebem ou procuram a informação, o seu comportamento perante a decisão e o papel do governo português na estrutura de comunicação e divulgação, destacando benefícios, desafios e potenciais vantagens e desvantagens. Foi efetuada uma revisão de literatura e aplicados inquéritos, cujos resultados foram obtidos de forma *online* e de forma presencial, tendo proporcionado uma ampla compreensão do conhecimento existente, das características socioeconómicas do utente em Portugal, das medidas do Governo que influenciaram a gestão do SNS e de quais as estratégias adotadas por outros países. O estudo aborda igualmente os elementos que têm mais peso para os cidadãos na tomada de posição e como, em certas situações, se sobrepõem ao conhecimento associado com a literacia em saúde.

Palavras-chave: Literacia em saúde; SNS; Fatores da Decisão; Comportamento do utente;

Abstract

This dissertation examines the various factors that influence citizens to make decisions about their health, namely that lead them to resort to hospital emergencies in spite of the other National Health System (SNS) services. The primary objective is to provide an insight into how health literacy influences their behaviour, from the way they receive or seek information, their attitude towards the decision and the role of the Portuguese Government in the communication and dissemination structure, highlighting benefits, challenges and potential advantages and disadvantages. A literature review was carried out and surveys were prepared, the results of which were obtained online and in person, providing a broad understanding of existing knowledge, the socio-economic characteristics of the health user in Portugal, the Government measures that influenced the management of the SNS and what strategies are adopted by other countries. The study also addresses the elements that have the most weight for citizens when taking a position and how, in certain situations, they overlap with the knowledge associated with health literacy.

Keywords: Health Literacy; SNS; Decision Factors; Health's User Behaviour;

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice de Tabelas	xi
Glossário	xiii
1. Introdução	15
2. Caracterização sócio-económica do utente em Portugal	5
3. Revisão de Literatura.....	9
3.1 Sistemas Universais de Saúde	9
3.2 Serviço Nacional de Saúde	9
3.2.1 Jurisdição e liderança	10
3.2.2 Profissionais de saúde qualificados.....	11
3.2.3 Financiamento estruturado.....	12
3.2.4 Serviços de prestação de cuidados de saúde	14
3.2.5 Estrutura de comunicação.....	16
3.2.6 Acesso a medicamentos	19
4. Factor comportamental associado à literacia	21
5. Problema de Investigação – Paradigma Atual.....	23
6. Abordagem à problemática.....	29
7. Objetivos	49
9. Metodologia	37
10. Análise e discussão de resultados	39
Cenário 1	46
Cenário 2	53
11. Conclusão	57
13. Referências Bibliográficas.....	63
14. ANEXO.....	92

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Taxa de escolaridade (ensino superior) em Portugal	6
Tabela 2 – Realidade das idas às urgências e a despesa associada para o SNS	29
Tabela 3 – Estado Civil, Idade e Sexo dos inquiridos	39
Tabela 4 – Nível de instrução e situação profissional dos inquiridos	40
Tabela 5 – Questão: Trabalha na área da saúde?	40
Tabela 6 – Questão: Tem familiares ou amigos próximos que trabalhem na área de saúde?	41
Tabela 7 – Questão: Considerando a seguinte escala indique o seu grau de dificuldade para cada um dos seguintes casos	42
Tabela 8 - Cenário 1	46
Tabela 9 – Questão: Com que regularidade procura obter informação sobre saúde e bem-estar?	48-49
Tabela 10 – Questão: Qual a frequência com que ocorrem as seguintes situações?	51-52
Tabela 11 - Cenário 2	53

Glossário

112 : Número Europeu de Emergência

ADSE : Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

APS : Associação Portuguesa de Seguradores

CODU : Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID- 19 : *Coronavirus disease* 2019

FNAM : Federação Nacional dos Médicos

FIFA : Federação Internacional de Futebol

HLS-EU : *European Health Literacy Survey*

HHS : *Health and Human Services*

HLS : *Health Literacy Surveys*

IOM : *Institute of Medicine*

I&D: *Innovation and Development*

NOVA-IMS : *Nova Information Management School*

ODPHP : *Centers for Disease Control and Prevention*

OECD : *Organization for Economic Cooperation and Development*

PIB : Produto Interno Bruto

PPP : Parcerias Público-Privadas

TMRG : Tempo Máximo de Resposta Garantido

U27 : 27 países da União Europeia

UHC : *Universal Health Coverage*

SNS : Serviço Nacional de Saúde

SNS24 : Aplicativo e linha de contacto do Serviço Nacional de Saúde disponível 24h

SRNOM : Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

WHO : *World Health Organization*

1. Introdução

O crescente mediatismo do agravamento das dificuldades existentes e o surgimento de novos constrangimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são tópicos atuais de maior relevância em Portugal.

Pela análise do relatório 07/2024 da Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023, elaborado pelo Conselho de Finanças Públicas, cerca de 42% dos episódios de urgência foram registados com pulseiras azuis, verdes e brancas (não urgentes), traduzindo-se em 2.601.480 utentes cuja resposta podia ter sido assegurada numa unidade de cuidados de saúde primários, garantindo os requisitos mínimos, e criteriosos, para a prestação de cuidados médicos de qualidade. Não tendo sido optado por um dos meios alternativos dentro do circuito do SNS, é sobrecarregado ainda mais um sistema saturado cuja rutura iminente está a ser “adiada” com reforço das equipas através dos tarefeiros (profissionais de saúde com vínculo contratual temporário com as unidades de cuidados médicos) a nível hospitalar.

“O uso inadequado dos serviços de urgência, nomeadamente o uso abusivo, constitui um dos mais graves problemas a nível mundial no setor da Saúde, levantando preocupações acerca do acesso, qualidade de prestação de cuidados, custos associados e disponibilidade de cuidados de saúde para toda a população” (Rodrigues,2020, pp. 19)

Em conformidade com os dados do Índice de Saúde Sustentável 2020/21, 2021/22 e 2022/23, estudos elaborados pela NOVA-IMS (*Nova Information Management School*), o número de médicos disponíveis para a realização de turnos nos hospitais não corresponde ao mínimo recomendável (ou permitido) para garantir a qualidade, segurança ou o próprio funcionamento regular do serviço o que, de acordo com os mesmos, motiva a recente recusa no exercício de mais do que 150 horas de trabalho suplementar anual. (SIM, 2023)¹. O facto de o número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros), que deixam de exercer a sua atividade nos estabelecimentos públicos de saúde, optando por a exercer nas instituições privadas ser superior à entrada de novos profissionais de saúde no SNS, é um dos temas mais abordados e que irá ser alvo de análise.

O crescimento não proporcional de utentes por médico de família, o aumento exponencial de procura de serviços de atendimento ambulatorio (consultas, exames, entre outros) face ao número de estabelecimentos públicos de saúde, e respetivos profissionais, disponíveis que resulta no atraso

¹ SIM – Sindicato Independente dos Médicos. (2023, 02 de Outubro). Trabalho suplementar para além das 150 horas anuais. <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5320/trabalho-suplementar-para-alem-das-150-horas-anuais/> [Consultado a 04 de Abril de 2024]

de resposta face ao período expectável de atendimento e a incapacidade da estrutura atual de acompanhamento mais monitorizado de utentes (crónicos ou não) de forma a prevenir diagnósticos mais graves são, entre outros, os problemas atuais para os quais ainda não há resposta.

Todas estas dificuldades com a gestão e planeamento das instituições de saúde públicas transparecem e afetam o cidadão (contribuinte) que verifica que não é dada resposta às suas necessidades com a contínua deterioração do SNS. O objetivo é que estes problemas sejam “aliviados” e que sejam reduzidos ao ponto da gestão ser possível ao nível institucional pelas entidades públicas, sem que seja necessário um aumento de investimento e despesa, associados ao consequente aumento das contribuições dos cidadãos.

Apesar da qualidade dos Sistemas Universais de Saúde estar dependente de fatores ambientais, como a sua própria estrutura organizacional, recursos, instalações e gestão, e de fatores de prestação de serviços, como a qualidade das instituições de saúde como prestadores de cuidados de saúde primários e a própria satisfação dos utentes, é importante realçar que existem factores dependentes dos utentes que também têm de ser tidos em consideração, nomeadamente o seu contexto socioeconómico, a sua colaboração e o seu nível de literacia em saúde (Mosadeghrad, 2014).

Em 2015, Portugal aplicou o Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (*HLS-EU – European Health Literacy Survey*) em que foi apurado, através do projecto Literacia em Saúde em Portugal do programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, que o país apresenta um nível de literacia ligeiramente inferior quando comparado com a média da europeia (Espanha et al., 2016). Considerando esses resultados, o presente trabalho consiste numa abordagem de resposta para a melhoria dos níveis de literacia da população como forma de garantir melhores práticas de cuidados de saúde e na gestão do circuito organizacional do SNS, tendo sido analisada a capacidade do sistema em garantir uma resposta ativa às necessidades, atuais ou futuras, dos cidadãos.

A literacia em saúde foi um termo introduzido em 1970 (Simonds, 1974) e é um conceito que grande importância para a saúde pública e individual dos cidadãos, que se foca na sua capacidade em entender e atuar em conformidade face aos complexos requisitos bem-estar da sociedade moderna (Kickbusch & Maag, 2008). A literacia em saúde consiste em contextualizar a saúde individual, familiar e da comunidade face à realidade das circunstâncias que caracterizam a época, bem como em relação aos fatores que a influenciam para que saibam qual a melhor forma de os abordar (Sørensen et al., 2012).

“Os efeitos de adequados níveis de literacia em saúde incluem um melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e a utilização menos frequente dos serviços de saúde” (Pedro, 2018, pp.41)

A proposta traduz-se na identificação dos elementos críticos de literacia e aplicação de estratégias de comunicação de forma a elucidar os utentes dos vários recursos disponíveis no SNS, como alternativa às urgências hospitalares. O enfoque atual na literacia em saúde procura aumentar os resultados/objetivos em saúde e reduzir as disparidades entre os cidadãos no acesso aos cuidados médicos através da promoção do sistema de comunicação, bem como programas de educação, da saúde (Freedman et al., 2009). O foco deste trabalho é, assim, uma possível contribuição para a redução das falsas urgências através do aumento da literacia da organização do sistema de saúde.

Conforme explicado por Espanha & Lupiáñez-Villanueva (2009), grandes quantidades de informação de saúde estão disponíveis através de várias fontes, sejam profissionais de saúde, diferentes especialistas, por entidades públicas e privadas e/ou pacientes, e através de vários canais, desde *media* a relações pessoais, permitindo ao cidadão ter acesso e conseguir contextualizar a informação médica com que é confrontado. O cidadão é encorajado a ser autónomo nas considerações e decisões, se faz as escolhas erradas deve ter noção das consequências a que está sujeito, nomeadamente se optar por um tratamento não recomendado não pode esperar que o SNS, as seguradoras ou o próprio Governo português consiga colmatar os problemas ou efeitos secundários que foram resultado dessas escolhas (Waller, 2005).

É importante garantir que as alternativas apresentadas aos utentes relativamente às urgências hospitalares têm capacidade de resposta, dentro de tempo útil. Irão ser avaliadas algumas alternativas como, por exemplo, a utilização dos serviços médicos externos, tarefeiros, para complementar o papel dos médicos de família, efetuando o diagnóstico preliminar e filtrando o que pode ser resolvido nas unidades de cuidados de saúde primários ou o que tem de ser direcionado para as consultas de especialidade ou orientado para as urgências hospitalares.

O pretendido deste trabalho é contribuir com uma proposta para que os cidadãos sejam capazes de assumir uma maior responsabilidade pela sua própria saúde e dos seus familiares. Os cidadãos que efetivamente nutrem um sentimento de confiança no controlo dos factores com mais impacto e eventos que afetam a sua vida (incluindo a própria saúde) tendem a ser mais felizes, tanto física como psicologicamente (Waller, 2005).

2. Caracterização sócio-económica do utente em Portugal

Em conformidade com o indicado por Pedro, Amaral e Escoval (2016) (pp.9), a partir do estudo *HLS (Health Literacy Population Survey)*, “*Em Portugal, cerca de 61% da população inquirida (amostra de 1.000 indivíduos) apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em 49,2%. Em pior situação que os portugueses só se encontram os búlgaros, que revelam que 62,1% da população deste país apresenta níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados e no polo oposto está a Holanda, país em que esta percentagem é de apenas 28,7%.*”.

Em comparação com os resultados no estudo mais recente do *HLS* os autores Arriaga et al. (2022) concluíram, a partir da amostra de 1.247 indivíduos, que 30% da população inquirida em Portugal apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Tendo sido apurado que as mulheres, cidadãos com idade avançada, cidadãos com capacidade económica reduzida, baixa formação académica e desempregados são um grupo de risco para os baixos níveis de literacia em saúde em Portugal.

Apesar de indiciar um aumento significativo no conhecimento geral em saúde da população face a resultados anteriores, em que inclusive é sugerido que 7 em cada 10 pessoas têm níveis elevados de literacia em saúde, é necessário ter em conta que o método/ferramenta de cálculo foi alterado no novo estudo, não sendo disponibilizada a informação de qual o método/ferramenta utilizado ou as características da amostra considerada, o que invalida a comparação com estudos *HLS* prévios.

Através do estudo da Literacia em Saúde em Portugal pelos autores Espanha, Ávila e Mendes, (2016) foram apuradas categorias sociais em que mais 60% dos indivíduos registam níveis de literacia limitados, entre problemático ou inadequado, sendo estas: indivíduos com 65 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500 €; com doenças prolongadas; com auto-perceção de saúde “má”; que frequentaram no último ano ou mais vezes os cuidados de saúde primários e/ou que se sentem limitados por terem alguma doença crónica.

Em 2023, Portugal apresentava 2.507.922 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, representando 23,96% da população que contrasta com a média europeia de 21,32 % (Eurostat)²,

² Eurostat. (2024, 03 de Maio) . Population on 1 January by age group, sex and country of birth https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_pop3ctb/default/table?lang=en [Consultado a 11 de Julho de 2024]

sendo que a idade mediana é de 47 anos (Eurostat)³ e na Europa é de 44,5 anos, que registou um aumento de 2,3 anos desde 2013 que é inferior face à subida nacional de 4,4 anos (o maior aumento da Europa) (Eurostat)⁴.

Considerando que metade da população é mais nova e a outra metade mais velha, o envelhecimento generalizado da população tem implicações para o SNS e para os próprios habitantes, nomeadamente o aumento das despesas médicas, quer de pagamentos diretos quer por comparticipação do estado, associado a doenças de saúde prolongadas ou crónicas.

O próprio índice de dependência de idosos (que consiste no rácio de habitantes com idade igual ou superior a 65 anos em relação aos habitantes com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos) apresenta um valor de 38% comparativamente à média europeia de 33,4% (Eurostat)⁵, implicando que por cada 38 habitantes “idosos” há 62 habitantes (não deduzindo habitantes inativos) em “idade de trabalho”, o que acaba por colocar em causa um Sistema Universal de Saúde cuja maior fonte de financiamento são as contribuições dos habitantes, que ficam financeiramente sobrecarregados.

Tabela 1 – Taxa de escolaridade (ensino superior) em Portugal

Escolaridade	Grupo Etário	Média Portugal	Média União Europeia	Posição face à U27
Ensino superior	15-64	27,2%	30,9%	20º
	15-24	13,6%	9,7%	7º
	25-34	40,9%	43,1%	17º
	35-44	36,2%	41%	20º
	45-54	28,1%	32,8%	21º
	55-64	17,6%	25%	24º

Com exceção dos cidadãos com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos, é notável que à medida que o grupo etário é superior a proporção de cidadãos com ensino superior

Fonte: Cálculos próprios. PORDATA (2024)⁶; EUROSTAT (2024)⁷ desce, estando sempre abaixo da média europeia (U27 – 27 países da União Europeia).

³ Eurostat. (2024, 03 de Maio) . EU Population structure indicators at national level https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_5028383/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=6588fe29-866c-4679-88e3-03e5e111fc0f [Consultado a 11 de Julho de 2024]

⁴ Eurostat. (2024, 03 de Maio) . EU median age increased by 2.3 years since 2013 <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240215-1> [Consultado a 11 de Julho de 2024]

⁵ Eurostat. (2024, 03 de Maio) . EU median age increased by 2.3 years since 2013 <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240215-1> [Consultado a 11 de Julho de 2024]

⁶ PORDATA. (2024, 19 de Agosto). População 15-64 anos por sexo, grupo etário e nível de escolaridade (%). <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/educacao/qualificacoes-da-populacao/populacao-15-64-anos-por-sexo-grupo-etario-e-nivel> [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

⁷ Eurostat. (2024, 12 de Setembro). Population by educational attainment level, sex and age (%) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/edat_lfs_9903_custom_12896444/default/table?lang=en [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

Comparativamente aos 61,4% da população que detêm o ensino secundário (INE, 2024)⁸, estamos perante uma população com uma taxa de escolaridade heterógena.

Em Janeiro de 2024, foi registada a população empregada de 5.003,4 mil (taxa de emprego de 64,2 %), população desempregada de 352,2 mil (taxa de desemprego de 6,6 %) e de população inactiva de 2.433,4 mil (taxa de inatividade de 31,2 %) (INE, 2024)⁹. Comparativamente, a União Europeia registou em 2023 uma taxa de empregabilidade de 75,3% (Eurostat, 2024)¹⁰ e em Maio de 2024 uma taxa de desemprego média de 6% (Eurostat, 2024)¹¹.

À data de Janeiro de 2024, o valor médio de remuneração em Portugal é de 1.393,86 €, em que 61,8 % da população recebe uma remuneração base até 1.000 € e 2,8% recebe até 600 € (Segurança Social, 2024)¹². Considerando que Portugal apresenta um peso dos pagamentos diretos, de aproximadamente 29%, no momento da prestação de cuidados de saúde superior ao registado face à média europeia de, aproximadamente 15% (OECD, 2022) são levantas preocupações face ao nível de proteção financeira dos habitantes (Barros & Costa, 2023).

⁸ INE. (2024, 07 de Agosto). Taxa de escolaridade do nível de ensino secundário (Série 2021 - %) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual 2023 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011326&contexto=b_d&selTab=tab2 [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

⁹ INE. (2024, 02 de Abril). A taxa de desemprego situou-se em 6,7% e a taxa de subutilização do trabalho em 11,5% - Fevereiro de 2024 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=643918401&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 07 de Abril de 2024]

¹⁰ Eurostat. (2024, 03 de Maio). Employment rate by sex https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_30/default/table?lang=en [Consultado a 10 de Julho de 2024]

¹¹ Eurostat. (2024, 03 de Maio). Unemployment rate by sex <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/teilm020/default/table?lang=en> [Consultado a 10 de Julho de 2024]

¹² Segurança Social. (2024). *Gestão de Remunerações* https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalle/-/asset_publisher/GzVihCL9jqf9/content/trabalhadores-dependentes [Consultado a 07 de Abril de 2024]

3. Revisão de Literatura

3.1 Sistemas Universais de Saúde

Em 2005, uma das resoluções que a Assembleia Mundial de Saúde definiu foi a promoção da urgência para os países estabelecerem ou desenvolverem um Sistema Universal de Saúde para que todos os cidadãos, incluído os economicamente desfavorecidos, tenham acesso aos cuidados de saúde primários e os consigam pagar, sem que entrem em situações de precariedade financeira (World Health Organization, 2007). Tal consiste num grande passo para salvar uma percentagem elevada da população de um sistema de saúde catastrófico e financeiramente empobrecedor e aborda a ausência de igualdade na saúde e no acesso aos cuidados primários (Arhinet al., 2023).

A WHO (World Health Organization) estabeleceu que os Sistemas Universais de Saúde devem basear-se em 6 pilares estruturais que interligam factores/componentes essenciais de forma a garantir uma prestação organizada e de qualidade de cuidados de saúde, sendo que a abordagem deve ser considerada ao nível macro para que não exista sobreposição de prioridades:

1. Jurisdição e liderança ajustada às necessidades;
2. Profissionais de saúde especializados;
3. Financiamento estruturado;
4. Serviços de prestação de cuidados de saúde com resposta ativa;
5. Estrutura de comunicação eficiente e eficaz;
6. Acesso a medicamentos, vacinas e tecnologias;

O propósito é englobar todos os recursos, organizações e instituições que, independentemente, prestam cuidados de saúde à comunidade para que se possa gerir, melhorar ou reestruturar as suas componentes em prol da saúde pública (World Health Organization, 2007; Indicators, 2010).

3.2 Serviço Nacional de Saúde

O SNS foi criado em 1979 (SNS, 2024)¹³ assegurando o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde, à data de 31 de Dezembro de 2023, a cerca de 10.639.736 habitantes (INE, 2024)¹⁴ cabendo-lhe a responsabilidade de proteção da saúde coletiva e individual, através da vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento de utentes. À semelhança de todos os sistemas

¹³ SNS. (2024). Serviço Nacional de Saúde - História <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

¹⁴ INE. (2024, 18 de Junho). População residente ultrapassa os 10,6 milhões - 2023. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 12 de Julho de 2024]

públicos que dependem de financiamento do Estado (aplicável tanto a Portugal como a qualquer outro país), está dependente de decisões políticas que impactam e condicionam a sua área de gestão bem como a eficiência na prestação de cuidados de saúde.

Desde sua criação em 1979, o SNS já apresentou várias estratégias de funcionamento que estavam em linha com o sistema democrático representativo em vigor, cuja ideologia de base é variável em função do(s) partido(s) político(s) e dos respetivos objetivos governativos de cada ciclo político.

3.2.1 Jurisdição e liderança

Na última década, os governos de países desenvolvidos, numa tentativa de redução dos défices orçamentais, começaram a reduzir o seu compromisso de financiamento ao adotar medidas de austeridade, aumentando a escassez dos recursos da área de saúde. A pressão em reduzir as despesas de saúde pública, entre outras necessidades que surgiram em simultâneo e que também precisavam igualmente de resposta, fragilizou um SNS que já se encontrava com dificuldades (Pinho & Araújo, 2022). É então gerado um desafio, por um lado é necessário manter o equilíbrio financeiro e por outro lado o objetivo principal das instituições de prestação de cuidados de saúde precisa de ser assegurado, é nomeadamente o diagnóstico e tratamento dos utentes/pacientes. (Lee, 2017).

Entre o ano de 1989 e 1990, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, os saldos populacionais negativos, diferença entre o saldo natural (diferença entre o número de nascimentos e mortes) e o saldo migratório (diferença entre o número de imigrantes e emigrantes), o crescente envelhecimento da população e a respetiva necessidade imperativa de cuidados médicos, houve a necessidade de celebrar acordos com entidades privadas para a prestação dos serviços, apoiando e fiscalizando a atividade privada de modo a garantir o cumprimento do direito do indivíduo (Decreto-Lei nº48/90, de 24 de Agosto).

Ao agilizar o processo de delegação das ações de prestação de serviços pelo Estado para entidades públicas não-estatais e privadas, bem como avançar na regulação estatal, para garantir a competitividade entre as empresas prestadoras de cuidados médicos, corrigir falhas de mercado e superar o modelo segmentado de prestação de serviços de saúde (Keinert & da Costa Rosa, 1999), foi adotado um modelo de gestão empresarial para as unidades de cuidados de saúde primários que integram a rede de prestação de cuidados de saúde com o arranque generalizado das PPP (Parcerias Público-Privadas).

As parcerias permitiram garantir uma resposta mais consolidada às necessidades de saúde dos cidadãos bem como a quaisquer questões logísticas para o funcionamento das instituições, cujo modelo de gestão era autónomo, no entanto as sinergias sempre foram alvo de análise. Com a alteração da ideologia política governamental, foram legislados acordos parlamentares que condicionaram a renegociação do modelo das PPP que eventualmente conduziram à sua não aceitação por parte das entidades privadas, pelo que a gestão da garantia do direito dos cidadãos ao acesso a os cuidados de saúde primários ficou à responsabilidade das instituições hospitalares e UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, cuja gestão fora então alterada para um modelo de gestão centralizado ao cargo da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (Decreto Lei nº52/2022, de 4 de Agosto).

4.2.2 Profissionais de saúde qualificados

O atual paradigma do SNS alterna entre episódios recorrentes de falha na garantia do serviço hospitalar que colocam em causa a garantia dos cuidados de saúde primários aos utentes, o que leva a que os assistentes clínicos tenham dificuldade em apostar na sua vertente de investigação dado os constrangimentos de tempo e pressão para assegurar/aumentar a sua produtividade (Ribeiro et al., 2016). A crise pandémica de 2019 (*COVID-19 - Coronavirus disease 2019*) mostrou que o papel dos profissionais de saúde está inevitavelmente a mudar e implica uma panóplia de aptidões cada vez mais diversificada, incluindo competências que tradicionalmente não estariam incluídas num currículo médico. Uma formação estruturada não é suficiente para preparar os profissionais de saúde para a realidade atual do Sistema Nacional público com défice de financiamento (Pinho & Araújo, 2022).

Os orientadores do internato médico procuram competência aquando da formação de médicos internos da especialidade, no entanto, cada vez se registam menos médicos especialistas disponíveis para o ensino, dado que muitos não têm formação básica ou *soft-skills* para ensinar, pelo que muitos “não médicos” estão a assegurar as tarefas de ensino nas áreas clínicas (Cook, Fuller, & Evans, 2010). A ausência do estabelecimento de tempo dedicado à investigação científica e o financiamento limitado constituem constrangimentos para a progressão de cientistas em Portugal, o que está a resultar na emigração ou no abandono da investigação por parte de médicos investigadores por não haver atratividade na área. (Ribeiro et al., 2016).

Considerando que as unidades de saúde competem para garantir que existem profissionais de saúde altamente qualificados que consigam prestar os cuidados médicos das várias especialidades, o setor privado apresenta incentivos, tal como reconhecimento pessoal, possibilidade de investigação

ou de mentoria, com os quais conseguem garantir que o talento fique mais motivado em exercer em unidades de saúde privadas (Victor & Paulo, 2023).

3.2.3 Financiamento estruturado

Em 2019, antes da pandemia de COVID-19, os países pertencentes à OCDE (*Organization for Economic Cooperation and Development*), da qual Portugal faz parte, registaram uma média de despesa de 8,8% do seu PIB (Produto Interno Bruto), que corresponde ao valor dos bens e serviços produzidos após dedução do custo da produção (consumo intermédio), na área da Saúde. Existem exemplos de países como os Estados Unidos da América que gastaram 16,8 % e a Alemanha apresentou valores de 11,7 %, havendo igualmente registos de 10 países classificados com rendimento elevado, como a França e o Reino Unido, que registaram valores também superiores a 10% (Victor & Paulo, 2023).

“Para 2022 estima-se que a despesa corrente em saúde tenha aumentado 6,3%, uma variação inferior em 5,1 p.p. ao crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB), atingido 25 417,7 milhões de euros (2 474,0 euros per capita). Este valor representou 10,6% do PIB, um peso superior ao registado no ano pré-pandemia (9,5% em 2019)” (INE, 2023)¹⁵

A procura por serviços médicos é cada vez maior, a população opta por procurar um estilo de vida cada vez mais saudável e pretende um acompanhamento mais regular do seu estado de saúde, evidenciado por entidades com impacto mundial como o WHO e a FIFA (Federação Internacional de Futebol) colaborarem para promover a estilos de vida saudáveis e igualdade de acesso aos serviços de saúde (WHO, 2022)¹⁶. Em complemento, fatores como o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento generalizado da população (WHO, 2022)¹⁷ e a própria complexidade das doenças e dos tratamentos tem levado a aumentos significativos da despesa dos Sistemas de Saúde Públicos (Kruk & Freedman, 2008; Simoes et al., 2017).

A carência de recursos médicos está a confrontar os sistemas universais de saúde, com financiamento público, com restrições orçamentais (Pinho & Araújo, 2022). Segundo os autores Arhin

¹⁵ INE. (2023, 04 de Julho). A despesa corrente em saúde aumentou a um ritmo inferior ao do PIB - 2022.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594883237&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

¹⁶ WHO (2022, 09 de Fevereiro). WHO, Qatar and FIFA join forces for the Healthy FIFA World Cup Qatar 2022 – Creating Legacy for Sport and Health <https://www.who.int/news/item/09-02-2022-who-qatar-and-fifa-join-forces-for-the-healthy-2022-world-cup---creating-legacy-for-sport-and-health> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

¹⁷ WHO. (2022, 01 de Outubro). Ageing and Health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Consultado a 06 de Abril de 2024]

et al. (2023), os sistemas universais de saúde que se baseiam num método de financiamento externo são mais eficientes em prol dos objetivos da *UHC (Universal Health Coverage)*, conceito estabelecido pela *WHO* que dita que todos os cidadãos devem ter acesso a todos os serviços de cuidados médicos de qualidade sem que se traduza em dificuldades financeiras (WHO, 2024)¹⁸.

No total do subsetor hospitalar, a despesa na atividade de investigação e desenvolvimento (I&D – *Innovation and Development*) rondou, em 2022, os 70 milhões de euros, que se traduziu numa diferença de 6 milhões de euros (8,57 %) face ao valor investido em 2021 (76 milhões de euros). No período de um ano, foi registada uma diminuição nos recursos humanos alocados à investigação clínica nas instituições hospitalares, nomeadamente no número de investigadores, que passou de 729 para 628 (uma redução de 16,08%) (DGEEC, 2023; DGEEC, 2024).

Com o intuito de evitar gerar uma lacuna associada ao investimento na estrutura do sistema de saúde poder não conseguir produzir os resultados esperados na melhoria da saúde pública a longo prazo, é necessário apurar onde aplicar o capital ou que medidas é que conseguem garantir o maior retorno tanto da perspetiva do SNS como da proteção da saúde pública (Brown et al., 2022).

Por sua vez, a literacia em saúde influencia um comportamento saudável e um uso adequado dos serviços de saúde, que por sua vez impactam nos resultados ou objetivos de saúde e nos custos dos cuidados médicos na sociedade (Sørensen et al., 2012), contribuindo igualmente para própria eficiência do sistema universal de saúde (Arhin et al., 2023).

Para um melhor entendimento dos custos da área de saúde, tanto da perspetiva dos pacientes como da comunidade, é necessário aplicar e otimizar os recursos públicos e privados envolvidos (Victor & Paulo, 2023). A maior fonte de financiamento do SNS provem do Estado, através dos impostos aplicáveis à população, no entanto o investimento por parte de entidades privadas (empresas, investidores, entre outras) e a assunção do custo por parte de entidades como seguradoras, através dos seguros de saúde, acidentes de trabalho, entre outras, também constituem um alicerce relevante para a garantia da prestação dos cuidados de saúde. (Simões et al., 2017).

Os pagamentos diretos realizados pelas famílias, que se traduzem em *“pagamentos realizados a prestadores privados por cidadãos sem seguros de saúde, copagamentos realizados a prestadores privados por cidadãos com seguros de saúde, taxas moderadoras nos serviços públicos de saúde, bem como ao pagamento das despesas com medicamentos pelos cidadãos (em particular a parte dessa despesa não comparticipada pelo SNS)”* corresponderam em 2021 a quase sete mil milhões de euros,

¹⁸ WHO. (2024). Universal Health Coverage [Universal Health Coverage \(who.int\)](https://www.who.int) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

o que destaca Portugal como um dos países da Europa com maior peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento do sistema de saúde (Barros, & Costa, 2023, pp. 4).

À data de 2023, há o registo de cerca de 3,59 milhões de cidadãos, de acordo com a APS (Associação Portuguesa de Seguradores), com seguro de saúde privado, um aumento de cerca de 213.268 (6,3%) pessoas seguras em relação a 2022 (Segurdata, 2024)¹⁹. Quando contabilizados com subsistemas de saúde como a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado), foram registados em 2022 cerca de 5 milhões cidadãos com uma segunda cobertura de saúde (APHP, 2022)²⁰, o que torna os hospitais públicos e UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS os últimos recursos para prestar assistência aos cidadãos que não têm seguro (Castano & Mills, 2013), que em Portugal representam cerca de 47,88 % da população (PORDATA, 2023)²¹.

Em 2023, o preço médio, por pessoa segura, ronda os 1.073,91 € anuais (um aumento de 5,58 %, correspondente a 59,95 €, face a 2022) (Segurdata, 2024)²² que acaba por ser uma despesa adicional por parte de alguns cidadãos face aos impostos já suportados para o financiamento do SNS, em complemento às taxas moderadoras que, apesar de não serem aplicáveis a todos os cidadãos, têm de ser suportadas aquando do acesso aos serviços de prestação de cuidados médicos, quando não existe referenciação prévia (Decreto Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro; Decreto Lei nº 37/2022, de 27 de Maio).

3.2.4 Serviços de prestação de cuidados de saúde

A qualidade da resposta do SNS também está dependente da época em que a avaliação é efetuada pelo que a necessidade do utente e a respectiva satisfação está condicionada com base na preparação que é feita pelas unidades/instituições de saúde e sistema organizacional face a essa procura. Para a análise de *performance* é necessário ter em consideração processos de avaliação cujos critérios dependem de fatores históricos, políticos, financeiros, filosóficos/éticos e sociais

¹⁹ Segurdata – Portal de Estatísticas da APS (2024). Indicadores de Gestão - Saúde (Resumo):: 2023.12 (07 de Março de 2024)

https://segurdata.apseguradores.pt/ords/f?p=100:0:14475477163620:APPLICATION_PROCESS%3DDOWNLOAD_FILE:::APP_FILE_ID,APP_FILE_ID_CHECK:170625,616 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

²⁰ APHP. (2022, 14 de Fevereiro). 50% dos Portugueses têm uma segunda cobertura de saúde <http://aphp.pt.org/50-dos-portugueses-tem-uma-segunda-cobertura-de-saude/> [Consultado a 03 de Abril de 2024]

²¹ PORDATA. (2023, 02 de Junho). População residente: sexo. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+sexo-6> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

²² Segurdata – Portal de Estatísticas da APS (2024). Indicadores de Gestão - Saúde (Resumo) :: 2023.12 (07 de Março de 2024)

https://segurdata.apseguradores.pt/ords/f?p=100:0:14475477163620:APPLICATION_PROCESS%3DDOWNLOAD_FILE:::APP_FILE_ID,APP_FILE_ID_CHECK:170625,616 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

(Hamilton et al., 2007) e cujo impacto garante uma diversidade de abordagens consoante o país e a organização que efetua a análise (Finucane et al., 2003).

Cada especialidade necessita de bens e serviços cuja composição pode variar entre as instituições, pacientes e profissionais de saúde. (Riguette et al., 2023). Numa época em que as unidades/instituições de saúde são responsabilizadas por uma melhoria contínua da prestação dos cuidados e na salvaguarda da qualidade do tratamento, a área da saúde é incentivada a tornar públicos os parâmetros de qualidade e os *standards* sob os quais as avaliações são efectuadas. (Department of Health, 2004).

Cada paciente é um caso clínico e o consumo de recursos pode ser considerado diferente quando dois pacientes com situações clínicas aparentemente semelhantes são comparados (Kao et al., 2021). A mutabilidade dos tratamentos consoante as patologias dos pacientes cria instabilidade e variabilidade nos recursos que podem ser “consumidos” pelos cidadãos, em que as unidades optam por medidas de prevenção que variam consoante a sua necessidade, que podem passar por não tomar qualquer ação, como podem gerar parâmetros/técnicas de controlo (Castano & Mills, 2013)

A análise dos custos totais do “ciclo médico” do utente e a comparação com as respostas às necessidades é o que permite uma avaliação estrutural de contenção/redução de despesa, através da redistribuição do valor orçamentado pelos vários tipos de cuidados de saúde prestados, a eliminação de serviços que não trazem valor, melhor gestão das capacidades das instituições/unidades de saúde públicas, redução do período do “ciclo médico” e, adequar as condições para a prestação dos cuidados, entre outras (Porter, 2010).

Já são usadas técnicas como a “*Critical Incident Technique*”, habitualmente utilizada na indústria da prestação de serviços de forma a avaliar as expectativas de perspetivas dos consumidores, que consiste na identificação de indicadores de qualidade através da experiência dos pacientes no decurso dos cuidados de saúde, as suas respostas à doença e tratamento bem como as interações com os enfermeiros, sendo que ainda se encontra numa fase preliminar de aplicabilidade para os Sistemas de Saúde Universais (Redfern & Norman, 1999; Kemppainen, 2000), estando bastante regulado pela vertente comportamental e específico a entidades individualizadas (unidades/instituições de saúde).

O estabelecimento de *standards* tende a ser uma forma efetiva de estruturar parâmetros de avaliação que permitem avaliar a eficiência e competência dos cuidados de saúde prestados face aos indicadores pré-estabelecidos (Kaiser & Rudolph, 2003). Outro exemplo é a utilização de um modelo de avaliação de utilidade em que, adicionalmente aos critérios pré-definidos, são analisados os

parâmetros cuja importância é definida dado o contexto ou situação em que a avaliação é efectuada, com o intuito de dar uma perspectiva das opções a considerar quanto à fiabilidade, validade e impacto educacional aos intervenientes (Van Der Vleuten & Schuwirth, 2005).

3.2.5 Estrutura de comunicação

Quer a confiança, quer a autonomia ou quer a própria saúde são colocadas em causa quando um cidadão é pressionado a “assumir responsabilidade” e não recebeu informação suficiente que lhe permita desenvolver um sentimento de auto-eficácia, que consiste na capacidade em ter controlo sobre as escolhas de tratamento (Bandura et al., 1988).

A promoção de uma população com maiores níveis de literacia em saúde é essencial, havendo inúmeras potenciais abordagens que permitem a concretização do objetivo (Freedman et al., 2009), existindo igualmente várias definições, por parte de vários autores, do conceito de literacia em saúde.

Segundo Nutbeam e Kickbusch (1998), a *WHO* define que representam as capacidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e habilidade dos cidadãos para ganhar acesso, entender e usar a informação de forma a promover e manter a sua saúde, no entanto, segundo Kindig et al. (2004), o IOM (*Institute of Medicine*) indica que consiste na perceção que indivíduos ou grupos conseguem obter, processar, compreender, avaliar e agir com base na informação necessária para fazer decisões de saúde pública que beneficiam a comunidade.

Uma das definições mais recentes foi introduzida em agosto de 2020 pela iniciativa *Healthy People 2030*, gerida pelo HHS (*Health and Human Services*) e o ODPHP (*Centers for Disease Control and Prevention*), que acrescenta ao nível pessoal o nível organizacional como parte integrante da literacia em saúde na medida em que deve equitativamente ser disponibilizada informação compreensível para permitir aos cidadãos autonomia nas decisões sobre a sua saúde (CDC, 2023²³; *Healthy People 2030*²⁴).

O circuito dos Sistemas Universais de Saúde e a saúde pública representa burocracias complexas, com bastantes procedimentos e processos associados para a obtenção da prestação dos cuidados médicos, em que mesmo cidadãos com literacia e motivados têm dificuldade no seu entendimento, tendo maior impacto sobre os cidadãos que estão mais vulneráveis dado o seu estado

²³ CDC (2023, 11 de Julho). What is Health Literacy [What Is Health Literacy? | Health Literacy | CDC](#) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

²⁴ Healthy People 2030. Health Literacy in Healthy People 2030 [Health Literacy in Healthy People 2030 - Healthy People 2030 | health.gov](#) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

de saúde (*US Department of Health and Human Services*, 2003). A promoção da sensibilização dos profissionais de saúde e instituições (públicas ou privadas) face ao nível de literacia em saúde geral da população é fundamental para ajudar os cidadãos a atingirem os resultados de saúde positivos esperados (Santana et al., 2021).

A baixa literacia em saúde pode ser combatida ao educar os cidadãos a serem mais críticos face à informação disponível ou por tornar a interpretação da informação uma tarefa menos exigente (Sørensen et al., 2012). É necessário entender se a comunicação sobre o circuito de organização do SNS está a ser criada e gerida apropriadamente face aos vários níveis de literacia em saúde dos utentes, nomeadamente se componentes como o tempo médio de resposta, o nível de acompanhamento ou a capacidade de resposta estão a ser informados conforme a alocação prévia dos recursos, especialmente nos hospitais e nas unidades de cuidados de saúde primários (Wolf et al., 2007).

Considerando que as relações de autonomia dos cidadãos são construídas com terceiras entidades, como instituições de saúde, profissionais de saúde ou intervenientes com que lidam no dia-a-dia, é fundamental compreender como os médicos (e restantes profissionais de saúde), nos contextos públicos e privados, gerem a interação com os diferentes pacientes e como gerem a sua própria autonomia profissional, como partilham a informação e como usam as tecnologias, particularmente a Internet (Espanha & Lupiáñez-Villanueva, 2009). O acesso à informação médica deve ser considerado um serviço facultado pelo SNS de forma compreensível, adequada e de confiança para o paciente comum, o propósito é que a informação seja disponibilizada para que possa responder às necessidades dos utentes para os esclarecer de temáticas da saúde e do sistema, bem como ajustar a sua perceção e conhecimento e procura em prol dos cuidados médicos existentes para que haja um impacto positivo na gestão da saúde (Thiede, 2005).

É uma mais valia moral e traduz-se em benefícios médicos quando um utente tem o maior controlo possível sobre os seus tratamentos e respetivos ambientes, quando tem informação que o permite considerar as opções e fazer as suas próprias decisões, e quando sente que tem controlo sobre os tratamentos, em vez de ser paciente passivo. (Waller, 2005).

O conceito, perceção e construção da saúde varia consoante a cultura (Polgar, 1962). É importante que os serviços médicos sejam clinicamente e culturalmente seguros, que não respondam apenas aos parâmetros de qualidade de eficiência, mas que permitam gerir as expectativas culturalmente aceites que as pessoas têm do sistema de saúde (Thiede, 2005). A aposta no desenvolvimento da relação entre os indivíduos, famílias e população é fundamental e essencial para a prestação dos cuidados médicos (Kaiser & Rudolph, 2003), em que a disponibilização da

informação permite ao utente identificar as suas capacidades de diagnóstico e desenvolvimento de aptidões para promover a sua saúde (Kuss et al., 1997).

Os cidadãos, atualmente, já publicam informação nas redes sociais sobre os seus sintomas, o seu tratamento e sobre a própria qualidade da prestação dos cuidados de saúde, o que, em termos de análise, pode ser vantajoso para apurar as lacunas atuais do sistema e aplicar as devidas medidas corretivas bem como promover a sua própria saúde e segurança. Contudo, tal também pode ser prejudicial dado que a ausência de estruturação e validação da informação disponível, ou de experiências específicas/semelhantes de outros cidadãos, pode conduzir a assunções e respetivos comportamentos contraproducentes (Greaves et al., 2013).

As capacidades sociais e aptidões como a leitura, análise, as tomadas de decisões e pensamento crítico são importantes para que o cidadão consiga promover e atuar sobre a informação sobre saúde (Kickbusch & Maag, 2008), bem como navegar pelo SNS.

Um exemplo de estratégia de comunicação surgiu a partir da parceria entre a *WHO*, o Ministério da Saúde Pública do Qatar e a FIFA no lançamento de iniciativa de saúde digital para crianças e adolescentes (WHO, 2022)²⁵, em prol do alerta da *WHO* de que mais de 80% dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e 17 anos, não praticam a média de 60 minutos de actividade física de intensidade moderada por dia, o que se pode traduzir em efeitos como o sedentarismo, má forma física, aumento de peso e/ou o sono reduzido (Guthold et al., 2020).

Através da aplicação *GenMove* (WHO, 2022)²⁶, que combina inteligência artificial com tecnologia avançada de controlo de movimento para criar uma experiência de videojogo que incentiva a vários movimentos para desenvolver várias aptidões físicas adequadas para crianças/adolescentes, independentemente da sua condição física, e da promoção da campanha *#BringTheMoves* (WHO, 2022)²⁷, que convidou crianças/adolescentes a desafiar os atletas que participavam no Mundial de Futebol em 2022 a comemorar os golos replicando os movimentos, foi utilizado o impacto mediático do futebol para proteger e promover a saúde pública.

²⁵ WHO (2022, 09 de Fevereiro). WHO, Qatar and FIFA join forces for the Healthy FIFA World Cup Qatar 2022 – Creating Legacy for Sport <https://www.who.int/news/item/09-02-2022-who-qatar-and-fifa-join-forces-for-the-healthy-2022-world-cup---creating-legacy-for-sport-and-health> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

²⁶ WHO (2022, 19 de Novembro). Digital app released to boost physical activity- and help get children moving <https://www.who.int/news/item/19-11-2022-digital-app-released-to-boost-physical-activity---and-help-get-children-moving> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

²⁷ WHO (2022, 17 de Novembro). FIFA World Cup players to #BringTheMoves and encourage kids to exercise <https://www.who.int/news/item/17-11-2022-fifa-world-cup--players-to--bringthemoves-and-encourage-kids-to-exercise> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

Para garantir o acesso a informação fidedigna e precaver comportamentos eventualmente prejudiciais, o SNS criou, em 2012, o Portal do Utente no Serviço Nacional de Saúde (www.servicos.min-saude.pt/utente/), no projeto da Plataforma de Dados de Saúde, que permite ao utente aceder, no portal *online* ou através da aplicação SNS24 (disponível para dispositivos móveis e computadores), aos exames efetuados, receitas prescritas, marcar consultas, bem como a outros registos de saúde. O utente consegue assim acompanhar o seu progresso médico, à semelhança da base de dados à qual os profissionais de saúde têm acesso, garantir que o seu historial fica arquivado e tem também a possibilidade de confirmar as especificidades do seu tratamento/medicação.

A comunicação eletrónica instantânea não é apenas um meio de transmitir informações com maior rapidez, a sua existência altera o próprio quadro das vidas dos cidadãos, ricos ou pobres. (Giddens, 2013). A disponibilização *online* do histórico médico, deu aos utentes uma capacidade de aceder 24 horas aos seus registos, permitindo-lhes um maior entendimento na temática da saúde e no serviço prestado pelos profissionais de saúde, tendo-se traduzido na comunicação mais ágil e mais precisa do processo de análise, como por exemplo dos sintomas, entre o médico e o paciente (Magalhães et al., 2020).

Mais literacia em saúde permite uma melhor utilização dos serviços do SNS, uma população bem informada permite uma maior consciência sobre os riscos de determinadas atitudes, tomar decisões fundamentadas, a prevenção das doenças e uma maior promoção da saúde (Faria et al., 2023).

3.2.6 Acesso a medicamentos

Conforme explicado no Índice de Saúde Sustentável 2022/23 (pág. 20), estudo elaborado pela NOVA-IMS, “89% dos portugueses tomaram algum medicamento prescrito por um médico em 2022”, mas o custo dos medicamentos fez com que 10% tivessem optado por não comprar algum dos fármacos prescritos.

“A principal despesa associada às visitas aos cuidados de saúde primários ou hospitalares prende-se com a despesa com medicamentos, paga diretamente pelas famílias, na sequência da consulta realizada” (Barros & Costa, 2023, pp. 8). A despesa com fármacos tem estado a registar um aumento significativo, sendo que a procura está a ser direcionada ao comportamento dos cidadãos tal como medidas direcionadas aos profissionais de saúde (Barros & Nunes, 2010).

O controlo dos preços pode tanto reduzir a subida como influenciar a redução do preço dos fármacos, sendo que o impacto na despesa varia consoante a quantidade de medicamentos usados ou o tipo de medicamento em si, o que influencia também a decisão no qual são definidas as

condições de reembolso (Mossialos, Brogan, & Walley, 2006). Tal sugere que a pressão de aumento de consumo de produtos farmacêuticos vai existir, o que é bastante exigente face à fraca capacidade de Portugal em criar riqueza (Barros, & Nunes, 2010).

Com o Decreto Lei nº68/84 de 27 de Fevereiro, foi estabelecido o regime de comparticipação do estado no preço dos medicamentos cuja assunção do valor, íntegra ou parcialmente, por parte do SNS depende do regime em que os medicamentos estão inseridos, nomeadamente ao tratamento que se destina e à frequência em que precisa de ser adquirido/utilizado. O objetivo foi retificar as injustiças sociais, através da priorização dos beneficiários da medida, com a garantia de uma maior acessibilidade a medicamentos indispensáveis e evitar o consumo em excesso de meios terapêuticos através da prescrição médica (Oliveira, 2014).

Dada a cada vez maior complexidade dos tratamentos, do desenvolvimento da tecnologia com a respetiva resposta ajustada e contínua na criação de novos medicamentos, as entidades governamentais registaram um aumento significativo do consumo e respetiva despesa associada de medicamentos pelo que foi necessário aplicar medidas de forma a procurar regular o custo. O Governo português aplicou três medidas, desde 2005, no mercado farmacêutico: promoveu o uso de medicamentos genéricos, introduziu uma tabela de preços de referência (que se traduziu numa menor comparticipação dos medicamentos e consequente valor superior a ser suportado pelos utentes) e acordou com a indústria farmacêutica um limite de gasto por utente com os meios terapêuticos. (Barros & Nunes, 2010).

Na crise financeira de Portugal decorrida entre 2010 e 2014, houve a necessidade da intervenção da Troika, que se trata de um mecanismo criado pela União Europeia que articulava com o Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, que tinha como um dos seus objetivos aplicar reformas estruturais de forma para garantir um maior controlo na dívida soberana (Atualidade Parlamento Europeu, 2014)²⁸. Uma dessas medidas consistiu na publicação da Portaria nº284-A/2016, de 04 de Novembro, que instituiu a obrigatoriedade de a prescrição dos medicamentos ser eletrónica, bem como as respetivas regras, o que permitiu um maior controlo da despesa em fármacos.

²⁸ Atualidade Parlamento Europeu. (2014, 13 de Março). *Operações da troika em Portugal: Parlamento Europeu aprova conclusões e recomendações.* <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/pressroom/20140307IPR38407/operacoes-da-troika-em-portugal-pe-aprova-conclusoes-e-recomendacoes> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

4. Factor comportamental associado à literacia

Com as fragilidades do SNS já evidenciadas, os cidadãos recorrerem às urgências hospitalares como consequência do efeito de *endowment*²⁹, em que atribuem maior valor àquilo que possuem, dado o acesso gratuito aos cuidados primários de saúde (Thaler, 1980), podendo ou não ser cobradas taxas moderadoras de acesso aos serviços, e a garantia que recebem o diagnóstico e prestação de cuidados médicos de profissionais especializados. No entanto, a ausência de utilização do circuito de organização do SNS está a sobrelotar os hospitais e os profissionais de saúde (Coster et al., 2017), que se está a transparecer na qualidade do serviço prestado.

Cidadãos que tenham pouca literacia em geral têm problemas em aceder ao circuito do SNS, em aceder aos cuidados de saúde, em perceber os tratamentos recomendados e em seguir as recomendações dos profissionais/prestadores de saúde. Associado igualmente à vergonha, os utentes com pouca literacia podem não questionar ou revelar todos os seus sintomas confiando bastante nas explicações verbais e apoios visuais, podendo inclusive depender de um interlocutor, habitualmente uma pessoa de confiança (amigo ou familiar), para interpretar a informação, sendo realçada a importância de equacionar uma triagem para que seja possível apurar quem necessita de um acompanhamento mais personalizado (Baker et al., 1996).

É necessário avaliar se a complexidade do sistema de saúde, a eventual divulgação de mensagens de saúde contraditórias, a ocorrência sistemática dos mesmos problemas de saúde ou a excessiva representação de populações vulneráveis nos serviços de urgência está a conduzir os utentes a terem dificuldade na tomada de decisões de saúde e na utilização excessiva, indevida ou subutilização dos serviços do SNS (Arriaga et al., 2023).

A documentação necessária de acesso aos cuidados médicos primários, como formulários de consentimento, formulários de serviços sociais, instruções de cuidados de saúde individual e coletiva (pública), bem como informação de utilização de equipamentos de saúde ou medicamentos em que é utilizada linguagem de difícil compreensão ou conceitos técnicos que tornam a o seu entendimento mais complexo do que o necessário para o utente (Rudd & DeJong, 2000).

Além disso, a constante mutabilidade da informação à medida que são efetuadas novas descobertas científicas ou novos estudos que colocam em causa premissas de saúde anteriormente definidas como “certas” ou saudáveis mas que, entretanto, já são consideradas prejudiciais pois colocam em causa os pressupostos dos utentes sobre os seus cuidados de saúde.

²⁹ *Endowment* – influência emocional que leva os indivíduos a valorizar mais um objecto, muitas vezes de forma irracional, em relação ao seu valor

Torna-se importante para os utentes conseguir expressar as suas preocupações de forma a que os prestadores/profissionais de saúde consigam entender. Ambas as partes precisam de conseguir fazer questões pertinentes de forma a compreender a globalidade da informação médica disponível (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004).

Um nível inadequado de literacia em saúde está *“fortemente ligado a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e poderá estar também associado a uma probabilidade elevada de hospitalização – com períodos mais longos de internamento e mais exames de diagnóstico – uma elevada prevalência e gravidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde, e uma desvalorização dos serviços de prevenção e rastreio”* (Pedro, 2018, pp.42,43)

Apesar da existência de alternativas ao serviço de urgência hospitalar, como as consultas e urgências das unidades de cuidados de saúde primários e as teleconsultas e aplicação do SNS24, existe uma tendência para “o preconceito” na utilização do circuito de organização do SNS pelo que é necessário entender e esclarecer quais os fatores inerentes à escolha. Os autores Coster et al. (2017), identificaram seis causas possíveis para este comportamento por parte dos cidadãos: a confiança nos cuidados de saúde primários e acesso a consultas; a ansiedade da urgência no tratamento e o valor da segurança em serviços baseados em emergências; a perceção da necessidade de tratamento, acompanhamento hospitalar ou diagnóstico; a recomendação por parte de amigos ou profissionais de saúde para se deslocar às urgências, leva a que as pessoas sigam o mesmo comportamento e optem por se dirigir ao hospital em situação de necessidade (efeito *bandwagon*)³⁰ (Darley & Latané, 1968); a conveniência em termos de localização, não estando sujeita a marcação e horário de abertura/fecho; fatores individuais de pacientes como custos e transportes.

³⁰ *Bandwagon* – tendência dos indivíduos em adotar certos comportamentos ou atitudes porque os outros indivíduos o fazem

5. Problema de Investigação – Paradigma Atual

A temática da segurança da saúde pública só é analisada aquando do surgimento e respetiva gestão de crises pandémicas, situações de doenças infecciosas ou riscos biológicos que colocam em causa a capacidade de resposta dos sistemas de saúde universais, e privados, e que se traduzem na insuficiência para garantir o direito de acesso aos cuidados de saúde primários aos habitantes. Ao se analisar a segurança da saúde pública e os sistemas universais de saúde como duas temáticas distintas, é revelado que modelos como o SNS têm uma abordagem muito reativa e bastante focada no vírus/risco para o qual é preciso dar resposta no momento, sendo que após a situação ser dada como “superada” a necessidade de melhoria nos procedimentos de cuidados de saúde e interesse político tende a perder a relevância (Brown et al., 2022).

A importância do sistema universal de saúde tem de ser definida com base na criação de valor para o utente, como a garantia de uma prestação de cuidados médicos de qualidade, cuja satisfação piorou entre 2021 e 2022 como resultado de fatores que condicionam o seu acesso aos cuidados como os tempos de espera, as infraestruturas, os equipamentos, a qualidade dos profissionais e a informação prestada, em conformidade com os dados do Índice de Saúde Sustentável 2020/21, 2021/22 e 2022/23, estudos elaborados pela NOVA-IMS. O valor para o cuidado médico de um utente é avaliado consoante um esforço conjunto entre as várias áreas/especialidades em que é necessária a intervenção para o diagnóstico, tratamento e cura (Porter, 2010).

A incapacidade dos utentes em terem acesso a médicos de família, e obter resposta aos seus problemas nos cuidados de saúde primários, conduz a uma conseqüente necessidade de terem de recorrer às urgências hospitalares para terem acesso a diagnósticos que conseguiriam obter se conseguissem recorrer às UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. São problemas que afetam a perceção da avaliação do valor do SNS para o utente e a sua necessidade de ter de recorrer a unidades privadas para obter “resposta” aos cuidados médicos que procura.

Em 2020, a despesa dos pagamentos diretos dos cidadãos dividiu-se em duas categorias: em prestadores de ambulatório (38%), copagamentos feitos em consultas, exames e outros procedimentos realizados em unidades de saúde privadas por cidadãos que não estejam cobertos por seguros ou subsistemas de saúde, e farmácias (24%), que correspondem aos copagamentos de medicamentos comparticipados pelo SNS e aos medicamentos que não são comparticipados (Barros & Costa, 2023).

“O agravamento da fragilidade financeira do SNS, enquadrado num contexto mais amplo de crise económica e insustentabilidade dos sistemas de proteção social nacionais, levou a fortes restrições

económicas e criou maior pressão para redução de custos de funcionamento da rede pública de cuidados de saúde, nomeadamente dos custos relacionados com os profissionais de saúde”. (Ferreira et al., 2018, pp.1,2)

Aparentemente, os profissionais de saúde não sentem a valorização necessária comparativamente a condições propostas por entidades privadas ou de outros países, que lhes permitem conciliar a vida profissional e pessoal, e estão sujeitos às condicionantes aplicadas para limitar o exercício em entidades privadas por parte dos médicos ou enfermeiros que laborem para as instituições/unidades públicas.

“A ausência de uma carreira profissional atrativa para os médicos recém-especialistas, aliada ao baixo rendimento e ao esforço e pressão permanente na realização de horas extraordinárias para sustentar os serviços, constituem por si só bloqueios ao adequado desenvolvimento da profissão médica” (Observador, 2023)³¹.

Há o registo de 453 médicos, em 2023, terem solicitado às secções regionais Sul e Centro da Ordem dos Médicos a declaração que lhes permite igualmente emigrar para fazer estágios, formações ou trabalhar, havendo grande mobilidade para países como a Alemanha, o Reino Unido, a França e Países Nórdicos (SIM, 2023)³².

Uma das medidas propostas por Sousa (2018) para a fixação dos médicos no SNS é a redinamização da carreira médica, através da melhoria da perspetiva de investigação clínica e de formação contínua, tal como uma reformulação salarial e dos regimes de trabalho que os tornem atrativos e compensadores no plano de desenvolvimento pessoal e profissional.

“A Ordem dos Enfermeiros recebeu em 2023 um total de 1.689 pedidos de declaração para efeitos de emigração, número que diz representar cerca de 60% dos 2.916 enfermeiros inscritos este ano” (Ordem dos Médicos, 2024)³³, sendo que a Suíça é o principal país de destino de escolha, seguido de Espanha, Bélgica, França e Reino Unido como países dentro da Europa em que a melhoria das condições de trabalho, a valorização e a progressão na carreira são das principais razões consideradas.

³¹ Observador. (2023, 26 de Outubro). Crise na saúde, ou melhor, destruição do SNS. <https://observador.pt/opiniao/crise-na-saude-ou-melhor-destruicao-do-sns/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

³² SIM – Sindicato Independente dos Médicos. (2023, 18 de Dezembro). Mais de 450 médicos pediram declaração para emigrar este ano. <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5355/publico-mais-de-450-medicos-pediram-declaracao-para-emigrar-este-ano/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

³³ Ordem dos Enfermeiros. (2024, 22 de Janeiro). Emigração enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/emigra%C3%A7%C3%A3o-enfermeiros/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

Perante uma amostra de 13.801 médicos inscritos no SRNOM (Secção Regional do Norte da Ordem do Médicos), em Junho de 2016, 49 dos médicos, que optaram por emigrar para laborar no estrangeiro, que responderam ao inquérito, *“a maioria sempre trabalhou no SNS (71,4%), mais de metade não acumulava funções no setor privado de saúde (57,1%). Os médicos que saíram do SNS para exercício da medicina no estrangeiro assinalam elevados níveis de insatisfação em praticamente todas as dimensões consideradas. Verifica-se que cerca de 70% destes médicos mostraram um muito significativo desagrado, particularmente com a remuneração, a progressão na carreira e com a participação na tomada de decisão. Cerca de metade mostrou-se insatisfeito ou muito insatisfeito com o número de horas de trabalho e o tempo disponível para a família e amigos”* (Guimarães et al, 2023. pp. 153).

Já tendo sido referenciada ao longo dos anos pela *WHO* como risco iminente, a falta de profissionais de saúde na Europa é já assumida como uma problemática atual que invariavelmente afeta a saúde e bem-estar da sociedade. A saturação dos profissionais face às fragilidades evidenciadas pela pandemia de *COVID-19*, que registou um aumento de situações de problemas de saúde mental, o impacto do envelhecimento das equipas como consequência da mobilidade e emigração dos novos profissionais (que dificulta a retenção de talento por parte de alguns países), as greves por melhores salários e condições de trabalho, entre outros problemas, são o motivo pelo qual os países, através da Declaração de Bucareste, estão a priorizar a carreira, salários, condições de trabalho e bem-estar do profissionais. (WHO, 2023)³⁴.

Em conformidade com o relatório *Health at a Glance 2023* por parte da *OCDE*, em Portugal foi registada uma redução substancial na remuneração dos médicos entre 2011 e 2021, no entanto, apesar de a remuneração estar a aumentar, o salário em 2021 continua abaixo do montante de 2011, quando tendo em conta a inflação. Simultaneamente, as condições de trabalho, quer a nível de infraestruturas, equipamentos ou mesmo carga horária, não são adequadas para assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, o que, a acrescentar aos factos supracitados, está a conduzir para uma possível rutura do SNS.

Um acordo entre os sindicatos do FNAME (Federação Nacional dos Médicos) e o Governo português, através do Decreto-Lei nº103/2023, de 07 de Novembro, e o Decreto-Lei nº118/2023, de 20 de Dezembro, aprova o regime jurídico de dedicação plena no SNS e da organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde primários de forma a valorizar o regime de

³⁴ WHO. (2023, 22 de Março). The health workforce crisis in Europe is no longer a looming threat – it is here and now. The Bucharest Declaration charts a way forward. <https://www.who.int/europe/news/item/22-03-2023-the-health-workforce-crisis-in-europe-is-no-longer-a-looming-threat---it-is-here-and-now.-the-bucharest-declaration-charts-a-way-forward> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

trabalho dos profissionais de saúde e gerir os recursos pelas várias unidades públicas de prestação de cuidados médicos. Consiste num sistema retributivo, composto pela remuneração base, suplementos e incentivos ao desempenho, que convida os médicos, que podem aderir voluntariamente, a prestar serviços de saúde para o SNS, em unidades hospitalares públicas e em UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

Estas ameaças e estratégias estão a traduzir-se num aumento considerável da despesa da área da saúde que obriga o Governo Português a aumentar o montante alocado no orçamento anual para garantir o funcionamento do SNS, que em 2022 registou um aumento na despesa de 6,3%, atingindo 25 417,7 milhões de euros o que representou 10,6% do PIB (INE, 2023)³⁵, no entanto o valor gasto não se está a traduzir em investimento significativo na prestação dos cuidados de saúde primários, dado que *“os aumentos salariais, progressões de carreira ou alterações de horário aumentam o custo dos cuidados de saúde sem uma variação correspondente da quantidade de serviços de saúde prestados”* (Barros & Costa, 2022, pp.3).

É necessário considerar que os sistemas universais de saúde e a segurança da saúde pública são áreas complementares entre si, em que a necessidade de investimento nas estruturas, com foco nos cuidados primários e melhoria da preparação das instituições/unidades para uma crise de saúde pública, tem de ser realizada em conjunto com uma gestão de risco. Tem de ser definido um modelo de abordagem para eventuais crises pandémicas aquando do estabelecimento das capacidades de resposta e mitigação da rede de prestadores públicos, e com uma gestão governamental adequada para assegurar o envolvimento da comunidade no seu papel de comportamental precaução e prevenção (Brown et al., 2022).

Dependendo das especificidades da crise de saúde pública, da resposta e da sua própria infraestrutura de cuidados de saúde primários, os sistemas universais de saúde podem estar melhor ou mais mal preparados para lidar com uma situação fora do contexto habitual de funcionamento. A existência da problemática de não conseguir assegurar os cuidados de saúde de qualidade, sem que implique a sobrecarga dos profissionais de saúde em ambiente regular de prestação de serviços, fragiliza o sistema de saúde, como é o caso do SNS, e pode inclusive constituir um risco para a saúde pública.

Pode ser um erro pensar-se que a globalização só diz respeito aos grandes sistemas, como a ordem financeira mundial (Giddens, 2013). Com a definição de direitos e deveres com o

³⁵ INE. (2023, 04 de Julho). A despesa corrente em saúde aumentou a um ritmo inferior ao do PIB - 2022. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594883237&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

Regulamento Internacional de Saúde, estrutura legal que define os direitos e obrigações dos países na gestão dos eventos de saúde pública ou emergências que tenham potencial para impacto internacional (*World Health Organization, 2008*), é importante que a saúde pública global não seja prejudicada pelos sistemas universais de saúde que não conseguem preencher os requisitos, habitualmente associada a países em desenvolvimento (McPake, Dayal & Herbst, 2019), ou pelos que têm um modelo fragilizado, como é o caso do SNS em Portugal.

6. Abordagem à problemática

Segundo a análise do relatório 07/2024 da Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023, elaborado pelo Conselho de Finanças Públicas, houve cerca 42% dos episódios de urgência com pulseiras azuis, verdes e brancas, traduzindo se em 2.744.280 utentes cuja resposta podia ter sido assegurada numa UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, garantindo os requisitos mínimos, e criteriosos, para a prestação de cuidados médicos de qualidade.

Tabela 2 – Realidade das idas às urgências e a despesa associada para o SNS

2023					
Nº de habitantes	10 639 726,00	Nº de utentes inscritos no SNS	10 578 387,00	Nº de consultas médicas hospitalares IMRG (Tempo Máximo de Resposta) - Hospital	13 724 000,00
Despesa SNS	14 061 000 000,00 €	Nº de utentes inscritos em USF	6 296 658,93	Nº de médicos especialistas em medicina geral e	53,0%
Horas de prestações de serviço (tarefeiros)	4 900 000,00	% de gasto total face à despesa anual do SNS	4,8%	Nº de habitantes por médico de família	8 856,00
Valor Total Horas de prestações de serviço (tarefeiros)	203 000 000,00 €	Valor médio gasto em prestações de serviço + horas suplementares por habitante	63,71 €	Episódios de Urgência	1 201,41
Valor médio hora de prestação de serviço	41,43 €	% gasto total horas de prestações de serviço face ao gasto anual do SNS	1,4%	% utentes com pulseiras azuis, verdes e brancos	6 194 000,00
Horas suplementares	18 200 000 000,00	% gasto total horas suplementares face ao gasto anual do SNS	3,4%	Número de utentes s/necessidade de se deslocar à urgência	42%
Valor total horas suplementares	474 900 000,00 €	Valor médio gasto em prestações de serviço por habitante	19,08 €	Pedidos de primeiras consultas não concluídos (listas de	2 601 480,00
Valor médio hora suplementar	38,32 €	Valor médio gasto em horas suplementares por habitante	44,63 €	% de consultas não realizadas face ao número de consultas	851 000,00
Total Horas de prestações de serviço + suplementares	18 204 900 000,00	Nº de habitantes sem médico de família	1 724 859,00	Nº de utentes que não conseguiram realizar a consulta hospitalar	5,8%
Total de Valor horas de prestações de serviço +	677 900 000,00 €	% habitantes sem médico de família face ao número de inscritos no SNS	16,3%		6 450 280,00

Fonte: Cálculos próprios. Conselho das Finanças Públicas. (2024); INE. (2024)³⁶;Ordem dos Médicos (2024)

É importante salvaguardar que o relatório faz uma análise quantitativa da percentagem de utentes com pulseiras azuis, verdes e brancas (episódios de urgência cuja resposta poderia ter sido assegurada numa outra instituição/serviço do SNS) que não pode ser considerado como métrica para avaliar a falta de literacia dos habitantes.

Em 2022 houveram cerca de 44% dos episódios de urgência com pulseiras azuis, verdes e brancas (Conselho das Finanças Públicas, 2023), traduzindo se em 2.744.280 utentes cuja resposta podia ter sido assegurada numa UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/Centro de Saúde ou outro serviço de saúde, sendo verificado um decréscimo no ano de 2023 com os 42%, mas não está disponível a informação de quantos destes utentes é que tiveram a sua “aflição” resolvida.

³⁶ INE. (2024, 18 de Junho). População residente ultrapassa os 10,6 milhões - 2023. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 12 de Julho de 2024]

Apenas com a informação do número de episódios não é possível determinar se os utentes têm ou não conhecimento necessário (literacia em saúde) do circuito do SNS, bem como não deve ser considerado que os restantes 58% episódios de urgência considerados necessários impliquem que os utentes tenham o conhecimento necessário para efetuar a análise para o serviço do SNS para o qual podem recorrer, estando dependente da situação, das condicionantes, do historial entre outros fatores que resultaram na deslocação às urgências. Porém, são facultadas pistas para a importância e necessidade de reorientar o acesso e prestação de cuidados de saúde no SNS.

Os cidadãos portugueses podem ter acesso aos cuidados médicos hospitalares de duas formas, através de encaminhamento pelo médico de família, unidades de cuidados de saúde primários ou SNS24, ou através de entrada pelo serviço de urgência (Ferreira & Marques, 2021). Quantitativamente, tendo sido registados 6.194.000 episódios de urgência, estamos perante 2.601.480 deslocações a hospitais cuja resposta poderia ter sido dada num dos meios alternativos dentro do circuito do SNS, o que sobrecarrega ainda mais um sistema saturado cuja possível rutura iminente está a ser “adiada” com reforço das equipas através dos tarefeiros (médicos e enfermeiros – prestadores de serviços médicos) a nível hospitalar.

Apesar do aumento acentuado da despesa em horas extraordinárias, associada à recusa na realização de uma carga horária superior às 150 horas suplementares por parte dos médicos (SIM, 2024)³⁷, a despesa do SNS já apresenta aumentos consideráveis, mas que não transparecem para o utente como melhoria da prestação dos cuidados. Em 2023, número de utentes em lista de espera para a primeira consulta hospitalar aumentou face a 2022 (Conselho das Finanças Públicas, 2024), (um aumento de 268.000 utentes que representa 45,9% face ao ano anterior), existem cerca de 1.724.859 habitantes sem médico de família e o número de habitantes por médico de família é de cerca 1.201.

Considerado que dispomos de cerca de 6.296.658 utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários e 8.856 médicos de família em Portugal (salvaguardando que não foram deduzidos os médicos que exercem exclusivamente em entidades privadas, que se encontram de baixa/licença ou que optaram por uma vertente exclusiva de investigação), cada médico teria de assegurar o atendimento de 711 doentes. Considerando que seriam aplicados 22 dias de trabalho por mês (não contabilizando férias), traduzir-se-ia em garantir primeiras consultas para cerca de 3 pacientes por dia (5 pacientes se contarmos por número de utentes inscritos no SNS) que aparenta ser um valor atingível mas que não se verifica, obrigando ao recurso exagerado às urgências hospitalares.

³⁷ SIM – Sindicato Independente dos Médicos. (2023, 02 de Outubro). Trabalho suplementar para além das 150 horas anuais. <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5320/trabalho-suplementar-para-alem-das-150-horas-anuais/> [Consultado a 04 de Abril de 2024]

Havendo a percepção que uma das razões pelo qual o utente recorre às urgências poderá ser por não ter alternativa (devido aos seus horários de atendimento, ausência de especialidades, distância, confiança na instituição, entre outras), uma das propostas consideradas foi direcionar os tarefeiros (médicos contratados fora do SNS) para as unidades de cuidados de saúde primários para que possam complementar o papel dos médicos de família, efetuando o diagnóstico preliminar e filtrando o que pode ser resolvido no momento ou o que tem de ser direcionado para as consultas de especialidade ou até para as urgências.

Existem alguns riscos associados, nomeadamente a ausência de regulamento de contratação de tarefeiros, com os respetivos critérios de prestação do “serviço” e responsabilização, a instabilidade que gerada na gestão das equipas e também haveria sempre a possibilidade do contínuo aumento da despesa do SNS. Em 2023, houve o registo de 203 M€ a serem gastos em tarefeiros (FSE – Fornecimento de Serviços Externos) para a garantia dos cuidados médicos, nomeadamente na parte hospitalar da urgência.

Dada a necessidade constante de aumento do investimento nas instalações dos hospitais para garantir a qualidade e eficiência dos cuidados médicos, que tende a não conseguir obter resposta pela falta de recursos alocados no orçamento na área da Saúde, já foram igualmente efetuadas propostas de privatização do SNS uma vez que existem exemplos de países que transferiram voluntariamente a responsabilidade da prestação dos serviços do Governo para as instituições privadas (Hellowell, 2013). A constante modernização dos cuidados de saúde, particularmente ao ritmo não controlado que as técnicas de cirurgia, os tratamentos e os procedimentos são criados ou atualizados, obriga as instituições privadas de prestação de serviços médicos a considerar um investimento considerável tanto na formação dos profissionais de saúde como na aquisição e melhoria dos recursos/equipamentos tecnológicos, de forma a garantir a conformidade com as melhores práticas internacionais, padrões e procedimentos (Birken et al., 2012).

Em conformidade com Widmer (2015), países como a Alemanha e a Suíça adotaram valores fixos, pré-definidos, de contribuição por parte dos habitantes, que têm de subscrever seguros de saúde, para ter acesso aos cuidados médicos primários, o que se traduziu numa forma de colocar os hospitais em risco operacional, obrigando as instituições (com gestão autónoma) a implementar medidas de eficiência de custo. Foi adotado um modelo em que os custos são predefinidos e a regularização do valor pelos utentes é efetuada antes do acesso aos cuidados médicos, em que o valor é avaliado face à globalidade dos custos ou ao valor estimado a gastar por paciente. A condicionante desta medida é que se as instituições de saúde considerarem que o tratamento

resultou em custos inesperados dá a possibilidade de fundamentação para renegociação do valor a ser assumido pela seguradora, que se traduzirá num aumento de custo para o utente.

Trata-se de um modelo de gestão que aumentaria ainda mais as desigualdades, dada a situação sócio económica portuguesa, para ao acesso aos cuidados médicos primários, com o respetivo endividamento dos cidadãos pelo encarecimento das despesas de saúde, sem contabilizar que o valor mensal/anual a ser suportado pelos cidadãos teria de ser ajustado ao salário mínimo nacional ou ao rendimento médio das famílias, o que poderia não garantir o financiamento necessário para o funcionamento do SNS.

Para efeitos de elaboração do presente trabalho académico, inicialmente foi planeada uma proposta baseada numa parceria público-privada para garantir o atendimento dos utentes através de um “*plafond*”, gerido pelos próprios, que lhes permitiria ter acesso a um determinado número de consultas em instituições privadas e, na eventualidade ou aquando do término desse valor, teriam acesso às consultas exclusivamente nas instituições públicas. O objetivo consistia no descongestionamento das urgências, assegurando simultaneamente a realização das consultas aos utentes. Foi efetuada uma análise de benefícios em que foi apurado que não seria vantajoso para as instituições privadas a aceitação de possíveis valores de acordo ou que, na eventualidade de serem acordados valores da parceria, o utente teria acesso a um número reduzido de consultas. Dado que a premissa consistia no incentivo da procura de serviços médicos, não é possível criar um “*plafond*” para uma parceria público-privada sem que resultasse no aumento do investimento no SNS, o que inviabiliza a proposta.

Foram igualmente considerados os autores Castano & Mills (2013) com o exemplo da Colômbia que em 1993 aplicou uma reforma ao seu sistema de saúde com o objetivo de alterar o foco do investimento nos hospitais públicos da oferta para a procura, ao criar um seguro de saúde público de forma a englobar os cidadãos com baixos rendimentos dando-lhes a possibilidade de escolher o programa de seguro, de qualquer seguradora, que melhor se adequava às suas necessidades. Esta medida pressupunha diferentes tipos de mecanismos de pagamento, desde um imposto, a uma taxa de serviço/franquia, valor mínimo a suportar pelo segurado aquando do acionamento do seguro, e cláusulas de qualidade vagas que acabavam por limitar as intervenções de cuidados médicos primários “contratados”.

Existem vários cenários que contribuiriam para a redução ou supressão de alguns dos problemas do SNS no entanto implicariam um aumento de um investimento público, e respetivo agravamento das contribuições dos cidadãos (impostos) o que, face à situação atual de crise económico-social, criaria outros problemas.

A abordagem ao problema não pode ser exclusivamente através do reforço do serviço, mas sim também através da consciencialização dos utentes que recorrem ao mesmo. Consideramos então que deve ser adotada uma abordagem distinta, mais focada na gestão da informação perante os utentes e diminuição das falsas urgências.

À semelhança do projeto-piloto “*Ligue antes, salve vidas*” que está em curso nas zonas de Vila do Conde e Póvoa de Varzim em que é necessário uma referenciação para acesso às urgências (Portaria nº438/2023, de 15 de Dezembro), o objetivo é que os cidadãos utilizem os outros serviços de prestação de cuidados médicos do SNS antes de recorrer às urgências, como o SNS24 ou as UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

7. Objetivos

A proposta consiste em consciencializar os utentes, através identificação dos elementos críticos de literacia (mensagens-chave) na organização dos serviços de saúde, nomeadamente para outros serviços (circuito do SNS). O projeto/proposta irá focar-se na dimensão de aumento de eficiência para criar valor económico para a instituição.

O exemplo do SNS24, que permite a possibilidade de teleconsultas, prescrição de medicação e uma funcionalidade de avaliação de sintomas que permite a obtenção de informações e conselhos adequados (apesar de não ser uma ferramenta de diagnóstico clínico ou substituir uma consulta médica), ou das unidades de cuidados de saúde primários que têm igualmente o serviço de consultas e de urgências.

Analizou-se também a intervenção dos tarefeiros nas unidades de cuidados de saúde primários para que possam complementar o papel dos médicos de família, efetuando o diagnóstico preliminar e filtrando o que pode ser resolvido no momento ou o que tem de ser direcionado para as consultas de especialidade ou até urgências hospitalares.

Esta medida poderá impactar diretamente os utentes, que terão uma redução no tempo de espera para agendamento das consultas e uma alternativa para não ser necessário recorrer ao serviço de urgência hospitalar. Esta medida também será potencialmente impactante para os profissionais de saúde das unidades hospitalares, que terão acesso a uma pré-triagem que lhes permitirá diagnosticar e aplicar o tratamento com mais celeridade, que estará associada a uma diminuição do volume de utentes nas urgências hospitalares, que poderá contribuir para a redução do número de horas suplementares praticadas.

O objetivo é que as idas à urgência reduzam e que os utentes tenham conhecimento das alternativas que garantem as respostas às necessidades. Paralelamente, com a redução das falsas urgências pretende-se impactar na otimização da gestão da contratação de tarefeiros, na redução das horas suplementares dos profissionais de saúde, bem como garantir que os utentes têm acesso a consultas dentro do prazo máximo estipulado.

9. Metodologia

Com o propósito de identificar os elementos críticos que levam o cidadão a tomar decisões na área da saúde e o suporte/fundamento que o leva a adotar certos comportamentos que lhe transmitem segurança quando confrontado com uma situação em que tem de agir, foram elaborados questionários físicos e *online* numa amostra por conveniência (demonstrativa mas não exaustiva), em que os inquéritos em formato de papel foram entregues na zona de Almada e Lisboa.

Foram consideradas idades entre os 15 e acima dos 86 anos mas não foi considerada a nacionalidade ou zona de residência, motivo pelo qual não existe qualquer questão relacionada no questionário e o documento foi redigido em português. Esta decisão prendeu-se com a intenção de limitar as respostas aos indivíduos que, na sua grande maioria, utilizam os serviços do SNS e têm um conhecimento geral do seu circuito, sem prejuízo de haver estrangeiros ou imigrantes que não só usam o sistema como têm conhecimento do seu funcionamento e agilmente o utilizam, e por ser um questionário direccionado à avaliação da sua literacia em saúde, independentemente da sua distribuição geográfica.

Esta metodologia quantitativa traduziu-se num total de 127 inquéritos, 61 presenciais e 66 *online*. O objetivo foi efectuar uma comparação direta da variação dos resultados dada a abordagem do inquérito de forma a, tal como mencionado aquando da apresentação dos resultados do *Health Literacy Population Survey*, que o método/ferramenta para a recolha dos dados e as características da amostra sejam tidas em conta nas conclusões.

Os dados foram recolhidos entre o período de Maio e Agosto de 2024, sendo que os inquéritos *online* estavam disponíveis no *website* <https://www.survio.com/survey/d/B3E5F8Y3D6G7E3K6G> e os inquéritos presenciais foram entregues, sendo que o mestrando não atuou como entrevistador mas ficou disponível no local para qualquer esclarecimento a nível de conteúdo, estrutura ou outras informações e para a recolha.

O questionário apresentou dois modelos de questões: opções de escolha única e de classificação através de dois cenários em que será necessário priorizar qual a ação que faria primeiro e qual faria em último lugar, totalizando em 18 perguntas no inquérito *online* e 20 no inquérito presencial. A diferença prendeu-se com duas questões relacionadas com a utilização da Internet, nomeadamente com a presença, consulta e a frequência de utilização, que não foi considerada relevante para os inquiridos que preencheram o inquérito *online*.

Tratou-se de um inquérito anónimo cujos dados são usados para uso exclusivo do presente trabalho. O questionário foi estruturado para que existissem questões mais “instintivas” de resposta e outras, como os cenários, em que era necessário avaliar qual a ação que tomar, com base na experiência, conhecimento e o próprio *stress* do momento, que melhor responderia às necessidades. Não há respostas certas ou erradas, o propósito foi apurar qual a prioridade que os indivíduos atribuem ao circuito do SNS no seu dia-a-dia e numa situação de “emergência”.

Uma das limitações do questionário foi a sua extensão, cuja realização demorava entre 10 a 15 minutos. A impossibilidade de obter uma amostra superior, ou de “aprofundar” algumas temáticas, prendeu-se com o próprio cansaço por parte dos indivíduos no preenchimento do documento, sendo mais percecionado aquando da obtenção do inquérito presencial, mas obtido de forma igualmente coerente nos inquéritos *online* em que, apesar do anonimato das respostas, os inquiridos transmitiam o parecer.

Foram registadas um total de 205 visitas à página do questionário, tendo sido registada uma taxa de abandono do preenchimento de 67,8% (correspondendo a 139 inquéritos que foram iniciados mas não terminados), e no questionário presencial foram consideradas cinco respostas nulas/inválidas no cenário 1 e 6 no cenário 2. Houveram igualmente outras respostas que não foram consideradas nos inquéritos presenciais por não seguirem qualquer padrão/ continuidade de resposta (umas respostas foram preenchidas e outras deixadas em branco pelo que as preenchidas foram consideradas).

Salvaguardamos que, tal como referido por Pedro (2018) pp.107, *“este é um instrumento que mede literacia em saúde por auto-percepção e que não contempla uma forma objectiva de medir literacia em saúde funcional”*, tratando-se exclusivamente de conclusões com base nos dados recolhidos.

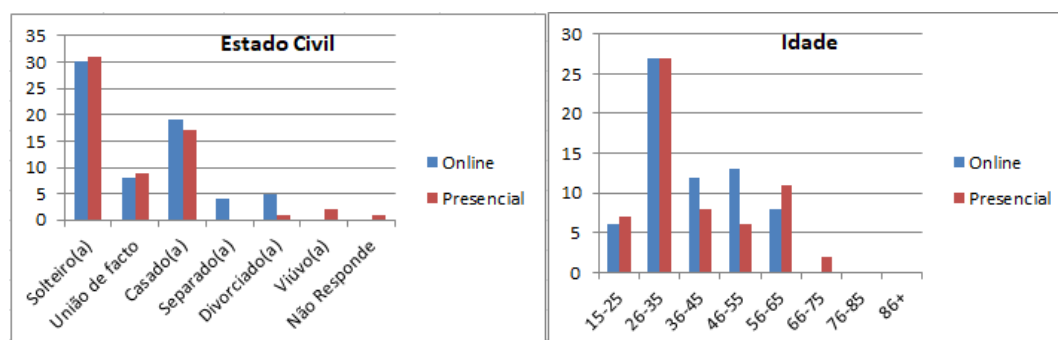
10. Análise e discussão de resultados

A primeira análise a ser efetuada foi exclusivamente relativa aos inquéritos físicos, dado que a resposta dos inquéritos *online* apresentaria um enviesamento, na caracterização da amostra, que é o seu nível de literacia digital, na capacidade dos indivíduos em utilizar eficazmente a Internet, quer para efeitos de navegação quer para obtenção de informação. Os 61 inquiridos (59 em algumas questões) apresentam um bom nível geral de conhecimento e utilização da Internet, tendo-a em casa e utilizando diariamente sem auxílio.

Todas as representações gráficas foram construídas com base nos dados recolhidos através dos inquéritos. Relativamente à amostra total, inquiridos cujas respostas foram recolhidas *online* e presencialmente, 79% apresenta um nível de saúde bom, muito bom e excelente e 19% um nível razoável. Nos últimos 2 anos, foi apurado que os inquiridos tiveram o seguinte número de vezes contacto com os serviços:

- **Serviços de urgência hospitalar** – Amostra *online*, 45% (Nunca); 39% (1-2 vezes); 10% (3-5 vezes); 3% (6 ou + vezes) // Amostra presencial, 38% (Nunca); 40% (1-2 vezes); 16% (3-5 vezes); 1% (6 ou + vezes);
- **Serviço Nacional “Saúde 24”** - Amostra *online*, 31% (Nunca); 45% (1-2 vezes); 12% (3-5 vezes); 10% (6 ou + vezes) // Amostra presencial, 44% (Nunca); 37% (1-2 vezes); 16% (3-5 vezes); 1% (6 ou + vezes);
- **Cuidados de Saúde Primária (Centro de Saúde ou UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS)** - Amostra *online*, 34% (Nunca); 40% (1-2 vezes); 15% (3-5 vezes); 9% (6 ou + vezes) // Amostra presencial, 35% (Nunca); 42% (1-2 vezes); 13% (3-5 vezes); 8% (6 ou + vezes);

Tabela 3 – Estado Civil, Idade e Sexo dos inquiridos



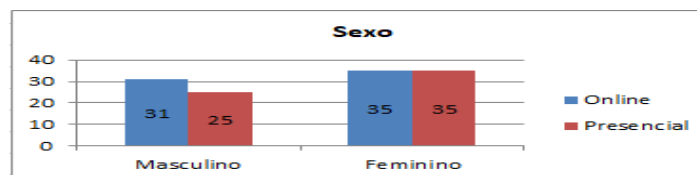
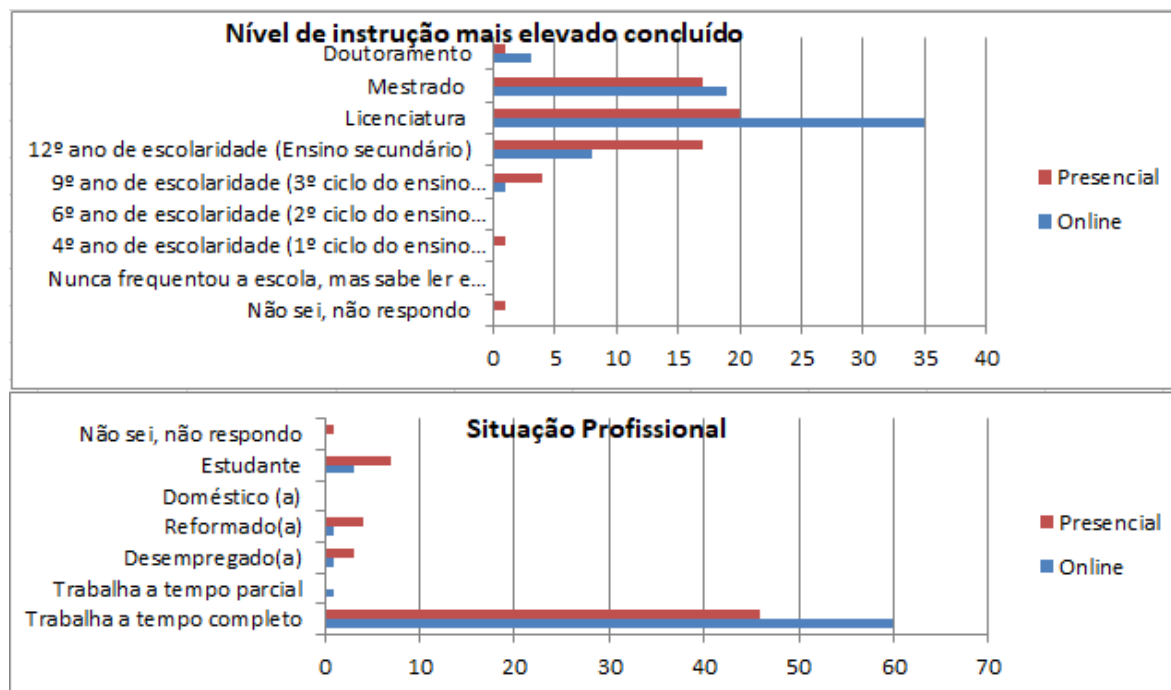


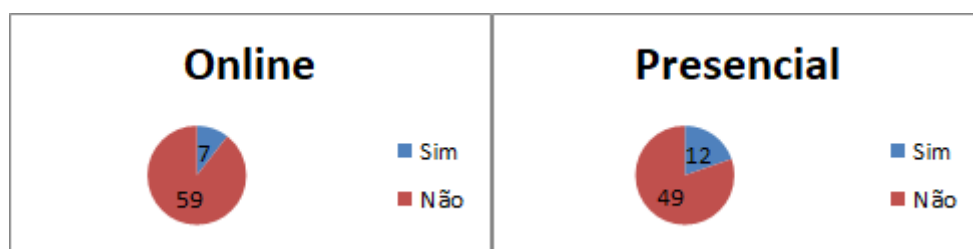
Tabela 4 – Nível de instrução e situação profissional dos inquiridos



Apesar de serem evidentes as diferenças entre as características da amostra cujos resultados foram obtidos de forma *online* e os que foram obtidos presencialmente, estamos perante uma amostra relativamente homogénea que é equiparada em termos de sexo, apresenta uma idade compreendida entre os 26 e 35 anos (42 %), solteira (48 %), com licenciatura (43%) e trabalha a tempo integral (83 %).

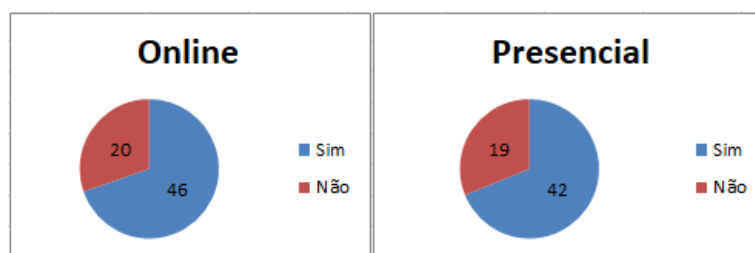
Deixamos a nota que, apesar das características demográficas semelhantes dos intervenientes que constituem a amostra, enquanto a amostra dos resultados *online* apresenta um perfil com mais formação académica e com maior número de idades compreendidas até aos 55 anos é igualmente confirmado que a amostra dos resultados presenciais apresenta um perfil mais variado, com idades mais avançadas e também com menos formação académica.

Tabela 5 – Questão: Trabalha na área da saúde?



Relativamente à questão de trabalho na área da saúde foi apurado que apenas 14% dos inquiridos trabalhavam na área da saúde pelo que estamos uma amostra em que é assumido o pressuposto que não terá exposição diária por motivos profissionais para questões relacionadas com literacia em saúde. É salvaguardado, no entanto, que por não serem profissionais de saúde não implica que não lidem diariamente com questões relacionadas com saúde ou com o próprio circuito do SNS no entanto é assumido que não existe uma imposição profissional para o apuramento e análise da informação que “capacitam” os inquiridos para uma maior literacia.

Tabela 6 – Questão: Tem familiares ou amigos próximos que trabalhem na área de saúde?



Quanto à questão relativamente ao conhecimento de familiares ou amigos próximos que trabalhem na área da saúde é verificado que 69% dos inquiridos confirma que tem alguma relação com profissionais de saúde no entanto é colocada-se em a questão o que é que cada inquirido considera um trabalho na área da saúde?

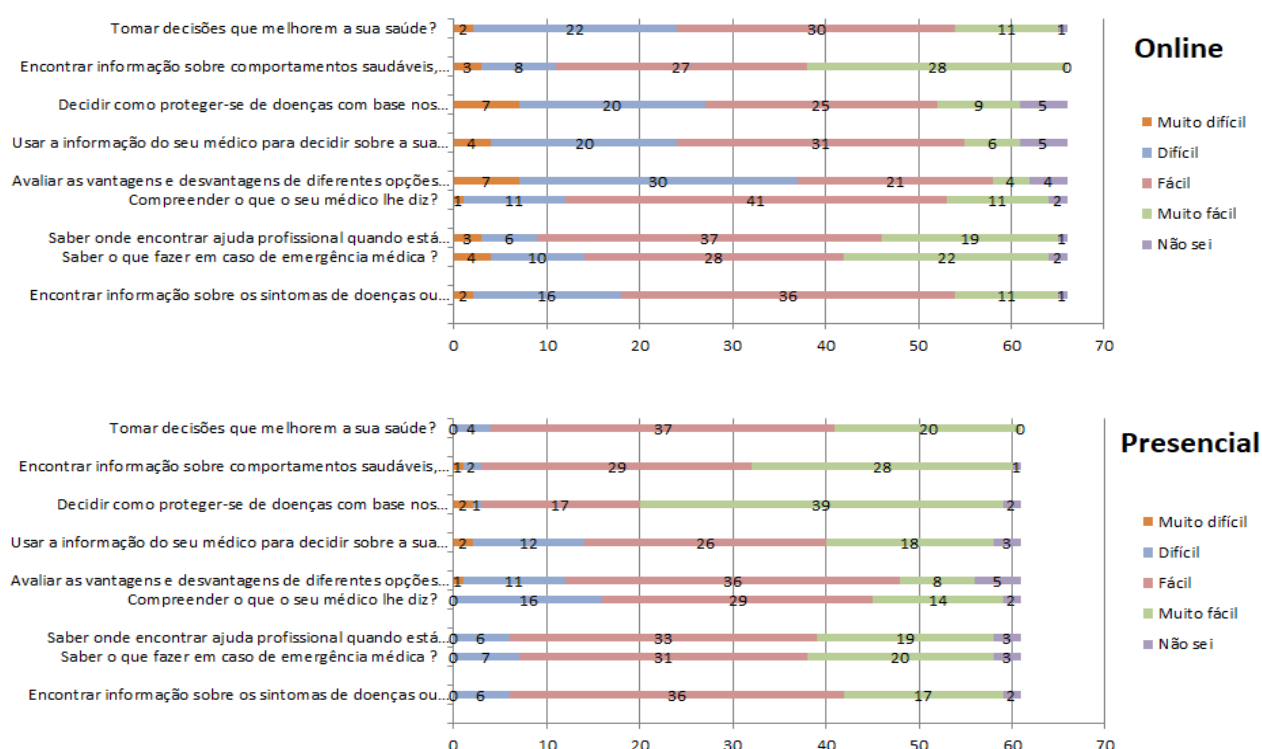
A *WHO* define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de sintomas ou doenças (WHO,2024)³⁸, não pode ser feita a assunção que o conceito é associado apenas medicina convencional, mas que considera também medicinas complementares e alternativas (Dias, 2013). Quantas mais condições/alternativas de tratamento existirem mais diversificados são os pedidos dos utentes aos profissionais de saúde, independentemente da sua área de especialidade, por considerarem que estes têm um domínio intelectual mais generalizado em relação às opções terapêuticas (Kravitz et al. 2003).

³⁸ WHO (2024). WHO, Governance Constitution <https://www.who.int/about/governance/constitution>
[Consultado a 20 de Agosto de 2024]

Tal como explicado por Pegado (2017), a saúde tal assume-se como um tema central na vida dos indivíduos tratando-se de um domínio afetado pelos diferentes discursos individuais, não se limitando ao conhecimento público ou à informação que é transmitida de forma transversal. Havendo um acesso cada vez mais facilitado às fontes de informação sobre saúde é importante apurar quais são fidedignas, sendo importante filtrar e adaptar o que se lê à própria situação (Ordem dos Médicos, 2019)³⁹.

Outro fator importante a considerar é que a mesma situação pode ter várias avaliações por diferentes profissionais de saúde, dependendo da especialidade, experiência, entre outros fatores, que podem ser válidas mas não adequados para a gestão da informação cujo parecer pode influenciar a forma como os utentes analisam e interpretam a sua saúde.

Tabela 7 – Questão: Considerando a seguinte escala indique o seu grau de dificuldade para cada um dos seguintes casos



O começo da análise é a reflexão que 52% dos inquiridos indicar que tem facilidade e 24% bastante facilidade, totalizando em 76 % da amostra total, em **tomar decisões que melhorem a sua saúde** no entanto já é registada uma diferença face aos resultados sob **encontrar informação sobre**

³⁹ Ordem dos Médicos (2019, 08 de Outubro). Gestão de expetativas e pedidos dos utentes <https://ordemdosmedicos.pt/gestao-de-expectativas-e-pedidos-dos-utentes/> [Consultado a 21 de Agosto de 2024]

comportamentos saudáveis em é registado 44% para os inquiridos que têm facilidade e também bastante facilidade (descida e subida respetivamente), representando 88% da amostra total.

Sendo que os resultados obtidos *online* e presencialmente são semelhantes, é importante notar que 25% dos inquiridos online têm dificuldade na tomada de **decisões de melhoria da saúde** o que, quando comparado com os 86% que têm facilidade ou bastante facilidade em **encontrar informação sobre comportamentos saudáveis**, coloca a questão o que impede os utentes de avançar com a decisão?

Sem prejuízo dos inquiridos que possam optar por um papel mais passivo, pode ser considerado que a ausência de auxiliares de decisão, tal como informações para gestão de expectativas, avaliação do risco mais exata, consequências da resposta e falta de oportunidade de um papel ativo na decisão partilhada podem estar a contribuir para manter algum nível de incerteza na tomada de decisão (Stacey et al., 2017).

Relativamente à questão de **decidir como se proteger de doenças com base nos conselhos da família e amigos** verifica-se a maior disparidade entre os resultados obtidos de forma *online* e de forma presencial. Nos resultados obtidos de forma *online* é apresentado alguma heterogeneidade em que 30% dos inquiridos indicaram que era difícil, 37% indicou que era fácil e 13% que era muito fácil, em relação à amostra. Nos resultados obtidos de forma presencial são apresentadas as maiores disparidades em que 1% dos inquiridos indicaram que era difícil, 27% indicou que era fácil e 63% que era muito fácil, em relação à amostra. É assim concluído que existe uma maior aparente análise crítica dos inquiridos que apresentaram as suas respostas *online*.

Apesar das relações sociais terem impacto a curto e longo prazo na saúde, pode ser tão benéfico como prejudicial, estando perante efeitos que começam na infância e se prolongam ao longo da vida, que podem resultar numa vantagem ou desvantagem na saúde dos indivíduos (Umberson & Karas Montez, 2010). Os seres humanos geralmente reproduzem o comportamento daqueles que observam (Chartrand & Lakin, 2013) e consideram as recomendações com base em experiências pessoais uma forma legítima e altamente fiável de considerar informação de saúde (Sillence, 2013) no entanto é importante considerar que cada caso é um caso, que os indivíduos reagem de forma distinta a comportamentos, doenças e tratamentos e que a interpretação da informação com base numa recomendação que pode ser benéfica para uma situação e igualmente prejudicial para outra.

De notar, igualmente, que quando comparados os 69% da amostra, cujos resultados foram obtidos de forma *online*, indicar que **têm familiares ou amigos que trabalham na área da saúde** com

os 50% da amostra, da mesma tipologia, que tem facilidade ou bastante facilidade na proteção de doenças com base nas suas recomendações pode ser considerado que a partilha de experiências pessoais como a partilha de informação factual, o acesso a fóruns de *Internet* e comunidades *online* de saúde apresentar um variado número de contribuições, coloca em causa a credibilidade de uma única resposta (Kimmerle, Bientzle & Cress, 2014).

As três questões **usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua saúde, avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento e compreender o que o seu médico lhe diz** serão analisadas em conjunto dada a sua relação direta.

Da amostra dos resultados obtidos de forma *online* verificamos que 30% indica ter dificuldade, 46% tem facilidade e 9% tem bastante facilidade em **usar a informação do médico para decidir sobre a saúde**, e da amostra dos resultados obtidos de forma presencial verificamos que 19% indica ter dificuldade, 42% tem facilidade e 29% tem bastante facilidade.

Da amostra dos resultados obtidos de forma *online* verificamos que 45% indica ter dificuldade, 31% tem facilidade e 6% tem bastante facilidade em **avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento**, e da amostra dos resultados obtidos de forma presencial verificamos que 18% indica ter dificuldade, 59% tem facilidade e 13% tem bastante facilidade.

Da amostra dos resultados obtidos de forma *online* verificamos que 16% indica ter dificuldade, 62% tem facilidade e 16% tem bastante facilidade **em compreender o que o seu médico lhe diz**, e da amostra dos resultados obtidos de forma presencial verificamos que 26% indica ter dificuldade, 47% tem facilidade e 22% tem bastante facilidade.

Quando analisados na globalidade estamos perante resultados que aparentam indicar um nível forte de literacia em saúde dos inquiridos em prol da percentagem que tem facilidade em qualquer um dos momentos no entanto quando analisados individualmente, quer por amostra quer por questão, e quando comparados entre si, e com as respostas das outras questões, estamos resultados com completamente díspares e que mostra que existe uma certa incerteza aquando do momento da receção, da interpretação e a colocação em prática da informação.

Começando por avaliar os resultados da amostra cujos resultados foram recebidos *online*, verifica-se uma variação no nível de dificuldade dos inquiridos em que se verifica que na altura de **compreender o que o seu médico lhe diz** (receção da informação) apenas 16% tem dificuldade, na altura de **avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento** (interpretação da informação) o valor já aumenta para 45% e quando é necessário em **usar a informação do médico**

para decidir sobre a saúde o valor já diminui para 30% (aplicabilidade da informação). É assim identificada a incapacidade de análise dos prós e contras da informação como uma das causas que influencia a tomada de decisões sobre a saúde.

Uma das possíveis causas da incerteza pode estar associada *“à história da medicina estar repleta de situações em que opiniões médicas, que mostraram estar erradas com o passar dos tempos, foram transmitidas como verdadeiras a um público insuspeito”* (Hespanhol, 2003, pp.390). Os doentes não tendem apenas a procurar informação de validação mas também as bases/premissas pela qual a informação é considerada, a contínua investigação médica em curso obriga os médicos a integrar de modo “absoluto” a evidência na tomada de decisões no dia-a-dia dos cuidados de saúde (Mesquita, 2010).

Por outro lado na amostra dos resultados que foram obtidos de forma presencial, é verificado quando da receção da informação apenas 19% dos inquiridos têm dificuldade, aquando da interpretação o valor é de 18% e para a colocação em prática o valor aumenta para 26%. Quando comparados com os resultados da questão **tomar decisões que melhorem a sua saúde**, é registado uma diferença para o aumento de dificuldade em 13% entre os inquiridos o que, dado os resultados obtidos na questão **decidir como se proteger de doenças com base nos conselhos da família e amigos** em que é indicado um nível de dificuldade de 1%, é indiciando o papel do médico não é tão influenciador como as recomendações das relações sociais nas tomadas de decisão.

Importante referir que a diferença do nível de dificuldade de uma amostra em relação à outra na receção, interpretação e aplicabilidade da informação não implica que os inquiridos tenham um nível de literacia em saúde superior ou inferior. Os indivíduos com baixa literacia em saúde tendem a fazer menos perguntas, ter dificuldade em discutir detalhes técnicos ou pedir mais esclarecimentos em decisões médicas (Gazzinelli et al., 2012) mas não implica que não tenham dúvidas sobre o procedimento, tratamento ou informação facultada.

A dificuldade pode estar relacionada com a passividade no envolvimento na tomada de decisão, delegando todo o “poder” de decisão aos profissionais de saúde, ou, por outro lado, pode estar relacionada com a falta de confiança nos profissionais que transmitem a informação e a obtenção dos esclarecimentos através de outros meios, Internet ou familiares/amigos (Varela, 2016) ou com a própria auto-perceção dos inquiridos sobre o seu nível de literacia em saúde na compreensão da informação.

Relativamente à questão de **saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente e o que saber fazer em caso de emergência médica**, é verificado que, da amostra total, entre 84 e 85% e 75 e 83%, respetivamente, têm facilidade e bastante facilidade.

A questão sob **encontrar informação sob os sintomas de doenças ou tratamentos que o preocupam** apresenta resultados semelhantes à questão prévia de **encontrar informação sobre comportamentos saudáveis** no entanto enquanto é verificado um aumento significativo na dificuldade, uma diferença 8% para os resultados obtidos de forma *online* e 4% para os obtidos de forma presencial, é igualmente confirmado um aumento na facilidade, uma diferença 9% para os resultados obtidos de forma online e 7% para os obtidos de forma presencial. O decréscimo é verificado no número de inquiridos que tem bastante facilidade, sendo registada uma diferença de 17% nos resultados obtidos de forma *online* e 11% para os obtidos de forma presencial.

É então apurado que, para uma parte significativa da nossa amostra, não parece existir dificuldade em obter a informação necessária para ficarem esclarecidos sobre a sua saúde mas continuam a apresentar alguma relutância em tomar decisões.

Cenário 1

Está em casa e está com alguém que se começa a sentir mal, a sentir tonturas, fraqueza generalizada e acaba por desmaiar, caindo para o chão e batendo com a cabeça numa mesa. A pessoa recupera os sentidos e apresenta um discurso fluido mas tem uma ferida exposta na cabeça que aparenta ser superficial mas não tem forma de o confirmar. Com base nas opções abaixo, de 1 a 8 sendo 1 a que faria primeiro e 8 a que faria em último, classifique qual seria a ação que tomaria:

Tabela 8 – Cenário 1

Classificação	Online	Presencial
Pesquisar na Internet informação generalista ou procurar nas redes sociais quais as consequências do impacto	8º	8º
Pesquisar na Internet informação de instituições de saúde sobre quais as consequências dos sintomas	7º	7º
Ligar a um amigo/familiar e pedir ajuda	5º	5º
Aguardar para ver se a pessoa tem alguma reação, sintoma ou queixa	6º	6º
Contactar o SNS 24	1º	2º / 3º
Deslocar-se a Unidade de Saúde Familiar ou Centro de Saúde	4º	3º / 4º
Contactar o 112	2º	1º / 2º
Deslocar-se às urgências do hospital	3º	4º

É apurado que a partir da classificação 5ª os inquiridos, quer através da amostra *online* quer presencial, apresentam a mesma “prioridade” de ordenação desvalorizando a informação da Internet numa situação de análise urgente. O ponto de discórdia dos inquiridos entre amostras é sobre o seu *top 3*, sendo que os inquiridos dos resultados recolhidos presencialmente apresentam mais dúvidas entre as opções disponíveis

É interessante que a primeira opção por parte da amostra dos resultados obtidos *online* seja o contacto com o SNS24 dado o constante mediatismo à volta da linha de atendimento, nomeadamente ao encaminhamento indevido dos utentes para unidades de saúde que não têm capacidade de resposta e ao tempo de espera nos episódios de urgência ter sido superior para os utentes previamente referenciados pela Linha de SNS24, no período entre 2019 e 2022 (ERS, 2024). O que mostra que existe uma aposta a longo prazo no serviço por parte dos inquiridos, quer como forma de triagem, no ano de 2023 foram atendidas mais de 1,7 milhões de chamadas e cerca de um terço foi encaminhado para os serviços de urgência e os restantes foram encaminhados para unidades de saúde locais ou cuidados em casa (Expresso, 2023)⁴⁰, como para obter apoio imediato, em 2023 a linha de aconselhamento de apoio psicológico recebeu 64.500 chamadas (Público, 2024)⁴¹.

Em alternativa, o número 112 continua a ser dos principais contactos dos quais os inquiridos recorrem por se tratar do número europeu de emergência que, para além de saúde assegurada pelo CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), trata de outras situações permitindo o encaminhamento para a entidade correta mediante a situação ou o accionamento de múltiplos serviços em simultâneo. A segurança de um serviço de atendimento 24h, com uma equipa de profissionais de saúde qualificados para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro (INEM, 2024)⁴² continua a servir de garantia aos inquiridos, independentemente da sua literacia em saúde.

Só em 3ª classificado para a amostra *online*, e 4ª para a amostra presencial, é que optariam por recorrer às urgências hospitalares, o que acaba por tranquilizar por não ser a 1ª opção dado que procuram fazer a triagem/validação por algum profissional antes de ir para as urgências no entanto

⁴⁰ Expresso. (2023, 22 de Dezembro). Foram atendidas mais de 1,7 milhões de chamadas durante o ano de 2023. <https://expresso.pt/sociedade/saude/2023-12-22-Um-terco-das-chamadas-atendidas-no-SNS-24-em-2023-foram-encaminhadas-para-urgencias-524a0321> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

⁴¹ Público. (2024, 01 de Abril). Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS24 atendeu mais de 280 mil chamadas em quatro anos. <https://www.publico.pt/2024/04/01/sociedade/noticia/linha-aconselhamento-psicologico-sns24-atendeu-280-mil-chamadas-quatro-anos-2085418> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

⁴² INEM. (2024). CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes. <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

mostra que os inquiridos quer por não considerarem a resposta satisfatória, não terem confiança no seu conhecimento de saúde, para aguardar pelos sintomas, ou na sua capacidade de pesquisa, por não procurarem a informação pelos seus meios, preferem não correr o risco do diagnóstico ser pior do que interpretam e ter atuado tarde demais.

A maioria dos doentes não urgentes chega às urgências hospitalares sem qualquer referência por parte de um médico no centro de saúde ou da linha de saúde 24, sendo inclusive considerada a “auto referência”, ou motivo válido mas por considerarem que resolvem as queixas, de uma vez por todas, no local e preferindo ficar à espera na urgência do que se deslocar a um centro de saúde (Diário de Notícias, 2022)⁴³.

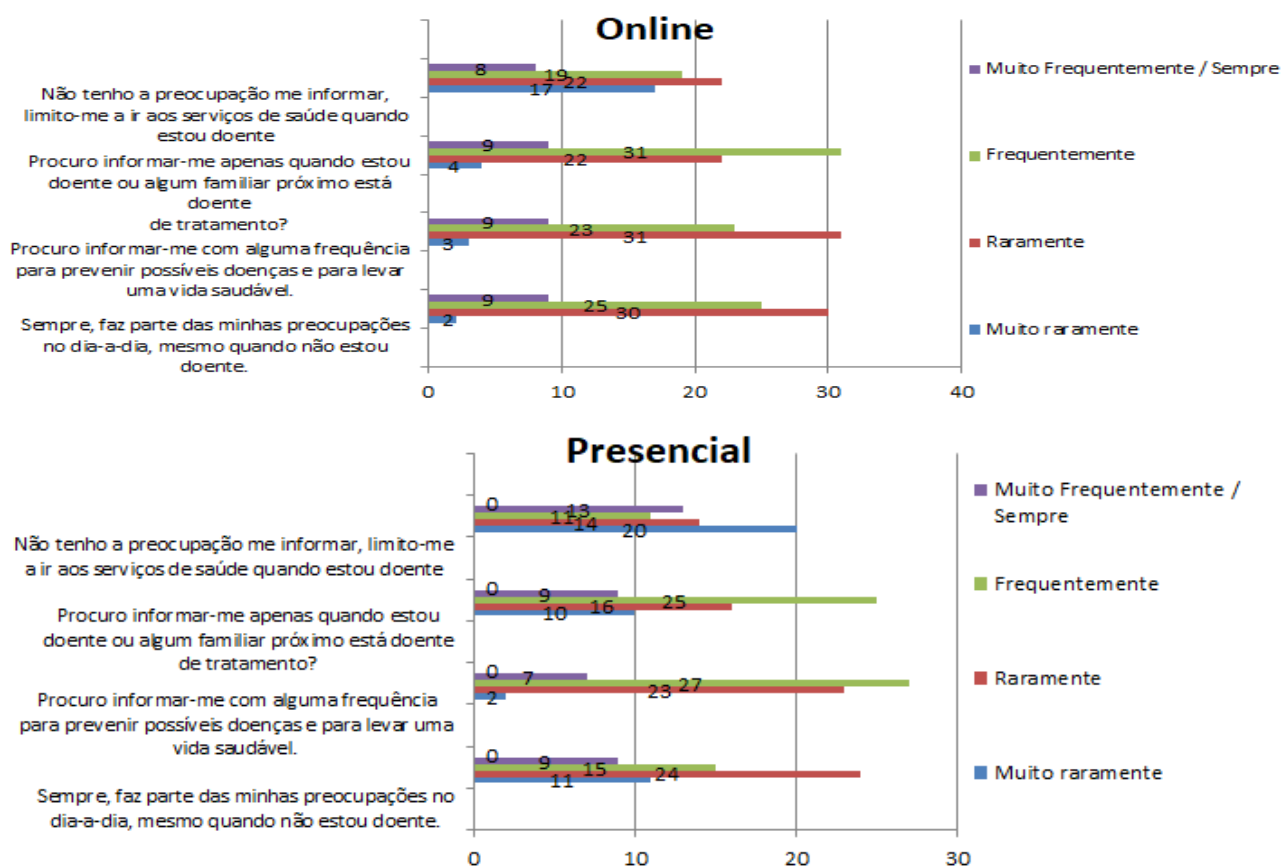
Esta “aversão” às unidades de cuidados de saúde primários e Centros de Saúde coloca a deslocação às unidades como 4º classificado, sendo que a amostra presencial diverge quanto à colocação em 3º lugar. Em comparação com os resultados anteriores em que se verifica que os inquiridos, de forma geral, sabem recorrer aos serviços de atendimento telefónico do SNS24 e 112 para obter esclarecimentos e que existe a referência para as unidades de cuidados de saúde primários e Centros de Saúde, os inquiridos da amostra *online* só pretendem recorrer às unidades após terem utilizado os serviços de urgência o que contraria o indicado pelos inquiridos da amostra presencial.

Sendo a amostra total dos inquiridos semelhante em termos demográficos, qual o motivo da diferença nas classificações? Sem prejuízo de serem considerados fatores como a proximidade das unidades, as mesmas poderem se encontrar encerradas no horário em que ocorreu o cenário ou não ter consultas de urgência, consideramos que um dos motivos pode ser o “preconceito” na utilização do serviço por percecionarem que não consegue assegurar resposta à aflição, por considerarem que recebem melhores condições para efetuar o tratamento no hospital e os profissionais estarem melhor habilitados para lidar com situações difíceis (Renascença, 2019)⁴⁴.

Tabela 9 – Questão: Com que regularidade procura obter informação sobre saúde e bem-estar?

⁴³ Diário de Notícias. (2022, 04 de Abril). Utentes preferem esperar 4 a 6 horas na urgência do que voltar ao centro de saúde. <https://www.dn.pt/sociedade/utentes-preferem-esperar-4-a-6-horas-na-urgencia-do-que-voltar-ao-centro-de-saude--14742609.html/> [Consultado a 31 de Agosto de 2024]

⁴⁴ Renascença. (2019, 25 de Setembro). Utentes preferem esperar 4 a 6 horas na urgência do que voltar ao centro de saúde. <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2019/09/25/inquerito-utentes-preferem-hospital-ao-centro-de-saude-por-ter-melhores-condicoes-de-tratamento/165842/> [Consultado a 31 de Agosto de 2024]



Verificamos que os resultados obtidos quer *online* quer presencialmente são bastante semelhantes.

Na primeira afirmação **não tenho a preocupação me informar, limito-me a ir aos serviços de saúde quando estou doente**, é verificado que 40 % quer da amostra total não faz qualquer pesquisa/análise quando aos seus sintomas/doenças, mas sim reagir aos mesmos, nomeadamente ao acionar os serviços de saúde. Considerando os resultados da questão prévia sobre **encontrar informação sob os sintomas de doenças ou tratamentos que o preocupam** é apurada uma incoerência dado foram apresentados resultados em que 80% da amostra total tinha facilidade ou bastante facilidade em obter a informação.

Já foi anteriormente referenciado que há inquiridos que podem optar por uma postura mais passiva nas decisões de saúde e, como tal, “confiam” nos profissionais de saúde para efectuar a escolha que será mais benéfica. *“Podemos afirmar que a relação estabelecida entre o profissional e o paciente é um importante veículo de mudança, que deve proporcionar essa conexão e confiança que leva o paciente a querer fazer o que lhe é proposto para a sua saúde, de forma contínua e regular, mesmo quando ele não esteja presente”* (Almeida, 2022, pp.47).

Existe igualmente bastante informação disponível, quer de experiências individuais, quer de factos médicos quer de análises de diferentes profissionais de saúde no entanto será necessário também considerar que uma das causas que pode estar relacionada com o comportamento “instintivo” de utilizarem os serviços de saúde pode estar relacionada com a literacia em saúde dos inquiridos.

Pode ser considerado que os inquiridos têm acesso constante a informação não precisando, ou pretendendo, ser proactivos na sua procura mas estando conscientes, ou próximo de, da sua literacia em saúde e quando estão doentes sabem o que obriga o acionamento do serviço de saúde (contacto com o SNS24, deslocação a uma unidades de cuidados de saúde primários ou serviço de urgência, entre outros) ou o exato oposto. Em conformidade com Almeida, et al. (2019), os baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência, apresentando também uma menor probabilidade de conseguir navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Conforme os resultados nas questões anteriores relativamente ao **avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento e tomar decisões que melhorem a sua saúde**, apesar de os inquiridos terem acesso à informação que lhes permite avaliar/perceber a sua saúde não sentem a segurança em avançar com a tomada de decisão.

Na afirmação de **procuro informar-me apenas quando estou doente ou algum familiar próximo está doente** já é verificado que 59% da amostra total tenta obter sempre/muito frequentemente ou frequentemente a informação o que contradiz os resultados anteriores relativamente a 40% da amostra **não ter a preocupação de se informar, limitando-se a ir aos serviços de saúde quando está doente**.

É importante que seja equacionado que existe uma preocupação acrescida sobre a informação de saúde dos inquiridos em relação ao seu meio social, nomeadamente quando estamos perante crianças ou idosos (Palma, 2002). Quando existem situações de internamento, os familiares têm a necessidade de se informar e de receberem informação para puderem conseguir acompanhar a situação de forma próxima (Santos, 2012) dado que a ocorrência de uma aflição num ente querido é uma circunstância marcante em que o sentimento dominante de incapacidade/imponência só consegue ser colmatado, ou aligeirado, com a compreensão da doença (Soares, 2013).

Na afirmação **procuro informar-me com alguma frequência para prevenir possíveis doenças e para levar uma vida saudável** é verificada a única disparidade dos resultados das amostras do

quadro, em que se verifica que 46% e 34% da amostra *online* que raramente e frequentemente, respetivamente, apresentam um comportamento proactivo na obtenção de informação o que, quando comparado com os 38% e 45% da amostra presencial que raramente e frequentemente apresentam o mesmo comportamento, suscitando a questão se a exposição *online* não promoveria uma postura com mais iniciativa por parte dos inquiridos?

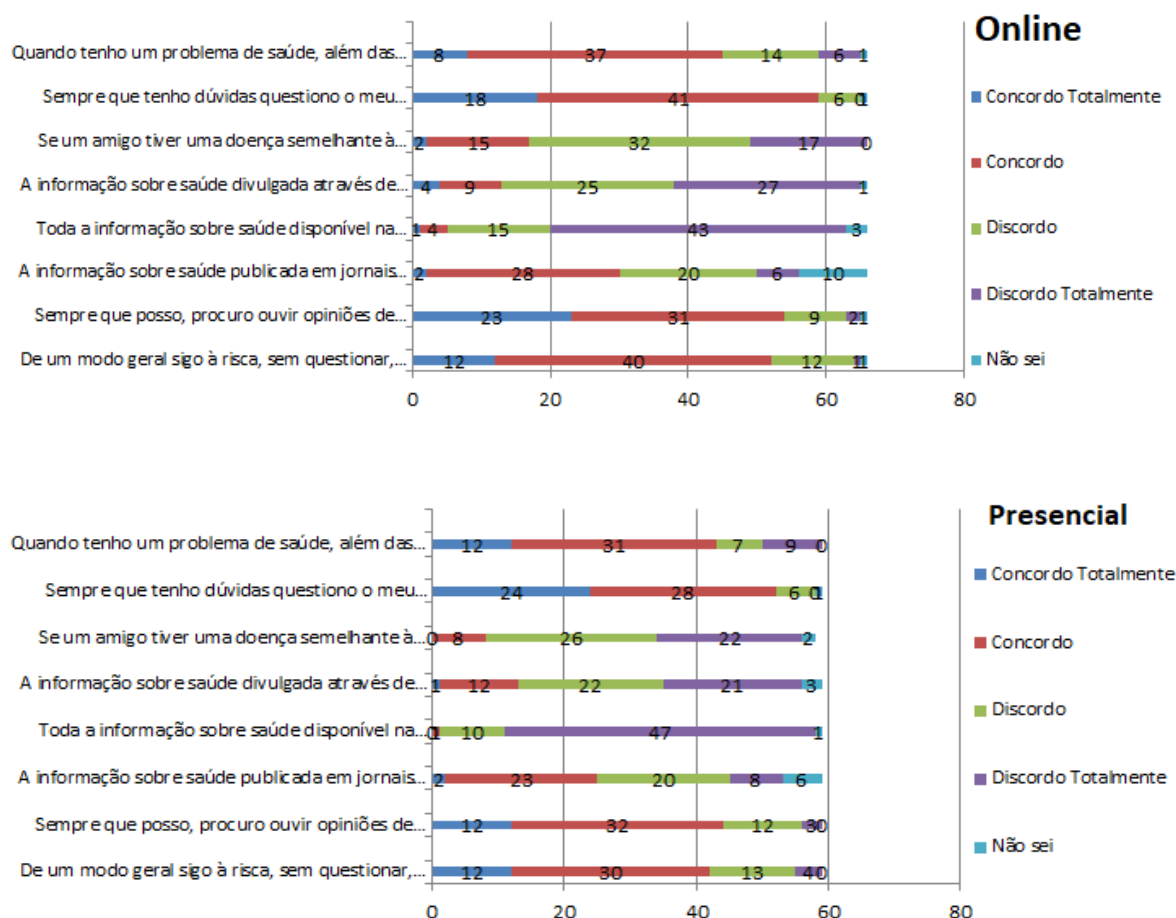
Com a facilidade de acesso à informação, independentemente da postura passiva ou pró-ativa na tomada de decisões sobre a sua saúde, os cidadãos estão cada vez mais esclarecidos, exigentes e com uma elevada expectativa de qualidade, com os respetivos níveis de satisfação associados, nos serviços de saúde (Chaves et al., 2016). A questão é então baseada na própria confiança da informação *online*, em que os utentes podem basear o seu conhecimento da informação que lhes é disponibilizada sem qualquer impulso da sua parte, através das redes sociais, *email* ou outras plataformas, ou procurar informação num local distinto (Xavier, 2009) como outros domínios online, folhetos, revistas, canais televisivos, revistas, nos profissionais de saúde, entre outros.

Com a afirmação **sempre, faz parte das minhas preocupações no dia-a-dia, mesmo quando não estou doente** é confirmado que 56% da amostra total raramente apresenta esse dilema, o que pode indiciar que existe um desinteresse generalizado em literacia em saúde.

Quando analisados os resultados, verificamos que 18% da amostra dos resultados presencial indica que muito raramente se identifica com a afirmação o que, contemplando o número de inquiridos que indica raramente o faz, totaliza em 59% no entanto é constatada a incoerência com a afirmação anterior, **procuro informar-me com alguma frequência para prevenir possíveis doenças e para levar uma vida saudável**, em que 57% da amostra sempre/muito frequentemente e frequentemente pesquisava a informação.

A conclusão que pode ser retirada dos resultados é que os inquiridos procuram informação de saúde quando têm um objetivo estabelecido, seja este analisar a sua doença/sintomas, a dos amigos/familiares, a possível prevenção e quais os comportamentos saudáveis a adotar, de forma a gerir a sua satisfação. Realização essa que pode ser interpretada como o resultado do balanço que o utente faz com base nos seus valores, necessidades, preferências e expectativas de forma a perceber ou sentir que aquilo se recebe está de acordo com aquilo que esperava obter (Hespanhol, 2008).

Tabela 10 – Questão: Qual a frequência com que ocorrem as seguintes situações:



Nas afirmações **tenho dificuldade em encontrar a informação sobre saúde que procuro e sinto que tenho demasiada informação sobre saúde e tenho dificuldade em identificar a mais credível** verificamos resultados contraditórios em que na 1ª afirmação é indicado 80 % da amostra total muito raramente ou raramente se depara com essa situação e na 2ª afirmação já é indicado que 39 % da amostra muito frequentemente ou frequentemente tem esse dilema. Comparamos igualmente com a afirmação **de um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em encontrá-la e em geral, sinto que consigo obter a informação necessária para lidar de forma adequada com os problemas de saúde** em que 79% da amostra total muito frequentemente e frequentemente tem facilidade em obter os esclarecimentos que procuram através da pesquisa pelos seus próprios meios e 84% da amostra total muito frequentemente e frequentemente adquire a informação que lhes permite gerir a situação.

Os inquiridos têm consciência que nem toda a informação sobre saúde é credível, não sendo um factor exclusivo das plataformas *online* como também dos meios físicos, mas que não têm dificuldade em encontrá-la. Não é contabilizado o tempo ou os meios/intervenientes usados para a pesquisa mas consideramos que não estamos perante uma condicionante da literacia em saúde dos

inquiridos, apesar de ser uma mais valia para “filtrar” alguma informação, mas sim da complexidade das doenças/sintomas cujo diagnóstico/tratamento não é exclusivo de apenas uma especialidade médica. Cada caso é um caso e, tal como explicado por Pegado (2017), a apresentação de diferentes discursos individuais por parte de profissionais de saúde acaba por colocar em causa o conhecimento dos próprios inquiridos da sua saúde e a informação que validam, aquando da pesquisa.

Verificamos então as afirmações **de um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldade em entender o que devo fazer e sinto frequentemente que não domino a informação de saúde necessária para tomar as decisões adequadas** mostram, na primeira afirmação, que 29% da amostra total sente alguma dificuldade na compreensão e que, na segunda afirmação, 37% da amostra total não sente estar dotada do conhecimento suficiente para decidir, conscientemente, sobre a sua saúde.

É mais uma vez evidenciado que apesar da amostra dos inquiridos online pressupor uma exposição/contacto mais facilitado com a informação, sem prejuízo da amostra presencial também conseguir obter informação da mesma forma, não implica que apresentem um comportamento distinto dos restantes inquiridos, podendo optar por uma atitude mais passiva nas decisões de saúde ou na sua auto-perceção da informação rececionada.

As afirmações **de um modo geral prefiro ir ao médico acompanhado para garantir que toda a informação da consulta é partilhada com terceiros que me ajudarão e preciso quase sempre de pedir ajuda a terceiros (profissionais de saúde ou não) para procurar informação sobre questões relacionadas com a minha saúde/bem-estar** já foram relacionadas com a relação de confiança que os inquiridos têm com os profissionais de saúde, também da influência dos amigos/família na saúde, como da própria auto-perceção relativamente à sua literacia em saúde e a necessidade de uma segunda opinião, alguém que valide/compreenda ou assegure o tratamento da informação a ser transmitida.

Cenário 2

É responsável por uma criança que começa a vomitar e apercebe-se de que tem febre. Administra a medicação necessária mas verifica algum tempo depois que não existe qualquer alteração aos sintomas e que a criança continua bastante queixosa. Com base nas opções abaixo, de 1 a 7 sendo 1 a que faria primeiro e 7 a que faria em último, classifique qual seria a ação que tomaria:

Tabela 11 – Cenário 2

Classificação	Online	Presencial
Pesquisar na Internet informação generalista ou procurar nas redes sociais	7º	7º

quais as consequências do impacto		
Pesquisar na Internet informação de instituições de saúde sobre quais as consequências dos sintomas	6º	6º
Ligar a um amigo/familiar e pedir ajuda	4º / 5º	5º
Contactar o SNS 24	1º	1º
Deslocar-se a Unidade de Saúde Familiar ou Centro de Saúde	4º / 5º	1º / 2º
Contactar o 112	2º	3º
Deslocar-se às urgências do hospital	3º	2º / 4º

Já tinha sido anteriormente referenciado por Palma (2002), quando a situação é relativa às pessoas com que convivem, com especial ênfase às crianças, os inquiridos procuram mais informação sobre saúde e, pelos resultados acima, têm menos propensão ao risco. Apesar de estamos perante cenários distintos, em que no primeiro é considerada a dúvida de sintoma e no segundo é confirmada a sua existência, os inquiridos da amostra *online* apresentam uma classificação semelhante, no entanto da amostra presencial já mostram a ação “imediate” para procurar resolver o problema.

O efeito da incerteza do diagnóstico percecionado conduz a que abordagem e a atitude perante o risco seja a sua mitigação, tendo verificado que a gestão reativa não resultou nos resultados esperados pelo que foi necessário passar para uma gestão pró-ativa para resolver o problema.

É notado que o circuito do SNS é acionado em “paralelo” optando por contactar as linhas de apoio SNS 24 e 112 e por recorrer directamente às UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/Centros de Saúde e urgências hospitalares, havendo bastante divergência entre a amostra presencial sobre o seu *top 3*. De referir que as unidades de cuidados de saúde primários ou Centros de Saúde “subiram” na consideração dos inquiridos como serviço de resposta, em relação aos resultados do cenário 1, cujo motivo pode ser assumido como a confiança nos profissionais de saúde, nomeadamente médicos de família, que acompanham o crescimento da criança, ou com a qual a mesma e a família se sente confortável, para dar continuidade aos cuidados médicos (Pereira et al., 2008).

Tal pode ser verificado por os inquiridos nos cenários 1 e 2 colocarem sempre a deslocação às urgências no seu *top 4* de serviços de saúde que acionariam numa situação com que poderiam lidar no dia-a-dia, tendo sido apurado que 42 % da amostra total já efectuou uma deslocação pelo menos 1 a 2 vezes, 14 % se deslocou 3 a 5 vezes e 9% se deslocou 6 ou mais vezes no período dos últimos dois anos. Por outro lado, é igualmente verificado que 44% dos inquiridos nunca esteve em

contacto como o Serviço Nacional “Saúde 24” mas no cenário 2 ambas as amostras a colocaram como primeira classificada e no cenário 1 foi considerada igualmente como primeira classificada pela amostra *online*, mas não pela amostra presencial que o coloca como 2º classificado.

Considerando a classificação da utilização das unidades de cuidados de saúde primários ou Centros de Saúde em quarta classificada pela amostra *online*, sempre depois de recorrer às urgências hospitalares, e em terceiro/quarto no primeiro cenário e primeiro/segundo no segundo cenário pela amostra presencial, antes ou após recorrer às urgências hospitalares, é verificada uma discrepância na escolha/preferência dos inquiridos sobre o serviço de saúde a acionar.

É igualmente apurado que a classificação da utilização das unidades de cuidados de saúde primários ou Centros de Saúde por parte dos inquiridos não está diretamente ligado à sua frequência de contacto com o serviço dado, quer a amostra *online* quer a física, apresentarem números de interações semelhantes. Pode, contudo, estar relacionado com as próprias experiências individuais dos inquiridos aquando do contacto, quer com os profissionais de saúde, quer com as instalações, quer com a satisfação face à resposta obtida, ao *feedback* obtido através de amigos/família ou à própria ausência de meios para assegurar a resposta.

A conclusão que pode ser retirada da análise de ambos os cenários é que os inquiridos têm conhecimento do circuito do SNS no entanto não implica que os serviços sejam accionados conforme a classificação dos cenários. Sem prejuízo das interações poderem justificar a ordem de utilização, ao ser confirmado que, quando comparados ao contacto efectuado com os serviços nos últimos dois anos, as urgências hospitalares são a primeira opção, as UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/Centros de saúde são a segunda e o SNS 24 é a terceira, que contraria a classificação dos cenários, a auto-percepção da literacia em saúde dos inquiridos não corresponde ao seu comportamento.

Uma proposta para a resolução desta temática é ser recomendado o acesso aos serviços do SNS alternativos, tal o SNS24 e 112, no momento da triagem nas urgências hospitalares e atribuição de pulseiras azuis, verdes e ou brancas, nomeadamente no momento de espera para serem atendidos. A diferença face ao paradigma atual é que, enquanto os cidadãos estão à espera do atendimento, peçam a validação dos sintomas por um outro profissional de saúde (via aplicação ou telefone), que, em conjunto com a análise já efectuada da ausência de urgência no hospital e a sua auto-percepção em saúde, percebam que a situação não implica um tratamento imediato e que pode ser resolvida de forma a causar o menor impacto possível no seu dia-a-dia.

Esta informação fará os cidadãos considerarem a necessidade de permanecerem nas urgências à espera de um atendimento para obter um diagnóstico que já dispõem, podendo ser ou não acompanhado com referenciação para outro serviço que já implicará uma nova deslocação, o que os poderá avaliar numa próxima situação não recorrem directamente aos outros serviços. Não é possível mitigar as falsas urgências, no entanto se for possível a sua redução para um nível gerível e, acima de tudo, não colocar em causa o a qualidade e segurança do atendimento de saúde prestado, é a solução que traz menos constrangimentos para o SNS por utilizar serviços já existentes e disponíveis para os cidadãos.

11. Conclusão

A literacia em saúde alavanca a predisposição dos cidadãos em relação à utilização do circuito do SNS e também lhes confere “armas” para validar a informação que lhes é facultada pelos profissionais de saúde, amigos e família ou que obtêm através da pesquisa. A segurança que os cidadãos sentem ao conseguir perceber a informação de saúde que lhes é prestada garante-lhes uma maior confiança no próprio sistema e confiança para tomar decisões conscientes sobre a saúde.

Os inquiridos têm facilidade em pesquisar a informação necessária para avaliar as vantagens e desvantagens da resposta (tratamento) que lhes é proposta, sendo proactivos na obtenção do conhecimento quando definem um objetivo específico e não dependendo apenas da análise do profissional de saúde. Apesar das “ferramentas” com que os inquiridos são dotados e obtêm por si, apresentam dificuldades na decisões sobre o que fazer para melhorar a sua saúde, havendo quem opte por delegar a responsabilidade por completo aos profissionais de saúde com a confiança que o tratamento proposto será o mais benéfico para a sua saúde.

Importante reforçar que estamos perante uma amostra demonstrativa, e não representativa, que nos impede de tirar conclusões ao nível da caracterização da literacia em saúde do cidadão português. Estamos perante uma amostra com um nível de formação académica elevada, que representa cerca de 1/3 da população (27,2%) e acaba por não dar ênfase aos conhecimentos/comportamentos adotados pelos utentes mais fragilizados, nomeadamente os que apresentam um nível de formação inferior, no entanto as conclusões que são retiradas da presente análise permitem-nos “desmitificar” certos pressupostos, entre eles que os utentes com um nível de formação superior utilizam eficazmente o circuito do SNS.

A facilidade no acesso à informação, a existência de vários discursos individuais dos profissionais de saúde, de diferentes ou da mesma especialidade, e a constante exposição mediática sobre o SNS, não permite aos cidadãos estruturar uma “linha linear” de raciocínio considerando que os mesmos sintomas podem ter avaliações e encaminhamento para tratamentos distintos, a mesma forma de tratamento pode ser considerada tanto benéfica como prejudicial e os problemas evidenciados do SNS também não lhes permite “escolher” *à priori* qual o serviço de saúde a optar, ou melhor adequado para tratar a situação, acabando por recorrer às urgências hospitalares.

É possível ser alfabetizado em saúde e não ter as competências necessárias para gerir a sua saúde individual, pública ou o próprio circuito do SNS pelo que, entendendo à relação entre a formação e a literacia em saúde, é necessário promover acções de sensibilização e de transmissão de

conhecimento, tais como programas educativos, que apostem na mudança comportamental promotora de saúde (Santos, 2010).

Não pode ser ignorado que existem factores externos para o comportamento do cidadão, tal como a distância em relação às UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/Centros de Saúde, as condições das unidades, quer a nível de infra-estruturas quer a nível de profissionais de saúde para dar resposta, ou aquando do momento da utilização do serviço as unidades estarem fechadas, a literacia em saúde facilita o esclarecimento ou resolução da questão.

Os cidadãos conseguirem analisar, avaliar e decidir sobre a sua saúde com base na informação que recolhem, transmitida por terceiros ou através de pesquisa própria, consegue dotar-lhes de segurança na atitude que adotam em relação ao risco e tomar decisões partilhadas com os profissionais de saúde que os beneficiem. Decisões essas que não precisam de ser tomadas exclusivamente nos serviços de urgência mas também nos outros serviços do SNS, tal como o SNS24, 112 ou UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/Centros de Saúde.

A confiança nos profissionais de saúde pode ser influenciadora das decisões de saúde a tomar, no entanto, os cidadãos não podem depender dessa confiança para fazer as suas escolhas, sendo que beneficiam ao validar as premissas e a solicitar os esclarecimentos que considerem necessários para tomar uma decisão informada. Tal também se aplica às recomendações de amigos/familiares, que acabam por ter uma relação de proximidade e acompanhamento com a situação, ou ter tido experiências semelhantes, e podem influenciar a decisão, mas caberá ao inquirido validar a informação apesar das características coincidentes, ou até a mesma informação/doença/sintomas, o mesmo comportamento perante uma situação tanto pode ser benéfica como prejudicial para a saúde.

Sem esquecer o papel do Governo português na divulgação, através de uma estrutura estável de comunicação que permita a transmissão de informação de forma acessível e compreensível, cabe também ao cidadão refletir sobre a sua literacia em saúde e procurar os esclarecimentos que considere necessários para obter a resposta que melhor satisfaz a sua necessidade. Cabe-lhe, dentro das suas capacidades e oportunidades, analisar a informação que obtém através da sua pesquisa, do que lhe é indicado pelos profissionais de saúde ou pelos amigos/familiares e apurar se tem os elementos necessários para a tomar a decisão sobre a sua saúde, sendo que na eventualidade de não considerar ter os elementos, não se dirigir diretamente às urgências sem recorrer aos outros serviços.

O congestionamento das urgências acaba por ser resultado também da incerteza dos cidadãos sobre a informação que consideram que dispõem e por no hospital, nomeadamente nas urgências, a situação poder ficar “resolvida”. A questão é que, adicionalmente a existirem serviços alternativos de triagem como o SNS24 e o 112 em que a resposta é dada por profissionais de saúde qualificados 24h por dia, dependendo dos sintomas/doença e tratamento, pode não existir urgência no diagnóstico e a situação pode não ficar “resolvida”.

Temos a informação que em 2022 houve cerca 44% e em 2023 houve cerca de 42% dos episódios de urgência com pulseiras azuis, verdes e brancas (não urgentes), traduzindo se em 2.744.280 e 2.601.480 utentes (Conselho das Finanças Públicas, 2023; Conselho das Finanças Públicas, 2024), respectivamente, cuja resposta podia ter sido assegurada numa unidade de cuidados de saúde primário /Centro de Saúde ou outro serviço de saúde, mas não temos a informação de quantos destes utentes é que tiveram resposta à sua necessidade no serviço de urgência hospitalar. Se o cidadão se apresentar no serviço de urgência hospitalar com um sintoma que existe a um período de considerável que não permita efectuar um diagnóstico conclusivo no momento acabará por ser referenciado para um serviço de saúde, possivelmente não urgente, que garanta o acompanhamento contínuo e necessário para que seja avaliado o melhor tratamento.

Importante referir que apesar de não ter considerada como urgente pelos serviços médicos, cada situação deve ser analisada isoladamente não podendo ser assumido que os cidadãos tenham, ou devam ter, competências que lhes permita perceber se era “justificável” recorrer ao serviço. Tal como explicado pelo autor Palma (2002), com especial ênfase em utentes mais vulneráveis como crianças ou idosos, a existência de doenças crónicas ou estado de saúde mais fragilizado pode levar os cidadãos a terem menos propensão a correr o risco de um mau auto diagnóstico ou diagnóstico à distância e recorrerem directamente às urgências hospitalares.

Sem prejuízo de poder ser dada uma resposta/alívio imediato, estamos perante uma “solução” temporária que não resolve a questão e a referenciação poderia ter sido efetuada *à priori* através, por exemplo, do contacto com o SNS24. Aqui a literacia em saúde acabava por não só facilitar a vida do cidadão por evitar uma deslocação desnecessária, com o incómodo associado da situação, tempo de espera e ausência de resposta, ajudar a obter melhores esclarecimentos sobre o processo de diagnóstico e eventual tratamento a ser efetuado, tal como facilitaria aos serviços de saúde pela existência de um historial clínico mais detalhado e para o SNS implicaria custos desnecessários com a “duplicação” de atendimentos.

Os inquiridos no presente estudo referiram que conseguem ter acesso à informação que precisam sobre a saúde e que sabem como o circuito do SNS funciona mas o seu comportamento acaba por não seguir esse conhecimento, optando por obter uma resposta mais imediata e conclusiva, dentro do possível, para a sua situação. Já foi mencionado pelos autores Coster et al. (2017) que duas das causas para a deslocação aos serviços de urgência é a ansiedade da urgência no tratamento e o valor da segurança em serviços baseados em emergências e a percepção da necessidade de tratamento, acompanhamento hospitalar ou diagnóstico o que evidencia que a auto-percepção dos cidadãos sobre a sua saúde não corresponde aos níveis de literacia em saúde que consideram ter para a tomada de decisões sobre onde se dirigir.

Tais conclusões só podem ser retiradas se não for limitada a recolha dos dados através de um meio específico, seja este *online* ou presencial, dado que, no caso da presente amostra, apresentava respostas semelhantes, mas resultados completamente dispares. A apresentação dos cenários mostrou-se fulcral para entender as diferenças dentro da própria amostra, os inquiridos quando confrontados com uma situação de resposta “aberta” acabam por mostrar que o comportamento que adotam não está em linha com o raciocínio das respostas “fechadas” acabando assim por revelar que a sua auto-percepção de literacia em saúde não é adequada em relação à realidade ou que, independentemente do seu grau/nível de literacia, o risco da incerteza conduz à deslocação ao sítio (hospital, nomeadamente urgências) que lhes dá segurança.

Apesar dos inquiridos cuja resposta foi recolhida presencialmente apresentarem, quando os resultados são analisados individualmente e por questão, mais comportamentos que podem ser considerados representativos de maior literacia em saúde é igualmente confirmado que são os que apresentam maior incoerência entre as respostas, salvaguardando que a amostra total apresenta várias incoerências quando as respostas são comparadas entre si. Por outro lado, os inquiridos cuja resposta foi recolhida de forma *online* apresentam uma postura de “salvaguarda” em relação à sua literacia em saúde, não se comprometendo com um nível que não consideram ter mas também não apresentando uma atitude proativa na pesquisa de informação.

Não desvalorizando o papel do cidadão na redução das falsas urgências, é importante igualmente garantir que os serviços alternativos do circuito do SNS conseguem fornecer a resposta necessária alternativa às urgências hospitalares. O crescimento não proporcional de utentes por médico de família, a redução do número de médicos a trabalhar no serviço de saúde público, o aumento exponencial de procura de serviços de atendimento ambulatorio (consultas, exames, entre outros) face ao número de estabelecimentos públicos de saúde, e respectivos profissionais, a referenciação para unidades de saúde que não têm capacidade para dar resposta, entre outros

problemas, acabam por conduzir os cidadãos para o serviço de urgência hospitalar, independentemente do seu nível de literacia em saúde.

13. Referências Bibliográficas

- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde.
- Almeida, C. V. (2022). ENSAIO SOBRE O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE.
- Arhin, K., Oteng-Abayie, E. F., & Novignon, J. (2023). Assessing the efficiency of health systems in achieving the universal health coverage goal: evidence from Sub-Saharan Africa. *Health Economics Review*, 13(1), 1-16.
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., ... & Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225
- Arriaga, M., Santos, B., Koylyu, A., Carvalho, A., Raposo, B., Silva, C., Mata, F., Filipe, J., Silva, N., Horgan, R., Freitas, G. (2023). Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde. Direção-Geral da Saúde
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of family medicine*, 5(6), 329.
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C. B., & Brouillard, M. E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of personality and social psychology*, 55(3), 479.
- Barros, P. P., & Nunes, L. C. (2010). The impact of pharmaceutical policy measures: An endogenous structural-break approach. *Social Science & Medicine*, 71(3), 440-450.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022). Orçamento do Estado para Saúde 2023. Observatório da Despesa em Saúde, 1. BPI – Nova School of Business & Economics
- Barros, P. P., & Costa, E. (2023). Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português. Observatório da Despesa em Saúde, 3. BPI – Nova School of Business & Economics
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7, 1-12.
- Brown, G. W., Bridge, G., Martini, J., Um, J., Williams, O. D., Choupe, L. B. T., ... & Kandel, N. (2022). The role of health systems for health security: a scoping review revealing the need for improved conceptual and practical linkages. *Globalization and Health*, 18(1), 1-17.

- Castano, R., & Mills, A. (2013). The consequences of hospital autonomization in Colombia: a transaction cost economics analysis. *Health policy and planning*, 28(2), 157-164.
- Chartrand, T. L., & Lakin, J. L. (2013). The antecedents and consequences of human behavioral mimicry. *Annual review of psychology*, 64(1), 285-308.
- Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem—amostra da Região Centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 339-346.
- Conselho das Finanças Públicas. (2023). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022* (Junho de 2023)
- Conselho das Finanças Públicas. (2024). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023* (Junho de 2024)
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Academic emergency medicine*, 24(9), 1137-1149.
- Cook, V., Fuller, J. H., & Evans, D. E. (2010). Helping students become the medical teachers of the future—the Doctors as Teachers and Educators (DATE) Programme of Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London. *Education for Health*, 23(2), 415.
- Cunha Soares, E. M. (2013). *Os Familiares e o Processo de Internamento de um Membro da Família no Hospital: Vivenciar uma Transição* (Master's thesis, Universidade do Porto (Portugal)).
- Darley, J. M., & Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: diffusion of responsibility. *Journal of personality and social psychology*, 8(4p1), 377.
- Department of Health (2004). *The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and the development review process*. Department of Health
- Dias, P. A. S. (2013). *A escolha entre medicina convencional e medicina tradicional chinesa* (Master's thesis, Universidade de Aveiro (Portugal)).
- Espanha, R., & Lupiáñez-Villanueva, F. (2009). Health and the Internet: Autonomy of the User. 2009, *World Wide Internet—Changing Societies, Economies and Cultures*, Macau: Ed. University of Macau, 434-460.

- Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R., (2016). Literacia em Saúde em Portugal – Relatório Síntese. Fundação Calouste Gulbenkian – CIES-IUL
- ERS (Abril, 2024). Estudo sobre a linha SNS24 e o impacto no acesso à prestação de cuidados de saúde. Entidade Reguladora de Saúde. Porto
- Faria, A., Sá, A., Almeida, C., Ferreira, E., Saldanha, L., Dohme, M., Basso, P., Santos, R., Martinho, V., Alves, M. (2023). A literacia faz bem à saúde. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde – SPLS
- Ferreira, M., Lopes, A., Guimarães, M., & Barros, H. (2018). A carreira médica e os fatores determinantes da saída do serviço nacional de saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 31(9), 483-488.
- Finucane, P. M., Bourgeois-Law, G. A., Ineson, S. L., & Kaigas, T. M. (2003). A comparison of performance assessment programs for medical practitioners in Canada, Australia, New Zealand, and the United Kingdom. *Academic Medicine*, 78(8), 837-843.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
- Gazzinelli, M. F., Reis, D. C. D., & Marques, R. D. C. (2012). Educação em saúde: teoria, método e imaginação. In *Educação em saúde: teoria, método e imaginação* (pp. 166-166).
- Giddens, A. (2013). O mundo na era da globalização. Editorial Presença.
- Greaves, F., Ramirez-Cano, D., Millett, C., Darzi, A., & Donaldson, L. (2013). Harnessing the cloud of patient experience: using social media to detect poor quality healthcare. *BMJ quality & safety*, 22(3), 251-255.
- Guimarães, M., Neves, M., Mendonça, M., Seadra, J., Pardal, F., Veiga, D., Mendonça, C. (2023). Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal. Ordem dos Médicos. (07 de Fevereiro de 2023).
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1· 6 million participants. *The lancet child & adolescent health*, 4(1), 23-35.
- Hamilton, K. E. S., Coates, V., Kelly, B., Boore, J. R., Cundell, J. H., Gracey, J., ... & Sinclair, M. (2007). Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *Journal of nursing management*, 15(8), 773-791.
- Hellowell, M. (2013). PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals. *Health Policy*, 113(1-2), 77-85.

- Hespanhol, A. P. (2003). Problemas éticos em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(4), 389-95.
- Hespanhol, A. A. O. P. (2008). Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(6), 665-70.
- Indicators, A. H. O. (2010). Monitoring the building blocks of health systems. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Kaiser, K. L., & Rudolph, E. J. (2003). Achieving clarity in evaluation of community/public health nurse generalist competencies through development of a clinical performance evaluation tool. *Public Health Nursing*, 20(3), 216-227.
- Kao, C., Pang, R. Z., Liu, S. T., & Bai, X. J. (2021). Most productive types of hospitals: An empirical analysis. *Omega*, 99, 102310.
- Keinert, T. M. M., & da Costa Rosa, T. E. (1999). A organização da saúde ao nível local. *Revista de Administração Pública*, 33(3), 175-a.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1264-1271.
- Kickbusch, J., & Maag, D. (2008). Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, 3, 204-211.
- Kimmerle, J., Bientzle, M., & Cress, U. (2014). Personal experiences and emotionality in health-related knowledge exchange in Internet forums: a randomized controlled field experiment comparing responses to facts vs personal experiences. *Journal of medical internet research*, 16(12), e3766.
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion.
- Kravitz, R. L., Bell, R. A., Azari, R., Kelly-Reif, S., Krupat, E., & Thom, D. H. (2003). Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it?. *Archives of Internal Medicine*, 163(14), 1673-1681.
- Kruk, M. E., & Freedman, L. P. (2008). Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health policy*, 85(3), 263-276.
- Kuss, T., Proulx-Girouard, L., Lovitt, S., Katz, C. B., & Kennelly, P. (1997). A public health nursing model. *Public Health Nursing*, 14(2), 81-91.

- Lee, J. (2017). Strategic risk analysis for information technology outsourcing in hospitals. *Information & Management*, 54(8), 1049-1058.
- Magalhães, D., Martins, J., Branco, F., Au-Yong-Oliveira, M., Gonçalves, R., & Moreira, F. (2020). A proposal for a 360 information system model for private health care organizations. *Expert Systems*, 37(5), e12420.
- Mesquita, I. M. B. (2010). Tomada de decisão clínica: processo e implicações (Master's thesis, Universidade de Coimbra (Portugal)).
- McPake, B., Dayal, P., & Herbst, C. H. (2019). Never again? Challenges in transforming the health workforce landscape in post-Ebola West Africa. *Human resources for health*, 17, 1-10.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77.
- Mossialos, E., Brogan, D., & Walley, T. (2006). Pharmaceutical pricing in Europe: weighing up the options. *International Social Security Review*, 59(3), 3-25.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). Health Systems. In *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US).
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the EU Cycle: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris,
- Oliveira, P. S. (2014). O sistema de comparticipação de medicamentos em Portugal (Master's thesis).
- Palma, J. (2002). Problemas de saúde urgentes: a quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(5), 283-97.
- Pegado, E. (2017). O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275.

- Pedro, A. R. (2018). Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Pereira, A. V., Jorge, G. P., Guerra, N. C., & Branco, P. R. (2008). O médico de família ideal-Perspectiva do utente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 555-64.
- Pinho, M., & Araújo, A. (2022). How to fairly allocate scarce medical resources? Controversial preferences of healthcare professionals with different personal characteristics. *Health Economics, Policy and Law*, 17(4), 398-415.
- Polgar, S. (1962). Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences. *Current Anthropology*, 3(2), 159-205.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.
- Redfern, S., & Norman, I. A. N. (1999). Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: an application of the critical incident technique. Part 2. *Journal of clinical nursing*, 8(4), 414-421.
- Ribeiro, J. C., Donato, H., Massano, J., & Marinho, R. T. (2016). Educação médica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 786-787.
- Riguette, T. O., de Stefano, E., Freitag, A. E. B., Maia, R. M., Santana, W. A., Barreto, J. C., ... & da Silva Pereira, M. H. (2023). Proposta de diretrizes para uma boa gestão de suprimentos no setor de saúde. *Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)*, 14(6), 9881-9894.
- Rodrigues, J. M. G. (2020). Episódios não urgentes e pouco urgentes na urgência do Hospital Senhora da Oliveira: caracterizar para planear.
- Rudd, R., & DeJong, W. (2000). In plain language: The need for effective communication in medicine and public health [Video]. Cambridge, MA: Harvard University.
- Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., ... & Pronk, N. (2021). Practice full report: Updating health literacy for healthy people 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(6), S258.
- Santos, M. L. V. A. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal)).

- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal.
- Sillence, E. (2013). Giving and receiving peer advice in an online breast cancer support group. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(6), 480-485.
- Simoes, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Health systems in transition: Portugal–Health system review.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health education monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Sousa, A. H. P. D. C. (2018). O desafio dos recursos humanos na área da saúde privada e pública: as motivações dos profissionais de saúde (Doctoral dissertation).
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ... & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.
- US Department of Health and Human Services. (2003). *Communicating health: Priorities and strategies for progress*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Thaler, R. (1980). Toward a positive theory of consumer choice. *Journal of economic behavior & organization*, 1(1), 39-60.
- Thiede, M. (2005). Information and access to health care: is there a role for trust?. *Social science & medicine*, 61(7), 1452-1462.
- Van Der Vleuten, C. P., & Schuwirth, L. W. (2005). Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical education*, 39(3), 309-317.
- Varela, A. (2016). O papel da literacia em saúde na decisão médica partilhada. *Saúde & Tecnologia*, (16), 44-49.

- Victor, J., & Paulo, A. (2023). Transaction costs in healthcare: empirical evidence from Portuguese hospitals. *Cogent Business & Management*, 10(2), 2220479
- Xavier, C. S. (2009). *Confiança nos serviços online* (Master's thesis, Universidade do Porto (Portugal)).
- Waller, B. N. (2005). Responsibility and health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), 177-188.
- Widmer, P. K. (2015). Does prospective payment increase hospital (in) efficiency? Evidence from the Swiss hospital sector. *The European Journal of Health Economics*, 16, 407-419.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*.
- World Health Organization. (2008). *International health regulations (2005)*. World Health Organization.
- Wolf, M. S., Williams, M. V., Parker, R. M., Parikh, N. S., Nowlan, A. W., & Baker, D. W. (2007). Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of health communication*, 12(8), 721-732.
- Decreto-Lei nº 68/84, de 27 de Fevereiro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/68-661366>
- Decreto-Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>
- Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2011-67047307>
- Decreto-Lei nº 37/2022, de 27 de Maio. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>
- Decreto-Lei nº 52/2022, de 04 de Agosto <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei nº 103/2023, de 07 de Novembro <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei nº 118/2023, de 20 de Dezembro <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>
- Portaria nº284-A/2016, de 04 de Novembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/284-a-2016-75660778>

Portaria nº438/2023, de 15 de Dezembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/438-2023-261867084>

APHP. (2022, 14 de Fevereiro). 50% dos Portugueses têm uma segunda cobertura de saúde <http://aphp-pt.org/50-dos-portugueses-tem-uma-segunda-cobertura-de-saude/> [Consultado a 03 de Abril de 2024]

Atualidade Parlamento Europeu. (2014, 13 de Março). *Operações da troika em Portugal: Parlamento Europeu aprova conclusões e recomendações*. <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/press-room/20140307IPR38407/operacoes-da-troika-em-portugal-pe-aprova-conclusoes-e-recomendacoes> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

CDC (2023, 11 de Julho). What is Health Literacy [What Is Health Literacy? | Health Literacy | CDC](#) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

Diário de Notícias. (2022, 04 de Abril). Utentes preferem esperar 4 a 6 horas na urgência do que voltar ao centro de saúde. <https://www.dn.pt/sociedade/utentes-preferem-esperar-4-a-6-horas-na-urgencia-do-que-voltar-ao-centro-de-saude--14742609.html/> [Consultado a 31 de Agosto de 2024]

DGEEC - Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2023). As Instituições Hospitalares com mais despesa em actividades de I&D (Fevereiro de 2021) <https://www.dgeec.medu.pt/api/ficheiros/657068dda784576754039389> [Consultado a 03 de Abril de 2024]

DGEEC - Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2024). As Instituições Hospitalares com mais despesa em actividades de I&D (Fevereiro de 2024) <https://www.dgeec.medu.pt/api/ficheiros/65bd01971eae926f9c062b6b> [Consultado a 03 de Abril de 2024]

Eurostat. (2024, 03 de Maio). Employment rate by sex. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_30/default/table?lang=en [Consultado a 10 de Julho de 2024]

Eurostat. (2024, 03 de Maio). Unemployment rate by sex <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/teilm020/default/table?lang=en> [Consultado a 10 de Julho de 2024]

Eurostat. (2024, 03 de Maio). Population on 1 January by age group, sex and country of birth https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_pop3ctb/default/table?lang=en [Consultado a 11 de Julho de 2024]

Eurostat. (2024, 03 de Maio). EU median age increased by 2.3 years since 2013 <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240215-1> [Consultado a 11 de Julho de 2024]

EUROSTAT. (2024, 12 de Setembro). Population by educational attainment level, sex and age (%) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/edat_lfs_9903_custom_12896444/default/table?lang=en [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

Expresso. (2023, 22 de Dezembro). Foram atendidas mais de 1,7 milhões de chamadas durante o ano de 2023. <https://expresso.pt/sociedade/saude/2023-12-22-Um-terco-das-chamadas-atendidas-no-SNS-24-em-2023-foram-encaminhadas-para-urgencias-524a0321> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

INE. (2023, 04 de Julho). A despesa corrente em saúde aumentou a um ritmo inferior ao do PIB - 2022. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594883237&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

INE. (2024, 02 de Abril). A taxa de desemprego situou-se em 6,7% e a taxa de subutilização do trabalho em 11,5% - Fevereiro de 2024 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=643918401&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 07 de Abril de 2024]

INE. (2024, 18 de Junho). População residente ultrapassa os 10,6 milhões - 2023. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2 [Consultado a 02 de Setembro de 2024]

INE. (2024, 07 de Agosto). Taxa de escolaridade do nível de ensino secundário (Série 2021 - %) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual 2023 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011326&contexto=bd&selTab=tab2 [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

INEM. (2024). CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes. <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

Healthy People 2030. Health Literacy in Healthy People 2030 [Health Literacy in Healthy People 2030 - Healthy People 2030 | health.gov](https://www.health.gov/health-literacy-in-healthy-people-2030/) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

NOVA-IMS. (2021). Índice de Saúde Sustentável 2020/21 https://www.abbvie.pt/content/dam/abbvie-dotcom/pt/Documents/%C3%8DndiceSa%C3%BAdeSustent%C3%A1vel_2021.pdf [Consultado a 04 de Abril de 2024]

NOVA-IMS. (2022). Índice de Saúde Sustentável 2021/22 https://www.abbvie.pt/content/dam/abbvie-dotcom/pt/Documents/%C3%8DndiceSa%C3%BAdeSustent%C3%A1vel_2022.pdf [Consultado a 04 de Abril de 2024]

NOVA-IMS. (2023). Índice de Saúde Sustentável 2022/23 <https://www.abbvie.pt/content/dam/abbvie-dotcom/pt/Documents/%C3%8Dndice%20Sa%C3%BAde%20Sustent%C3%A1vel%202023.pdf> [Consultado a 04 de Abril de 2024]

Observador. (2023, 26 de Outubro). Crise na saúde, ou melhor, destruição do SNS. <https://observador.pt/opinioao/crise-na-saude-ou-melhor-destruicao-do-sns/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

Ordem Dos Enfermeiros. (2024, 22 de Janeiro). Emigração enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/emigra%C3%A7%C3%A3o-enfermeiros/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

Ordem dos Médicos (2019, 08 de Outubro). Gestão de expectativas e pedidos dos utentes <https://ordemosmedicos.pt/gestao-de-expectativas-e-pedidos-dos-utentes/> [Consultado a 21 de Agosto de 2024]

Ordem dos Médicos. (2024). Estatísticas 2023 <https://ordemosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/#1505070622822-9e31b1b1-6d1a> [Consultado a 02 de Setembro de 2024]

PORDATA. (2023, 02 de Junho). População sexo. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+sexo-6> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

PORDATA. (2024, 19 de Agosto). População 15-64 anos por sexo, grupo etário e nível de escolaridade (%). <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/educacao/qualificacoes-da-populacao/populacao-15-64-anos-por-sexo-grupo-etario-e-nivel> [Consultado a 16 de Setembro de 2024]

Público. (2024, 01 de Abril). Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS24 atendeu mais de 280 mil chamadas em quatro anos. <https://www.publico.pt/2024/04/01/sociedade/noticia/linha-aconselhamento-psicologico-sns24-atendeu-280-mil-chamadas-quatro-anos-2085418> [Consultado a 30 de Agosto de 2024]

Renascença. (2019, 25 de Setembro). Utentes preferem esperar 4 a 6 horas na urgência do que voltar ao centro de saúde. <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2019/09/25/inquerito-utentes-preferem-hospital-ao-centro-de-saude-por-ter-melhores-condicoes-de-tratamento/165842/> [Consultado a 31 de Agosto de 2024]

Segurança Social. (2024). *Gestão de Remunerações* https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalle/-/asset_publisher/GzVihCL9jqf9/content/trabalhadores-dependentes [Consultado a 07 de Abril de 2024]

Segurdata – Portal de Estatísticas da APS (2024). Indicadores de Gestão - Saúde (Resumo) :: 2023.12 (07 de Março de 2024) https://segurdata.apseguradores.pt/ords/f?p=100:0:14475477163620:APPLICATION_PROCESS%3DDOWNLOAD_FILE::APP_FILE_ID,APP_FILE_ID_CHECK:170625,616 [Consultado a 06 de Abril de 2024]

SIM – Sindicato Independente dos Médicos. (2023, 02 de Outubro). Trabalho suplementar para além das 150 horas anuais. <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5320/trabalho-suplementar-para-alem-das-150-horas-anuais/> [Consultado a 04 de Abril de 2024]

SIM – Sindicato Independente dos Médicos. (2023, 18 de Dezembro). Mais de 450 médicos pediram declaração para emigrar este ano. <https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5355/publico-mais-de-450-medicos-pediram-declaracao-para-emigrar-este-ano/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

SNS. (2024). Serviço Nacional de Saúde - História <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

WHO (2022, 09 de Fevereiro). WHO, Qatar and FIFA join forces for the Healthy FIFA World Cup Qatar 2022 – Creating Legacy for Sport and <https://www.who.int/news/item/09-02-2022-who-qatar-and-fifa-join-forces-for-the-healthy-2022-world-cup---creating-legacy-for-sport-and-health> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

WHO. (2022, 01 de Outubro). Ageing and Health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Consultado a 06 de Abril de 2024]

WHO (2022, 17 de Novembro). FIFA World Cup players to #BringTheMoves and encourage kids to exercise <https://www.who.int/news/item/17-11-2022-fifa-world-cup--players-to--bringthemoves-and-encourage-kids-to-exercise> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

WHO (2022, 19 de Novembro). Digital app released to boost physical activity- and help get children moving <https://www.who.int/news/item/19-11-2022-digital-app-released-to-boost-physical-activity--and-help-get-children-moving> [Consultado a 02 de Abril de 2024]

WHO. (2023, 22 de Março). The health workforce crisis in Europe is no longer a looming threat – it is here and now. The Bucharest Declaration charts a way forward. <https://www.who.int/europe/news/item/22-03-2023-the-health-workforce-crisis-in-europe-is-no-longer-a-looming-threat---it-is-here-and-now.-the-bucharest-declaration-charts-a-way-forward> [Consultado a 01 de Abril de 2024]

WHO (2024). WHO, Governance Constitution <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Consultado a 20 de Agosto de 2024]

WHO. (2024). Universal Health Coverage [Universal Health Coverage \(who.int\)](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage) [Consultado a 06 de Abril de 2024]

14. ANEXO

SAÚDE E COMO LÁ CHEGAMOS

Este estudo faz parte de um projeto de dissertação de Mestrado em Gestão do ISCTE e tem como propósito apurar como os cidadãos têm acesso e fazem a gestão da informação sobre a sua saúde particular e a contribuição para a saúde pública

O objetivo é identificar os elementos críticos que levam o cidadão a tomar decisões na área da saúde e o suporte/fundamento que o leva a adotar certos comportamentos que lhe transmitem segurança quando confrontado com uma situação em que tem de agir.

Os dados recolhidos no questionário serão usados para fins exclusivamente académicos e todas as respostas serão anónimas. O questionário irá apresentar 2 modelos de questões: opções de escolha única e de classificação através de 2 cenários em que será necessário priorizar qual a ação que faria primeiro e qual faria em último lugar.

O questionário tem uma duração estimada entre 9 a 15 minutos.

Na eventualidade de ser necessário algum esclarecimento adicional ou pretender entrar em contacto diretamente poderá fazê-lo através do endereço vasco_calqueiro_picaluga_nevado@iscte-iul.pt

Trabalha na área da saúde (selecione apenas um campo)

Sim

☐

Não

☐

Não respondo

☐

Tem familiares ou amigos próximos que trabalhem na área da saúde (selecione apenas um campo)

Sim

☐

Não

☐

Não respondo

☐

Considerando a seguinte escala indique o seu grau de dificuldade para cada um dos seguintes casos

	Muito Dificil	Dificil	Fácil	Muito Fácil	Não sei
Encontrar informação sobre os sintomas de doenças ou tratamentos que o preocupam?	☐	☐	☐	☐	☐
Saber o que fazer em caso de emergência médica?	☐	☐	☐	☐	☐
Saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente?	☐	☐	☐	☐	☐
Compreender o que o seu médico lhe diz?	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	☐	☐	☐	☐	☐
Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐
Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos da família e amigos?	☐	☐	☐	☐	☐
Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis, como exercício físico, alimentação saudável e nutrição?	☐	☐	☐	☐	☐
Compreender a informação transmitida na Internet para se tornar mais saudável?	☐	☐	☐	☐	☐
Tomar decisões que melhorem a sua saúde?	☐	☐	☐	☐	☐

Está em casa e está com alguém que se começa a sentir mal, a sentir tonturas, fraqueza generalizada e acaba por desmaiar, caindo para o chão e batendo com a cabeça numa mesa. A pessoa recupera os sentidos e apresenta um discurso fluído mas tem uma ferida exposta na cabeça que aparenta ser superficial mas não tem forma de o confirmar.

Com base nas opções abaixo, de 1 a 8 sendo 1 a que faria primeiro e 8 a que faria em último, classifique qual seria a ação que tomaria:

Pesquisar na Internet informação generalista ou procurar nas redes sociais quais as consequências do impacto	
Pesquisar na Internet informação de instituições de saúde sobre quais as consequências do impacto	
Ligar a um amigo/familiar e pedir ajuda	
Aguardar para ver se a pessoa tem alguma reação, sintoma ou queixa	
Contactar o SNS 24	
Deslocar-se a Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Centro de Saúde	
Contactar o 112	
Deslocar-se às urgências do hospital	

Com que regularidade procura obter informação sobre saúde e bem-estar?
Escolha a afirmação que melhor traduz a sua situação

	Muito Raramente	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente / Sempre	Não sei
Sempre, faz parte das minhas preocupações no dia-a-dia, mesmo quando não estou doente.	☐	☐	☐	☐	☐
Procuo informar-me com alguma frequência para prevenir possíveis doenças e para levar uma vida saudável.	☐	☐	☐	☐	☐
Procuo informar-me apenas quando estou doente ou algum familiar próximo está doente	☐	☐	☐	☐	☐
Não tenho a preocupação de me informar, limito-me a ir aos serviços de saúde quando estou doente	☐	☐	☐	☐	☐

Qual o grau de frequência com que obtém informações sobre saúde, através das seguintes formas/meios:

	Muito Raramente	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente / Sempre	Não sei
Lendo folhetos informativos disponíveis em farmácias, centros de saúde ou hospitais	☐	☐	☐	☐	☐
Pesquisando informação em sites sobre saúde promovidos por entidades de medicina ou de saúde (instituições de saúde) governamentais, ou privadas, credenciadas	☐	☐	☐	☐	☐
Pesquisando informação através da internet: sites generalistas ou redes sociais	☐	☐	☐	☐	☐
Lendo livros, artigos ou notícias sobre saúde publicadas em jornais ou revistas	☐	☐	☐	☐	☐
Assistindo a programas de televisão generalistas (como telejornais ou programas da “manhã”) em que esses assuntos são por vezes tratados	☐	☐	☐	☐	☐
Assistindo a séries televisivas relacionadas com saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Através de profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Através de familiares / amigos	☐	☐	☐	☐	☐

De um modo geral, qual o grau de dificuldade que tem em compreender a informação de saúde através de :

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não sei
Informações prestadas pelos profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Artigos ou notícias sobre saúde publicadas em livros, jornais ou revistas	☐	☐	☐	☐	☐
Informação em sites sobre saúde promovidos por entidades de medicina governamentais, ou privadas, credenciadas	☐	☐	☐	☐	☐
Informação através da internet: sites generalistas ou redes sociais	☐	☐	☐	☐	☐

Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não sei
De um modo geral sigo à risca, sem questionar, as informações que me são dadas pelos profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Sempre que posso, procuro ouvir opiniões de vários profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
A informação sobre saúde publicada em jornais e revistas geralmente é credível.	☐	☐	☐	☐	☐
Toda a informação sobre saúde disponível na internet é verdadeira	☐	☐	☐	☐	☐
A informação sobre saúde divulgada através de sites institucionais (ex: Ministério da saúde, Direcção-Geral da Saúde, ...) é tão credível como a apresentada em sites generalistas	☐	☐	☐	☐	☐
Se um amigo tiver uma doença semelhante à minha sigo as suas recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
Sempre que tenho dúvidas questiono o meu médico para perceber melhor os meus problemas de saúde e as opções de tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Quando tenho um problema de saúde, além das recomendações do médico, procuro obter informação através de outras fontes de informação (internet, artigos, amigos, , entre outros)	☐	☐	☐	☐	☐

Com que frequência ocorrem as seguintes situações:

	Muito Raramente	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente / Sempre	Não sei
Em geral, sinto que consigo obter a informação necessária para lidar de forma adequada com os problemas de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto frequentemente que não domino a informação de saúde necessária para tomar as decisões mais adequadas.	☐	☐	☐	☐	☐
Preciso quase sempre de pedir ajuda a terceiros (profissionais de saúde ou não) para procurar informação sobre questões relacionadas com a minha saúde/bem-estar.	☐	☐	☐	☐	☐
De um modo geral prefiro ir ao médico acompanhado para garantir que toda a informação da consulta é partilhada com terceiros que me ajudarão.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que tenho demasiada informação sobre saúde e tenho dificuldade em identificar a mais credível.	☐	☐	☐	☐	☐
De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em encontrá-la.	☐	☐	☐	☐	☐
De um modo geral, quando procuro informação sobre saúde e bem-estar não tenho dificuldades em entender o que devo fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
Tenho dificuldade em encontrar a informação sobre saúde que procuro	☐	☐	☐	☐	☐

É responsável por uma criança que começa a vomitar e apercebe-se de que tem febre. Administra a medicação necessária mas verifica algum tempo depois que não existe qualquer alteração aos sintomas e que a criança continua bastante queixosa. Com base nas opções abaixo, de 1 a 7 sendo 1 a que faria primeiro e 7 a que faria em último, classifique qual seria a ação que tomaria:

Pesquisar na Internet informação generalista ou procurar nas redes sociais quais as consequências dos sintomas	
Pesquisar na Internet informação de instituições de saúde sobre quais as consequências dos sintomas	
Ligar a um amigo/familiar e pedir ajuda	
Contactar o SNS 24	
Deslocar-se a Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Centro de Saúde	
Contactar o 112	
Deslocar-se às urgências do hospital	

Qual das seguintes afirmações melhor se aplica à sua situação ?

Consulto a internet sem ajuda e tenho-a em casa	Consulto a internet sem ajuda mas não a tenho em casa	Tenho internet em casa mas preciso de alguma ajuda para consultar	Tenho internet em casa mas não sei usar	Não tenho internet e não sei usar
☐	☐	☐	☐	☐

Com que frequência usa a Internet ?

1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	4 a 5 vezes por semana	Diariamente	Não respondo
☐	☐	☐	☐	☐

Diria que a sua saúde, de um modo geral, é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má	Não sei
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sofre de alguma doença prolongada?
Por prolongada entende-se doenças ou problemas de saúde que se tenham prolongado, ou que seja previsto prolongarem-se, por 6 meses ou mais

Sim

☐

Não

☐

Não respondo

☐

Nos últimos 2 anos, quantas vezes esteve em contacto com:

	Nunca	1-2 vezes	3-5 vezes	6 ou + vezes	Não sei
Serviços de urgência hospitalares	☐	☐	☐	☐	☐
Serviço "Saúde 24"	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados de Saúde Primária (Centro de Saúde ou USF)	☐	☐	☐	☐	☐

Sexo (selecione apenas um campo)

Masculino

☐

Feminino

☐

Outro

☐

Idade (selecione apenas um campo)

15-25

☐

26-35

☐

36-45

☐

46-55

☐

56-65

☐

66-75

☐

86+

☐

Estado Civil (selecione apenas um campo)

Solteiro(a)

☐

União de Facto

☐

Casado(a)

☐

Separado(a)

☐

Divorciado(a)

☐

Viúvo(a)

☐

Não responde

☐

Qual é o seu nível de instrução mais elevado que concluiu?
(selecione apenas um campo)

Não sabe
ler nem
escrever

☐

Nunca
frequentou
a escola,
mas sabe
ler e
escrever

☐

4ºano (1º
ciclo do
ensino
básico)

☐

6ºano (2º
ciclo do
ensino
básico)

☐

9ºano (3º
ciclo do
ensino
básico)

☐

12ºano
(ensino
secundário)

☐

Licenciatura

☐

Mestrado

☐

Doutoramento

☐

Não
respondo

☐

Situação Profissional (selecione apenas um campo)

Trabalhador(a) a tempo inteiro

☐

Trabalhador(a) a tempo parcial

☐

Desempregado(a)

☐

Reformado(a)

☐

Doméstico(a)

☐

Estudante

☐

Não responde

☐