

**O acesso da população aos Cuidados de Saúde Primários e o papel da
Literacia em Saúde: UCSP Freixo de Espada à Cinta**

Alicia Filipa Madeira Pires N° 82948

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com Agregação, Iscte - Instituto
Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Ana Andreia Alves Garcia, Professora Adjunta Convidada, ESCS - Escola
Superior de Comunicação Social

30 de Novembro de 2022

**O acesso da população aos Cuidados de Saúde Primários e o papel da
Literacia em Saúde: UCSP Freixo de Espada à Cinta**

Alicia Filipa Madeira Pires Nº 82948

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com Agregação, Iscte - Instituto
Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Ana Andreia Alves Garcia, Professora Adjunta Convidada, ESCS - Escola
Superior de Comunicação Social

30 de Novembro de 2022

Agradecimentos

A elaboração da presente Dissertação não seria possível sem o apoio de alguns intervenientes.

Gostaria, primeiramente, de agradecer a esta grande instituição que é o ISCTE. O ISCTE foi a minha casa durante 5 anos. Aqui errei, aprendi, mas, sobretudo, fui muito feliz. Trouxe-me aprendizagens e amizades para o resto da vida. Obrigada ISCTE, será impossível esquecer os momentos únicos que aqui vivi.

Agradeço também a todos os participantes deste estudo, sem eles, efetivamente esta investigação não seria possível.

Um agradecimento especial à minha orientadora e coorientadora de tese, Dra. Rita Espanha e Dra. Andreia Garcia, pelo apoio prestado ao longo do estudo e pela disponibilidade permanente para esclarecimento de dúvidas e sugestões de melhorias.

Não menos importante, agradeço aos meus familiares amigos, que sempre me apoiaram, acreditaram em mim e deram-me força para a elaboração desta dissertação.

Em especial, agradeço aos meus pais que tornaram todo este percurso possível.

Resumo

O presente estudo visa analisar se existe relação entre o nível de Literacia em Saúde e a forma como os cidadãos de Freixo de Espada à Cinta acedem aos Cuidados de Saúde Primários.

Quando os Cuidados de Saúde Primários são serviços de proximidade altamente qualificados têm capacidades resolutivas da ordem dos 80 a 85%, necessitando de mobilizar o apoio de outros serviços apenas para cerca de 15 a 20% da totalidade de necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades, em cada ano. No entanto, os indivíduos com literacia reduzida apresentam menor frequência de utilização de serviços preventivos, que conduz a diagnósticos tardios, problemas com a capacidade de compreensão da sua situação clínica, com a adesão face às instruções médicas e maiores taxas de hospitalização, portanto, redução da eficácia do tratamento. A pertinência deste estudo surge em investigar se a Literacia em Saúde afeta ou não esta adesão ao serviço.

O projeto de investigação irá basear-se na aplicação de questionários à população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Freixo de Espada à Cinta. O questionário será composto por quatro grupos, dois deles terão o objetivo de avaliar o nível de Literacia em Saúde, os restantes pretendem recolher informações quanto ao acesso ao Centro de Saúde e dados sociodemográficos.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Literacia em Saúde, Unidade Cuidados Saúde Personalizados

Abstract

This study aims to analyze whether there is a correlation between the level of health literacy and the way citizens of Freixo de Espada à Cinta access Primary Health Care.

When Primary Health Care is a highly qualified outreach service, it has a capacity to resolve 80 to 85% of the health needs of individuals, families and communities each year, and needs to mobilize the support of other services only for about 15 to 20% of the total health needs of individuals, families and communities. However, individuals with reduced literacy have less frequent use of preventive services, which leads to delayed diagnosis, problems with the ability to understand their clinical situation, with adherence to medical instructions, and higher rates of hospitalization, thus reducing the effectiveness of treatment. The relevance of this study arises in investigating whether or not Health Literacy affects this adherence to service.

The research project will be based on the application of surveys to the population enrolled in the Personalized Health Care Unit of Freixo de Espada à Cinta. The survey will be composed by four groups, two of them will aim to assess the level of Health Literacy, the others intend to collect information regarding the access to the Health Center and sociodemographic data.

Keywords: Primary Health Care, Health Literacy, Personalized Health Care Unit

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Glossário de Siglas.....	iv
Introdução.....	1
Revisão da Literatura.....	3
1.1. Definição de Literacia em Saúde	3
1.2. A Importância da Literacia em Saúde	5
1.3. Modelo Conceptual e Hipóteses.....	7
1.4. Medição do nível de Literacia em Saúde.....	8
1.4.1. NVS.....	9
1.4.2. HLS-EU-Q.....	11
1.5. Construção de índices de Literacia em Saúde.....	13
1.6. Literacia em Saúde em Portugal	14
1.7. Medidas que procuram melhorar os níveis de Literacia.....	15
1.8. Serviço Nacional de Saúde Português	18
1.9. Cuidados de Saúde Primários	19
1.10. ULS Nordeste.....	22
1.11. UCSP de Freixo de Espada à Cinta.....	22
2. Metodologia da Investigação.....	24
2.1. Objetivos do estudo.....	24
2.2. Questão da Investigação	24
2.3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados.....	25
2.4. População e Amostra.....	26
2.5. Recolha de Dados	26
2.5.1. Instrumentos de Recolha de Dados	26
2.6. Análise de Dados	27
2.6.1. Instrumentos de Análise de Dados	27
3. Apresentação dos resultados	28
3.1. Caracterização da amostra.....	28
3.2. Literacia em Saúde.....	29
3.2.1. Alpha de Cronbach para os quatro índices de Literacia em Saúde	29
3.2.2. Análise dos itens do HLS-Q12	30
3.2.3. Construção de índices	33
3.3. Acesso aos CSP.....	35
3.4. Cruzamento de dados entre a frequência de acesso ao Centro de Saúde e o Nível de LS.....	37

3.5.	Média dos Índices por faixa etária.....	38
3.6.	Média dos Índices por grau de escolaridade	39
3.7.	Cruzamento de dados entre a forma de acesso à UCSP e o Nível de LS.....	41
3.8.	Construção de Índices da frequência e da forma de acesso à UCSP.....	42
4.	Discussão.....	44
4.1.	Nível de LS como variável dependente	44
4.2.	Acesso à UCSP como variável dependente.....	45
	Conclusões e Limitações	47
	Referências Bibliográficas	49
	Anexos.....	56
	Anexo 1 - Questionário UCSP Freixo de Espada à Cinta	56

Índice de Figuras

Figura 1 - Relação entre LS e outcomes de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007)	7
Figura 2 - Modelo Conceptual com Hipóteses	8
Figura 3 - Modelo conceptual de LS (Sørensen, 2012).....	11
Figura 4 - Distribuição dos quatro índices de LS	34

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Subdimensões teóricas de LS (Sørensen et al., 2012)	12
Tabela 2 - Características dos CSP (OMS, 1978)	19
Tabela 3 - Género, Idade, Estado Civil e Grau de Escolaridade da amostra	28
Tabela 4 - Situação Profissional e Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar da amostra.....	29
Tabela 5 - Alpha Cronbach para os quatro índices.....	30
Tabela 6 - Itens HLS para avaliação de LS	31
Tabela 7 - Estatísticas descritivas dos quatro índices de LS	34
Tabela 8 - Resumo do Modelo (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade)44	
Tabela 9 - ANOVA (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade).....	44
Tabela 10 - Coeficientes Padronizados (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade)	44
Tabela 11 - Resumo do Modelo (Variável independente Índice Geral LS)	45
Tabela 12 - ANOVA (Variável independente Índice Geral LS)	45
Tabela 13 - Coeficientes Padronizados (Variável independente Índice Geral LS)	46
Tabela 14 - Validação das Hipóteses.....	46

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Itens HLS para avaliação da dimensão Cuidados de Saúde.....	32
Gráfico 2 - Itens HLS para avaliação da dimensão Prevenção de Saúde	32
Gráfico 3 - Itens HLS para avaliação da dimensão Promoção de Saúde	33
Gráfico 4 - Índice Geral de LS	35
Gráfico 5 - Motivos que levam os indivíduos à Consulta Programada	36
Gráfico 6 - Motivos que levam os indivíduos à Consulta Aberta (Urgência)	36
Gráfico 8 – O inquirido recorre à UCSP pelo menos uma vez por ano para consulta de rotina?	37
Gráfico 9 – O utente recorreu à UCSP nos últimos 12 meses?	37
Gráfico 10 - Última vez que o utilizador recorreu à UCSP	38
Gráfico 11 - O que levou os utentes a esta última visita?	38
Gráfico 12 - Média do índice geral por faixa etária	39
Gráfico 13 - Média do índice das 3 dimensões por faixa etária	39
Gráfico 14 - Média do índice geral por grau de escolaridade	40
Gráfico 15 - Média do índice de cuidados de saúde, prevenção de saúde e promoção de saúde por grau de escolaridade	40
Gráfico 16 - Motivos que levam os utentes a recorrer à consulta aberta (urgências).....	41
Gráfico 17 - Motivos que levam os utentes a recorrer à consulta programada	42
Gráfico 18 - Média do índice da frequência e da forma de acesso à UCSP por nível de LS	43

Glossário de Siglas

AMA – American Medical Association

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HALS – Health Activities Literacy Scale

HLS-EU-Q – European Health Literacy Survey Questionnaire

IALS - International Adult Literacy Survey

IGLS – Índice Geral Literacia em Saúde

LS – Literacia em Saúde

NAAL – National Assessments of Adult Literacy

NLM – National Library of Medicine

NVS – Newest Vital Sign

OMS – Organização Mundial de Saúde

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOFHLA, S-TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

Os CSP (Cuidados de Saúde Primários) representam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, e asseguram que as pessoas recebem cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo (OMS, 2021).

Os estudos dos últimos anos confirmam e comprovam novos benefícios mensuráveis, quando os sistemas de saúde se fundamentam em CSP altamente qualificados. Sobretudo quando estes atuam como base e pilar central de todo o sistema. Nesta estrutura, os hospitais, o subsistema de urgência e emergência, as unidades de internamento de cuidados continuados e outros prestadores subespecializados, tendem a atuar como fornecedores na retaguarda dos CSP, quando necessário. Em termos gerais, quando os CSP são serviços de proximidade altamente qualificados têm capacidades resolutivas da ordem dos 80 a 85%, necessitando de mobilizar o apoio daqueles outros serviços apenas para cerca de 15 a 20% da totalidade de necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades, em cada ano (CHSRF, 2012).

A evolução dos CSP ao longo do tempo tem sido contínua e a evidência científica a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efetivos, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários (Starfield, 1998).

Desta forma, as evidências demonstram que os CSP estão associados a uma distribuição mais equitativa da saúde pelas populações, com centralidade nas pessoas atribuindo ao médico de família um papel de porta de entrada no sistema de saúde (Beyer et al., 2009).

Por sua vez, os indivíduos com literacia reduzida apresentam menor frequência de utilização de serviços preventivos, que conduz a diagnósticos tardios, problemas com a capacidade de compreensão da sua situação clínica, com a adesão face às instruções médicas e maiores taxas de hospitalização, portanto, redução da eficácia do tratamento (Santos, 2010).

Por isso, para uma maior eficiência dos CSP, é também necessário que a população aceda a este tipo de serviço com maior regularidade. A pertinência deste estudo surge em investigar se a Literacia em Saúde (LS) afeta ou não esta adesão ao serviço.

Este projeto de investigação tem como objetivo de estudo, avaliar em que medida os níveis de literacia impactam o acesso e utilização de CSP. Desta forma, torna-se fulcral avaliar inicialmente o nível de LS dos residentes do concelho de Freixo de Espada à Cinta e, de seguida analisar a frequência e forma como acedem aos CSP, mais precisamente, à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Freixo de Espada à Cinta.

Revisão da Literatura

1.1. Definição de Literacia em Saúde

O termo Literacia em Saúde é um conceito que envolve as áreas de saúde e literacia, as quais são fundamentais para a vida do dia a dia. Cada vez mais, nos últimos anos, é um tema central nas reflexões sobre os sistemas de saúde e, principalmente, na interação dos indivíduos com esses sistemas, nas suas várias vertentes (Hernandez, 2013).

Este conceito tem sido, por vezes, utilizado indiscriminadamente como sinónimo de promoção da saúde, educação para a saúde, comunicação em saúde, ou ainda alfabetização (Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2006), não se estabelecendo limites precisos entre eles. A inter-relação destes conceitos é facilmente depreendida, uma vez que, todos abrangem uma preocupação fundamental, a saúde, em termos individuais e comunitários/coletivos. Ainda assim, deve-se entender a literacia de forma a alcançar a literacia em saúde.

O conceito mais comumente utilizado de literacia é a capacidade de usar as competências de leitura e escrita, incluindo o cálculo, instruídas e apreendidas, com ênfase para a sua aplicação no quotidiano, de modo a possibilitar os indivíduos a dar resposta aos desafios emergentes da atualidade (literacia (Benavente, Rosa. Costa e Ávila, 1996; Pinto, 1996). No entanto, não se cinge apenas a isso. Atualmente, literacia inclui ainda o conhecimento sobre um tema ou domínio específico como, por exemplo, Literacia Nutricional, Literacia Financeira, Literacia Computacional, Literacia Científica e Literacia em Saúde (Peerson e Saunders, 2009).

A definição de saúde, segundo a OMS, vai além da ausência de doença, definindo-a também como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997). É da competência do indivíduo zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, seja através de medidas simples, como a alimentação cuidada e prática de exercício, como através do cumprimento das indicações médicas, de forma a promover a sua saúde. Esta promoção é mediada pelo nível de LS, que desempenha um papel predominante na capacidade de compreender a informação, afetando os resultados em saúde (Gonçalves, 2015).

O conceito de LS não é recente, foi inicialmente introduzido na década de 70 do século XX por Simonds, com o intuito de alertar para a necessidade de inclusão de conceitos de saúde em contexto escolar (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012; Ratzan, 2001; Bernhardt, Brownfield & Parker, 2005).

Desde então, este conceito tem evoluindo, captando a atenção de várias áreas do saber como, por exemplo, a área de saúde pública, da saúde mental, da educação e dos cuidados em saúde. Apesar de ter sido inserido no glossário da OMS em 1998, ainda não se encontra claramente definido nem é consensual (Mancuso, 2008).

São diversas as definições de LS, sendo que, as frequentemente mencionadas são a da AMA, a da NLM e da OMS (Speros, 2005). O termo “literacia em saúde” refere-se a um conjunto de habilidades que as pessoas necessitam para atuar efetivamente no ambiente de cuidados de saúde (Berkman et al., 2011).

A AMA (1999) define que essas habilidades incluem a capacidade de ler e entender o texto e, localizar e interpretar informações em documentos (capacidade de leitura); usar informações quantitativas para tarefas, como interpretar rótulos de alimentos, medir os níveis de glicose no sangue e aderir a regimes de medicação (numeracia); e, por fim, falar e ouvir efetivamente (capacidade oral) (Baker, 2006). Por isso, a interação entre utentes dos serviços de saúde e os diferentes profissionais do setor, aparenta ser uma das questões-chave neste âmbito de investigação (Murray, Hagey, Willms, Shillington, Dejardins, 2008).

A NLM define LS como o nível a partir do qual os indivíduos têm competências necessárias para obter, processar e entender informações e serviços de saúde, e adotar as decisões necessárias. Neste contexto, sugere que um indivíduo usa um nível mais complexo de pensamento e compreensão, para fazer decisões informadas sobre saúde. Assim, a literacia compreende diferentes domínios do saber e áreas de atuação profissional, tais como, Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia, Sociologia (Ratzan & Parker, 2000; Kickbusch, Maag e Saan 2005), que lhe configuram diferentes modos de aplicação. No entanto, esta definição não considera os contributos dos sistemas de saúde o que limita o problema a competências e capacidades dos indivíduos, (Speros, 2005).

Finalmente, segundo a OMS, o conceito de LS traduz-se na capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades (DGS, 2019). Assim, é facilitado o aumento do controlo pessoal sobre a saúde do próprio indivíduo em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, no contexto político e na utilização do sistema de saúde (Fernandes, 2012).

Uma característica comum destas definições é a ênfase nas competências individuais necessárias para obter, processar e compreender os serviços e informações de saúde de forma a tomar decisões de saúde adequadas (Sørensen et al., 2012). Por isso, é hoje

relativamente consensual que o conceito de LS remete para isso mesmo: capacidade que os indivíduos detêm de obter, processar e compreender informação básica de saúde, bem como os serviços de que carecem para tomar decisões de saúde apropriadas (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004).

Nutbeam identificou e definiu três níveis distintos de Literacia em Saúde:

1. Funcional/básico - capacidades básicas de leitura e escrita que permitem um funcionamento efetivo num contexto de saúde;
2. Interativo/comunicativo - capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, permitem uma participação ativa e autónoma nos cuidados de saúde de forma preventiva, em caso de doença ou condicionantes, ou seja, obter e aplicar novas informações;
3. Crítico – capacidades cognitivas avançadas, juntamente com aptidões sociais, aplicadas para analisar de forma crítica a informação, para aumentar a consciência e enfrentar barreiras num contexto de saúde (Nutbeam, 2000)

Esta divisão representa níveis de conhecimento e competências que progressivamente conduzem a uma maior autonomia e empoderamento dos indivíduos, tanto em decisões como em gestão de saúde (Sørensen et al., 2012). Neste progresso de LS, o indivíduo vai passando de um desempenho passivo na literacia funcional, para um ativo na literacia interativa e proactivo na literacia critica (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012).

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

1.2. A Importância da Literacia em Saúde

A tomada de consciência para a importância da LS, surge a partir do instante em que se torna evidente que, o nível de literacia dos indivíduos, constitui um fator que condiciona, de forma determinante, o modo como estes têm, ou não, a capacidade de tomar decisões adequadas relativamente à sua saúde. Afeta, por isso, não apenas a qualidade de vida dos próprios como daqueles que deles dependem (por exemplo, as crianças), mas pode ter também consequências nos custos e nos modos de organização dos sistemas de saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

Têm surgido vários estudos sobre os custos económicos do baixo nível de literacia. Destes podem-se destacar dois: Baker et al. em 2002 e Brügger, Eichler e Wieser em 2009. O primeiro concluiu que os utentes de hospitais públicos com Literacia em Saúde limitada tinham maior probabilidade de serem hospitalizados, duas ou mais vezes, do que aqueles que tinham uma Literacia em Saúde adequada (Baker et al., 2002). O segundo, após uma análise sistemática de vários estudos, concluiu que o custo adicional de uma baixa Literacia em Saúde da população varia entre 3 a 5% do total dos custos em saúde (Brügger, Eichler & Wieser, 2009).

Para além destes, existem também diversos estudos sobre as consequências dos baixos níveis de LS. O primeiro foi efetuado por Baker e seus associados, que investigaram como a Literacia em Saúde afetava o conhecimento das doenças dos utentes, o seu estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo indicaram que utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde eram mais prováveis de ter uma saúde mais frágil do que os utentes com níveis mais elevados. Para além disso, o estudo mostrou não existir relação entre a Literacia em Saúde e o número de consultas médicas realizadas. Por sua vez baixos níveis de Literacia em Saúde foram associados a uma taxa de hospitalização superior (Baker, Clark, Nurss, Parker & Williams, 1997).

A capacidade limitada de compreender informações sobre a importância e os métodos de deteção e tratamento precoce de doenças pode levar a uma menor taxa de utilização de cuidados preventivos entre pessoas com menor LS (Arozulla, Choo & Lee, 2008). Da mesma forma, ter problemas em seguir as instruções do médico e entender as informações numa ficha de consulta ou formulário de encaminhamento, pode também limitar o acesso a cuidados preventivos e consultas médicas de rotina (Davis, Glass, Parker, Marin & Williams, 2002).

Algumas evidências empíricas apoiam estes argumentos. Por ordem cronológica, o estudo mais antigo mostrou em 1998 que, aqueles que têm baixa Literacia em Saúde, tendem a ter menos visitas ao médico, mas mais estadia prolongadas nos hospitais (Friedland, 1998).

Gazmararian, Scott, Williams e Baker (2002) demonstraram uma relação positiva entre a LS e o uso preventivo de cuidados de saúde entre os beneficiários do seguro no plano Medicare de uma organização de assistência e gestão.

Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig (2004) concluíram que adultos com LS limitada, medida por capacidades de leitura e numeracia, têm menos conhecimento de gestão de

doenças e comportamentos de promoção da saúde, relatam pior estado de saúde e são menos propensos a usar serviços preventivos.

Dewalt, Boone e Pignone (2007) verificaram numa meta-análise que, uma baixa literacia está também associada a maiores taxas de hospitalização, diminuição da utilização de medidas preventivas, e pobre adesão aos regimes terapêuticos.

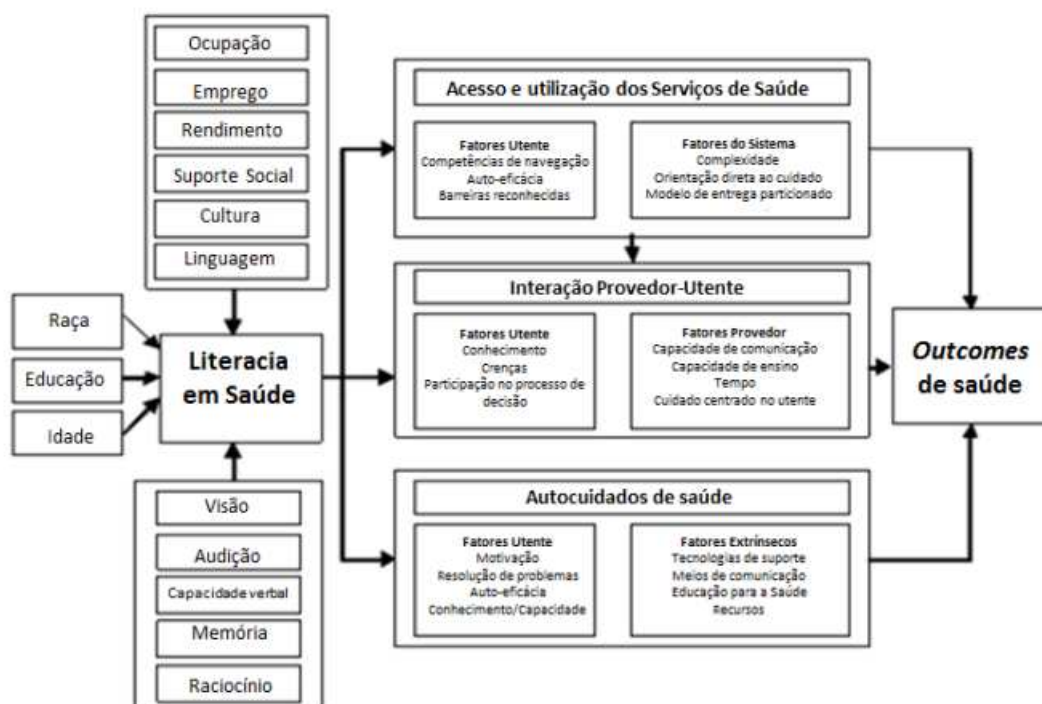
Mais recentemente um estudo demonstrou que a baixa LS está associada a piores resultados de saúde e menor uso de serviços de saúde. Especificamente, este estudo mostra que a baixa LS está associada ao uso diferenciado de certos serviços de saúde, incluindo aumento de hospitalizações, atendimento de emergência, diminuição do rastreamento mamográfico e, imunizações contra a gripe influenza (Berkman et al., 2011).

Portanto, existem bastantes evidências em como pessoas com baixa Literacia em saúde têm menor facilidade em navegar nos sistemas de saúde (Baker et al., 2008).

1.3. Modelo Conceptual e Hipóteses

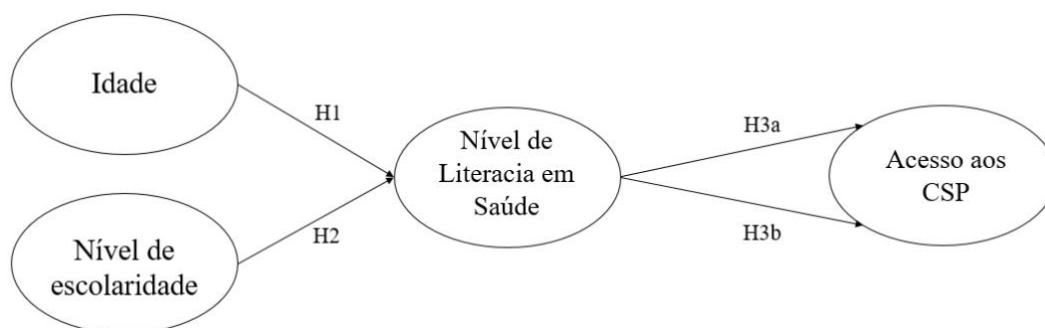
No modelo conceptual desenvolvido por Paasche-Orlow e Wolf (2007), a LS é determinante nos *outcomes* em saúde, sendo influenciada por características sociodemográficas.

Figura 1 - Relação entre LS e outcomes de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007)



Com base neste modelo, construiu-se o modelo conceptual com as hipóteses a serem estudadas nesta investigação.

Figura 2 - Modelo Conceptual com Hipóteses



Fonte: Elaboração Própria

H1: A idade dos indivíduos impacta positivamente o nível de LS.

H2: O nível de escolaridade dos indivíduos impacta positivamente o nível de LS.

H3a: O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a frequência de acesso aos CSP.

H3b: O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a forma de acesso aos CSP.

1.4. Medição do nível de Literacia em Saúde

Apesar de a importância da Literacia em Saúde ser cada vez mais reconhecida, não há consenso acerca da sua definição e das suas dimensões conceptuais, o que limita as possibilidades de medição e comparação. A ausência de uma definição única e o aumento do número de pesquisas sobre o tema por diferentes autores em diferentes países, faz com que seja muito difícil comparar resultados em relação a este (Sørensen et al, 2012).

Por isso, existem diversos instrumentos disponíveis para avaliar a Literacia em Saúde, mas nenhum, aparentemente, consegue fazer uma avaliação de todo o conceito. Muitos limitam-se a medir a capacidade de leitura e outros só a numeracia (McCormack et al., 2010). São exemplos, os seguintes:

- NAAL - incidia em adultos alfabetizados e foi a primeira medida nacional de Literacia em Saúde nos Estados Unidos. Os NAAL identificaram disparidades substanciais entre literacia e Literacia em Saúde, medida em 4 níveis: inferior a básico, básico, intermédio, e proficiente, e averiguaram as relações deste nível com raça e etnia, idade e situação do seguro de saúde (Greenberg, Jin, Kutner, & Paulsen, 2006);

- REALM – consiste em várias questões com grau crescente de dificuldade, sendo que, as respostas são a base da avaliação (Davis, Long, Jackson, Mayeaux, George, Murphy & Crouch, 1993);
- TOFHLA, S-TOFHLA – questionário que mede a compreensão na leitura e a competência numérica, demora, em média, 22 minutos a preencher (Parker, Baker, Williams & Nurss, 1995). O S-TOFHLA é a versão abreviada (“S” - short) apenas avalia a compreensão na leitura com um tempo médio de preenchimento de 7 minutos (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999);
- HALS – surge de forma a colmatar as falhas em sistemas anteriores como o REALM e o TOFHLA, no entanto, é limitado, uma vez que, ignora capacidades orais, não inclui uma medida para os testes de resolução de problemas, e não mede atitudes, valores e crenças (Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 2004);
- NVS - trata-se de um instrumento de medição de literacia, de aplicação rápida, com apenas seis itens, e que implica a interpretação de informação escrita e de informação numérica (Weiss et al., 2005). Antes de responder a cada item, o indivíduo tem de ler um folheto informativo com informação nutricional. O instrumento foi desenvolvido de forma a ser aplicado em contexto de CSP (Martz et al., 2005).
- HLS-EU-Q - foi concebido com o objetivo de medir e comparar a Literacia em Saúde das populações de países europeus, sendo constituído por 47 perguntas. Baseia-se nos princípios e nas dimensões de Literacia em Saúde propostos por Sørensen (2013).

De seguida, abordam-se em particular os instrumentos que serão utilizados no questionário desta investigação.

1.4.1. NVS

A maioria dos instrumentos de avaliação da LS são muito longos ou estão só disponíveis na língua inglesa, sendo por isso pouco eficazes. Por isso, Weiss desenvolveu um teste rápido e preciso para Literacia em Saúde, tanto em inglês como em espanhol - o NVS (Weiss et al., 2005).

O NVS foi desenvolvido com base numa sucessão de acontecimentos criados por especialistas na área. Foi fornecida informação relacionada com saúde a utentes que liam os cenários e, posteriormente respondiam a perguntas sobre cada um demonstrando,

assim, a sua capacidade para usar essa informação. As questões são classificadas como incorretas ou corretas, e contabilizadas (Weiss et al., 2005).

Os acontecimentos originais foram criados tendo por base conceitos e tipos de cenários utilizados em investigações anteriores sobre literacia geral (escrever e ler), como o National Adult Literacy Survey, e também de Literacia em Saúde, como o TOFHLA (Weiss et al., 2005). Deste estudo resultaram 5 cenários:

1. Instruções de uma prescrição de um medicamento para uma dor de cabeça;
2. Formulário de consentimento para uma angiografia coronária;
3. Instruções para autocuidado no caso de falha do coração;
4. Rótulo nutricional de uma embalagem de gelado;
5. Instruções para o consumo de medicação para a asma incluindo a dose de um esteroide.

Estes cenários variavam no tipo de capacidades de literacia necessárias para a sua compreensão. Enquanto no formulário do consentimento da angiografia e as instruções da falha cardíaca o objetivo compreender a capacidade de compreender textos, os outros, como o rótulo nutricional, enfatizam a capacidade de usar conceitos numéricos e matemáticos (Weiss et al., 2005).

A inclusão de cenários que abrangessem ambas as capacidades, de leitura e numéricas, foram conduzidas por este estudo, demonstrando que estas estão altamente correlacionadas uma com a outra, e, que os participantes devem detê-las simultaneamente se querem ter sucesso ao lidar com o sistema de saúde (Weiss et al., 2005).

Dos cinco cenários avaliados na validação do estudo, o mais eficaz a classificar os níveis de Literacia em Saúde, é o que requer competências numéricas mais complexas: o rótulo nutricional de uma embalagem de gelado (Weiss et al., 2005). Este consiste em seis questões quanto à informação contida no rótulo, e, requer aproximadamente 3 minutos para ser respondido. Requer habilidades quantitativas, incluindo a capacidade de calcular percentagens. (Baker, 2006).

Para a classificação é atribuído um ponto por cada resposta correta e no final são somados os pontos de todas as respostas. Com base nesta, são definidos três níveis:

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

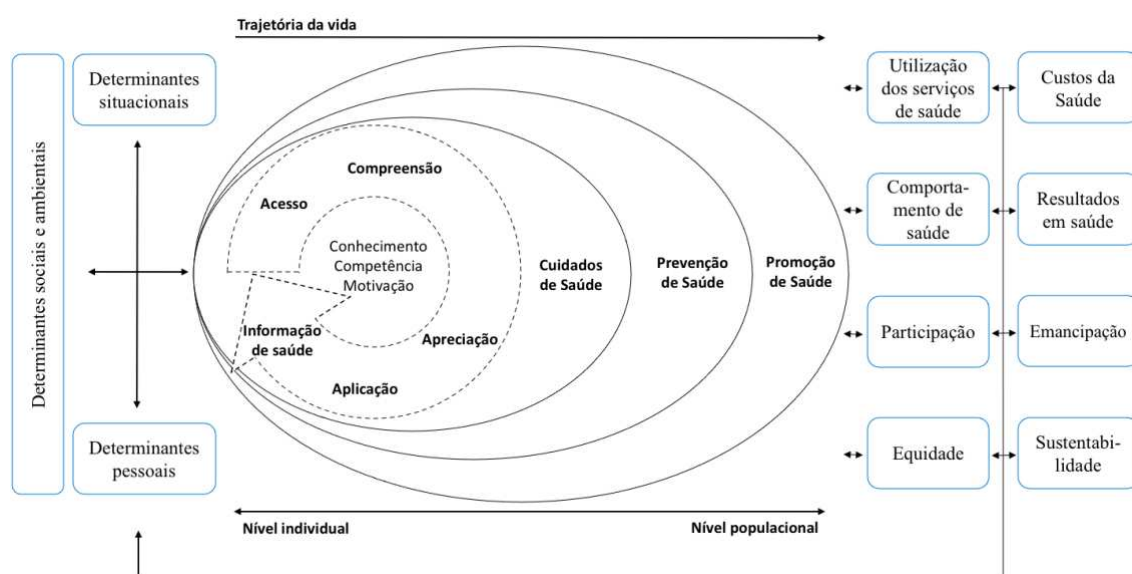
1.4.2. HLS-EU-Q

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

Apesar de existirem diversos instrumentos, muitos deles apresentam múltiplas fraquezas e limitações. A maioria falha em captar todos os aspetos relevantes da Literacia em Saúde e apenas se focam numa ou em poucas dimensões do conceito (Sørensen et al., 2013).

Numa tentativa de colmatar estas falhas, Sørensen et al. (2012) propuseram um modelo conceptual de Literacia em Saúde.

Figura 3 - Modelo conceptual de LS (Sørensen, 2012)



O modelo conceptual identifica três domínios distintos de Literacia em Saúde, cuidados de saúde (CS-LS), prevenção de saúde (PD-LS) e promoção da saúde (PS-LS) e, quatro formas de lidar com informações: acesso, compreensão, avaliação e aplicação.

Ao combinar os três domínios e as quatro formas, surge uma matriz com 12 células. Cada célula pode ser compreendida como uma teoria baseada nas subdimensões da Literacia em Saúde (HLS-EU, 2012). Estas subdimensões teóricas encontram-se descritas na Tabela1.

Tabela 1 - Subdimensões teóricas de LS (Sørensen et al., 2012)

Literacia em Saúde	Acesso/obtenção de informações relevantes de saúde	Compreender informação relevante para a saúde	Apreciar/julgar/avaliar informação relevante para a saúde	Aplicar/usar informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	1) Habilidade para aceder informação médica ou assuntos clínicos	2) Habilidade para compreender informação médica e significado	3) Habilidade para interpretar e avaliar informação médica	4) Habilidade para tomar decisões informadas em assuntos médicos
Prevenção de Saúde	5) Habilidade para aceder a informação sobre fatores de risco	6) Habilidade para compreender informação sobre fatores de risco e significado	7) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco	8) Habilidade para julgar a relevância de fatores de risco
Promoção de Saúde	9) Habilidade para se atualizar sobre assuntos clínicos	10) Habilidade para compreender informação de saúde relevante e significado	11) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre assuntos relacionados com saúde	12) Habilidade para formar opinião refletida sobre assuntos de saúde

As 12 subdimensões teóricas foram consideradas com igual relevância para a medição geral da Literacia em Saúde, sendo que, cada uma é avaliada por 3 a 5 itens, o que resulta num instrumento com 47 itens. Os primeiros 16 itens integram o domínio de cuidados de saúde, os seguintes 16 itens o domínio de prevenção de saúde, e os últimos 15 itens o domínio de promoção de saúde (Sørensen et al., 2012).

Os itens foram selecionados com base em instrumentos já existentes, recém-formulados ou desenvolvidos pelo consorcium HLS-EU. Os itens foram formulados como perguntas diretas: "Numa escala de muito fácil a muito difícil, quão fácil diria que é a cada uma das seguintes situações...". Os acontecimentos descritos correspondem à execução de uma determinada tarefa referente à saúde nas quais, os inquiridos, classificavam a sua dificuldade numa escala de Likert com quatro pontos (muito fácil, fácil, difícil, muito difícil) que mede as autoexperiências e autoavaliação de competências. Foi também dada a possibilidade de uma resposta “Não sei” (HLS-EU, 2012).

Assim, este instrumento não mede apenas as habilidades ou competências, mas também, a adaptação experimentada e medida pelo próprio indivíduo dessas competências pessoais em situações complexas e, de execução de tarefas relevantes de gestão de informação de saúde (HLS-EU, 2012).

Em 2018 foi realizado um estudo combinando modelagem Rasch e análise fatorial confirmatória, com o objetivo de reduzir a escala de 47 itens para uma escala de 12 itens, HLS-Q12, que atendesse aos pressupostos e requisitos de medição objetiva, oferecendo uma ferramenta de triagem de LS clinicamente viável (Finbråten, et al., 2018).

Para isso, foram feitas entrevistas telefônicas assistidas por computador durante novembro de 2014, o que resultou numa recolha de dados de uma amostra aleatória de 900 indivíduos com 16 anos ou mais. Após análise, o HLS-Q12 apresentou um ajuste aceitável ao modelo Rasch unidimensional e alcançou índices de qualidade de ajuste aceitáveis usando a análise fatorial confirmatória (Finbråten, et al., 2018)..

1.5. Construção de índices de Literacia em Saúde

Seguindo o conceito HLS-EU, serão construídos quatro índices: um índice geral e três índices que representam cada um dos domínios do modelo conceptual: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Como será utilizada a versão reduzida HLS-Q12, aos índices que representam cada domínio corresponderá apenas 4 perguntas.

Cada índice resulta da média das respostas de cada inquirido aos itens que nele estão incluídos. Ou seja, é atribuído 1 ponto a quem responda “Muito difícil” assim sucessivamente até ao máximo de 4 pontos por pergunta, que correspondem a “Muito fácil”. Estes índices foram padronizados numa métrica com mínimo de 0 e máximo de 50, de forma a facilitar a compreensão dos resultados.

De forma a descrever a situação das populações a respeito da distribuição da LS e, para identificar grupos vulneráveis são utilizados níveis distintos de LS – “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”.

A construção destes níveis surge da identificação de intervalos que limitem os resultados obtidos através da sistematização da avaliação da experiência individual dos inquiridos, em função da dificuldade ou facilidade sentida nas diversas tarefas e situações no âmbito da saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

No estudo de LS feito em Portugal, a amostra portuguesa apresentava uma distribuição muito semelhante à europeia, por isso, os limiares dos intervalos, validados para a realidade europeia, foram mantidos para a portuguesa (Espanha, Ávila & Mendes, 2015). Assim, para os quatro índices foram definidos limiares, dividindo as pontuações em 4 níveis:

1. Nível “inadequado”: agrega os indivíduos que obtêm uma pontuação de 0 a 25;

2. Nível “problemático”: agrega os indivíduos que obtêm uma pontuação de >25 a 33;
3. Nível “suficiente”: agrega os indivíduos que obtêm uma pontuação de >33 a 42;
4. Nível “excelente”: agrega os indivíduos que obtêm uma pontuação de >42 a 50.

1.6. Literacia em Saúde em Portugal

Portugal realizou em 1994 um estudo nacional de literacia (Benavente, Rosa, Costa & Ávila, 1996), no qual foi possível avaliar, pela primeira vez a distribuição dos níveis de literacia da população portuguesa. Mais tarde, participou no estudo internacional de literacia (IALS), no qual os resultados mostraram que cerca de 80% da população tinha, na época, competências de literacia insuficientes para fazer face às exigências das sociedades atuais (OECD & Statistics Canada 2000).

Em 2002 um estudo em Portugal demonstrou que a perceção da gravidade do problema de saúde por parte dos pacientes condicionou a escolha do local de prestação de cuidados. Para uma gravidade experimentada caracterizada como pouco grave, 46,4% dos inquiridos optaram por uma consulta com o médico de família, enquanto que 18,8% preferiram recorrer uma urgência hospitalar (Palma, 2002).

A Universidade de Maastricht, na Holanda, realizou um projeto intitulado “The European Health Literacy Project (HLS-EU)” entre 2009 e 2012. Este teve como intuito ajudar a adaptar o conceito e medir o nível de LS na Europa. O projeto foi realizado pelo HLS-EU Consortium em 8 países europeus: Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia. Cada estudo foi constituído por uma amostra aleatória de cerca de 1000 cidadãos europeus com mais de 15 anos, atingindo um total de 8000 pessoas avaliadas (HLS-EU, 2012).

Em 2015 o mesmo estudo foi feito em Portugal com base no mesmo inquérito, do qual foi possível retirar várias conclusões (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

Em relação ao índice geral de literacia, Portugal situa-se abaixo da média dos países participantes no estudo europeu, HLS-EU. Caracteriza-se por ter 11% da população com um nível de literacia inadequado e cerca de 38% da população com um nível de literacia considerado problemático, enquanto 50% dos portugueses tem um nível de literacia excelente ou suficiente, mas a percentagem do nível excelente (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos países (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

No âmbito dos cuidados de saúde, apresenta 45,4% da população com uma literacia limitada e, 45,5% no âmbito da prevenção de doença, situando-se uma vez mais abaixo

dos valores dos países do HLS-EU. No entanto, quanto à literacia no âmbito da promoção em saúde, Portugal apresenta 48,9% dos cidadãos com níveis mais positivos (níveis “excelente” e “suficiente”) e, 51,1% com limitações, situando-se neste caso acima dos valores médios dos países do HLS-EU (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

Um estudo feito pela DGS em 2019 sobre os níveis de LS em Portugal, através do HLS19 (versão reduzida e portuguesa do HLS-EU-Q), concluiu que numa amostra de 813 indivíduos existe maior proporção de participantes com níveis elevados de Literacia em Saúde do que com níveis baixos de Literacia em Saúde. A maioria das pessoas foi classificada com um nível suficiente de Literacia em Saúde, 65%, e 5% com um nível excelente. Apenas 7,5% foram classificadas com um nível inadequado e 22% foram classificadas com um nível problemático (DGS, 2019).

Sabe-se ainda que, atualmente em Portugal, a literacia é condicionada, sobretudo, pela escolaridade dos indivíduos. Ou seja, indivíduos com escolaridade mais baixa tendem a apresentar níveis de literacia também baixos, melhorando estes regularmente à medida que aumenta o número de anos passados a estudar. Por outro lado, a correlação entre literacia e idade é negativa, mesmo controlando o efeito da escolaridade. Este é um dado particularmente relevante no contexto da sociedade portuguesa, pois indica que, a população mais idosa, mesmo quando escolarizada se encontra vulnerável a este respeito. Por fim, a baixa literacia reduz o grau de autonomia dos sujeitos, pelo que, está também associada a situações de pobreza e exclusão social (Ávila 2008).

1.7. Medidas que procuram melhorar os níveis de Literacia

Embora a LS seja geralmente definida como um traço individual, há uma crescente perceção de que não depende apenas das competências dos indivíduos (Ratzan & Parker, 2000). São necessárias mudanças no sistema, de forma a alinhar melhor os resultados de saúde com as competências dos indivíduos (Rudd, 2007).

Foi por isso que, a partir de 2010, a necessidade das organizações, e não só os profissionais de saúde, terem um papel ativo na melhoria da LS passou a ser o foco da bibliografia (Brach, 2017).

Para Brach (2017), uma organização de saúde literada é aquela que facilita a procura, compreensão e utilização da informação e dos serviços para cuidar da sua saúde.

Considerando que a LS é fundamental para a prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, uma ampla gama de organizações enfatizou a necessidade de abordar

fatores de nível de sistema para garantir que as pessoas possam tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde (Brach, 2012).

As organizações de saúde literadas reconhecem que a falta de comunicação, que afeta negativamente o atendimento ao paciente e os resultados, é muito comum. Os mal-entendidos ocorrem não apenas em situações clínicas, quando as opções de tratamento e instruções de medicamentos são discutidas, como também quando as rececionistas pedem uma assinatura num formulário e são discutidos os serviços cobertos e as responsabilidades financeiras pelos responsáveis dessa área (Rudd, 2010).

Estas organizações também reconhecem que os indivíduos, que geralmente detêm conhecimentos em saúde adequados, podem ter dificuldade em processar e usar informações quando estão doentes, assustados ou de alguma outra forma prejudicados. Os sistemas devem, portanto, ser redesenhados para se adaptarem à imprevisibilidade das competências limitadas de LS (Rudd, 2010).

Finalmente, as organizações de saúde literadas apontam que a educação, o idioma e a cultura estão interligados. Assim, os seus esforços de LS auxiliam na redução das disparidades e melhoram a competência linguística e cultural da organização (Andrulis e Brach, 2007; Sudore et al., 2009).

No artigo *Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organizations*, os autores defendem que a LS não depende apenas dos indivíduos, exemplificando dez atributos que podem contribuir para que as organizações de saúde sejam literadas (Brach et al. 2012). Segundo eles, uma organização de cuidados de saúde literada em saúde:

1. Possui liderança que integra a LS na sua missão, estrutura e operações.
2. Integra a LS no planeamento, medidas de avaliação, segurança do paciente e melhoria da qualidade.
3. Prepara a força de trabalho para ser literada em saúde e, monitoriza o progresso.
4. Inclui populações atendidas no planeamento, implementação e avaliação de informações e serviços de saúde.
5. Atende às necessidades das populações com uma variedade de competências de LS, evitando a estigmatização.
6. Usa estratégias de LS nas comunicações interpessoais e confirma a compreensão em todos os pontos de contacto.
7. Proporciona fácil acesso a informações e serviços de saúde e assistência à sua procura.

8. Cria e distribui conteúdo impresso, audiovisual e de media social fácil de entender e agir.
9. Aborda a LS em situações de alto risco, incluindo transições de cuidados e comunicações sobre medicamentos.
10. Comunica claramente o que os planos de saúde cobrem e o que os indivíduos terão que pagar pelos serviços.

As organizações de saúde que incorporem estes atributos criam um ambiente que permite que as pessoas tenham acesso e beneficiem de forma otimizada da variedade de serviços de saúde (Bracht et al., 2012).

Para além da importância das organizações de saúde literadas, existe hoje grande evidência de que, também a educação, a literacia e o autocuidado são de enorme relevância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a eficiência e efetividade da prestação de cuidados de saúde. Desta forma, constituem um fator crítico para a sustentabilidade do SNS (Bracht, 2017).

Em 2016, o XXI Governo Constitucional no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, nomeadamente através da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA). O programa prepara e apoia prestadores informais em cuidados domiciliários, de forma a prevenir a diabetes e a obesidade, promover a saúde mental, o envelhecimento saudável e, a utilização racional e segura do medicamento (DGS, 2016).

Com o intuito da cidadania se tornar mais autónoma e responsável em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade, o PNESLA compreende um vasto domínio temático que visa, entre outros, promover a cidadania em saúde, através da melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidado da população, (DGS, 2016). É também mais uma manifestação da intenção do Programa do Governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde português e, fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada meios privilegiados desse reforço.

Mais tarde, em 2019 foi aprovada a nova Lei de Bases da Saúde, que regula todo o sistema de saúde, tanto público como privado. Começa por lembrar os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado, apresentando também os modelos de financiamento, o enquadramento do SNS, as autoridades com competência no sistema e as profissões que inclui (Decreto-Lei n.º 52/2022).

A nova Lei de Bases reflete e responde às tendências internacionais na política de saúde, responde às mudanças demográficas e epidemiológicas, tendo em conta o direito à proteção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida, passando a contemplar expressamente os cuidados continuados e os cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Esta lei centra a política da saúde nas pessoas, atualizando a lista de direitos e deveres, com mais informação e mais capacitação. Assim, responde e visa refletir cidadãos mais instruídos e exigentes, conferindo-lhes, de uma forma mais clara e assertiva, um conjunto de direitos, nomeadamente a promoção da LS e a participação das pessoas na gestão das instituições de saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Para além disso, refere novos modelos assistenciais assentes na integração de cuidados e no funcionamento em rede nos vários serviços públicos. Por fim, responde à inovação tecnológica, designadamente aos desafios lançados pela investigação clínica e pela saúde digital (Decreto-Lei n.º 52/2022).

1.8. Serviço Nacional de Saúde Português

De acordo com a definição adotada pela OMS (OMS, 2000): “Um sistema de saúde genérico é composto pelas pessoas, instituições e recursos, organizados em conjunto com as políticas estabelecidas para melhorar a saúde da população que servem, respondendo às expectativas legítimas das pessoas e protegendo-as contra o custo da doença, através de atividades cuja intenção principal é melhorar a saúde.”.

Atualmente, o sistema de saúde é caracterizado por três sistemas: o SNS; seguros privados e especiais para determinadas profissões/ relações profissionais (subsistemas de saúde) e seguros de saúde privados voluntários (Barros, Machado & Simões, 2011).

Segundo o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde, o SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, operando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde. O SNS tem como propósito a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva (SNS, 2021). Ainda segundo este, no DL n.º 11/93 (1993), a responsabilidade dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS é:

- do Estado;
- dos utentes não beneficiários do SNS e dos beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;

- dos subsistemas de saúde, nos quais se incluem as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
- e das entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.

Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente:

- Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação;
- As unidades locais de saúde (SNS, 2021).

1.9. Cuidados de Saúde Primários

Em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde pela OMS em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Esta expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata afirmava a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. No sexto ponto, os CSP são representados como “o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo de atenção contínuo à saúde” (OMS, 1978). No ponto seguinte, são descritas sete características dos CSP, expostas na Tabela 1:

Tabela 2 - Características dos CSP (OMS, 1978)

Refletem e evoluem a partir das condições económicas e das características socioculturais e políticas do país e das suas comunidades, e baseiam-se na aplicação dos resultados relevantes da investigação social, biomédica e dos serviços de saúde e da experiência em saúde pública;
Abordam os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme as necessidades;
Incluem pelo menos: educação para a saúde; promoção da distribuição de alimentos e nutrição apropriada; provisão adequada de água potável e saneamento básico; prestação de cuidados de saúde materno-infantil; planeamento familiar; vacinação; prevenção e controlo de doenças endémicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais;

Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspetos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, em particular, a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores;

Requerem e promovem a autoconfiança e a participação comunitária e individual no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos CSP, fazendo o mais pleno uso dos recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim, desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades;

Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e de apoio mútuo, conduzindo à progressiva melhoria dos cuidados de saúde para todos, e dando prioridade aos mais necessitados;

Baseiam-se, a nível local de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados, social e tecnicamente, para trabalharem ao lado das equipas de saúde, e para responderem às necessidades de saúde da comunidade.

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da OMS, da UNICEF e do Governo do Cazaquistão, realizou-se, em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS, 2018). Na Conferência, foram refletidas as conquistas alcançadas desde 1978 e assinada uma nova declaração, a Declaração de Astana, com o propósito de renovar o compromisso dos CSP para o século XXI.

Embora a Declaração de Alma-Ata tenha estabelecido uma base para os CSP, o progresso nas últimas quatro décadas tem sido muito desigual. A Declaração de Astana surge em simultâneo com um crescente movimento global por maior investimento nos CSP para se alcançar a cobertura universal de saúde (OMS, 2018).

A Declaração de Astana foi adotada por unanimidade pelos estados-membros e estabelece compromissos em quatro áreas principais (OMS, 2018):

- Fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores;
- Construir CSP sustentáveis;
- Capacitar indivíduos e comunidades;
- Alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais.

Mais tarde, em Portugal, surge a necessidade de articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, e em especial dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares. Resultante de se assegurar uma interligação mais eficaz e eficiente entre esses dois níveis de cuidados, estabeleceu-se o objetivo de se atingir uma melhor orientação dos utentes

dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente retorno para os cuidados primários (ERS, 2011).

Para atingir esse objetivo seria imprescindível que a comunicação entre os diversos níveis de cuidados fosse constante e progressiva. Isto, poderia consistir na realização de ações de formação conjuntas entre os profissionais das unidades de cuidados primários e dos estabelecimentos hospitalares, na criação de protocolos de referenciação com a definição de critérios claros e de interlocutores em cada nível de cuidados, bem como de mecanismos eficazes de transmissão da informação (ERS, 2021).

Foi neste quadro que o Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 Junho (que procedeu à criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos), demonstrou a necessidade de “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, coletivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos”. Assim, a origem das ULS deve-se à criação de uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local.

No âmbito da reforma dos CSP, em 2008 em Portugal, o Governo criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos com autonomia administrativa, constituídos por cinco tipos de unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidade de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-Lei n.º 28/2008).

O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP, individualizado por localização e denominação determinadas. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), estando sujeitos ao seu poder de direção (Decreto-Lei n.º 137/2013).

Os ACES têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Para cumprir a sua missão, desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolvem ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Decreto-Lei n.º 137/2013).

Os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;

- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (Decreto-Lei n.º 137/2013).

A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A sua equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF (Decreto-Lei n.º 137/2013).

1.10. ULS Nordeste

A ULS do Nordeste foi criada a 2 de junho de 2011 através do Decreto-Lei n.º 67/2011 agregando o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e o ACES Nordeste composto pelos Centros de Saúde do Distrito de Bragança e o Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa, entretanto transferido para a Unidade Local de Saúde da Guarda em 2014.

Assiste a população dos 12 Concelhos do Distrito de Bragança, Alfândega da Fé, Bragança Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. A área de influência desta ULS estende-se por cerca de 6.591 km² abrangendo 131.624 utentes no total (Decreto-Lei n.º 67/2011).

1.11. UCSP de Freixo de Espada à Cinta

A UCSP de Freixo de Espada à Cinta está inserida no ACES Alto Trás-os-Montes Nordeste da ARS Norte, e tem atualmente 3.301 utentes inscritos, dos quais 3.292 possuem médico de família (BI-CSP, 2022).

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, com rigor, com responsabilidade e confidencialidade e, garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados de saúde, contribuindo para a satisfação dos utentes e colaboradores. Visa ser uma unidade prestadora de CSP de excelência, dirigida às características da população, próxima das famílias, sustentável e baseada na motivação e empenho dos colaboradores (BI-CSP, 2022).

Assenta nos seguintes princípios básicos de atendimento (BI-CSP, 2022):

- Acessibilidade;

- Qualidade;
- Trabalho de equipa;
- Motivação;
- Disponibilidade;
- Eficiência;
- Inovação

Horário de funcionamento (BI-CSP, 2022):

- De 2.^a a 6.^a feira: 08:00 às 22:00
- Sábados, domingos e feriados: 09:00 às 22:00 (Apenas Consulta Aberta).

A consulta aberta garante um atendimento rápido, devido ao surgimento de um problema de saúde ou agudização de outros já existentes, pelo que, deve ser utilizada em caso de doença aguda, quando é impossível proceder a uma marcação prévia de consulta e é necessário atendimento no próprio dia. É realizada por ordem de chegada e, se possível, pelo médico/enfermeiro de Família no seu horário de Consulta Aberta. Se tal não for possível, o utente é encaminhado para a consulta aberta do médico/enfermeiro disponível no dia e hora em que a consulta é solicitada (USF, 2022).

A solicitação destas consultas deverá ser racionalizada e justificada, pelo que o atendimento será sempre de acordo com a gravidade da situação.

Situações que podem constituir motivo para Consulta Aberta (USF, 2022):

- a) Problemas agudos ou de instalação recente;
- b) Dor;
- c) Traumatismos ligeiros;
- d) Febre;
- e) Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares;
- f) Outros, que por decisão de um dos elementos da equipa assim seja considerada e/ou necessite de intervenção imediata.

Situações que não constituem motivo para Consulta Aberta (USF, 2022):

- a) Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- b) Apresentar resultados de exames;
- c) Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos, etc.;
- d) Renovação de Medicação Crónica;
- e) Cartas/Informações de profissionais de saúde.

2. Metodologia da Investigação

2.1. Objetivos do estudo

O presente projeto de investigação tem como objetivos de estudo, avaliar o nível de LS dos residentes do concelho de Freixo de Espada à Cinta e, analisar a forma como acedem aos CSP, ou seja, à UCSP de Freixo de Espada à Cinta. Posteriormente, será avaliado em que medida os níveis de literacia impactam o acesso e utilização de CSP.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Conhecer os níveis de literacia em saúde dos utentes dos CSP através da aplicação do questionário de Literacia em Saúde geral desenvolvido pelo consorcium europeu (HLS-EU, 2012).
- Relacionar o nível de Literacia em Saúde geral com o nível da mesma característica medida pelo teste NVS (Weiss et al., 2005), através da aplicação do teste referido a utentes do UCSP.
- Relacionar o nível de Literacia em Saúde com os dados sociodemográficos que fazem variar este nível, segundo literatura (a idade, o nível educacional, a profissão e o estrato socioeconómico), no caso de Freixo de Espada à Cinta.
- Comparar o nível de Literacia em Saúde consoante os vários indicadores de utilização do SNS e os motivos que levam à escolha do tipo de prestação de serviço (consultas médicas, análises/exames de diagnóstico, hospitalizações e tratamentos).

2.2. Questão da Investigação

A questão principal da investigação é:

- Existe relação entre o nível de LS e a forma como os cidadãos de Freixo de Espada à Cinta acedem aos CSP?

De forma a responder a esta questão, procura-se esclarecer as seguintes perguntas:

- Qual o nível de LS no concelho?
- Com que frequência a população recorre à UCSP e com que intuito?
- Os níveis de literacia da população estão relacionados com a facilidade de acesso aos CSP?

2.3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

A abordagem quantitativa consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, fenómenos e acontecimentos que existem independentemente do investigador (Freixo, 2011). Este método considera que todos os dados são quantificáveis podendo ser traduzidos em números, opiniões e informações, de forma a serem classificados e analisados, geralmente, recorrendo a métodos estatísticos (Reis, 2010). O objetivo deste processo é quantificar os dados e generalizar os resultados da amostra para a população alvo (Malhotra, 2004).

De acordo com as hipóteses da investigação e o campo de aplicação definidos, é impreterível utilizar um método de investigação quantitativo, com o intuito de testar as hipóteses confrontando-as com os dados da observação. O método de investigação considerado mais adequado a este estudo foi o inquérito por questionário.

O questionário será constituído por 4 grupos:

Grupo I – Literacia em Saúde: Aplicação do instrumento denominado por HLS-EU-Q, derivado do modelo conceptual e da definição desenvolvida pelo HL-EU Consortium, com o intuito de medir a Literacia em Saúde na região. Será utilizada uma versão reduzida, utilizada pela DGS em 2019 no estudo “Níveis de Literacia em Saúde – Portugal” (DGS, 2019).

Grupo II – Serviços de Saúde: Este grupo está dividido em 2 partes. Na primeira, pretende avaliar-se de que forma os utentes utilizaram os CSP, perguntando ao inquirido quantas vezes recorreu, em média, aos CSP nos últimos 12 meses. A este último é também questionada a forma de acesso (consulta programada ou consulta aberta da UCSP).

Grupo III – Dados Sociodemográficos – constituído por dados pessoais como o sexo, idade, peso, altura, escolaridade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, se é portador de alguma doença crónica, profissão, se é profissional ou estudante de saúde e nível socioeconómico.

Grupo IV – Teste Newest Vital Sign - O teste NVS foi incluído com objetivo de validação do teste anterior e encontra-se traduzido e validado num estudo sobre “Literacia em Saúde e Alimentação Saudável” (Luís, 2010). Será introduzido um quadro para classificação das respostas corretas e incorretas para facilitar a correção e saber o nível de Literacia em Saúde através da pontuação.

2.4. População e Amostra

Para a realização desta investigação, a população-alvo será constituída por indivíduos com idade superior a 18 anos que sejam utilizadores/utentes da UCSP de Freixo de Espada à Cinta.

A UCSP serve 3.313 utentes inscritos, e apenas 3 indivíduos não possuem médico de família (BI-CSP, 2022). A amostra será recolhida de forma aleatoriamente representativa, em termos das variáveis sociodemográficas, no concelho de Freixo de Espada à Cinta.

2.5. Recolha de Dados

Os inquéritos serão desenvolvidos e coletados via *Qualtrics online survey Platform*. Serão aplicados aos utentes do Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta através de dois métodos, partilha pela internet e, presencialmente próximo da entrada do Centro de Saúde.

Ambos os métodos têm as suas vantagens e desvantagens. Pessoalmente há estabelecimento de empatia e interesse pelo estudo, bem como a possibilidade de esclarecimento de dúvidas aos participantes, no entanto, é um processo demorado e iria resultar numa amostra relativamente pequena, uma vez que o concelho tem pouca população, poderá ser difícil recolher pessoalmente estes dados pela pouca afluência na UCSP. Por este último motivo decidiu-se disponibilizar os inquéritos na internet, já que, será de fácil administração e terá um maior alcance. Para além de que, seria importante recolher também dados de pessoas que habitualmente não recorram aos serviços. Por outro lado, será limitado aos que têm acesso a aparelhos eletrónicos e internet, contornando-se este problema através dos inquéritos feitos pessoalmente.

2.5.1. Instrumentos de Recolha de Dados

Os recursos necessários para a recolha de dados são:

- Computador/Tablet;
- *Qualtrics online survey platform*;
- Internet;
- Consentimento informado de cada participante.

2.6. Análise de Dados

Após a recolha de dados, a análise estatística será efetuada utilizando o software IBM SPSS. Será feita a caracterização sociodemográfica da amostra através de estatística descritiva, nomeadamente através de frequências absolutas e relativa, médias, desvios-padrão, medianas e desvios-interquartis.

Posteriormente, irá proceder-se ao cálculo do índice geral de Literacia em Saúde (IGLS) e do índice do Teste NVS.

Por fim, serão cruzados os dados do índice de LS obtido com os dados sociodemográficos e, posteriormente com os dados de acesso aos CSP do grupo II.

Após a análise de dados, proceder-se-á à interpretação dos resultados obtidos.

2.6.1. Instrumentos de Análise de Dados

Os recursos necessários para a análise de dados são:

- Computador;
- *Qualtrics online survey platform*;
- Software IBM SPSS.

3. Apresentação dos resultados

3.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 147 inquiridos que são utilizadores da UCSP do concelho de Freixo de Espada à Cinta. A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (66,7%).

Como se pode constatar, 66,7% dos inquiridos tem idade inferior a 51 anos, sendo que, 30,6% tem idade entre os 18 e os 28 anos. Relativamente ao estado civil da amostra, 65 indivíduos encontram-se casados (44,2%) e 52 indivíduos solteiros (35,4%).

O grau de escolaridade mais comum entre os inquiridos é o ensino secundário e a licenciatura, com 33,3% e 21,8%, respetivamente.

Tabela 3 - Género, Idade, Estado Civil e Grau de Escolaridade da amostra

		n	%	% acumulada
Género	Feminino	98	66,7	66,7
	Masculino	47	32,0	98,6
	Outro/Prefiro não responder	2	1,4	100,0
Idade	18 - 28 anos	45	30,6	30,6
	29 - 39 anos	27	18,4	49,0
	40 - 50 anos	26	17,7	66,7
	51 - 60 anos	19	12,9	79,6
	61 - 70 anos	21	14,3	93,9
	Mais de 71 anos	9	6,1	100,0
Estado Civil	Solteiro/a	52	35,4	35,4
	Casado/a	65	44,2	79,6
	União de facto	25	17,0	96,6
	Viúvo/a	5	3,4	100,0
Grau de Escolaridade	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	4	2,7	2,7
	Segundo Ciclo do Ensino Básico	19	12,9	15,6
	Terceiro Ciclo do Ensino Básico	24	16,3	31,9
	Ensino Secundário	49	33,3	65,2
	Curso Técnico-Profissional	12	8,2	73,4
	Licenciatura	32	21,8	95,2
	Pós-Graduação	2	1,4	96,6
	Mestrado	4	2,7	99,3
	Doutoramento	1	0,7	100,0
Total		147		

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Verifica-se, quanto à situação profissional, que a maioria, 75 indivíduos (51%), são trabalhadores por conta de outrem, enquanto, 17 indivíduos (11,6%) são trabalhadores por conta própria e 19 indivíduos noutra situação. Apenas 6,8% dos inquiridos estão desempregados e 17,7% reformados.

A maioria do rendimento mensal líquido do agregado familiar dos indivíduos é de 501 € a 1000 € (44,2%), sendo que, no total 70% tem rendimento inferior a 1501 €.

Tabela 4 - Situação Profissional e Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar da amostra

		n	%	% acumulada
Situação Profissional	Trabalhador(a) por conta própria	17	11,6	11,6
	Trabalhador(a) por conta de outrem	75	51,0	62,6
	Desempregado(a)	10	6,8	69,4
	Reformado(a)	26	17,7	87,1
	Outra	19	12,9	100,0
Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar	≤500€	14	9,5	9,5
	501€ a 1000€	65	44,2	53,7
	1001€ a 1500€	24	16,3	70,1
	1501€ a 2000€	17	11,6	81,6
	2001€ a 2500€	3	2,0	83,7
	2501€ a 4000€	4	2,7	86,4
	Não sei/Não respondo	20	13,6	100,0
Total da amostra		147		

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.2. Literacia em Saúde

3.2.1. Alpha de Cronbach para os quatro índices de Literacia em Saúde

A consistência interna de um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito. Para medir a consistência interna do questionário HLS-Q12, foi calculado o alpha de cronbach dos quatro índices.

Os valores obtidos demonstram uma consistência interna excelente do índice geral de LS (>0.9), ou seja, os 12 itens estão altamente relacionados como grupo. Já nos restantes índices a consistência interna é boa (>0.8), à exceção do índice de promoção de saúde, que é o que apresenta menor valor sendo o mesmo considerado aceitável (>0.7).

Tabela 5 - Alpha Cronbach para os quatro índices

	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach com base em itens padronizados	n de itens
Índice Geral	0.920	0.920	12
Índice Cuidados de Saúde	0.821	0.820	4
Índice Prevenção de Saúde	0.800	0.802	4
Índice Promoção de Saúde	0.787	0.790	4

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.2.2. Análise dos itens do HLS-Q12

Antes de calcular os índices de LS, serão primeiramente observados detalhadamente os resultados obtidos na totalidade dos 12 itens do índice de LS.

Considerando o total das respostas verifica-se que o item “5-Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão” é a tarefa mais difícil desempenhar com 27,21% de respostas “Muito Difícil” e 40,82% "Difícil". Por sua vez, o item “11-Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?” obteve 34,69% de respostas “Muito fácil”, revelando-se como a tarefa que os inquiridos têm mais facilidade em realizar.

Tabela 6 - Itens HLS para avaliação de LS

	Muito difícil		Difícil		Fácil		Muito Fácil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam	26	17,69	62	42,18	47	31,97	12	8,16
2 - Perceber o que fazer numa emergência médica	11	7,48	52	35,37	70	47,62	14	9,52
3 - Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento	11	7,48	71	48,3	55	37,41	10	6,80
4 - Seguir as instruções sobre a medicação prescrita	4	2,72	17	11,56	85	57,82	41	27,89
5 - Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão	40	27,21	60	40,82	40	27,21	7	4,76
6 - Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina	5	3,40	18	12,24	82	55,78	42	28,57
7 - Avaliar se a informação transmitida nos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança	17	11,56	54	36,73	61	41,50	15	10,20
8 - Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos da família e amigos	6	4,08	36	24,49	91	61,90	14	9,52
9 - Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis, como exercício físico, alimentação saudável e nutrição	21	14,29	40	27,21	58	39,46	28	19,05
10 - Compreender a informação apresentada nas embalagens alimentares	12	8,16	46	31,29	71	48,3	18	12,24
11 - Avaliar quais os comportamentos” diários que estão relacionados com a sua saúde	7	4,76	25	17,01	64	43,54	51	34,69
12 - Tomar decisões que melhorem a sua saúde	10	6,80	31	21,09	83	56,46	23	15,65

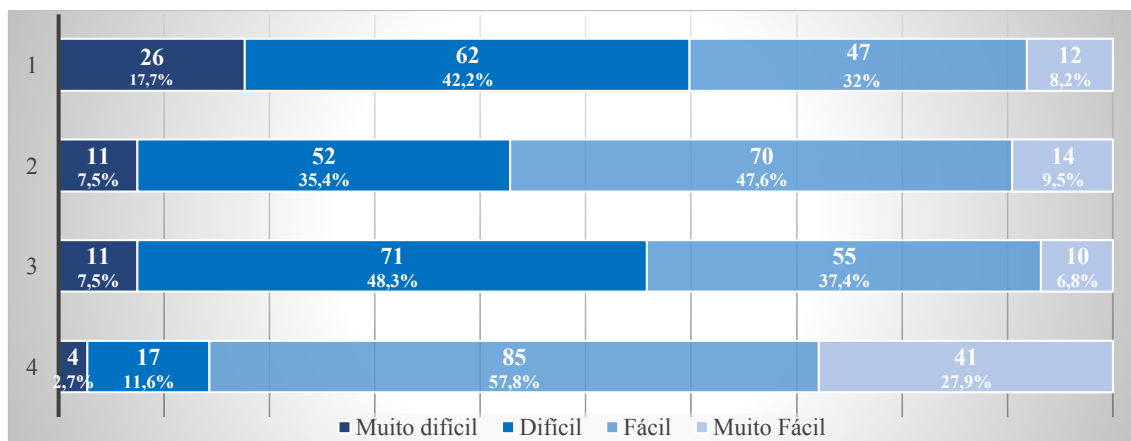
Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Para facilitar a análise, optou-se por construir gráficos de cada uma das 3 dimensões Cuidados de Saúde, Prevenção de Saúde e Promoção de Saúde com as percentagens obtidas em cada uma das respostas que as compõe.

Iniciando a análise das primeiras 4 perguntas que estão representadas no Gráfico 1, e que permitem o cálculo da dimensão de Cuidados de Saúde, verifica-se que a tarefa em que os inquiridos sentem mais facilidade é a “4-Seguir as instruções sobre a medicação

prescrita” obtendo 57,82% de “Fácil” e 27,89% de “Muito fácil”. Por oposição, a mais árdua é “1-Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam”, obtendo 17,69% de “Muito difícil” e 42,18% de “Difícil”.

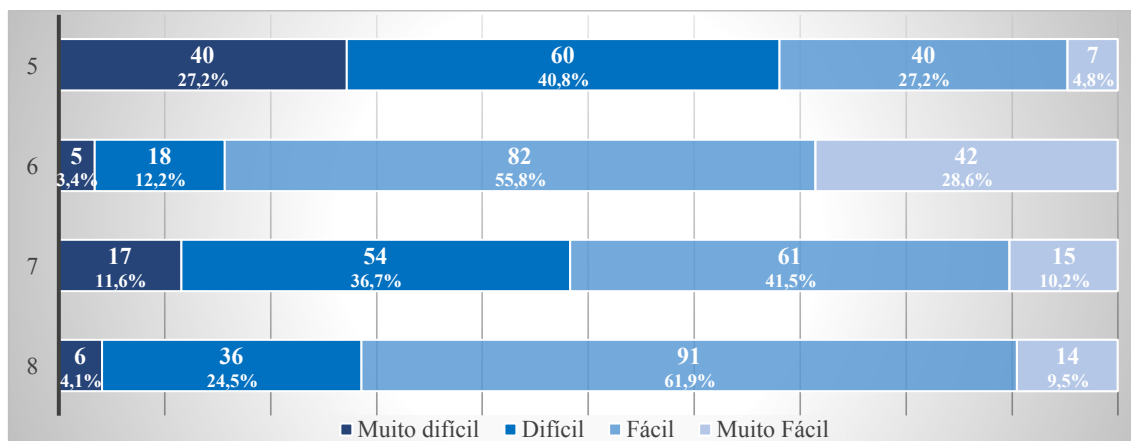
Gráfico 1 - Itens HLS para avaliação da dimensão Cuidados de Saúde



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Quanto à segunda dimensão, os inquiridos revelaram maior dificuldade no item 5, como já foi referido, mas também no item "7-Avaliar se a informação transmitida nos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança" com 11,56% das respostas como “Muito difícil” e 36,73% como “Difícil”. Nos 2 itens restantes revelaram grande facilidade, 84,35% de respostas no item "6-Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina" são “Muito fácil” e “Fácil”, e 71,43% no item "8-Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos da família e amigos”.

Gráfico 2 - Itens HLS para avaliação da dimensão Prevenção de Saúde

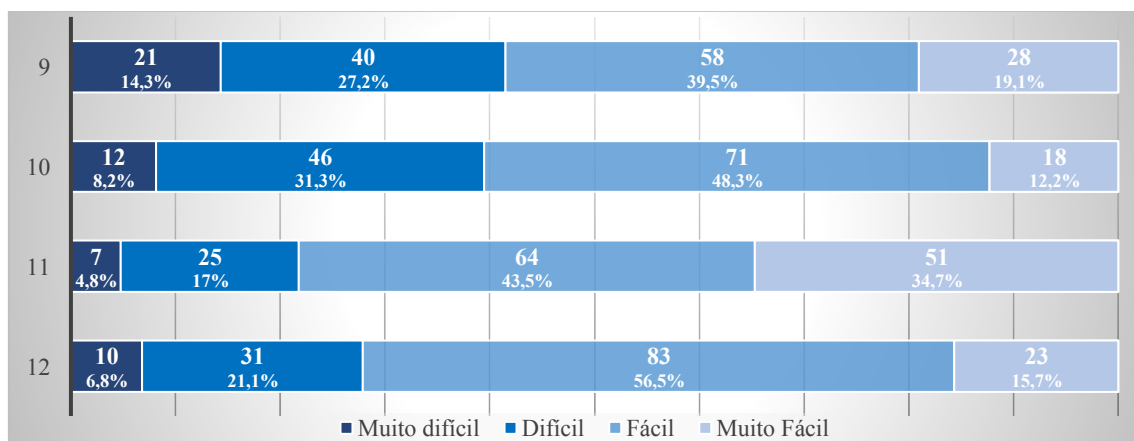


Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Por fim, a dimensão Promoção de Saúde foi a única que apresentou uma maioria nas escolhas “Muito fácil” e “Fácil” nas 4 questões. Contudo, no item "9-Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis, como exercício físico, alimentação saudável e nutrição" as percentagens de “Muito difícil” e “Difícil” em conjunto (41,50%)

são próximas de “Muito Fácil” e “Fácil” no total (58,50%). Também o item "10- Compreender a informação apresentada nas embalagens alimentares" apresenta uma percentagem elevada de respostas como “Difícil” (31,29%).

Gráfico 3 - Itens HLS para avaliação da dimensão Promoção de Saúde



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.2.3. Construção de índices

Este capítulo consiste na construção de índices de LS. Para isso, estabeleceram-se limites nas pontuações, que dão origem a quatro níveis distintos – “inadequado”, “problemático”, “suficiente” e “excelente”.

Calculadas as estatísticas descritivas para cada um dos índices, observa-se que, em média, a população de Freixo de Espada à Cinta, apresenta uma pontuação de 33,412 em LS e, por isso, nível adequado. Em relação aos índices das diferentes dimensões, o que apresenta média mais elevada entre os restantes é o índice de promoção em saúde (34,8 nível adequado), ao contrário do índice de cuidados de saúde que apresenta o menor valor (32,634 nível problemático).

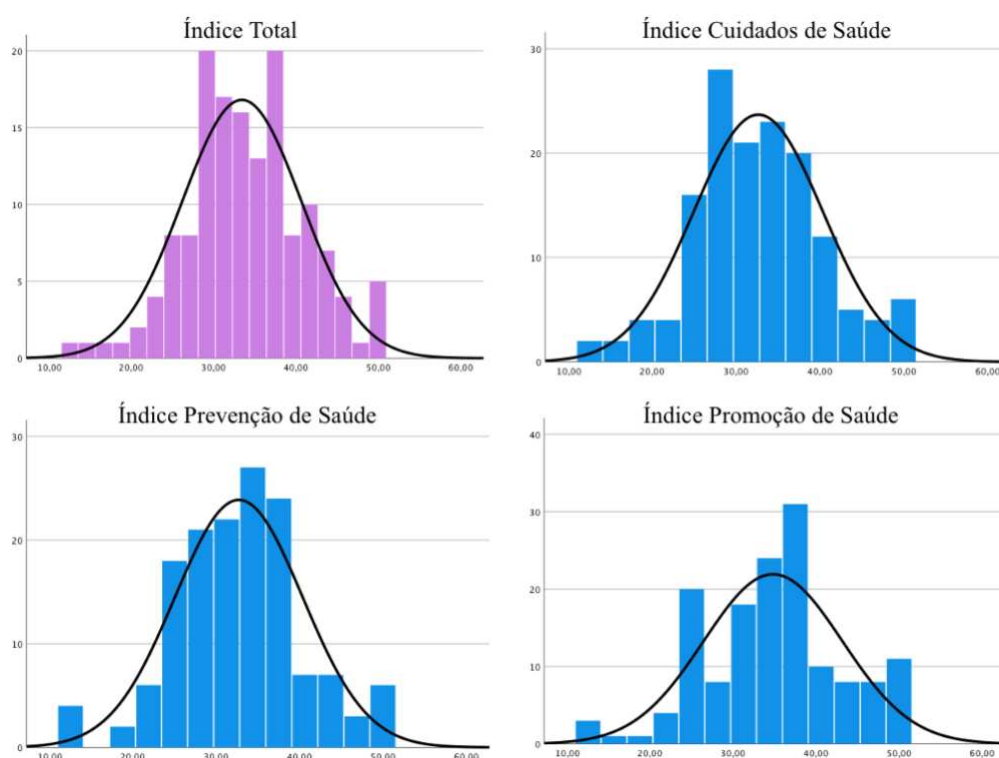
Tabela 7 - Estatísticas descritivas dos quatro índices de LS

	Índice Geral	Índice Cuidados de Saúde	Índice Prevenção de Saúde	Índice Promoção de Saúde
N	147	147	147	147
Média	33,412	32,634	32,695	34,800
Mediana	33,330	31,250	34,375	34,375
Moda	30,21	28,13	34,38	37,50
Desvio padrão	7,257	77,253	7,674	8,361
Variância	52,677	59,681	58,898	69,916
Assimetria	-.001	.103	-.013	-.167
Desvio padrão assimetria	.200	.200	.200	.200
Curtose	.234	.166	.435	-.026
Desvio padrão Curtose	.397	.397	.397	.397
Mínimo	12.50	12.50	12.50	12.50
Máximo	50.00	50.00	50.00	50.00

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

A assimetria dos índices pode ser melhor percebida nas figuras abaixo. Todos os índices, à exceção do índice de cuidados de saúde, apresentam assimetria negativa.

Figura 4 - Distribuição dos quatro índices de LS

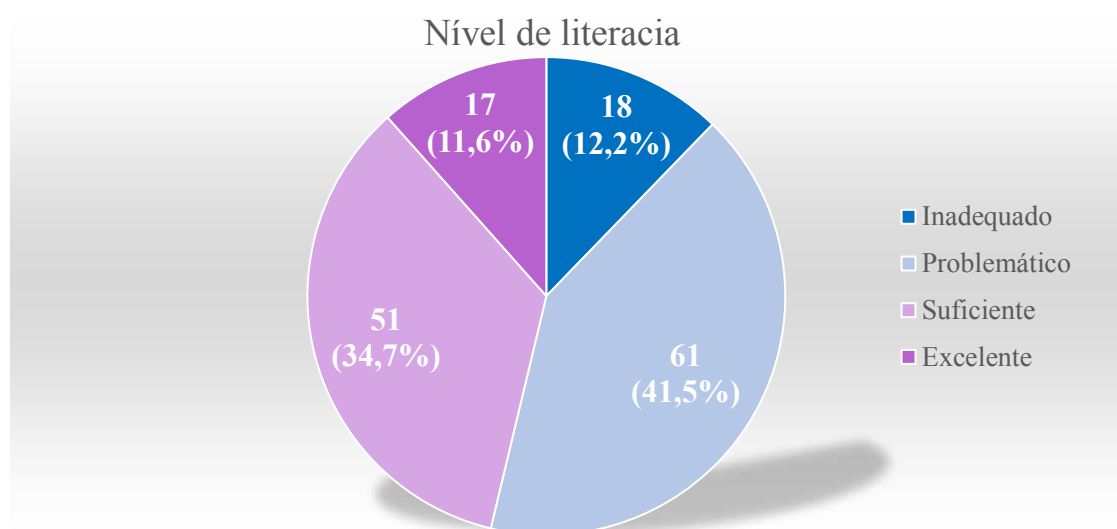


Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Segundo os níveis definidos, procedeu-se ao cálculo da distribuição dos mesmos. Os resultados obtidos demonstram que há, aproximadamente, o mesmo número de indivíduos com nível inadequado (17 indivíduos) e com nível excelente (18 indivíduos).

Por outro lado, a maioria, 41,5% dos inquiridos, apresentam nível problemático e, não muito diferente, 34,7% apresentam nível adequado.

Gráfico 4 - Índice Geral de LS



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.3. Acesso aos CSP

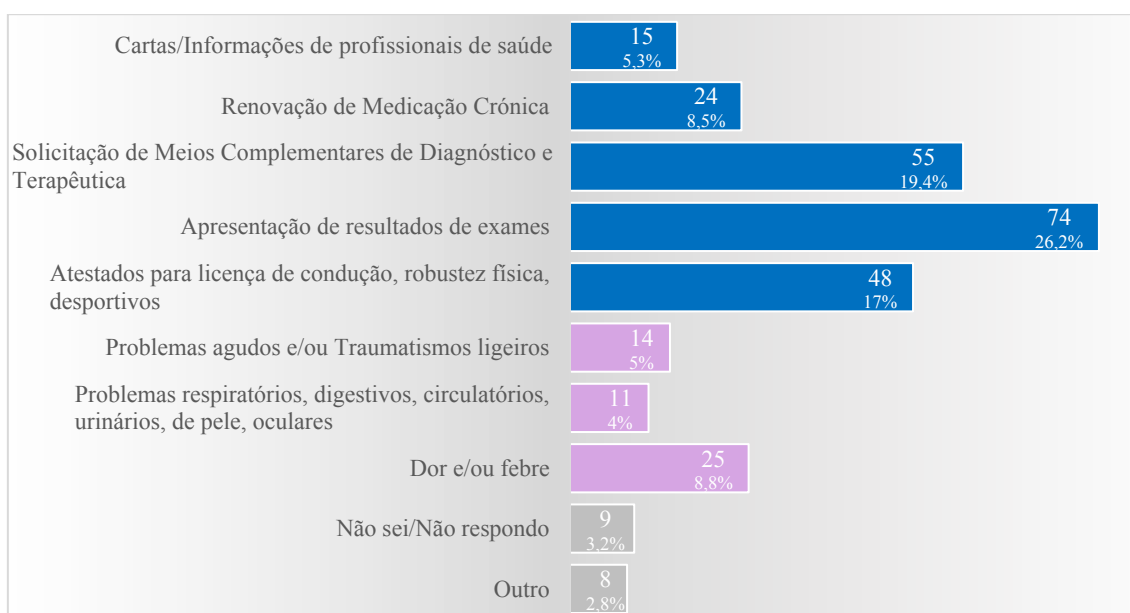
O objetivo do presente estudo é observar se existe relação entre o nível de LS e a forma como os cidadãos de Freixo de Espada à Cinta acedem aos CSP. Para isso, no questionário foram colocadas duas questões que procuram perceber que motivo(s) leva(m) os utilizadores da UCSP a recorrer a uma consulta programada com o seu médico/enfermeiro de família e a uma consulta aberta (urgência).

Foi referido no capítulo da revisão de literatura quais os motivos que justificam a escolha por cada um dos serviços. Todos estes motivos, 8 no total, foram apresentados aleatoriamente aos indivíduos como opções a ambas as questões. Apresentou-se também as opções não sei/não respondo e outro.

A pergunta relativa à consulta programada obteve um total de 283 respostas. De entre os motivos considerados válidos para a escolha deste serviço, o mais indicado pelos indivíduos é apresentação de resultados de exames (26,2%). Por outro lado, poucos indivíduos recorrem a este serviço por informações de profissionais de saúde (5,3%).

No total, ainda foram apontadas 17,8% das respostas em motivos que não justificam optar pela consulta programada.

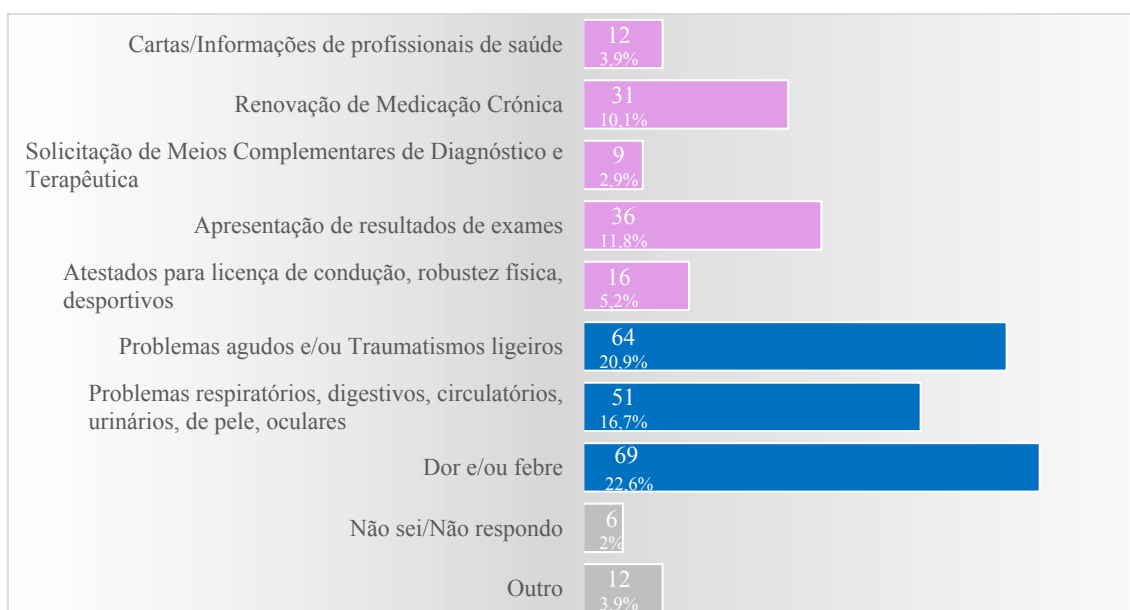
Gráfico 5 - Motivos que levam os indivíduos à Consulta Programada



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Quanto à questão relativa à consulta aberta (urgência), obteve-se um total de 306 respostas. Dos três motivos justificáveis para recorrer à urgência, dor e/ou febre é a principal razão da escolha dos indivíduos, embora também os dois restantes tenham percentagens próximas. Em comparação com a análise feita à questão sobre a consulta programada, 33,9% das respostas são em motivos considerados como injustificáveis para a procura deste serviço.

Gráfico 6 - Motivos que levam os indivíduos à Consulta Aberta (Urgência)



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

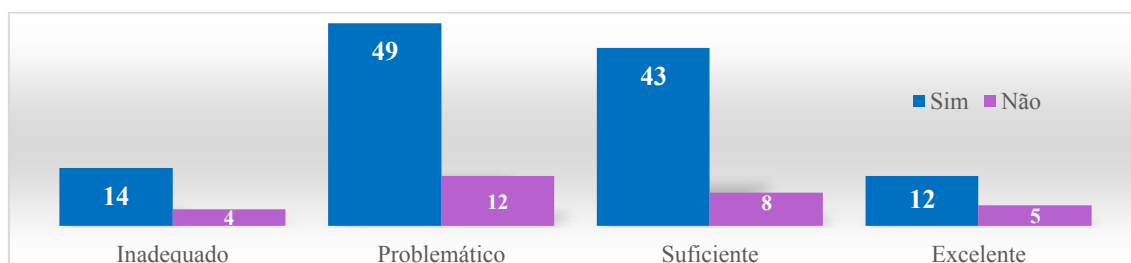
3.4. Cruzamento de dados entre a frequência de acesso à UCSP e o Nível de LS

De seguida serão analisados separadamente os resultados quanto às questões relativas ao acesso às urgências /consultas programadas segundo os 4 índices de LS.

À questão “Costuma recorrer ao Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta, para consulta de rotina, pelo menos uma vez por ano?”, 118 indivíduos responderam que sim, tendo a maioria nível problemático (41,5%) e nível suficiente (36,4%). Apenas 29 indivíduos responderam que não, e em semelhança, a maioria tem nível problemático (41,4%) e suficiente (27,6%).

Em média, os indivíduos que responderam sim têm nível de LS de 33,25 pontos, e os que responderam não têm 34,09 pontos.

Gráfico 7 – O inquirido recorre à UCSP pelo menos uma vez por ano para consulta de rotina?

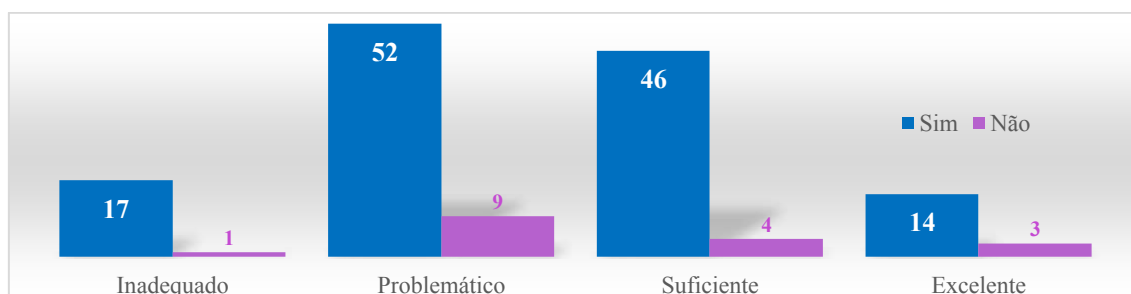


Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Quando questionados se visitaram à UCSP nos últimos 12 meses, 88,4% dos indivíduos responderam que sim, tendo em média uma pontuação de 33,20 em LS. Apesar de 29 indivíduos afirmarem que não recorrem à UCSP uma vez por ano, apenas 17 não recorreram no último ano. Estes 17 indivíduos têm em média uma pontuação de 34,99 em LS. Apenas um indivíduo respondeu não sei/não respondo, pelo que, foi excluído desta análise.

Em semelhança à pergunta anterior, a maioria das respostas concentram-se nos níveis problemático e suficiente.

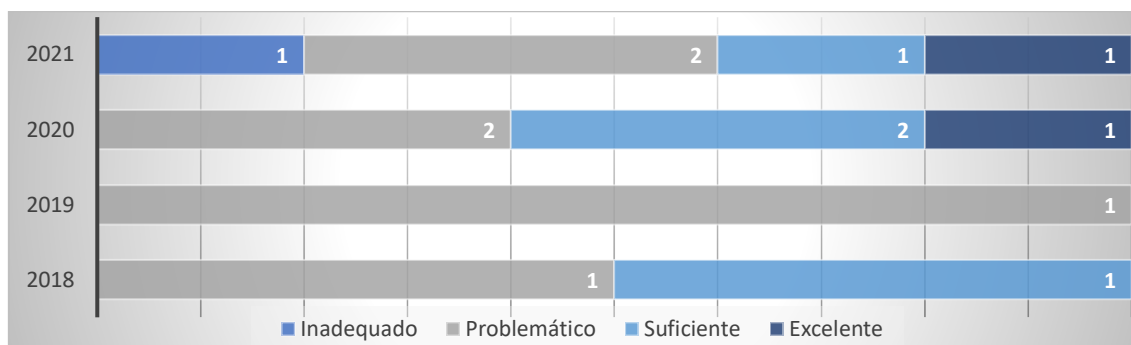
Gráfico 8 – O utente recorreu à UCSP nos últimos 12 meses?



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Aos indivíduos que não recorreram à UCSP nos últimos 12 meses, foi-lhes questionado a última vez que o fizeram. Serão analisadas apenas 13 respostas, uma vez que, 4 dos indivíduos não sabem ou não quiseram responder. O mesmo número de indivíduos (38,5%) foram à UCSP no ano de 2021 e 2020. Apenas 1 indivíduo foi no ano de 2019, e 2 no ano de 2018.

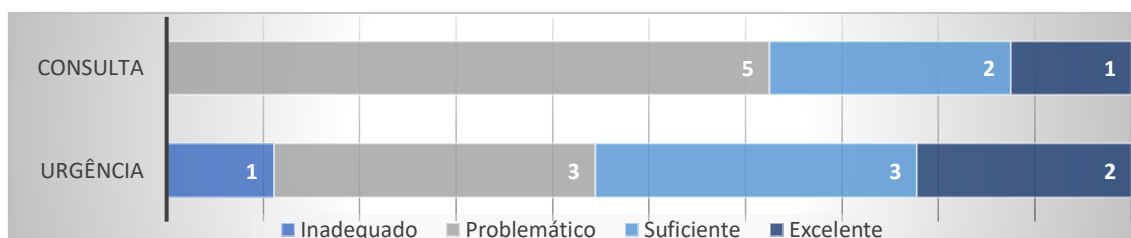
Gráfico 9 - Última vez que o utilizador recorreu à UCSP



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Apenas 1 indivíduo respondeu não sei/não respondo. Dos restantes, 47,1% afirmou recorrer ao serviço de consulta programada e 52,9% ao serviço de consulta aberta (urgência).

Gráfico 10 - O que levou os utentes a esta última visita?



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.5. Média dos Índices por faixa etária

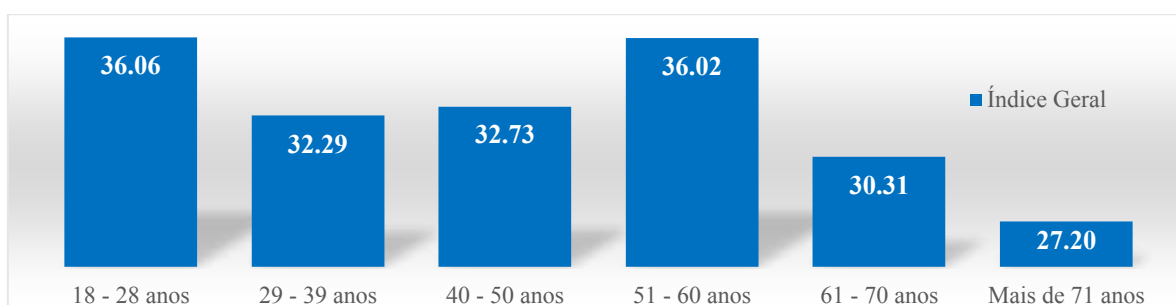
Na revisão de literatura, alguns autores afirmam existir relação entre o nível de LS e o nível de escolaridade e idade.

Para averiguar se esta relação se verificou neste estudo, apresenta-se, na seguinte tabela, a média do nível de LS, bem como dos 3 índices, por idade e nível de escolaridade.

Analisando a média dos índices por idade, verifica-se que até aos 60 anos de idade, apenas os indivíduos entre os 29 e 39 anos apresentam um nível de literacia geral insuficiente, de 32,29, valor, no entanto, próximo do nível dos indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e 50 anos.

A partir dos 60 anos de idade, o nível de literacia geral vai diminuindo, sendo sempre insuficiente.

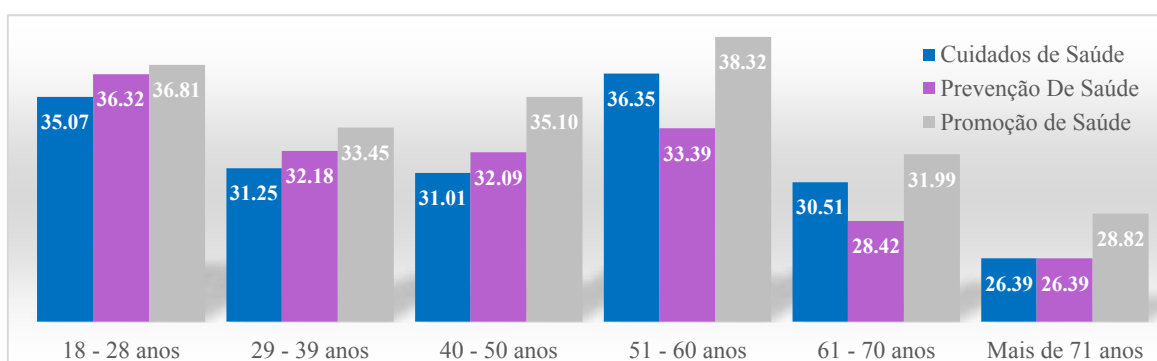
Gráfico 11 - Média do índice geral por faixa etária



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Quanto aos domínios que integram a LS, de modo geral, todos os indivíduos apresentam maior facilidade quando o tema é promoção de saúde.

Gráfico 12 - Média do índice das 3 dimensões por faixa etária



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

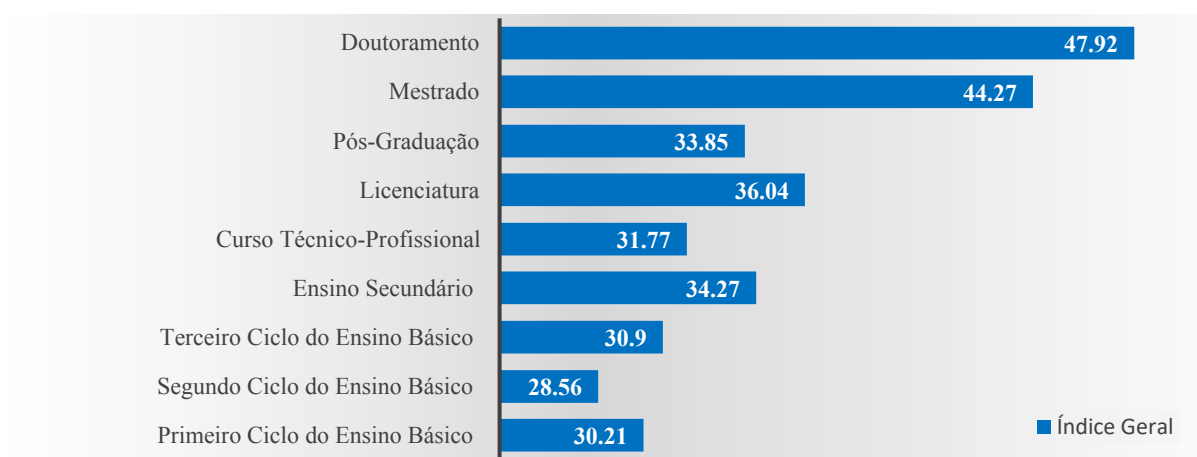
3.6. Média dos Índices por grau de escolaridade

Em relação ao grau de escolaridade, verifica-se que indivíduos com habilitações até ao terceiro ciclo do ensino básico apresentam nível de literacia insuficiente, com pontuação média de 30.

Dos indivíduos com grau de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário, apenas os inquiridos com curso técnico-profissional apresentam nível de literacia insuficiente.

Por fim, indivíduos com mestrado e doutoramento apresentaram as pontuações mais elevadas, atingindo nível de LS excelente.

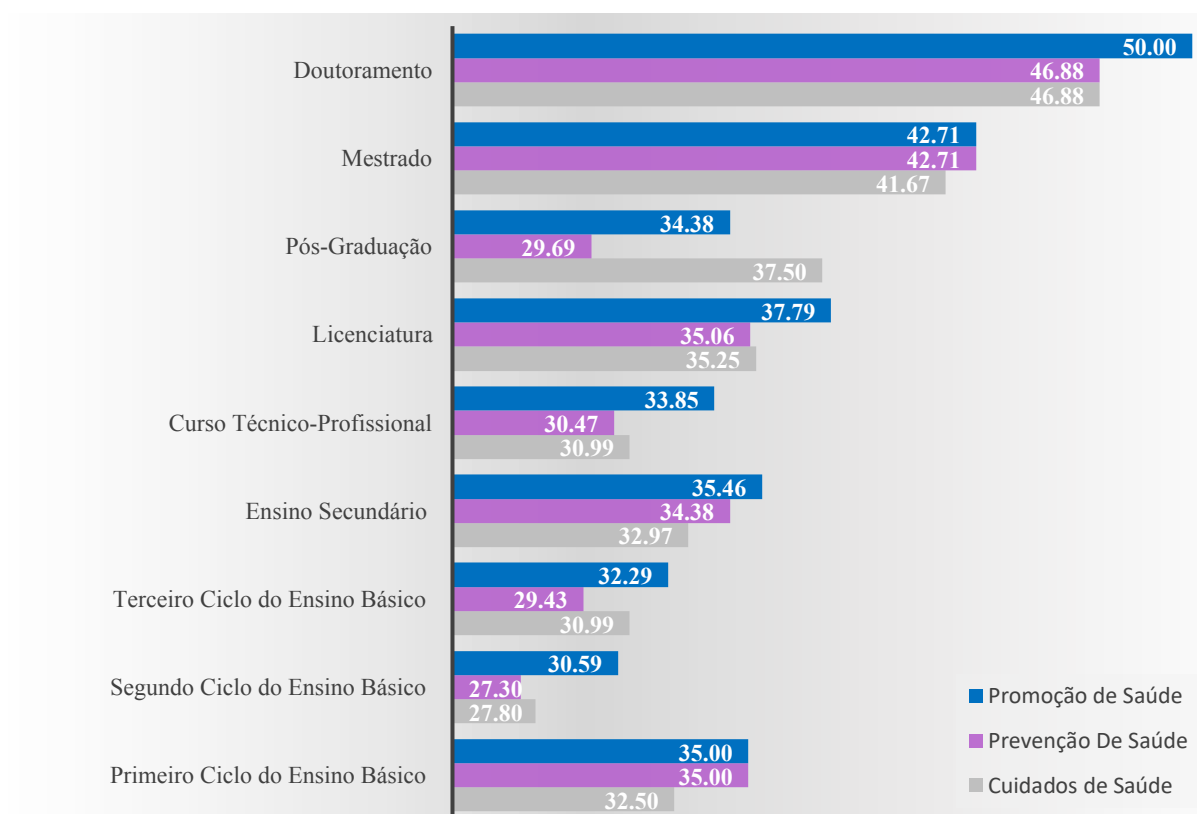
Gráfico 13 - Média do índice geral por grau de escolaridade



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Em comparação ao que acontece segundo as idades dos inquiridos, também nesta variável de modo geral todos os diferentes graus de escolaridade apresentam maiores pontuações na promoção de saúde, exceto os que possuem licenciatura, os quais apresentam valores superiores nos cuidados de saúde.

Gráfico 14 - Média do índice de cuidados de saúde, prevenção de saúde e promoção de saúde por grau de escolaridade



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.7. Cruzamento de dados entre a forma de acesso à UCSP e o Nível de LS

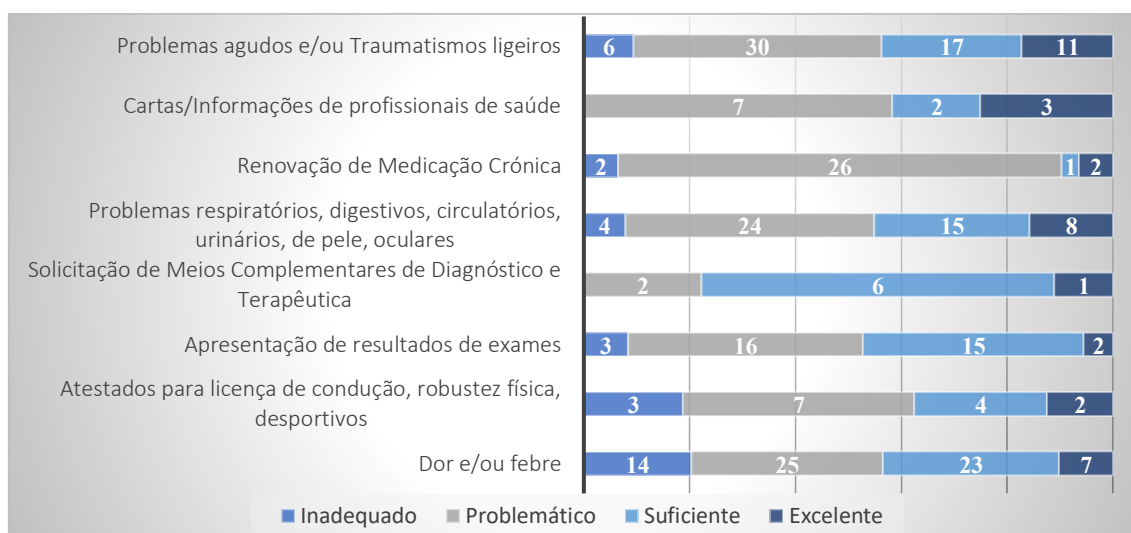
Irão ser excluídas as opções Não Sei/Não Respondo e Outro da desta análise.

Iniciando pelo acesso à UCSP através das urgências, é possível observar que os inquiridos que apresentam nível de literacia inadequado, recorrem a este tipo de serviço maioritariamente em caso de dor e/ou febre (43,75%), bem como os de nível suficiente (27,21%).

No caso dos indivíduos com nível problemático, os resultados apresentam-se mais dispersos, sendo que recorrem com maior frequência em caso de Problemas agudos e/ou Traumatismos ligeiros, Renovação de Medicação Crónica, Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares e Dor e/ou febre.

Por fim, problemas agudos e/ou traumatismos ligeiros são o motivo mais comum entre indivíduos com nível excelente (30,56%).

Gráfico 15 - Motivos que levam os utentes a recorrer à consulta aberta (urgências)



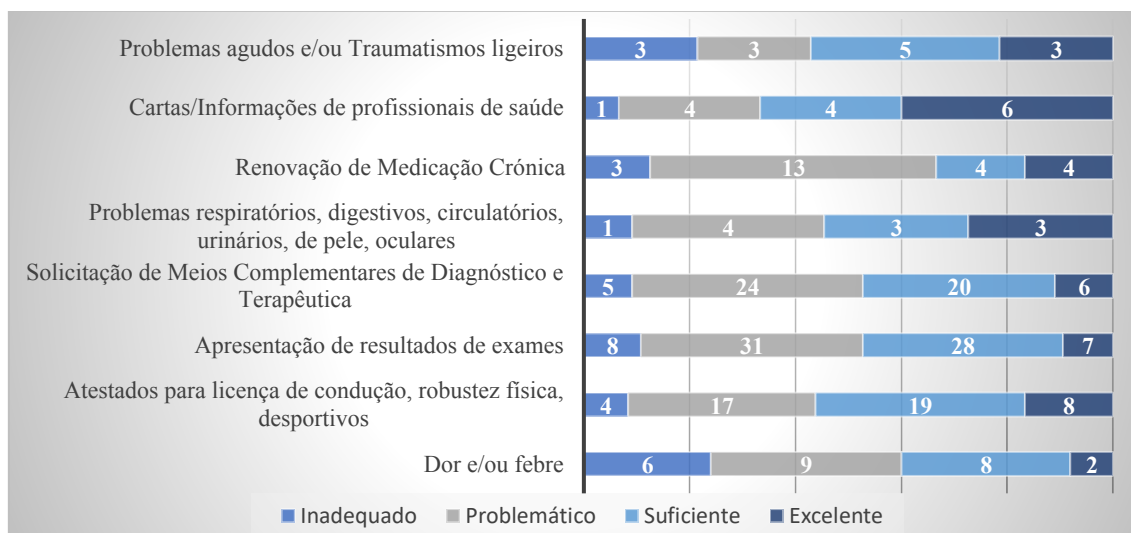
Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Analisando o acesso às consultas programadas por motivo, verifica-se que os inquiridos com nível de literacia inadequado, recorrem a este tipo de serviço maioritariamente para apresentação de resultados de exames (25,81%) e em semelhança com o acesso às urgências, em caso de dor e/ou febre (19,35%).

Em relação aos indivíduos com nível problemático e suficiente, os números de respostas concentram-se nas opções: Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Apresentação de resultados de exames e Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos, sendo que a apresentação de exames, uma vez mais representa a maioria das respostas.

Por outro lado, os inquiridos com nível excelente dispersaram as suas respostas entre todas as opções que efetivamente representam motivos para recorrer a uma consulta programada.

Gráfico 16 - Motivos que levam os utentes a recorrer à consulta programada



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

3.8. Construção de Índices da frequência e da forma de acesso à UCSP

Para analisar a H3a: O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a frequência de acesso aos CSP, procedeu-se ao cálculo de um índice no qual foram atribuídas pontuações a diferentes respostas das questões feitas no questionário.

À pergunta "Costuma aceder ao Centro de Saúde de FEC, para consulta de rotina, pelo menos 1 vez por ano?" e "Recorreu nos últimos 12 meses?" atribuiu-se 1 ponto a quem respondeu sim, e 0 a quem respondeu não.

Esta última encadeava perguntas diferentes: "Quantas vezes?" (sim); "Quando foi a última vez que recorreu?" (não). Começando pela questão "Quando foi a última vez que recorreu?", foram atribuídas pontuações crescentes desde 2018, ou seja, 1 ponto a 2018, 2 a 2019 e assim sucessivamente. As respostas não sei/não respondo foram excluídas da análise. Por fim, à pergunta "Quantas vezes?" e, visto que foi uma pergunta de resposta aberta, houve respostas como "2 a 3 vezes", "bastantes vezes" e "algumas vezes". A pontuação mínima atribuída vem na sequência da pergunta "Quando foi a última vez que recorreu?". Ou seja, 2021 equivale a 4 pontos, nesta questão, 1 vez tem pontuação de 5 pontos, pois, já será nos últimos 12 meses. A quem respondeu 2 a 3, atribuiu-se pontuação média (6,5 pontos).

No fim, todas as pontuações foram somadas para cada indivíduo, obtendo-se como pontuação máxima 14 pontos (indivíduo que respondeu que sim às duas questões, e foi o que visitou mais vezes a UCSP). Todas as pontuações foram posteriormente convertidas para uma escala de 0 a 50 de modo a facilitar a análise com o nível de LS.

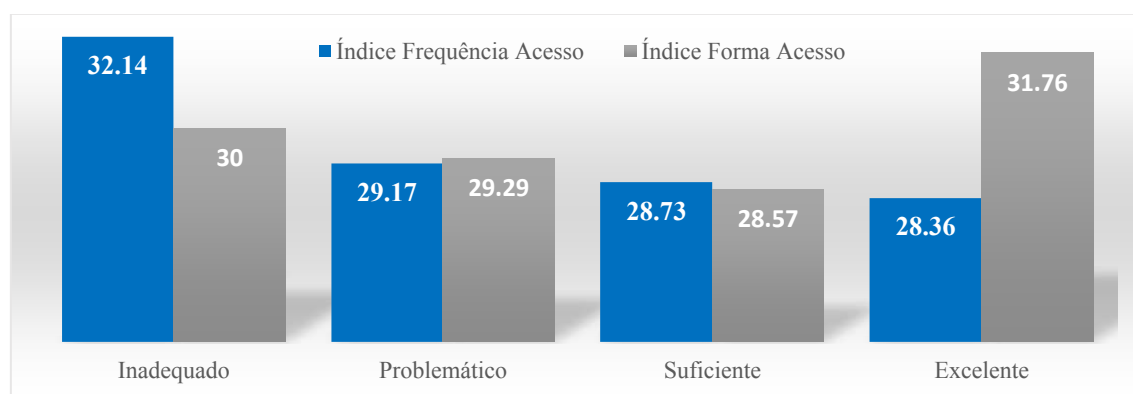
Para análise da H3b: O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a forma de acesso aos CSP procedeu-se à construção do índice da forma de acesso aos CSP. Para isso, foram utilizados os resultados das questões "Qual(s) o(s) motivo(s) que o leva a recorrer à consulta programada?" e "Qual(s) o(s) motivo(s) que o leva a recorrer à consulta aberta (urgência)?" . Numa escala de 0 a 100, foi calculada para cada indivíduo a percentagem de respostas corretas sob o total de respostas do mesmo. Somadas as pontuações de ambas as perguntas para cada indivíduo, converteu-se as pontuações para a escala de 0 a 50.

A amostra do índice da frequência de acesso é constituída por 137 indivíduos e a do índice da forma de acesso por 123 indivíduos, pois os que responderam não sei/não respondo e outro foram omissos

A média do índice da frequência de acesso entre indivíduos com nível inadequado em LS é 32,14, o que significa que são os que visitam com maior frequência à UCSP, em oposição aos indivíduos com nível excelente que são os que menos visitam (28,36).

Os indivíduos que apresentam maior média do índice da forma de acesso à UCSP e são os de nível excelente de LS (31,76). No entanto, os indivíduos com nível suficiente em LS são os que apresentam menor média do índice de forma de acesso à UCSP (28,57).

Gráfico 17 - Média do índice da frequência e da forma de acesso à UCSP por nível de LS



Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

4. Discussão

4.1. Nível de LS como variável dependente

De acordo com o modelo conceptual concebido no capítulo 1.3., a primeira análise consiste em avaliar se a idade e o nível de escolaridade afetam positivamente o nível de LS. Para isso, foram feitas duas regressões lineares com o nível de LS como variável dependente.

Na primeira a variável dependente é a idade, e na segunda o nível de LS. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Tabela 8 - Resumo do Modelo (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade)

R	R ²	R ² ajustado	Desvio Padrão
.402	.162	.150	6.424

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

O valor R é o coeficiente de correlação múltipla. É uma medida da qualidade da previsão da variável dependente, que neste exemplo é o nível de LS. O valor de R² mostra que as variáveis independentes explicam 16,2% da variação da variável dependente.

Tabela 9 - ANOVA (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade)

	Z	Sig.
Regressão	13.891	<.001

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

A tabela mostra que as variáveis independentes preveem a variável dependente de forma significativa, pois sig. <.05. Ou seja, o modelo de regressão ajusta-se bem aos dados.

Tabela 10 - Coeficientes Padronizados (Variável independente Idade e Nível de Escolaridade)

	Coeficientes não padronizados		t	Sig.	95% intervalo de confiança para B	
	B	Desvio padrão			Limite inferior	Limite superior
(Constante)	24.357	1.649	14.773	<.001	24.241	30.348
Idade	.253	.397	.637	.525	-.531	1.036
Nível de Escolaridade	1.586	.401	3.958	<.001	.794	2.378

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Os coeficientes não padronizados indicam quanto a variável dependente varia com uma variável independente, quando as outras variáveis independentes são mantidas constantes. Neste caso, o coeficiente não padronizado para o nível de escolaridade é igual a 1.586. Isto significa que, para cada aumento de um nível de escolaridade, há um aumento no índice de LS geral de 1.586.

O teste t, apresentado na tabela, testa se os coeficientes não padronizados (ou padronizados) são iguais a zero na população. Se $\text{sig} < 0,05$, pode-se concluir que os coeficientes são significativamente diferentes de zero.

4.2. Acesso à UCSP como variável dependente

Na sequência do modelo conceptual foi feita também regressão linear com o índice de LS como variável independente para estudar se o mesmo tem impacto na frequência e na forma de acesso à UCSP.

Tabela 11 - Resumo do Modelo (Variável independente Índice Geral LS)

	R	R ²	R ² ajustado	Desvio Padrão
Índice da frequência de acesso	.114	.013	.006	7.734
Índice da forma de acesso	.106	.011	.003	11.980

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

O valor de R² mostra que a variável independente explica 1,3% da variação da variável dependente índice da frequência de acesso e, 1,1% da Índice da forma de acesso.

Tabela 12 - ANOVA (Variável independente Índice Geral LS)

		Z	Sig.
Regressão	Índice da frequência de acesso	1.765	.186
	Índice da forma de acesso	1.383	.242

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

A tabela mostra que a variável independente não prevê as variáveis dependentes de forma significativa, pois $\text{sig.} > 0,05$.

Tabela 13 - Coeficientes Padronizados (Variável independente Índice Geral LS)

Variável independente		Coeficientes não padronizados		t	Sig.	95% intervalo de confiança para B	
		B	Desvio padrão			Limite inferior	Limite superior
Nível de LS	(Constante)	33.264	3.046	10.921	.000	27.240	39.287
	Índice da frequência de acesso	-.119	.089	0.820	.186	-.295	.058
	(Constante)	29.173	5.140	5.676	.000	18.998	39.349
	Índice da forma de acesso	.177	.151	1.176	.242	-.121	.476

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

O coeficiente não padronizado para o índice da frequência de acesso é igual a -.119, o que significa que para cada aumento de um ponto no índice geral de LS, há um decréscimo no índice da frequência de acesso de 0.119.

Como para o teste t, sig >0,05, pode-se concluir que os coeficientes não são significativamente diferentes de zero.

Após a análise feita, é possível agora tomar uma decisão quanto às hipóteses em estudo.

Tabela 14 - Validação das Hipóteses

Hipóteses	Sig.	Validação
H1 – A idade dos indivíduos impacta positivamente o nível de LS.	0.525	Não
H2 – O nível de escolaridade dos indivíduos impacta positivamente o nível de LS.	<.001	Sim
H3a – O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a frequência de acesso aos CSP.	.186	Não
H3b – O nível de LS dos indivíduos impacta positivamente a forma de acesso aos CSP.	.242	Não

Fonte: Questionário UCSP de Freixo de Espada à Cinta

Conclusões e Limitações

O propósito do presente estudo incidiu sobre a LS e a relação que este nível poderia ter com o acesso aos CSP.

Para estudar esta relação foi necessário abordar inicialmente o conceito de LS, as variáveis que podem impactar este nível e o funcionamento dos CSP. Estas ferramentas serviram, posteriormente, de apoio à elaboração dos questionários a serem aplicados e à análise feita dos mesmos.

Ao longo do projeto foram feitas algumas escolhas que não estavam previstas inicialmente.

A recolha de dados era para ser totalmente feita pessoalmente, no entanto, optou-se também por disponibilizar os questionários através da internet como forma de chegar a mais pessoas, principalmente as que não costumam visitar a UCSP. Esta mudança poderá ter impactado a questão de confidencialidade, pois apesar dos inquéritos serem anónimos, sem questões que identifiquem diretamente a pessoa, se os mesmos fossem integralmente feitos pessoalmente pela investigadora, seria difícil de manter esta confidencialidade aos olhos da população do concelho, uma vez que, é uma região com pouca população onde “todos se conhecem”.

Na realização dos questionários, decidiu-se colocar o HLS-Q12 (menos perguntas que o original) e não colocar o teste NVS como resposta obrigatória com receio de que ficasse demasiado longo e as pessoas se recusassem a responder. Esta escolha levou à baixa taxa de resposta ao teste NVS que acabou por não ser incluído na análise final.

A aplicação dos questionários permitiu analisar o nível de LS através do HLS-Q12 desta amostra e relacioná-lo com os dados sociodemográficos relevantes e com a frequência e forma de acesso aos CSP.

Os resultados obtidos mostram que os indivíduos desta região apresentam, em média, nível de LS problemático e adequado. Observou-se também que o nível de LS apresenta uma associação significativa apenas com o nível de escolaridade.

No entanto, esta relação não se verificou para a questão principal deste estudo “existe relação entre o nível de LS e o acesso aos CSP?”. Indivíduos com nível de LS mais elevado, revelaram aceder menos aos CSP, o que se relaciona indiretamente com a idade. Pessoas mais idosas tendem a visitar com maior frequência a UCSP.

Por outro lado, e ainda que, feita a regressão linear, não tenha sido observada relação entre a forma de acesso aos CSP e o nível de LS, os indivíduos com nível de LS excelente apresentam maior pontuação média no índice relativo às questões da forma de acesso.

Isto significa que, quando estes estes indivíduos recorrem à UCSP, optam pelo serviço que melhor se adequa ao motivo da visita.

Esta investigação apresenta ainda algumas limitações, particularmente a localização geográfica específica. Esta limitação leva a que os indivíduos estejam sujeitos praticamente ao mesmo nível de escolaridade e oportunidades de acesso a recursos, principalmente no que toca a cuidados de saúde. O concelho tem à disposição apenas a UCSP de Freixo de Espada à Cinta, todos os outros níveis de serviço de saúde ficam a larga distância. Por estas razões o estudo não deve ser generalizado para a população de Portugal.

Referências Bibliográficas

- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl1), S122–S133.
- Arozullah, A., Cho, Y., Crittenden, K. & Lee, S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*, 66, 1809-1816.
- Ávila, P. (2008). *A Literacia dos adultos: competências-chave na sociedade do conhecimento*. Lisboa. Celta Editora.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*; 21:878-83. [PMID: 16881951]
- Baker, D., Clark, W., Nurss, J., Parker, R., & Williams, M. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American journal of public health*, 87, 1027-1030.
- Baker, D., et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.
- Baker, D., Feinglass, J., Wolf, M., et al. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med*. 23:723–6.
- Baker, D. et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.
- Baker, D., Williams, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38(1):33-42.
- Barros, P., Machado, S., & Simões, J., (2011). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 13.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A., Ávila, P. (1996). *A Literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0713-9.
- Bernhardt, J. M., Brownfield, E. D., & Parker, R. M. (2005) *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. AMA Press, Chicago.
- Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Hummers-Pradier, E., Lionis, C., Pere-mans, L., et al. (2009). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Maastricht: European General Practice Research Network.

Berkman, N., Crotty, K., Donahue, K., Halpern, D., Sheridan, S., Viera, A., et al. (2011). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Update of the Literacy and Health Outcomes Systematic Review of the Literature. Evidence Report/ Technology Assessment no. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract 290-2007- 10056-I.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Berkman, N., Crotty, K., Donahue, K., Halpern, D., Sheridan, S., (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2):97-107.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2022). UCSP Freixo de Espada à Cinta. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários Website. Acedido a 07 Janeiro 2022 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040400/Pages/default.aspx>.

Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement. *Studies in health technology and informatics*, 240, 203. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-790-0-203>.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*.

Brügger, U., Eichler, K., & Wieser, S. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54, 313-324.

Canadian Health Services Research Foundation. The Economic Impact of Improvements in Primary Health Care Performance. Ottawa, Ontario: CHSRF, 2012.

Davis, T., Glass, J., Parker, R., Marin, E., & Williams, M., (2002). Health literacy and cancer communication. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 52, 134e149.

Davis, T., Long, S., Jackson, R., Mayeaux, E., George, R., Murphy, P., Crouch, M. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*. Jun; 25(6):391-5.

Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 Junho. Diário da República n.º 133/1999 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto. Diário da República n.º 150 – 1ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto de Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. Diário da República n.º 12/93 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 137/2013 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 193 - 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de Junho. Diário da República n.º 107/2011, Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

DeWalt, D., Boone, R., Pignone, M. (2007). Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav.* Set-Out;31 Suppl 1: S27-35.

Direção Geral da Saúde. (2016). Protocolo Quadro de colaboração entre a Direção-Geral da Saúde e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto no âmbito do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Acedido a 19 de Maio de 2022 em <https://r-3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Protocolo-PNESLA-Instituto-de-Saúde-Pública.pdf>.

Direção Geral da Saúde. (2019). Níveis de Literacia em Saúde – Portugal. Acedido a 14 de Janeiro 2022 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2019) Manual de boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa, Portugal.

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – Relatório Preliminar I. Acedido a 06 de Março de 2022 em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf.

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. Acedido a 06 de Março de 2022 em: https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf.

Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2015). Literacia em Saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-989-8807-30-4.

Fernandes, P. (2012) Literacia em saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS–Newest Vital Sign. Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Portugal.

Finbråten, et al. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research.* 18:506.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Friedland, R. (1998). Understanding health literacy: New estimates of the costs of inadequate health literacy. Working paper. National Academy on an Aging Society.

Gazmararian, J., Scott, T., & Williams, M., V., Baker, D. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395e404.

Greenberg, E., Jin, Y., Kutner, M., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center For Education Statistics.

Gonçalves, A. (2015). Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde. Associação de Politécnicos do Norte Instituto Politécnico do Porto. Porto.

Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. (1999). Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 281:552-7. [PMID: 10022112]

Hernandez, M. (2013). Improving Health, Health Systems, and Health Policy around the World: Workshop Summary. National Academies Press.

HLS-EU. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health Literacy Survey HLS-EU. Maastricht: HLS-EU Consortium.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., M., Kindig, D., A. (2004) Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. National Academies Press. Acedido a 06 Janeiro 2022 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216029/>.

Kickbusch, I., Maag, D., Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. European Health Forum Gastein, 6 de Outubro, Bad Gastein.

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 157-166.

Luís, L. (2010). Literacia em saúde e alimentação saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos. Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de Marketing: Uma orientação Aplicada* (4ª Edição). São Paulo: Bookman.

- Mancuso, J. (2008) Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10, 248-255.
- McCormack, L. et al. (2010). Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. *Journal of health communication*, 15, 51-71.
- Murray, S., Hagey, J., Willms, D., Shillington, R., DeJardins, R. (2008). *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*, Ottawa, Canadian Council on Learning.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15, 259- 267.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.
- OECD, Statistics Canada. (2000). *Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey*. Paris: OECD.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). Conferência Global sobre os Cuidados de Saúde Primários. OMS Website: Acedido a 07 Maio em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>
- Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata. URSS.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization website. Acedido a 04 Janeiro 2022 em http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Cuidados de Saúde Primários. World Health Organization website. Acedido a 29 Dezembro 2021 em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.
- Paasche-Orlow, M. et al. (2005). Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 172, 980-986.
- Palma, J. (2002). Problemas de saúde urgentes: a quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. *Rev Port Clin Geral*; 18:283-97.
- Parker, R., M., Baker, D., W., Williams, M., D., Nurss, J., R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.

- Pinto, M. (1996). O estudo nacional de literacia: do recado que encerra às políticas de intervenção que evoca. *Revista da Faculdade de Letras: Línguas e Literaturas*, 13, 357-406.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, Volume 16, Issue 2, June 2001, Pages 207–214.
- Ratzan, S. C. & Parker, R. M. (2000). Introduction. In C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, R. M. Parker, (Eds.), *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: Author.
- Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Pactor.
- Rudd, R. (2007). Illuminating the pathways from literacy to health outcomes. In: *International Union for Health Promotion and Education Conference*, Jun 11-15, Vancouver, British Columbia. Montreal, QC: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).
- Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and health in America*. Policy Information Report.
- Rudd, R. 2010. Improving Americans' Health Literacy. *New England Journal of Medicine*, 363(24):2283-5.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4,127-134.
- Segre, M., Ferraz, F., (1997). O conceito de Saúde. *Rev. saúde pública*, 31(5): 538-42.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Serviço Nacional de Saúde. SNS Website: Acedido a 5 de Março de 2022 em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Sørensen, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 948.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640.

Starfield, B. (1998). Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press. ISBN 9780195125436.

Sudore, R., Landefeld, C., Prez-Stable, E., Bibbins-Domingo, K., Williams, B., Schillinger, D. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. Patient Education and Counseling 75(3):398-402.

Unidade de Saúde Familiar. (2022). Serviços de Saúde - Consultas não Programadas. Acedido a 10 de Março de 2022 em: https://usf-saudenofuturo.min-saude.pt/servicos/cons_ao_programada/Paginas/default.aspx.

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

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2006). Advancing health literacy: A framework for understanding and action. Jossey-Bass.

Anexos

Anexo 1 - Questionário UCSP Freixo de Espada à Cinta



iscte INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

O presente questionário insere-se no âmbito da realização de um projeto de dissertação do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Este estudo é orientado pelas Professoras Rita Espanha e Andreia Garcia e tem como objetivo verificar se o nível de Literacia em Saúde da população tem influência no acesso aos cuidados de saúde primários.

O tempo esperado de preenchimento é entre 5 a 10 minutos. A sua participação é voluntária, sendo livre para recusar-se a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que haja qualquer efeito. Não existem riscos, danos ou custos associados à participação do estudo. As informações recolhidas são confidenciais e somente serão utilizadas para fins académicos.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Alícia Pires

Desenvolvido pela Qualtrics



iscte INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

É utilizador do Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta?

Sim

Não

Considerando a seguinte escala, indique quão fácil diria que é para si cada uma das seguintes situações:

	Muito Difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil
Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	☐	☐	☐	☐
Perceber o que fazer numa emergência médica?	☐	☐	☐	☐
Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	☐	☐	☐	☐
Seguir as instruções sobre a medicação prescrita?	☐	☐	☐	☐
Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão?	☐	☐	☐	☐
Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?	☐	☐	☐	☐
Avaliar se a informação transmitida nos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança? (ex.: TV, internet, etc.)	☐	☐	☐	☐
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 apresentada nas embalagens alimentares?	☐	☐	☐	☐
Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde? (ex.: hábitos alimentares e de consumo de álcool, exercício físico, etc.)	☐	☐	☐	☐
Tomar decisões que melhorem a sua saúde?	☐	☐	☐	☐



Costuma recorrer ao Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta, para consulta de rotina, pelo menos uma vez por ano?

Sim

Não

Não sei/Não respondo

Recorreu ao Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta nos últimos 12 meses?

Sim

Não

Não sei/Não respondo



Desenvolvido pela Qualtrics

Quantas vezes?



Quando foi a última vez que recorreu ao Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta?

2021

2020

2019

2018

Não sei/Não respondo

Outro

O que o/a levou a esta visita?

Consulta Programada Médico/Enfermeiro

Consulta aberta (urgência)

Não sei/Não respondo

Outro

Que motivo(s) o/a leva a escolher a consulta aberta (urgência)?

Problemas agudos e/ou Traumatismos ligeiros

Cartas/Informações de profissionais de saúde

Renovação de Medicação Crónica

Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares

Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Apresentação de resultados de exames

Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos

Dor e/ou febre

Não sei/Não respondo

Outro

Que motivo(s) o/a leva a escolher a consulta programada com o seu médico de saúde/enfermeiro?

Problemas agudos e/ou Traumatismos ligeiros

Cartas/Informações de profissionais de saúde

Renovação de Medicação Crónica

Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares

Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Apresentação de resultados de exames

Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos

Dor e/ou febre

Não sei/Não respondo

Outro



Que motivo(s) o/a leva a escolher a consulta aberta (urgência)?

Problemas agudos e/ou Traumatismos ligeiros

Cartas/Informações de profissionais de saúde

Renovação de Medicação Crónica

Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares

Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Apresentação de resultados de exames

Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos

Dor e/ou febre

Não sei/Não respondo

Outro

Que motivo(s) o/a leva a escolher a consulta programada com o seu médico de saúde/enfermeiro?

Problemas agudos e/ou Traumatismos ligeiros

Cartas/Informações de profissionais de saúde

Renovação de Medicação Crónica

Problemas respiratórios, digestivos, circulatórios, urinários, de pele, oculares

Solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Apresentação de resultados de exames

Atestados para licença de condução, robustez física, desportivos

Dor e/ou febre

Não sei/Não respondo

Outro



Por favor, leia atentamente cada uma das questões seguintes e selecione a opção que se aplica a si próprio/a.

Género

Feminino

Masculino

Outro/Prefiro não responder

Idade

Entre 18 e 28 anos

Entre 29 e 39 anos

Entre 40 e 50 anos

Entre 51 e 60 anos

Entre 61 e 70 anos

Mais de 71 anos

Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Viúvo/a

Grau de Escolaridade

Primeiro Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano)

Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9º ano)

Ensino Secundário (12º Ano)

Curso Técnico-Profissional

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Por favor, leia atentamente cada uma das questões seguintes e selecione a opção que se aplica a si próprio/a.

Género

Feminino

Masculino

Outro/Prefiro não responder

Idade

Entre 18 e 28 anos

Entre 29 e 39 anos

Entre 40 e 50 anos

Entre 51 e 60 anos

Entre 61 e 70 anos

Mais de 71 anos

Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Viúvo/a

Grau de Escolaridade

Primeiro Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano)

Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9º ano)

Ensino Secundário (12º Ano)

Curso Técnico-Profissional

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Situação Profissional

Trabalhador(a) por conta própria

Trabalhador(a) por conta de outrem

Desempregado(a)

Reformado(a)

Outra

Em que escalão se insere o rendimento mensal líquido do seu agregado familiar?

≤500€

501€ a 1000€

1001€ a 1500€

1501€ a 2000€

2001€ a 2500€

2501€ a 4000€

>4001€

Não sei/Não respondo

←

→

Desenvolvido pela Qualtrics

Por favor, analise o seguinte rótulo que foi retirado da parte de trás de uma embalagem de gelado. Com base nesta informação nutricional responda às seguintes questões:

Informação Nutricional	
Tamanho de Porção	½ taça
Porções por embalagem	4
Quantidade por porção	
Calorias 250	Cal Gordura 120
	%VD*
Gordura Total 13g	20%
Gordura Sat 9 g	40%
Colesterol 28 mg	12%
Sódio 55mg	2%
Total de Hidratos de Carbono 30g	12%
Fibra Alimentar 2g	
Açúcares 23g	
Proteína 4g	8%

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

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

Se comer uma embalagem inteira quantas calorias vai consumir?

Se somente puder comer 60gr de hidratos de carbono entre as principais refeições, quantas porções de gelado poderá comer no máximo?

O seu médico aconselhou-o/a a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Geralmente consome 42gr de gordura saturada por dia, que inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer gelado, quantas gramas de gordura saturada consumiria por dia?

Se geralmente come 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu valor diário de calorias se comesse uma porção de gelado?

Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelhas. É seguro para si comer este gelado?

Sim

Não

Não sei

Se respondeu não à pergunta anterior, indique a razão:



Agradecemos a sua participação neste inquérito.
A sua resposta foi registada.

