



# **ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**



## **LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES DE CUIDADOS DE SAÚDE**

**ABRIL DE 2017**



# Índice

Sumário executivo .....	1
1. Introdução.....	3
2. Direitos dos utentes .....	9
2.1. Legislação sobre direitos dos utentes.....	9
2.2. Reclamações dos utentes .....	13
3. Avaliação da literacia em direitos dos utentes.....	16
3.1. Utentes.....	18
3.1.1. Descrição da amostra .....	18
3.1.2. Literacia autoavaliada .....	22
3.1.3. Nível de literacia revelado .....	26
3.1.4. Discussão .....	49
3.2. Profissionais de saúde .....	51
3.2.1. Descrição da amostra .....	52
3.2.2. Literacia autoavaliada .....	55
3.2.3. Nível de literacia revelado .....	64
3.2.4. Discussão .....	92
4. Conclusões .....	97
Anexo I – Questionário sobre literacia .....	99

## Índice de abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ERSE – Entidade Reguladora dos Serviços Energéticos

HLS-EU – *European Health Literacy Survey*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NATO – Organização do Tratado do Atlântico Norte

PAPES – Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

RAER – Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## Sumário executivo

No âmbito do Plano de Atividades para 2016 foi determinado que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) interviesse prioritariamente na defesa dos direitos dos consumidores de serviços de saúde, designadamente através da promoção da literacia em saúde. Nesse sentido, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de literacia dos cidadãos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde.

O conceito de literacia em saúde, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), não inclui apenas o conhecimento de informação em saúde, mas também a motivação e competência dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar essa informação, a fim de tomar decisões ao longo da vida sobre o recurso a cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida. O presente estudo distingue-se por analisar uma dimensão específica daquele conceito lato, relativa ao grau de conhecimento dos utentes sobre os seus direitos enquanto utilizadores de cuidados de saúde. Nesse sentido pretende-se, por um lado, avaliar até que ponto o utente conhece e compreende os seus direitos e toma decisões esclarecidas no momento de recorrer aos cuidados de saúde e, por outro, avaliar o grau de conhecimento e compreensão dos profissionais que exercem funções em prestadores de cuidados de saúde quanto aos direitos dos utentes e, consequentemente, a sua capacidade para transmitir informação clara e adequada sobre esses direitos.

O estudo encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro é dedicado à introdução do tema. No capítulo 2 é realizada uma breve descrição dos principais diplomas que estabelecem os direitos dos utentes, com enfoque na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, bem como dos temas mais visados nas reclamações de utentes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde rececionadas pela ERS. No capítulo 3 apresenta-se a metodologia de recolha de dados, que assentou na implementação de dois inquéritos por questionário, a profissionais e utentes. Estes dois questionários eram similares, incluindo perguntas de autoavaliação de conhecimento – que pretendiam extrair a perceção dos inquiridos quanto ao seu conhecimento sobre cada questão – e perguntas de aferição do seu conhecimento efetivo. É também aqui feita a descrição das duas amostras (de profissionais e de utentes) e são apresentados os principais resultados obtidos para cada uma delas.

A maioria dos utentes apresenta um índice global de conhecimento inadequado e, apesar dos profissionais terem um nível de literacia superior, mais de metade revela um conhecimento inadequado ou problemático dos direitos dos utentes. Esta segunda constatação exige uma reflexão aprofundada, na medida em que os profissionais são o principal veículo de transmissão de informação aos utentes, pelo que o seu nível de desconhecimento irá, naturalmente, replicar-se nos utentes que por eles são informados.

Os temas onde o grau de desconhecimento é maior, em ambos os grupos de inquiridos, estão relacionados com o direito ao consentimento informado, o direito de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Os profissionais revelam, ainda, insuficiente conhecimento sobre o direito de acesso aos dados pessoais e à proteção da vida privada, nomeadamente no que se refere à propriedade do processo clínico, enquanto a grande maioria dos utentes desconhece o conceito de testamento vital. Mais de 50% dos profissionais e utentes desconhecem que o consentimento informado é sempre necessário, e que não tem de ser realizado por escrito. Existe também um grande desconhecimento sobre a existência de TMRG para a realização de consultas nos cuidados primários e nos cuidados hospitalares e para a realização de cirurgias, e sobre os grupos de beneficiários do cheque-dentista, no âmbito do PNPSO. Ora, estes temas já têm sido alvo de iniciativas de divulgação de informação junto dos utentes por parte das instituições públicas responsáveis, o que denota um desfasamento entre a disponibilidade de informação e a sua efetiva apreensão pelos utentes. Assim, deverão ser consideradas formas adicionais de divulgar a informação, até porque muita desta encontra-se apenas disponível na Internet, não estando acessível a toda a população.

O capítulo 4 sintetiza as principais conclusões do estudo e destaca a necessidade de se incrementar o nível de literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde. Um maior conhecimento sobre os seus direitos permitirá aos utentes um exercício mais pleno dos mesmos e um comportamento mais esclarecido, promovendo uma utilização racional dos cuidados de saúde e, em última instância, conduzindo a um melhor estado de saúde. Os diversos intervenientes no setor da saúde têm aqui um papel fundamental e deverão unir esforços no sentido da aquisição e partilha da informação necessária para contribuir para o aumento de literacia em direitos dos utentes.

## 1. Introdução

No âmbito do seu Plano de Atividades para o ano de 2016, foi determinado que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) iria focar a sua intervenção prioritariamente na defesa dos direitos dos consumidores de serviços de saúde, incluindo intervenções relacionadas com a promoção da literacia em saúde. O estudo que se apresenta tem como objetivo avaliar o nível de literacia dos cidadãos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde, sendo realizado ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

A preocupação com a literacia dos cidadãos, enquanto consumidores de diversos serviços que necessitam de apreender os conceitos essenciais para tomar decisões esclarecidas, designadamente sobre os seus direitos, é transversal a vários setores da economia, e não exclusiva do setor da Saúde.

A título de exemplo, o Banco de Portugal publicou, em 2011, o “Relatório do inquérito à literacia financeira da população portuguesa”<sup>1</sup>, no qual foi avaliado o nível de literacia financeira dos clientes do sector bancário, com o objetivo de contribuir para a identificação dos grupos populacionais e dos temas financeiros com lacunas mais significativas, pressupondo-se que “cidadãos mais informados têm capacidade de apreender melhor a informação que lhes é transmitida pelas instituições de crédito”. Por outro lado, no âmbito da literacia energética, e com o objetivo de promover a eficiência para redução dos consumos, foi implementada a plataforma “*Energy OFF*”, promovida pela Associação das Agências de Energia - Ambiente Rede Nacional (RNAE), em parceria com a Inteli e a Quercus – Associação Nacional de Conservação da Natureza, e apoiada pela Entidade Reguladora dos Serviços Energéticos (ERSE). No âmbito da literacia mediática, refira-se que a Entidade Reguladora para a Comunicação Social (ERC) pertence ao Grupo de Trabalho Informal sobre Literacia para os Media, constituído em 2009 com o objetivo de congregar esforços para identificação da intervenção já existente no âmbito da Educação para os Media<sup>2</sup>, aprofundamento da investigação sobre esta temática e definição de propostas de

---

<sup>1</sup> Banco de Portugal (2011) “Relatório do inquérito à literacia financeira da população portuguesa”. Portugal: Departamento de Supervisão Comportamental, Banco de Portugal.

<sup>2</sup> O Grupo Informal sobre Literacia para os Media é composto por representantes do Conselho Nacional de Educação, Comissão Nacional da UNESCO, Direção-Geral de Educação, ERC, Fundação para a Ciência e Tecnologia, Secretaria-Geral da Presidência do Conselho de Ministros, Rádio e Televisão de Portugal, Rede de Bibliotecas Escolares, Universidade do Minho – Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade e por Maria Emília Brederode Santos e Maria Teresa Calçada. Mais informação disponível no *website* <http://www.erc.pt/pt/grupos>.

políticas a aplicar<sup>3</sup>. Em paralelo, o Portal “Literacia mediática”<sup>4</sup> foi desenvolvido para agregar informação sobre literacia para os Media, e disponibiliza ferramentas para promoção de projetos e de fóruns de debate sobre esta problemática.

O conceito de literacia em saúde é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conhecimento, motivação e competência dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar informação em saúde, a fim de tomar decisões ao longo da vida sobre cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida.<sup>5</sup>

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, a literacia em saúde inclui: “i) competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado; ii) competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais; iii) competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário; iv) competências como cidadão, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes”<sup>6</sup>.

Com o intuito de clarificar as várias dimensões integradas no conceito de literacia em saúde, Sørensen *et al.* (2012)<sup>7</sup> desenvolveram um modelo conceptual integrado, em que se admite que a literacia em saúde compreende as competências de: 1) procurar, encontrar e obter informação em saúde; 2) compreender essa informação em saúde; 3) interpretar, filtrar, examinar e avaliar a informação em saúde; e 4) transmitir e utilizar essa informação na tomada de decisões propiciadoras da manutenção e melhoria do estado de saúde.

O papel da literacia em saúde assume particular relevância por se encontrar intimamente relacionada com o estado de saúde da população, físico e mental (Speros, 2005<sup>8</sup>; Wolf, Gazmararian e Baker, 2005<sup>9</sup>). De acordo com a Associação

<sup>3</sup> Informação disponível em <http://www.erc.pt/pt/grupos-de-trabalhos-de-que-e-membro>.

<sup>4</sup> Disponível em <http://www.literaciamediatika.pt/pt/>.

<sup>5</sup> World Health Organization (2013), “Health literacy. The solid facts”. Copenhagen: World Health Organization.

<sup>6</sup> Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/>. Consultado em 10/04/2017.

<sup>7</sup> Sørensen *et al.* (2012), Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*.12:80.

<sup>8</sup> Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.



Médica Americana, uma maior necessidade de cuidados de saúde pode estar associada a uma menor capacidade para ler e compreender informação (American Medical Association, 1999)<sup>10</sup>. Vários investigadores apontam que um nível adequado de literacia leva à melhoria do estado de saúde percebido, reduz os custos com os cuidados de saúde, aumenta o conhecimento sobre a saúde, diminui o tempo de internamento e diminui a frequência de utilização de serviços de saúde (Sørensen et al., 2012)<sup>11</sup>.

No contexto da União Europeia, tem sido desenvolvido um inquérito, intitulado “European Health Literacy Survey”<sup>12</sup>, com o objetivo de medir o nível de literacia em saúde das suas populações, e permitir a comparação entre os países participantes. Os principais resultados publicados sobre os oito países pioneiros desta iniciativa (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha) apontam que 12,4% dos inquiridos têm uma literacia em saúde inadequada, embora com diferenças substanciais entre países. Foi também concluído que, em grupos específicos da amostra (em particular, pessoas com mau estado de saúde, elevada utilização de cuidados de saúde, baixo estatuto socioeconómico, baixo nível de educação e mais idade), a proporção de pessoas com nível limitado de literacia em saúde excede a média da amostra total<sup>13</sup>.

Em Portugal, o questionário utilizado no âmbito do HLS-EU foi aplicado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP), tendo-se constatado que os inquiridos com níveis mais baixos de literacia em saúde tendem a ter mais idade e níveis de escolaridade mais baixo. A nível regional, dos resultados preliminares publicados pela ENSP<sup>14</sup>, em 2015, resulta que a região do Norte apresenta maior percentagem de inquiridos com nível “inadequado” de literacia em saúde, e a região do Algarve apresenta maior percentagem de inquiridos com nível “problemático” de literacia em saúde. Por outro lado, segundo a Fundação Calouste

---

<sup>9</sup> Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.

<sup>10</sup> American Medical Association (1999), Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *JAMA*, 281(6):552-7.

<sup>11</sup> Sørensen et al. (2012), Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*.12:80.

<sup>12</sup> O “European Health Literacy Survey” (HLS-EU) é um projeto da Universidade de Maastricht em parceria com várias universidades e instituições. Toda a informação pode ser consultada em <http://www.maastrichtuniversity.nl/>.

<sup>13</sup> Sørensen et al. (2015), Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. 1-6.

<sup>14</sup> Disponível em <http://www.saudequeconta.org/>. Consultado em 24/02/2016.

Gulbenkian (2016)<sup>15</sup>, 11% da população apresenta nível de literacia em saúde considerado “inadequado” e cerca de 38% da população tem um nível de literacia em saúde considerado “problemático” – as categorias mais baixas de literacia –, situação apenas ultrapassada por Espanha, Bulgária e Áustria.

Por seu turno, em 2016 a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) publicou os resultados de um inquérito à confiança dos consumidores portugueses em instituições com relevo a nível nacional e internacional, incluindo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo-se concluído que apenas 23% dos inquiridos estão bem informados sobre os seus direitos enquanto utentes do SNS, e 46% não sabem como fazer queixa dos serviços<sup>16</sup>.

No âmbito das iniciativas nacionais que promovem a literacia em saúde, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 integra, como estratégia para reforço da “cidadania em saúde”, a “promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde)”<sup>17</sup>. Nesse sentido, prevê-se a necessidade de “promover uma cultura de cidadania, assente no desenvolvimento de iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupo populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação, tendo como eixos a difusão da informação (atual, compreensível e credível), o desenvolvimento de competências, e o envolvimento e participação na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, bem como promovendo uma visão positiva em saúde”.

Por outro lado, foi recentemente criado, através do Despacho n.º 3618-A/2016, de 8 de março, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado em Diário da República a 10 de março, o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados que visa “contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade e promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados”.

<sup>15</sup> Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2016) Literacia em Saúde em Portugal. Relatório Síntese. Fundação Calouste Gulbenkian.

<sup>16</sup> Revista DECO PROTESTE n.º 382, setembro de 2016.

<sup>17</sup> Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de Escola Promotora da Saúde (EPS), definida como “uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem”, a Direção-Geral da Educação lançou, no ano letivo de 2014-15, o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES). Para além de permitir monitorizar o desenvolvimento do trabalho das escolas segundo o conceito EPS, este programa “tem como finalidades: incentivar as escolas a (i) incrementar a literacia em saúde, (ii) promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, (iii) valorizar comportamentos de estilos de vida saudáveis e (iv) criar condições ambientais para uma escola promotora de saúde”.

Por seu lado, a ERS tem vindo a desenvolver ações junto dos utentes, com o intuito de disponibilizar ferramentas essenciais para o exercício de decisões informadas em matéria de cuidados de saúde. A título de exemplo, refira-se a publicação no *website* da ERS, na área dedicada ao utente<sup>18</sup>, de informação sobre direitos e deveres dos utentes, e de respostas a perguntas frequentes sobre temas como tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), taxas moderadoras, acesso a informação em saúde e consentimento informado.

Destaca-se igualmente o referencial comparativo promovido pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)<sup>19</sup>, que permite dotar o utente de informação sobre a qualidade relativa nos prestadores de cuidados de saúde, e a realização de estudos setoriais que permitem a identificação dos principais constrangimentos e dinâmicas de áreas específicas da prestação de cuidados de saúde<sup>20</sup>. Por outro lado, algumas das questões avaliadas pelo SINAS não deixam de demonstrar a preocupação da ERS com a informação disponibilizada pelos prestadores aos utentes, designadamente sobre os seus direitos. No módulo SINAS@Hospitais, na *check-list* que se destina a suportar a avaliação da qualidade dos estabelecimentos hospitalares no âmbito da dimensão “Focalização no Utente”<sup>21</sup>, é reforçada a importância da transmissão de informação ao utente para obtenção do seu consentimento informado, da facultação do acesso a uma segunda opinião clínica, da garantia de confidencialidade do processo clínico, da disponibilização de informação sobre a existência de associações de doentes, da divulgação de informação sobre tempos de espera para consultas e cirurgias, e da possibilidade de apresentação de sugestões, queixas ou reclamações. Também a *check-list* que serve de base à avaliação da dimensão “Adequação e

<sup>18</sup> Disponível em <https://www.ers.pt/pages/49>.

<sup>19</sup> Disponível em <https://www.ers.pt/pages/265>.

<sup>20</sup> Disponível em <https://www.ers.pt/pages/41>.

<sup>21</sup> Disponível em <https://www.ers.pt/pages/217>.

Conforto das Instalações”, no âmbito do SINAS@Saúde.Oral<sup>22</sup>, inclui como requisito (identificado como ponto crítico<sup>23</sup>) “Est[ar] visível, na sala de receção, uma carta dos direitos e deveres dos utentes”.

Com o presente estudo pretende-se, por um lado, analisar até que ponto os cidadãos portugueses conhecem e compreendem os seus direitos enquanto utentes do sistema de saúde, permitindo que tomem decisões esclarecidas no momento de recorrer a cuidados de saúde. Por outro, pretende-se avaliar o grau de conhecimento e compreensão dos profissionais quanto aos direitos dos utentes e, consequentemente, a sua capacidade para transmitir informação clara e adequada sobre esses direitos.

O documento encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro é dedicado à introdução do tema. No capítulo 2, é realizada uma breve descrição dos principais diplomas que estabelecem os direitos dos utentes, com enfoque na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, bem como dos temas mais visados nas reclamações de utentes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde rececionadas pela ERS. No capítulo 3, apresentam-se a metodologia de recolha de dados e os principais resultados obtidos, que permitem aferir o nível de literacia dos utentes e profissionais de saúde quanto aos direitos dos utentes. O capítulo 4 sintetiza as principais conclusões do estudo.

---

<sup>22</sup> Disponível em <https://www.ers.pt/pages/196>.

<sup>23</sup> Designam-se “pontos críticos” os requisitos cujo incumprimento compromete a qualidade dos serviços prestados. O não cumprimento de qualquer um dos pontos críticos da *check-list* veda o acesso do prestador ao *rating* nesta dimensão, condicionando portanto a atribuição da respetiva estrela.

## 2. Direitos dos utentes

No capítulo que se apresenta é, inicialmente, feita uma breve descrição da legislação em matéria dos direitos dos utentes dos serviços de saúde que, não sendo exaustiva, pretende denotar a sucessão de legislação existente, e a sua dispersão por várias fontes de direito, cujo esforço de consolidação se traduziu na publicação da Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Num segundo momento, são apresentados os principais temas visados nas reclamações de utentes rececionadas pela ERS, com o objetivo de identificar os constrangimentos que se inserem na esfera dos direitos dos utentes.

### 2.1. Legislação sobre direitos dos utentes

A temática dos direitos dos utentes, no enquadramento jurídico português, precede a criação do SNS. O Estatuto Hospitalar, aprovado pelo Decreto n.º 48357, de 27 de abril de 1968, apesar de ter por principal objetivo a regulação da organização hospitalar, fixou igualmente orientações que visavam a proteção do direito de acesso universal e em condições de igualdade material aos estabelecimentos e serviços da organização hospitalar, do direito aos cuidados apropriados ao seu estado de saúde, do direito ao encaminhamento para os estabelecimentos adequados à sua situação clínica, do direito a um tratamento com delicadeza e urbanidade, o direito à recusa da assistência ou tratamento, o direito ao consentimento informado, e do direito à assistência religiosa – cfr. artigos 77.º, 78.º, 80.º, 82.º e 83.º.

A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (“Lei do Serviço Nacional de Saúde”), pela qual foi instituído o SNS, reiterou o princípio geral da garantia de acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, a todas as prestações abrangidas pelo SNS, com as restrições impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Por outro lado, instituiu o direito à liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, limitada, unicamente, pelas restrições impostas pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis e pelas normas de distribuição racional e regional dos serviços, o respeito pela dignidade dos utentes e preservação da intimidade da sua vida privada nas relações com o SNS, o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS, o direito a indemnização por danos causados, em sede de responsabilidade civil extracontratual do Estado, por atos de gestão pública, e o direito a apresentar reclamações, petições, sugestões ou queixas – cfr. artigos 4.º, 6.º, 8.º, 9.º, 10.º, 12.º e 13.º.

Posteriormente, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, consagrou, para o utente, no n.º 1 da Base XIV: o direito à liberdade de escolha do serviço e agentes prestadores, no âmbito do sistema de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras relativas à organização; o direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta; o direito a ser tratado pelos meios adequados, com humanidade, prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; o direito ao respeito da confidencialidade dos seus dados pessoais; o direito a ser informado sobre a sua situação clínica; o direito à assistência religiosa; o direito a apresentar queixas e reclamações e a ser indemnizado por prejuízos sofridos; e o direito a constituir entidades que representem e defendam os seus direitos e interesses e entidades que colaborem com o sistema de saúde na promoção e defesa da saúde.

Alguns direitos específicos foram também sendo acautelados em legislação dispersa, incluindo a Lei n.º 14/85, de 6 de julho e a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho – relativas ao direito de acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto e direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS, respetivamente –, a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro – respeitante ao direito de acompanhamento familiar em internamento hospitalar – e a Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto – que aprovou os termos a que deve obedecer a redação e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS<sup>24</sup>.

Na sequência da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, conforme visto entretanto revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foram publicadas a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho<sup>25</sup>, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas, e a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro<sup>26</sup>, que definiu os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) a respeitar pelos estabelecimentos do SNS no acesso aos cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e procedeu à publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (de ora em diante Carta dos Direitos de Acesso).

Em matéria de direito à informação, a Lei n.º 24/96, de 31 de julho (Lei do consumidor), reconhece o direito dos consumidores à informação para o consumo e à

<sup>24</sup> Estas disposições legais foram revogadas em 2014 e inseridas em diploma único pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março

<sup>25</sup> Revogada pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março.

<sup>26</sup> Revogada pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

proteção dos seus interesses económicos, não sendo exclusiva do setor da saúde. Especificamente em matéria de informação em saúde, a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, estabeleceu que, ao utente titular da informação de saúde, assiste o direito de, querendo e salvo circunstâncias excecionais, tomar conhecimento de todo o seu processo clínico (n.º 2 do artigo 3.º), bem como o direito à proteção da confidencialidade da informação (n.º 1 do artigo 4.º).

A Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, vem regular “o acesso a informação e a documentos nominativos, nomeadamente quando incluam dados de saúde [...] quando efetuado pelo titular dos dados, por terceiro autorizado pelo titular ou por quem demonstre ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido na informação” é regulado pela presente lei, sem prejuízo do regime legal de proteção de dados pessoais. Nos termos da mesma lei, “o acesso a informação de saúde [...] por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico se o titular da informação o solicitar, com respeito pelo disposto na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro” – cfr. artigo 7.º.

Por outro lado, existe legislação direcionada a acautelar os direitos de utentes de determinados serviços, de que são exemplo a Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho – que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regras para o internamento compulsivo, que inclui o elenco dos direitos do utente dos serviços de saúde mental – e a Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais, que veio estabelecer direitos dos utentes deste tipo de terapêuticas.

Pelo Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro, foi aprovado o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER), que salvaguarda e regulamenta o direito a prestação de assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS.

Em 2011, a ERS elaborou um Relatório intitulado “A Carta dos Direitos dos Utentes”<sup>27</sup>, com o objetivo de constituir um elemento basilar para uma correta e integral defesa dos direitos e interesses dos utentes. Neste documento foi descrito o quadro normativo vigente, até à data, que se caracterizava “por uma elevada complexidade [...] e uma assinalável dispersão de fontes de direitos dos utentes”.

---

<sup>27</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/pages/73?news\\_id=177](https://www.ers.pt/pages/73?news_id=177).



Dada esta dispersão, a consolidação da legislação em matéria de direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde foi estabelecida com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Esta lei tem como objeto “apresentar de forma clara e integrada os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde”, e aplica-se a todos os prestadores de cuidados de saúde, estejam ou não integrados no SNS. Para tal, partindo da Base XIV da LBS, incorporou as normas e princípios constantes da Lei n.º 14/85, de 6 de julho, da Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, da Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, e da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto.

Os capítulos II e IV da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, elencam, respetivamente, os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, tendo por referência a Base XIV da Lei de Bases da Saúde. Em concreto, são enumerados os direitos de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes e tendo em consideração as regras e organização dos serviços de saúde; ao consentimento e recusa da prestação dos cuidados de saúde; à adequação da prestação de cuidados, que devem ser prestados com prontidão e num período clinicamente aceitável, ser adequados e tecnicamente mais corretos, e ser prestados humanamente e com respeito pelo utente; à proteção dos dados pessoais e da vida privada; ao sigilo; à informação, facultada pelo prestador de cuidados de saúde, sobre a situação do utente, alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do estado de saúde, transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível; à assistência espiritual e religiosa; a reclamar e apresentar queixas; à associação em entidades que representem e defendam os seus interesses<sup>28</sup>; e à defesa de menores e incapazes – cfr. artigos 2.º a 11.º, do Capítulo II, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

O capítulo III engloba as regras comuns do acompanhamento dos utentes nos serviços de saúde, bem como as especificidades do acompanhamento nas urgências, acompanhamento da mulher grávida durante o parto e acompanhamento em internamento hospitalar de crianças, pessoas com deficiência ou em situação de dependência.

O capítulo V define os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso, cuja aprovação compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde. A Carta dos Direitos do Acesso visa garantir a prestação de cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável, pelos prestadores do SNS e convencionados, pelo que

---

<sup>28</sup> Em 2005, a Lei n.º 44/2005, de 29 de agosto (Lei das Associações de Defesa dos Utes de Saúde), já acautelava os direitos de participação e de intervenção destas associações junto da administração central, regional e local (n.º 1 do artigo 1.º).



define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), e estabelece o direito do utente à informação sobre esses tempos.

No que se refere ao direito do utente à informação sobre os TMRG, o artigo 27.º do capítulo V estabelece as obrigações que os estabelecimentos do SNS e convenionados têm de cumprir, com o intuito de informar o utente, designadamente, sobre os TMRG aplicáveis ao seu caso concreto. Ainda no capítulo V, no artigo 28.º, é reconhecido o direito dos utentes de reclamar para a ERS, caso os TMRG não sejam cumpridos.

Os direitos dos utentes que se encontram plasmados na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, constituíram a base para a elaboração dos questionários realizados neste estudo aos utentes e profissionais de saúde (cfr. anexo I), sendo os resultados apresentados no capítulo 3.

## 2.2. Reclamações dos utentes

No âmbito da sua atuação regulatória, a ERS recebe todas as reclamações feitas por utentes do sistema de saúde. A este propósito, apresentam-se as estatísticas dos temas visados nas reclamações rececionadas em 2016, por região de saúde, com o enfoque nos direitos dos utentes e os pedidos de informação, a nível nacional, realizados pelos utentes para o mesmo ano.

Os temas que de seguida são analisados representam 29,2% do total de todos os temas/assunto das reclamações rececionadas pela ERS. Destaca-se também que o total dos temas/assunto poderá não corresponder ao total de reclamações analisadas pela ERS, em 2016, uma vez que é possível selecionar mais do que um tema/assunto em cada reclamação.

Após a análise da tabela *infra*, constata-se que os temas mais visados nas reclamações no âmbito dos direitos dos utentes se referem à adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos (20,5%), à resposta em tempo útil/razoável (19,5%), e ao direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (11,1%). Numa perspetiva de

localização regional<sup>29</sup> dos estabelecimentos visados, verifica-se que os pesos relativos dos temas mais visados nas reclamações são idênticos para a maioria das regiões.

**Tabela 1 – Assunto da reclamação, por região, em 2016**

Tema/assunto da reclamação	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos	21,8%	23,5%	17,7%	18,7%	34,7%	20,5%
Resposta em tempo útil/razoável	21,1%	21,3%	18,5%	14,7%	18,5%	19,5%
Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito	11,5%	9,4%	11,3%	20,1%	7,2%	11,1%
Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos	9,5%	12,2%	10,6%	11,0%	7,7%	10,3%
Regras dos TMRG	10,6%	6,5%	10,0%	11,0%	13,5%	10,1%
Taxas moderadoras	8,7%	9,2%	7,4%	4,9%	4,5%	7,8%
Inscrição em médico de família	2,2%	2,8%	7,1%	0,9%	2,3%	4,7%
Qualidade da informação de saúde disponibilizada	3,5%	4,0%	3,5%	4,7%	3,2%	3,6%
Acompanhamento durante a prestação de cuidados	3,3%	3,2%	3,2%	2,9%	1,6%	3,1%
Liberdade de escolha do prestador	2,2%	1,3%	3,1%	1,1%	0,9%	2,5%
Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde	1,6%	2,5%	2,7%	4,1%	1,4%	2,3%
Regras do SIGIC	1,0%	1,2%	1,8%	1,8%	1,4%	1,5%
Informação prévia sobre custos/comparticipações/coberturas	1,2%	0,6%	1,7%	0,4%	1,6%	1,4%
Direito a reclamação	1,1%	1,1%	0,6%	1,6%	0,5%	0,8%
Direito a privacidade/confidencialidade dos dados	0,5%	0,5%	0,4%	0,2%	0,5%	0,4%
Consentimento informado e esclarecido	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Respeito por convicções ideológicas, religiosas, étnicas ou socioculturais	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%
Disponibilidade/visibilidade da tabela de preços	0,0%	0,1%	0,0%	1,8%	0,1%	0,1%
Cuidados transfronteiriços	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: ERS (2016).

Quanto aos pedidos de informação, de acordo com a tabela 2, os temas que têm suscitado mais dúvidas referem-se a reclamações, 29,8% dos pedidos, a taxas moderadoras, 18,8%, principalmente quanto à obtenção de isenções, e a dificuldades de acesso tanto aos cuidados de saúde como ao processo clínico, em 6,5% e 2,9% dos pedidos, respetivamente. Na temática das reclamações são habitualmente

<sup>29</sup> Nas análises regionais foram consideradas as regiões correspondentes às NUTS II de 1999 com alterações em 2010 e 2014, que coincidem com as áreas de jurisdição das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

colocadas questões sobre o procedimento de tratamento das mesmas, designadamente os prazos legais de resposta e modo de reclamar, entre outras.

**Tabela 2 – Assunto dos pedidos de informação, em 2016**

Assunto dos pedidos de informação	
Esclarecimento sobre Reclamações	29,8%
Taxas moderadoras	18,8%
Acesso aos cuidados de saúde	6,5%
Acesso ao processo clínico	2,9%
Direitos dos utentes	2,9%
Informação aos utentes	2,4%
TMRG	1,6%
Atribuições da ERS	1,6%
Cuidados de saúde no estrangeiro	0,8%
Convenções	0,8%
Testamento Vital	0,8%
SIGIC	0,4%
Outros	30,7%
<b>Total Geral</b>	<b>100,0%</b>

### 3. Avaliação da literacia em direitos dos utentes

Para avaliação da literacia sobre os direitos dos utentes, foram empreendidos dois inquéritos por questionário - um dirigido aos cidadãos, que pretendia aferir o seu nível de conhecimentos sobre os seus direitos enquanto utentes do sistema de saúde, e outro aos profissionais de saúde e profissionais com funções administrativas. Esta segunda análise teve por principal objetivo servir de comparador face aos resultados obtidos no inquérito aos utentes. Nesse sentido, foi avaliado o seu grau de conhecimento e compreensão sobre os direitos dos utentes e, consequentemente, a sua capacidade para transmitir informação clara e adequada sobre esses direitos.

A construção dos questionários teve por base os direitos definidos na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, bem como os temas mais visados nas reclamações de utentes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde rececionadas pela ERS e os pedidos de informação realizados pelos utentes à ERS. Os questionários disseminados junto de utentes e profissionais são similares, apenas com pequenas adaptações de redação para facilitar a compreensão de alguns conceitos por parte dos utentes.

A recolha de respostas foi realizada com recurso a dois métodos distintos, adaptados ao público-alvo a que se dirigiam. No que se refere aos profissionais de saúde e administrativos foi realizado um inquérito por questionário, construído na plataforma *online* LimeSurvey, enviado por *e-mail* para todos os prestadores públicos, privados e sociais registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS. Foi solicitada a disseminação do questionário junto dos profissionais, informando-se que a participação era voluntária e anónima. Por outro lado, a recolha de respostas dos utentes decorreu presencialmente, através de entrevistadores preparados para o efeito, em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos e privados das cinco regiões.<sup>30</sup>

O questionário (cfr. anexo I) encontra-se dividido em duas partes: a primeira é dedicada à caracterização do respondente, e a segunda inclui questões que pretendem avaliar a literacia em direitos dos utentes, distribuídas por 10 temas: acesso, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), consentimento informado, testamento vital, acesso aos dados pessoais contidos no processo clínico e proteção da vida privada, informação, assistência religiosa, reclamação,

<sup>30</sup> Nas análises regionais foram consideradas as regiões de jurisdição das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

acompanhamento e TMRG (cfr. tabela 3). Adicionalmente, os utentes e os profissionais foram questionados quanto à utilização e conhecimento sobre cuidados de saúde no estrangeiro, com principal enfoque na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, de cuidados de saúde transfronteiriços. A importância desta temática justificou a inclusão de um estudo autónomo no Plano de Atividades da ERS para 2016, para avaliar, designadamente, o conhecimento sobre cuidados de saúde transfronteiriços.

O leque de perguntas incluídas no questionário aborda duas vertentes: a autoavaliação do conhecimento – através da classificação, numa de cinco categorias entre “nenhum” a “muito alto”, do nível de conhecimento que o respondente considera ter sobre determinado conceito –, e a aferição do seu conhecimento efetivo. Nas secções 3.1. e 3.2., em que se apresentam os resultados dos dois inquéritos, estão claramente identificadas as vertentes da autoavaliação e do conhecimento revelado.

**Tabela 3 – Descrição da estrutura do questionário**

Seções	Descrição
<b>PARTE I</b>	
Identificação do prestador	Público de cuidados de saúde primários, público de cuidados de saúde hospitalares, privado ou social de cuidados hospitalares e região.
Identificação do respondente	Caracterização sociodemográfica do respondente, designadamente idade, género, estado civil, nível de educação, entre outras.
<b>PARTE II</b>	
Acesso	Questões 2, 3, 4, 5, 6, 7, e 9. Liberdade de escolha no SNS, taxas moderadoras, convenções e transferências entre os prestadores privados e públicos.
PNPSO	Questão 11. Grupos de beneficiários do cheque-dentista.
Consentimento informado	Questões 13, 14 e 15. Regras de exercício do direito ao consentimento informado.
Testamento vital	Questão 17. Definição de testamento vital.
Dados pessoais e proteção da vida privada	Questões 18 e 19. Titularidade e acesso à informação constante do processo clínico.
Informação	Questões 20, 21, 22, 23 e 24. Informação que deve estar afixada, momento da sua disponibilização, direito à segunda opinião.
Assistência religiosa	Questão 25. Âmbito do direito de assistência religiosa.
Reclamação	Questões 26, 27, 28, 30 e 31. Titular do direito à reclamação, livro de reclamações, meios de reclamação e análise das mesmas.
Acompanhamento	Questões 32, 33 e 34. Acompanhamento de utentes nos serviços de urgência do SNS, de grávidas no momento do parto e de crianças internadas.
TMRG	Questões 35, 36, 37, 38, 39 e 40. Prestações para as quais se encontram definidos TMRG.
Escala de autoavaliação do conhecimento (de 1 a 5, conforme o grau de conhecimento sobre determinado conceito)	Conceitos avaliados: SNS (questão 1), Prestador convencionado (questão 8), Cheque-dentista (questão 10), Consentimento informado (questão 12), Testamento vital (questão 16), ERS (questão 29), Vale cirurgia (questão 41).

No tratamento dos dados, foram aplicadas as técnicas estatísticas descritivas adequadas à classificação das variáveis, bem como estatísticas inferenciais para se explorar as diferenças estatísticas entre grupos. Foram ainda implementados modelos econométricos, no sentido de identificar eventuais efeitos estatisticamente significativos das características dos respondentes no seu nível de literacia. Note-se que as questões relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços não foram consideradas, como justificado anteriormente, nos índices de literacia autoavaliada e revelada.

### **3.1. Utentes**

O objetivo central do estudo, como já referido, é avaliar se os cidadãos conhecem e compreendem os seus direitos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde. A análise empreendida contempla o nível de literacia autoavaliada, e o nível de literacia observada, calculada tendo por base o número de respostas certas a um conjunto de questões formuladas pela ERS em sede de inquérito por questionário (cfr. anexo I).

#### **3.1.1. Descrição da amostra**

De modo a refletir-se a realidade dos utentes em estabelecimentos públicos e privados, e identificar eventuais assimetrias intrarregionais, em cada uma das regiões foram considerados dois estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde (primários e hospitalares) e dois estabelecimentos privados ou sociais (hospitalares), localizados em zonas do litoral e do interior, o que perfaz um total de 20 prestadores em todo o país.

A amostra de utentes foi estruturada de forma a refletir as características da população residente em Portugal Continental com idade igual ou superior a 18 anos (7.938.886 residentes). Assim, a amostra deveria ter, no mínimo, de 820 inquiridos, para permitir a obtenção de resultados com um nível de confiança de 99% e um erro amostral de 4,5%.<sup>31</sup> A dimensão e a distribuição da amostra respeita os requisitos da amostra-alvo

---

<sup>31</sup> Para esclarecimento mais detalhado sobre o cálculo da dimensão da amostra poderá ser consultado o Capítulo 1 de Marôco, J. (2011), *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. ReportNumber.

descrita na tabela 4, definida por aproximação a 1.000 indivíduos, tendo por base a população residente com idade superior a 18 anos, respeitando a proporção de género (52% são mulheres e 48% são homens<sup>32</sup>) e a proporção dos residentes por região.

**Tabela 4 – Dimensão e distribuição da amostra alvo**

Região	População residente		Total de inquiridos por região	Total de inquiridos por região e por género	
	N.º	%	N.º HM	N.º H	N.º M
Norte	3.644.195	36,7%	369	177	192
Centro	1.698.501	17,1%	172	83	89
LVT	3636407	36,7%	368	177	191
Alentejo	497.087	5,0%	50	24	26
Algarve	442.358	4,5%	45	21	23
<b>Total</b>	<b>9.918.548</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.004</b>	<b>482</b>	<b>522</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.

Para a recolha de dados, foi usada a técnica amostral por conveniência e aplicado o inquérito por questionário, através de entrevista direta e pessoal. As entrevistas foram realizadas em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, dentro do horário normal de funcionamento dos mesmos, por entrevistadores de uma empresa especializada contratada pela ERS para o efeito<sup>33</sup>. Todas as fases do processo de recolha de informação foram sujeitas a um processo de controlo de qualidade, para garantia da validade das respostas recolhidas. O entrevistador apresentou-se a cada utente, munido da declaração de identificação e apresentação, referindo estar ao serviço da empresa contratada pela ERS para colaboração num estudo. Os inquiridos foram esclarecidos de que as respostas ao questionário eram confidenciais e se destinavam a ser utilizadas exclusivamente pela ERS.

A amostra inclui 1.011 respostas válidas, das quais 252 foram obtidas de utentes que se encontravam em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, 254 em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 505 em prestadores privados ou sociais. O número de entrevistados em cada região distribui-se da seguinte forma: 373 na região Norte, 369 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 173 na região Centro, 52 no Alentejo e 44 na região do Algarve, seguindo-se assim a estrutura da amostra previamente definida (cfr. tabela 5).

<sup>32</sup> INE (2011) Censos, 2011.

<sup>33</sup> Mediante o necessário procedimento de contratação, tramitado nos termos do Código dos Contratos Públicos, a ERS selecionou para o serviço a empresa Consulmark 2 - Estudos de Mercado e Trabalho de Campo, Lda.

**Tabela 5 – Respondente por tipo de estabelecimento e por região**

Região	Tipo de estabelecimento prestador de cuidados de saúde			Inquiridos por região
	Público de Cuidados de Saúde Primários	Público de Cuidados de saúde Hospitalares	Privado ou Social	Freq.
Norte	93	94	186	373
Centro	43	43	87	173
LVT	92	92	185	369
Alentejo	13	14	25	52
Algarve	11	11	22	44
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>254</b>	<b>505</b>	<b>1.011</b>

Na tabela 6, descrevem-se as características demográficas dos inquiridos. Do total, 36,1% residem na região Norte, 34,2% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 18,6% na região Centro, 6,1% na região do Alentejo e 4,5% no Algarve. A idade média foi de 49,7 anos, predominando as idades compreendidas entre os 36 a 45 anos e entre os 46 a 55 anos. Por outro lado, 52,5% dos inquiridos eram do género feminino e 47,5% do género masculino, e 66,1% eram casados ou viviam em união de facto; 74,6% dos inquiridos não tinham qualquer grau de ensino superior, 21,4% tinham licenciatura e 4% eram detentores de mestrado ou doutoramento; 62,2% estavam ativos no mercado de trabalho (a trabalhar por conta própria ou por conta de outrem), 8,3% encontravam-se desempregados, 4,5% eram estudantes e 23,2% reformados.

**Tabela 6 – Descrição sociodemográfica dos inquiridos**

Variáveis		Percentagem
Região do concelho de residência	Norte	36,1%
	Centro	18,6%
	LVT	34,2%
	Alentejo	6,1%
	Algarve	4,5%
	NR	0,5%
Idade	25 anos ou menos	7,4%
	26 a 35 anos	14,7%
	36 a 45 anos	20,9%
	46 a 55 anos	20,4%
	56 a 65 anos	15,7%
	66 a 75 anos	13,9%
	76 anos ou mais	7,0%
Género	Feminino	52,5%
	Masculino	47,5%
Nível de educação	Ensino básico	30,4%
	Ensino secundário	44,2%
	Licenciatura	21,4%



Variáveis		Percentagem
Estado civil	Mestrado ou doutoramento	4,0%
	Casado(a)/União de facto	66,1%
	Solteiro(a)	19,0%
	Divorciado(a)	9,3%
	Viúvo(a)	5,6%
Situação perante o trabalho	Trabalhador(a) por conta própria	9,0%
	Trabalhador(a) por conta de outrem	53,2%
	Desempregado(a)	8,3%
	Estudante	4,5%
	Reformado(a)	23,2%
	Outra	1,8%

Quanto à utilização dos serviços de saúde, 60,4% dos utentes inquiridos encontravam-se no estabelecimento de cuidados de saúde por motivo de rotina ou prevenção, 29,8% por episódio de doença e 9,8% por doença crónica. Mais de metade dos inquiridos (75,4%) responderam que recorrem com mais frequência a serviços públicos do que a outros.

Do total de inquiridos, 52,1% avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”, e 9,3% como “mau” ou “muito mau”.

Por outro lado, 31,1% dos inquiridos possuíam seguro privado de saúde e 35,3% eram beneficiários de um subsistema de saúde.

**Tabela 7 – Utilização dos serviços de saúde e estado de saúde**

Variáveis		Percentagem
Tipo de estabelecimento onde foi realizada a entrevista	Prestador público de cuidados primários	24,9%
	Hospital público	25,1%
	Hospital privado ou social	50,0%
Porque se deslocou hoje a este estabelecimento?	Rotina/Prevenção	60,4%
	Episódio de doença	29,8%
	Doença crónica	9,8%
A que serviços de saúde recorre mais vezes? [variável multiresposta]	Público (hospital ou centro de saúde)	75,4%
	Privado (hospital, clínica, consultório)	47,4%
	Social (Misericórdia, Ordem, IPSS)	0,5%
Como avalia o seu estado de saúde atualmente?	Muito bom	4,2%
	Bom	47,9%
	Nem bom nem mau	38,6%
	Mau	8,7%
	Muito mau	0,6%
Tem algum seguro de saúde?	Sim	31,1%
	Não	68,9%
É beneficiário de algum subsistema de saúde (exemplo, ADSE, ADM, SAMS, SAD GNR)?	Sim	35,3%
	Não	64,7%

### 3.1.2. Literacia autoavaliada

Foi solicitado a cada inquirido que avaliasse o seu conhecimento sobre temas relacionados com os prestadores convencionados, o cheque-dentista, o consentimento informado, o testamento vital, a Entidade Reguladora da Saúde e o vale cirurgia. A escolha destes conceitos justifica-se pela sua relevância para o exercício dos direitos dos utentes descritos anteriormente, inserindo-se nos temas do questionário descritos na tabela 3. A autoavaliação do conhecimento pelos respondentes realizou-se mediante a seleção de uma das cinco categorias da escala “nenhum”, “baixo”, “médio”, “alto” e “muito alto”. Com base nas respostas, foi calculada a média de literacia global autoavaliada, assente na escala de *Likert*, em que os valores 1, 2, 3, 4 e 5 correspondem a “nenhum”, “baixo”, “médio”, “alto” e “muito alto”, respetivamente.

Como se constata na tabela 8, o nível de literacia global autoavaliado é inferior a 2 (“baixo”), e particularmente baixo para os utentes residentes na região do Alentejo. Os utentes entrevistados em prestadores públicos de cuidados de saúde primários apresentaram um nível de literacia autoavaliado inferior ao dos entrevistados em prestadores hospitalares (públicos, privados ou sociais).

O nível de literacia autoavaliado varia com as características demográficas dos utentes. A literacia autoavaliada assume uma tendência crescente até à faixa etária dos 36 a 45 anos, na qual atinge o máximo (de apenas 2,03).

Considerando a situação perante o trabalho, o nível de literacia autoavaliado é superior para os utentes que trabalham por conta de outrem, embora seja classificado como baixo, e o nível de literacia autoavaliado aumenta com o nível de escolaridade do utente. Com efeito, os utentes com mestrado ou doutoramento apresentam o maior nível de literacia relativo, contrastando com o nível mais baixo apresentado pelos utentes com ensino básico.

**Tabela 8 – Nível médio de literacia global autoavaliada**

Variáveis		Literacia autoavaliada (média)
Tipo de estabelecimento onde foi realizada a entrevista	Prestador público de cuidados de saúde primários	1,67
	Hospital público	1,98
	Hospital privado ou social	1,96
Região do concelho de residência	Norte	1,93
	Centro	1,88
	LVT	1,93
	Alentejo	1,51
	Algarve	1,93
	Nacional	1,89
Idade	25 anos ou menos	1,80
	26 a 35 anos	2,02
	36 a 45 anos	2,03
	46 a 55 anos	1,96
	56 a 65 anos	1,85
	66 a 75 anos	1,8
	76 anos ou mais	1,42
Género	Masculino	1,82
	Feminino	1,96
Nível de educação	Ensino básico	1,57
	Ensino secundário	1,89
	Licenciatura	2,27
	Mestrado ou doutoramento	2,34
Estado civil	Casado(a)/União de facto	1,91
	Solteiro(a)	1,92
	Divorciado(a)	1,97
	Viúvo(a)	1,55
Situação perante o trabalho	Trabalhador(a) por conta própria	1,89
	Trabalhador(a) por conta de outrem	2,01
	Desempregado(a)	1,81
	Estudante	1,87
	Reformado(a)	1,69
	Outra	1,48

A possível relação entre as características dos utentes e a literacia autoavaliada foi estudada através de uma análise de regressão, com base num modelo de regressão linear múltipla, estimado pelo método dos mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*)<sup>34 35</sup>. A variável dependente – compreendida entre 1 e 5 – refere-se ao nível de literacia autoavaliada. As variáveis explicativas incluem a natureza do prestador onde a entrevista foi realizada – incluindo-se as variáveis binárias hospital público e hospital privado ou social, tendo por base de comparação o prestador público de cuidados de saúde primários –, região de saúde – incluindo-se as variáveis binárias Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, tendo por base de

<sup>34</sup> Para explicação mais detalhada sobre as hipóteses subjacentes ao modelo OLS pode ser consultado Wooldridge (2013), “Introductory Econometrics: A Modern Approach, Fifth Edition”. Manson: South-Western Cengage Learning.

<sup>35</sup> A implementação do modelo OLS incluiu a correção da heteroscedasticidade dos erros da estimação, após aplicação do teste Breusch-Pagan/Cook-Weisberg.

comparação a região Norte –, a idade – variável contínua que corresponde à idade do respondente, no momento de preenchimento do questionário<sup>36</sup> –, o género – variável binária “mulher” que assume o valor 1 se o respondente é mulher –, o estado civil – variável binária “solteiro” que assume o valor 1 se o respondente é solteiro –, e o nível de educação – que resulta da inserção de duas variáveis binárias “licenciatura” – que assume o valor 1 se o indivíduo tem licenciatura – e “mestrado ou doutoramento” – que assume o valor 1 se o indivíduo tem um destes graus de ensino. Incluiu-se também uma variável binária para a situação de desemprego e outra relativa a dispor de um seguro ou subsistema de saúde.

Da tabela 9 retira-se que a variável que traduz a residência na região do Alentejo apresentou um impacto negativo, estatisticamente significativo, na literacia autoavaliada, quando comparada com a residência na região Norte. As variáveis relativas às restantes regiões não apresentaram significância estatística. É também possível observar que a literacia autoavaliada aumenta, com significância estatística, para utentes com seguros ou beneficiários de subsistema. Os utentes entrevistados em hospitais (públicos, privados e sociais) revelaram uma literacia autoavaliada superior ao dos entrevistados em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, com efeito superior da variável “hospital público”. Os níveis de escolaridade apresentam um efeito positivo na literacia autoavaliada, com significância estatística. As variáveis relativas ao género e ao estado civil também apresentaram significância estatística.

**Tabela 9 – Modelo de regressão da literacia autoavaliada, utentes**

Variável	Literacia global (%)
Hospital público	0.252 (5.52)***
Hospital privado ou social	0.152 (3.51)***
Centro	-0.074 (1.37)
Lisboa e Vale do Tejo	-0.076 (1.85)*
Alentejo	-0.314 (5.41)***
Algarve	-0.092 (1.11)
Idade	-0.002 (1.57)
Mulher	0.093 (2.69)**

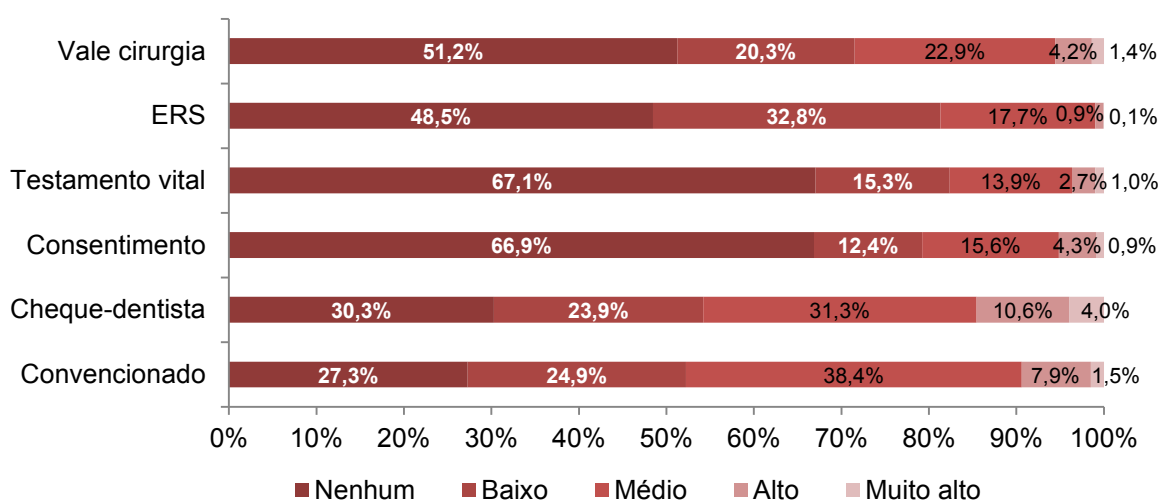
<sup>36</sup> Note-se que a distribuição da amostra por grupos etários, apresentada anteriormente em forma de estatísticas descritivas, resulta da adaptação desta variável, para tornar mais clara a sua apresentação.

Variável	Literacia global (%)
Solteiro	-0.154 (2.86)**
Divorciado	-0.029 (0.47)
Viúvo	-0.138 (2.03)**
Ensino secundário	0.263 (6.26)***
Licenciatura	0.565 (9.97)***
Mestrado ou doutoramento	0.611 (5.35)***
Desemprego	-0.003 (0.04)
Seguro ou subsistema	0.192 (4.69)***
Constante	1549 (15.20)***

Legenda: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ . Estatísticas t entre parênteses.  $R^2 = 0,27$ . N = 1006.

Como se pode ver no gráfico 1, mais de 50% dos utentes entrevistados entenderam não ter nenhum conhecimento sobre o que é o vale cirurgia, o testamento vital e o consentimento informado. Quanto ao que é a ERS e o cheque-dentista, a maioria autoavaliou o seu conhecimento como baixo ou inexistente. Na questão relativa ao que é um prestador convencionado com o SNS, 47,8% dos utentes consideraram ter um conhecimento médio, alto ou muito alto.

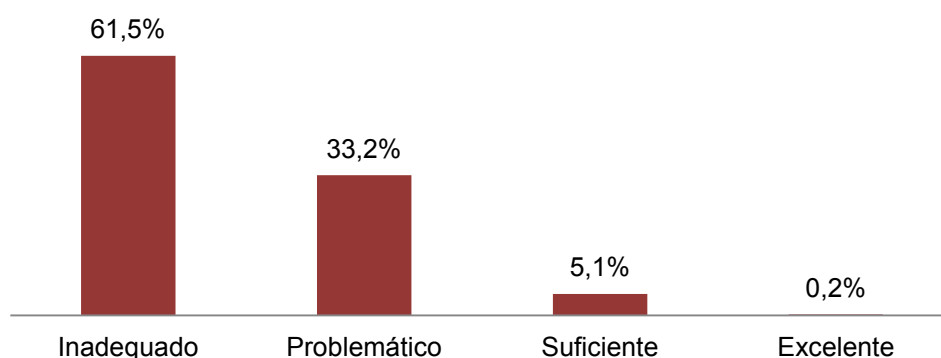
**Gráfico 1 – Autoavaliação do conhecimento, por questão**



### 3.1.3. Nível de literacia revelado

Como se pode ver no gráfico 2, 94,7% dos utentes inquiridos revelaram ter um nível limitado de literacia, posicionando-se nas categorias “inadequado” e “problemático”<sup>37</sup>.

**Gráfico 2 – Índice de literacia global**



Foram implementados os testes paramétricos t de Student e de análise de variância (ANOVA)<sup>38</sup> para identificar eventuais diferenças no nível de literacia, com base nas seguintes características: região de residência, idade, género, nível de educação, estado civil, situação perante o trabalho e cobertura por um seguro privado de saúde ou subsistema de saúde.

Da análise da implementação dos testes, resulta que os inquiridos em hospitais revelaram um nível superior de literacia e, a nível regional, os residentes nas regiões Algarve e Lisboa e Vale do Tejo foram os únicos que apresentaram um nível médio de literacia superior a 50%. Consideradas as características pessoais dos utentes, constata-se que o nível de literacia atingiu os valores mais altos nas faixas etárias entre os 26 e os 35 anos e entre os 36 e os 45 anos, e os mais baixos nas idades abaixo dos 25 anos e acima dos 75 anos. Como seria de esperar, à medida que aumenta o nível de educação, a literacia global aumenta. Por seu lado, os trabalhadores por conta de outrem e os detentores de seguro privado e de subsistema público de saúde demonstraram ter um nível global de literacia observada superior aos restantes grupos.

<sup>37</sup> De acordo com a definição estabelecida pelo HLS-EU.

<sup>38</sup> O teste t de Student procede à comparação das médias entre dois grupos, em que a hipótese nula corresponde à igualdade das médias entre os dois grupos, e o teste ANOVA, assume na hipótese nula a igualdade das médias entre mais do que dois grupos. Antes da aplicação dos testes, verificou-se se as observações de cada grupo seguiam a distribuição normal através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov e da homogeneidade da variância através do teste Levene.

**Tabela 10 – Nível médio de literacia global, teste t-Student e teste ANOVA**

Variáveis	Nível médio de literacia global	ANOVA ou t-Student (p-value)
Tipo de estabelecimento onde foi realizada a entrevista		6,688 (0,001)**
Prestador público de cuidados de saúde primários	44,25%	
Hospital público	46,11%	
Hospital privado ou social	47,62%	
Região de Saúde do respondente		22,515 (0,000)***
Norte	45,22%	
Centro	43,13%	
LVT	50,07%	
Alentejo	38,64%	
Algarve	51,64%	
Idade		9,979 (0,000)***
Inferior ou igual a 25 anos	43,28%	
26-35 anos	49,81%	
36-45 anos	49,08%	
46-55 anos	46,60%	
56-65 anos	45,98%	
66-75 anos	44,25%	
Superior ou igual a 76 anos	39,24%	
Género		0,348 -0,169
Feminino	46,53%	
Masculino	46,26%	
Nível de educação		62,025 (0,000)***
Ensino básico	40,28%	
Ensino secundário	46,84%	
Licenciatura	52,41%	
Mestrado ou doutoramento	55,80%	
Estado Civil		6,598 (0,000)***
Casado/União de facto	46,60%	
Solteiro	47,53%	
Divorciado	46,79%	
Viúvo	39,70%	
Situação perante o trabalho		8,626 (0,000)***
Trabalhador(a) por conta própria	47,33%	
Trabalhador(a) por conta de outrem	48,38%	
Desempregado(a)	43,74%	
Estudante	45,31%	
Reformado(a)	43,16%	
Outra	39,70%	
Seguro privado de saúde		5,663 (0,000)***
Sim	49,56%	
Não	44,98%	
Subsistema de saúde		4,472 (0,000)***
Sim	48,68%	
Não	45,16%	

\*\*\* significativo para o nível de 1%. Nota: utilizou-se o teste t-Student para comparar grupos de dois elementos e o teste ANOVA para três ou mais grupos.

À semelhança da estimação apresentada na secção anterior, relativa ao nível de literacia autoavaliada, foi aplicado o método OLS<sup>39</sup> para identificar as variáveis com impacto no nível de literacia global. As variáveis explicativas utilizadas são idênticas à do modelo anterior, e a variável dependente corresponde ao nível de literacia observada, em percentagem, extraído do número de respostas corretas dos inquiridos. Dos resultados obtidos retira-se que as variáveis “hospital privado ou social”, “Lisboa e Vale do Tejo” e “Algarve”, “idade”, “solteiro” e “viúvo”, são significativas. Os utentes residentes em Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve têm um nível de literacia superior, quando comparados com os residentes na região Norte. Por sua vez, a idade relaciona-se positivamente com a literacia global em direitos dos utentes.

**Tabela 11 – Modelo de regressão aplicado ao nível da literacia global**

Variável	Literacia global (%)
Hospital público	0.016 (1.57)
Hospital privado ou social	0.036 (3.78)***
Centro	-0.017 (1.63)
Lisboa e Vale do Tejo	0.044 (4.71)***
Alentejo	-0.029 (1.63)
Algarve	0.061 (3.36)***
Idade	0.001 (1.93)*
Mulher	0.003 (0.41)
Solteiro	0.018 (1.74)*
Divorciado	-0.006 (0.46)
Viúvo	-0.033 (1.82)*
Ensino secundário	0.010 (0.97)
Licenciatura	0.003 (0.25)
Mestrado ou doutoramento	0.016 (0.78)
Desemprego	0.015 (1.17)
Seguro ou subsistema	-0.007 (0.82)
Constante	0.394 (16.40)***

Legenda: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ . Estatísticas t entre parênteses.  $R^2 = 0,0709$ .  $N = 1,003$ .

<sup>39</sup> Modelo corrigido para a existência de heteroscedasticidade, por rejeição da hipótese de homoscedasticidade.



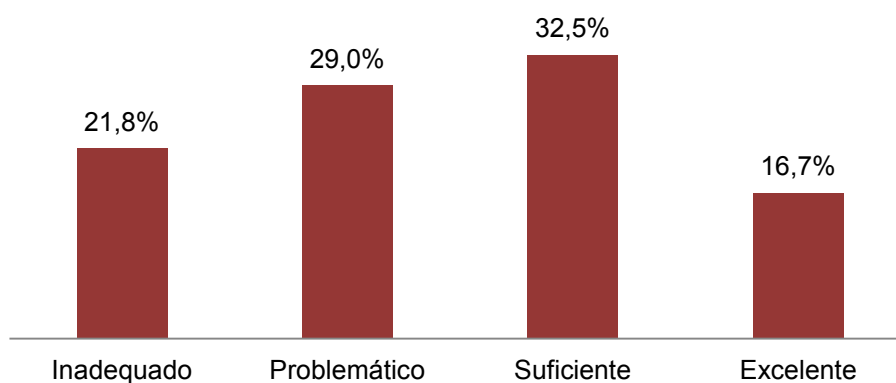
### Nível de literacia por tema

De seguida, avalia-se o nível de literacia observada em cada tema, incluindo a apresentação da distribuição pelas categorias “inadequado”, “problemático”, “suficiente” e “excelente”, bem como a apresentação das respostas de cada pergunta. Os temas que apenas incluem uma pergunta no âmbito da literacia revelada – PNPSO, testamento vital e assistência religiosa – não compreendem a distribuição por categorias, porque tal corresponderia a uma duplicação de informação.

### Acesso

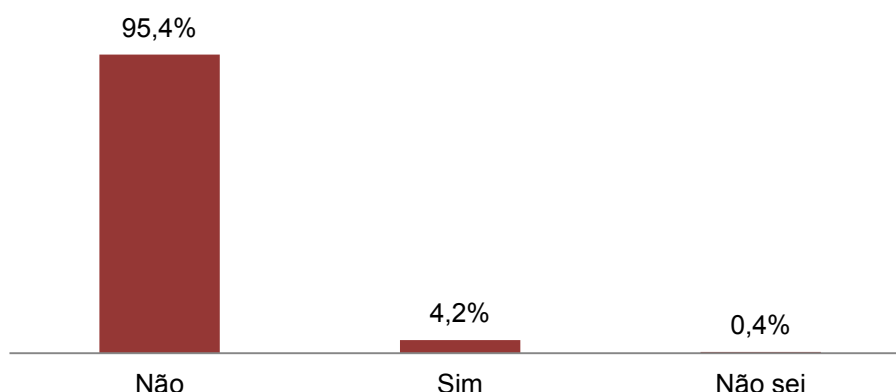
O gráfico 3 apresenta a distribuição dos utentes, em termos do nível de literacia revelada, relativamente ao tema “acesso”.

**Gráfico 3 – Nível de literacia sobre acesso**



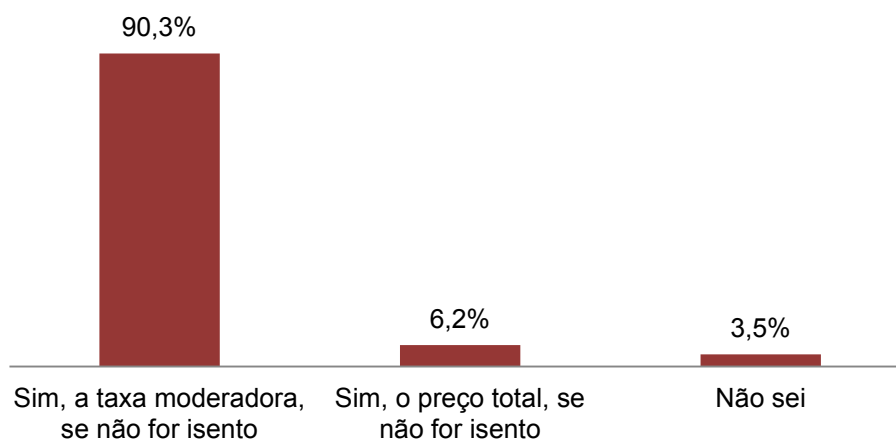
Na questão “*Só o cidadão com um rendimento baixo é que tem direito de acesso a um centro de saúde ou hospital público?*”, 95,4% dos inquiridos revelaram um conhecimento adequado, sabendo que o direito de acesso aos prestadores de cuidados de saúde públicos se encontra consagrado, independentemente do rendimento (cfr. gráfico 4). No entanto, não deixa de ser surpreendente que mais de 4% dos utentes tenham afirmado que apenas cidadãos de baixos rendimentos tinham este direito.

**Gráfico 4 – Só o cidadão com um rendimento baixo é que tem direito de acesso a um centro de saúde ou hospital público?**



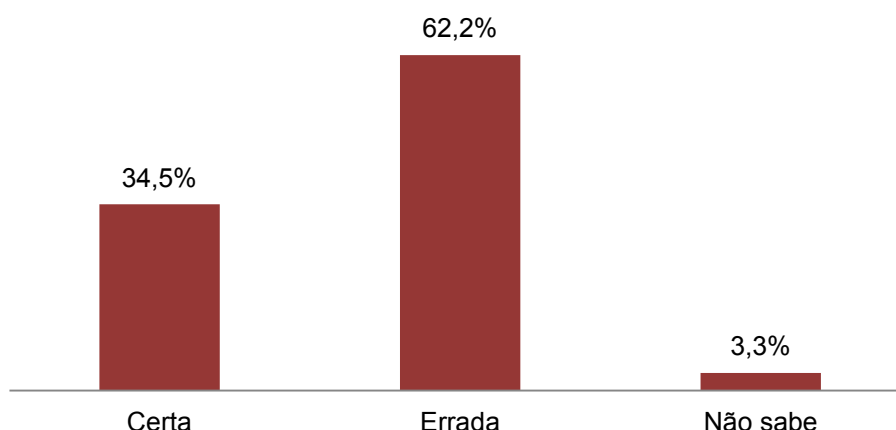
Em relação à questão “*Todos os utentes têm de pagar num hospital público ou centro de saúde?*”, 90,3% dos respondentes indicaram a resposta correta, isto é, “*Sim, a taxa moderadora se não for isento*” (cfr. gráfico 5).

**Gráfico 5 – “*Todos os utentes têm de pagar para aceder aos hospitais públicos ou centro de saúde?*”**



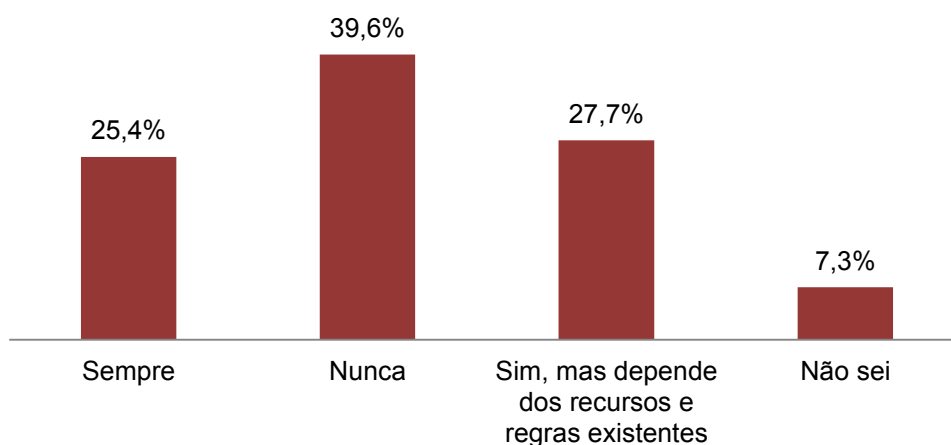
Nessa sequência, foi solicitado aos inquiridos que seleccionassem os grupos de utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras de entre as seguintes opções: grávidas e parturientes; menores; utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; utentes em situação de insuficiência económica; ninguém; ou não sabe/não responde. Os resultados, apresentados no gráfico 6, revelam um grande desconhecimento por parte dos utentes quanto a esta temática, já que somente 34,5% responderam acertadamente a esta questão, seleccionando todos os grupos.

**Gráfico 6 – “Quem é isento do pagamento de taxas moderadoras?”**



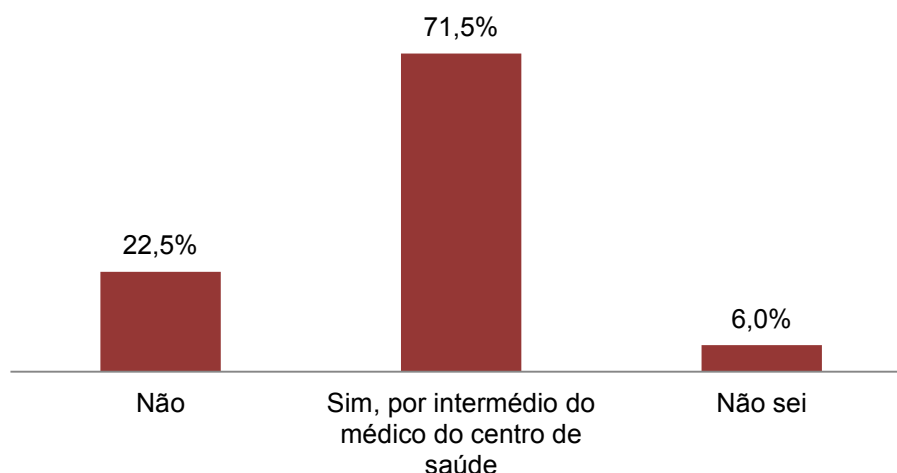
De seguida, questionou-se se “O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?”. Mais uma vez, os respondentes revelaram um reduzido nível médio de conhecimento (cfr. gráfico 7), já que somente 27,7% indicaram a resposta correta (“Sim, mas depende dos recursos e regras existentes”).

**Gráfico 7 – “O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente”**



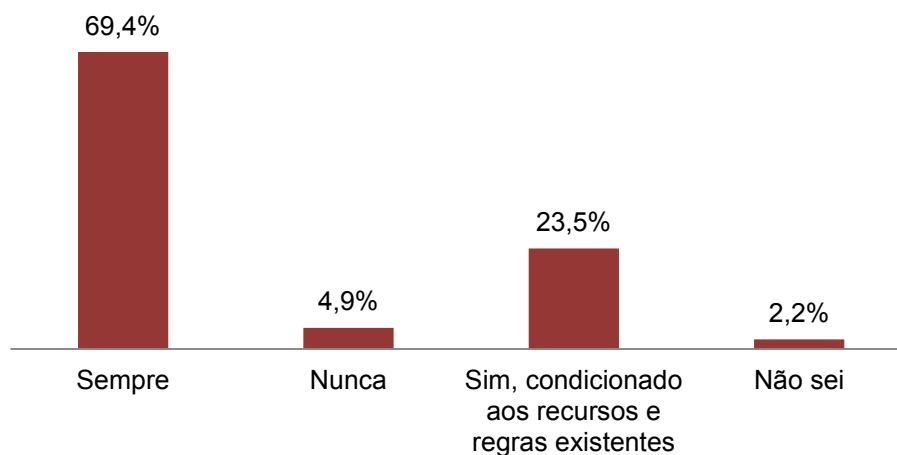
Foi então colocada a questão “O utente pode escolher qualquer hospital do SNS para primeira consulta de especialidade?”. De acordo com o gráfico 8, 71,5% dos inquiridos indicaram a resposta correta (“Sim, por intermédio do médico do centro de saúde”).

**Gráfico 8 – “O utente pode escolher qualquer hospital do SNS para primeira consulta de especialidade?”**



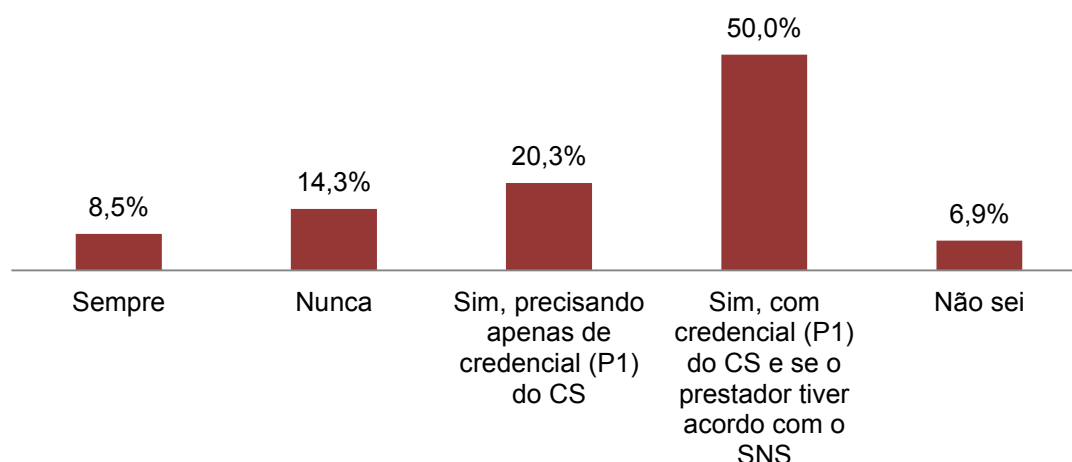
Ainda no âmbito da liberdade de escolha, neste caso em cuidados de saúde urgentes, questionou-se se “O utente pode escolher ir a uma urgência de qualquer hospital do SNS?”, tendo 69,4% escolhido a opção correta (“sempre”) (cfr. gráfico 9).

**Gráfico 9 – “O utente pode escolher ir a uma urgência de qualquer hospital do SNS?”**



Quanto ao acesso a prestadores convencionados com o SNS, fez-se a seguinte questão: “Se o utente recorrer a um prestador privado ou social os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?”. Metade dos inquiridos indicou a resposta correta (“Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e se o prestador tiver acordo com o SNS”) (cfr. gráfico 10).

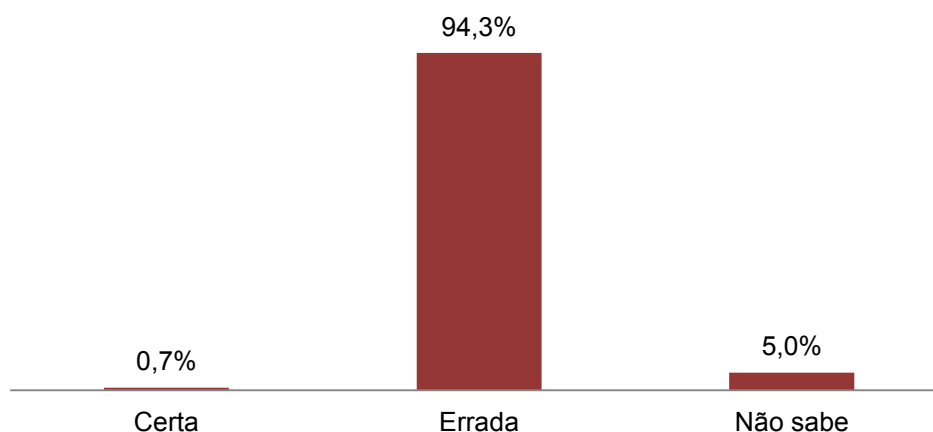
**Gráfico 10 – “Se o utente recorrer a um prestador privado ou social os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?”**



### ***Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral***

Na sequência da autoavaliação do conhecimento, apresentada na secção anterior, em que o cheque-dentista figurava como um dos conceitos sobre os quais os respondentes referiam ter conhecimento mais baixo, foi-lhes solicitado que identificassem o(s) seu(s) grupo(s) de beneficiários, mediante a seleção de uma ou mais de um conjunto de opções. Os respondentes que anteriormente (cfr. gráfico 1) tinham admitido não ter nenhum conhecimento quanto ao conceito (30,3%) não foram considerados nesta questão. Da subamostra de utentes avaliados nesta questão, apenas 0,7% (cfr. gráfico 11) responderam corretamente (crianças e jovens até aos 18 anos; mulheres grávidas; utentes com insuficiência económica; e utentes infetados com VIH/SIDA).

**Gráfico 11 – “Identifique o(s) grupo(s) de beneficiários do cheque-dentista”**

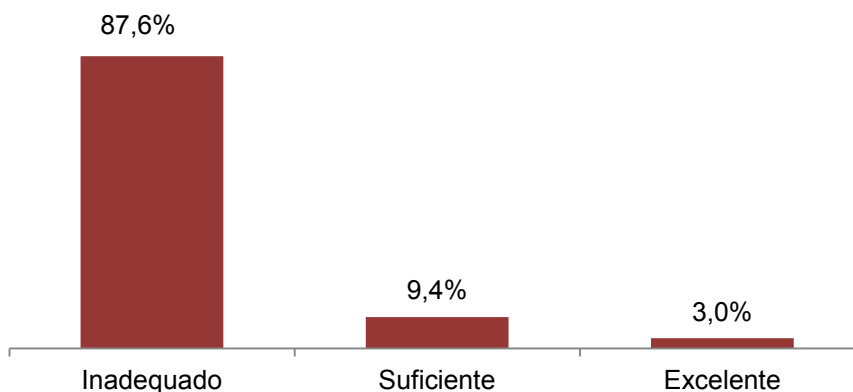


Nota: A base inclui apenas 705 utentes.

## Consentimento informado

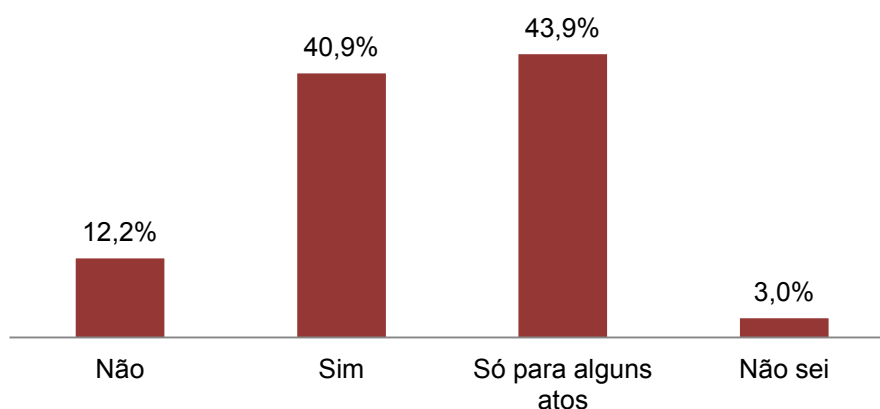
Relativamente ao conceito de consentimento informado, quase 90% dos utentes apresentaram um conhecimento inadequado (cfr. gráfico 12).

**Gráfico 12 – Nível de literacia sobre consentimento informado**



Neste contexto, em resposta à questão “*O consentimento informado é necessário em todo os tipos de cuidados de saúde?*”, somente 40,9% dos inquiridos responderam acertadamente, indicando “*sim*” (cfr. gráfico 13). Os inquiridos que tinham previamente admitido não ter nenhum conhecimento sobre este conceito (66,9%) não responderam às questões sobre o tema.

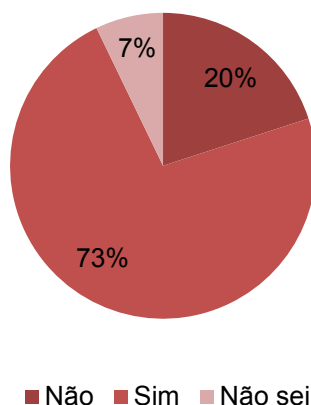
**Gráfico 13 – “O consentimento informado é necessário em todo o tipo de cuidados de saúde?”**



Nota: A base inclui apenas 335 utentes.

Foi também questionado se “*O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito*”, e somente 20% dos utentes inquiridos responderam acertadamente à questão, indicando “*não*” (cfr. gráfico 14).

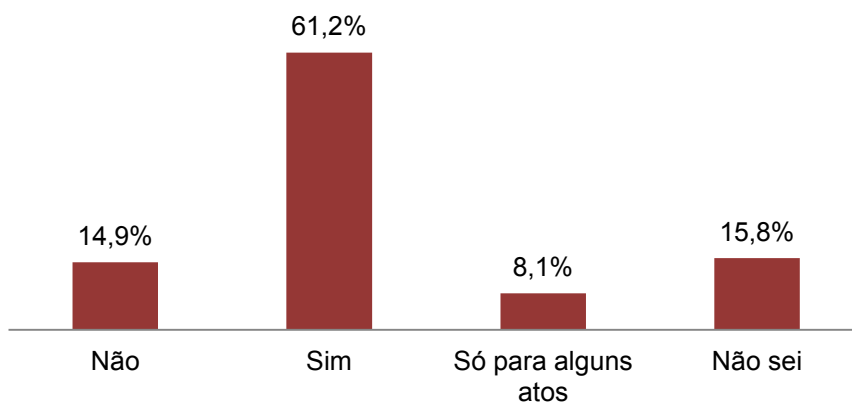
**Gráfico 14 – “*O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito?*”**



Nota: A base inclui apenas 335 utentes.

Por último, questionou-se se “*Depois de dado o consentimento o utente pode cancelá-lo?*”, tendo 61,2% dos utentes inquiridos respondido acertadamente à questão (“*sim*”) (cfr. gráfico 15).

**Gráfico 15 – “*Depois de dado o consentimento o utente pode cancelá-lo?*”**



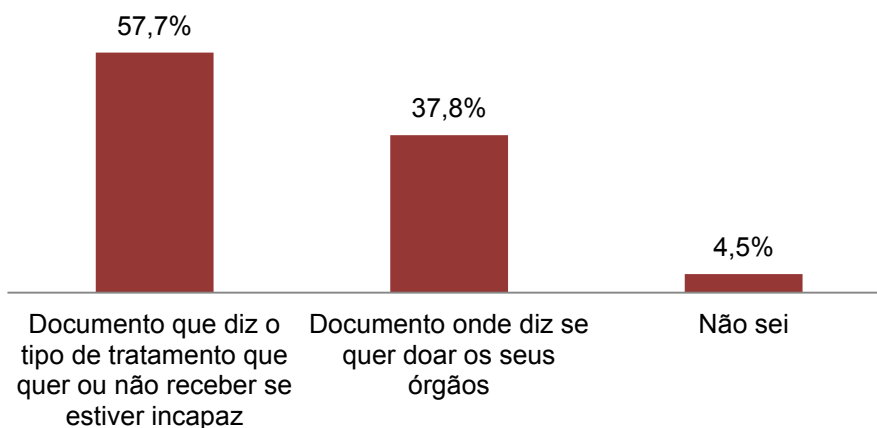
Nota: A base inclui apenas 335 utentes.

### **Testamento vital**

Na sequência da autoavaliação apresentada na secção anterior, perguntou-se “*O que é o testamento vital?*”, tendo 57,7% dos respondentes selecionado a resposta correta (“*Documento que diz o tipo de tratamento que quer ou não receber se estiver incapaz*”)

(cfr. gráfico 16). No entanto, os 67,1% dos utentes inquiridos que tinham afirmado não ter nenhum conhecimento sobre o testamento vital na autoavaliação foram retirados desta questão pelo que, se os considerarmos como tendo conhecimento inadequado, constatamos que apenas 19% do total de utentes sabe efetivamente o que é o testamento vital.

**Gráfico 16 – “Indique o que é o testamento vital”**



Nota: A base inclui apenas 333 utentes.

### ***Dados pessoais e proteção da vida privada***

No que se refere à avaliação da literacia sobre dados pessoais e proteção da vida privada, mais de 60% dos respondentes revelaram um nível inadequado de conhecimento (cfr. gráfico 17).

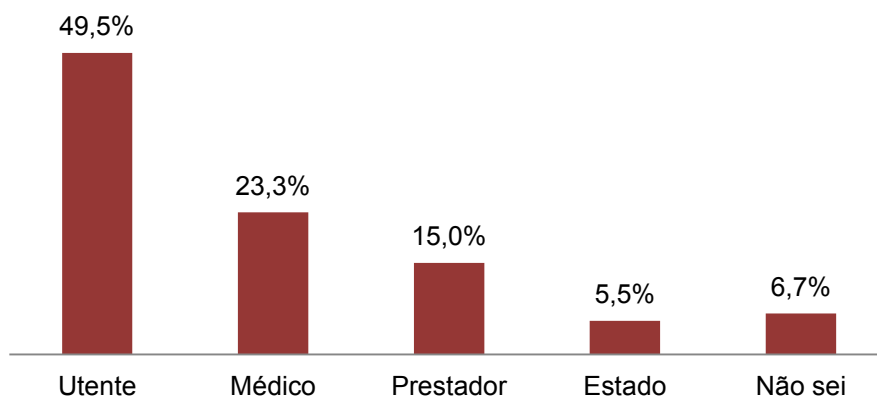
**Gráfico 17 – Nível de literacia sobre dados pessoais e proteção da vida privada**





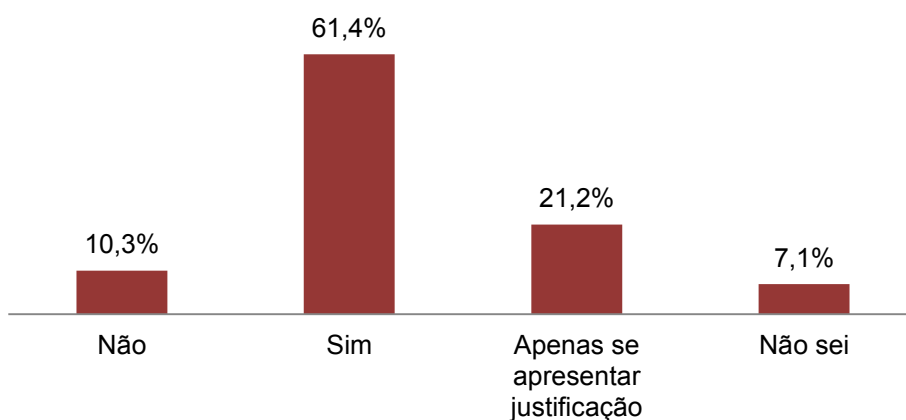
Os utentes, de seguida, foram questionados acerca da propriedade do processo clínico, tendo 49,5% dos inquiridos respondido acertadamente, indicando que este pertence ao utente (cfr. gráfico 18).

**Gráfico 18 – “O processo clínico é propriedade de quem?”**



Foi questionado ainda se “O utente, em regra, pode aceder aos dados do seu processo clínico?”, tendo 61,4% dos utentes respondido acertadamente (“sim”), como resulta do gráfico 19.

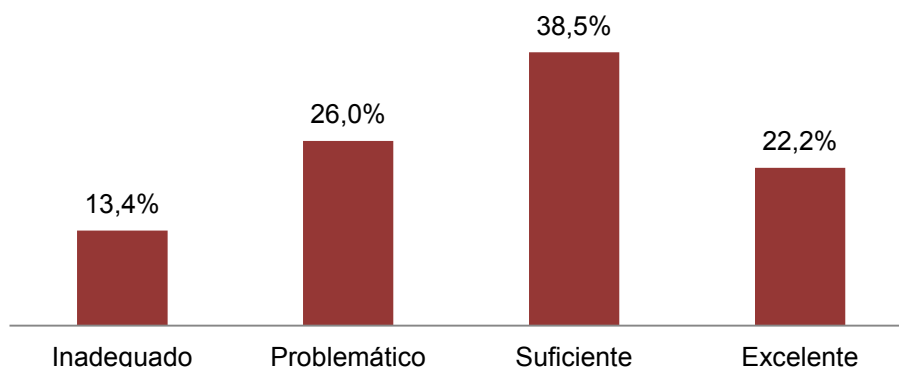
**Gráfico 19 – “O utente, em regra, pode aceder aos dados do seu processo clínico?”**



### **Informação**

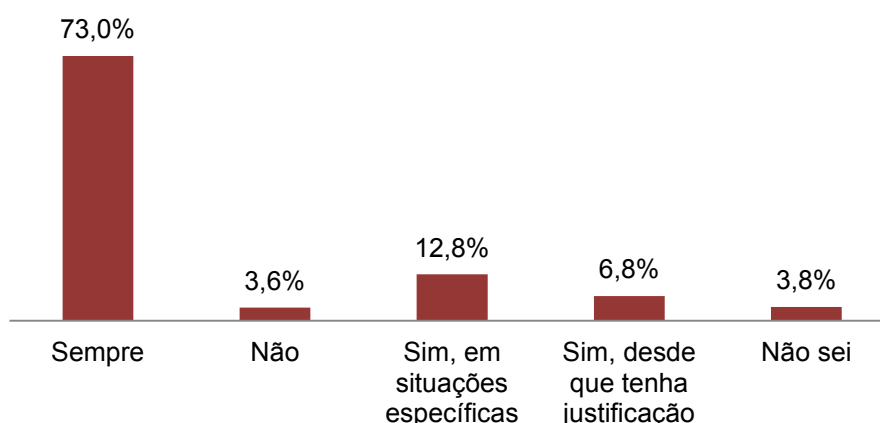
No conjunto de questões sobre o tema “direito à informação”, cerca de 60% dos inquiridos demonstraram ter um nível de conhecimento suficiente ou excelente (cfr. gráfico 20).

**Gráfico 20 – Nível de literacia sobre o direito à informação**



No que respeita à questão “*O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?*” sobre o seu estado de saúde<sup>40</sup>, 73% dos inquiridos indicaram corretamente a opção “*sempre*” (cfr. gráfico 21).

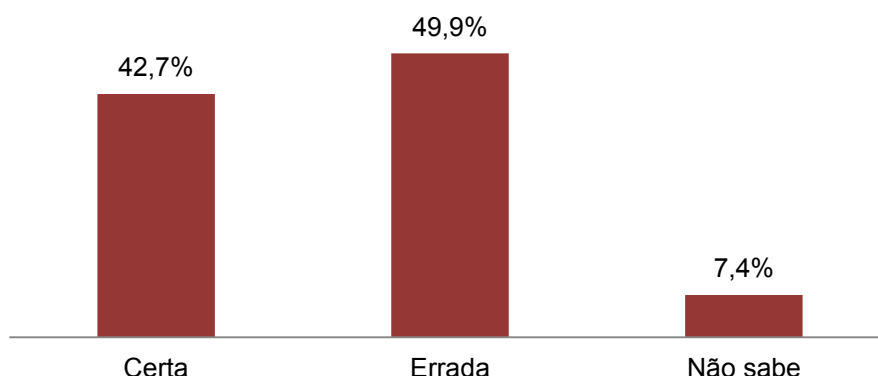
**Gráfico 21 – “O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?”**



Quando questionados sobre a informação que deve estar disponível/afixada nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, 42,7% dos utentes responderam corretamente, selecionando a certidão de registo na ERS, o livro de reclamações e respetivo letrero informativo da sua existência, a licença de funcionamento/declaração de conformidade e a tabela de preços, de um conjunto de opções.

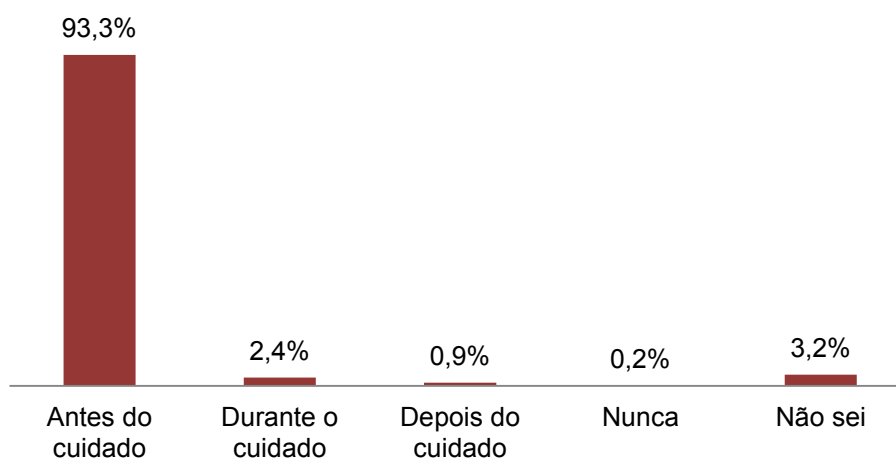
<sup>40</sup> Este direito visa a possibilidade do utente complementar a informação sobre o seu estado de saúde através de parecer de um outro médico, de forma a decidir de um modo mais fundamentado sobre se pretende dar ou recusar o seu consentimento acerca do tratamento a seguir. Para mais informação poderá ser consultada a “Carta dos Direitos dos Utentes” no *website* da ERS em [https://www.ers.pt/pages/73?news\\_id=177](https://www.ers.pt/pages/73?news_id=177).

**Gráfico 22 – “Que informação deve estar disponível/afixada nos prestadores de cuidados de saúde?”**



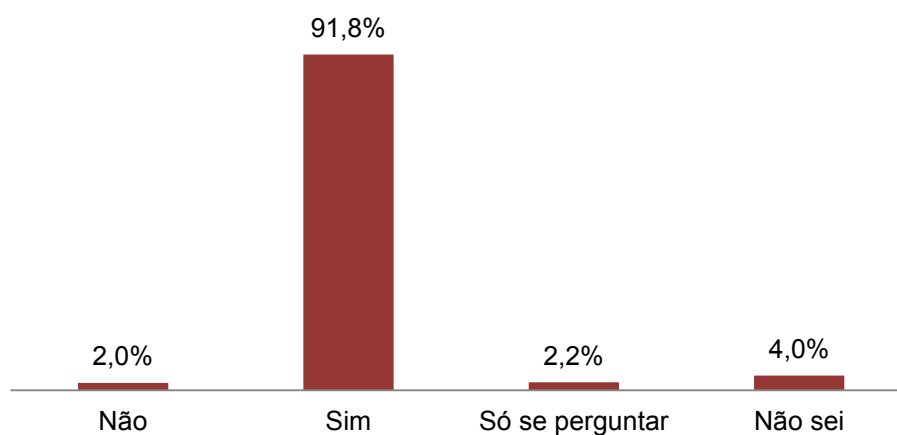
Na questão “Se o utente recorrer a um prestador privado de cuidados de saúde ou social, quando deve idealmente ser informado sobre os serviços que estão cobertos pela convenção que o prestador possa ter com o SNS, ou com a sua seguradora ou subsistema?” 93,3% dos inquiridos indicaram a resposta certa (“Antes da prestação de cuidados de saúde”) (cfr. gráfico 23).

**Gráfico 23 – “Se o utente recorrer a um prestador privado de cuidados de saúde ou social, quando deve idealmente ser informado sobre os serviços que estão cobertos pela convenção que o prestador possa ter com o SNS, ou com a sua seguradora ou subsistema?”**



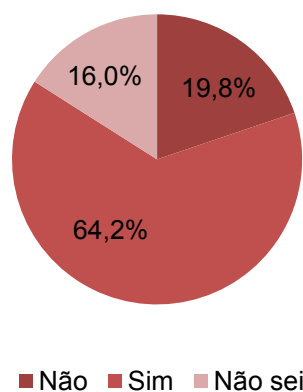
Em relação à questão “Se o utente estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond/valor do seguro acabar?”, retira-se do gráfico *infra* que 91,8% do total dos inquiridos indicaram a opção correta, “sim”.

**Gráfico 24 – “Se o utente estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond/valor do seguro acabar?”**



Quanto à questão “O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um hospital privado ou de um social, para um hospital público?”, verificou-se que 64,2% dos utentes inquiridos selecionaram a opção correta (“sim”) (cfr. gráfico 25).

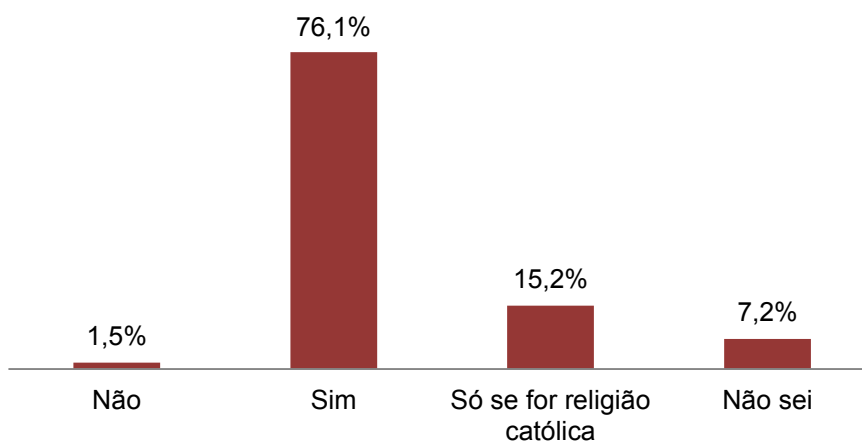
**Gráfico 25 – “O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um hospital privado ou de um social, para um hospital público?”**



### **Assistência religiosa**

Em relação à questão “Se um utente estiver internado num hospital do SNS, tem direito a assistência religiosa?”, como resulta do gráfico *infra*, verificou-se que 76,1% dos utentes indicaram a resposta correta (“sim”).

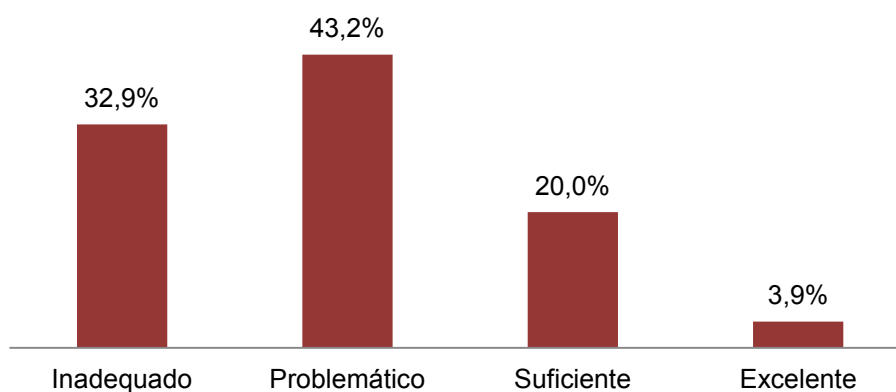
**Gráfico 26 – “Se estiver internado num hospital do SNS, tem direito a assistência religiosa?”**



### **Reclamação**

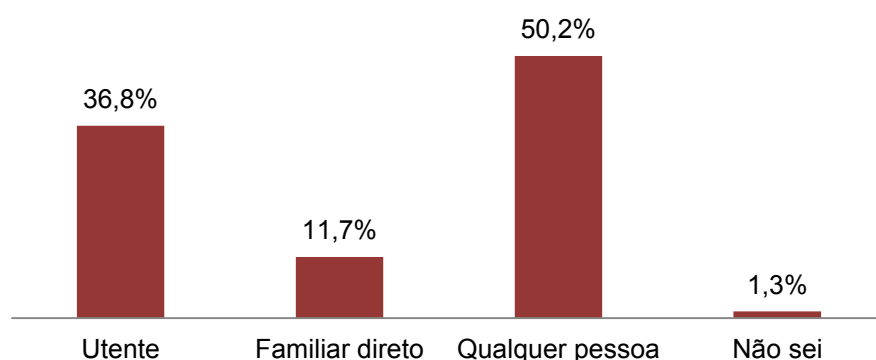
No que se refere ao direito à reclamação, 76,1% dos utentes revelaram ter um nível de conhecimento problemático ou inadequado (cfr. gráfico 27).

**Gráfico 27 – Nível de literacia sobre direito à reclamação**



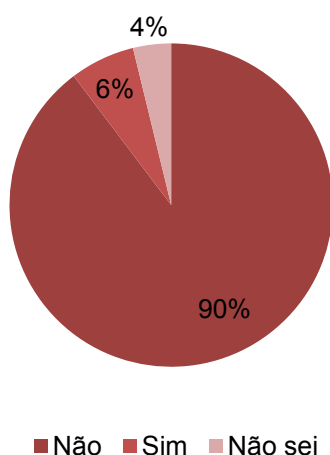
Mais de 50% dos inquiridos responderam acertadamente à questão “*Quem pode reclamar sobre os serviços de um prestador de cuidados de saúde?*”, indicando que assiste a qualquer pessoa o direito a reclamar (cfr. gráfico 28).

**Gráfico 28 – “Quem pode reclamar sobre os serviços de um prestador de cuidados de saúde?”**



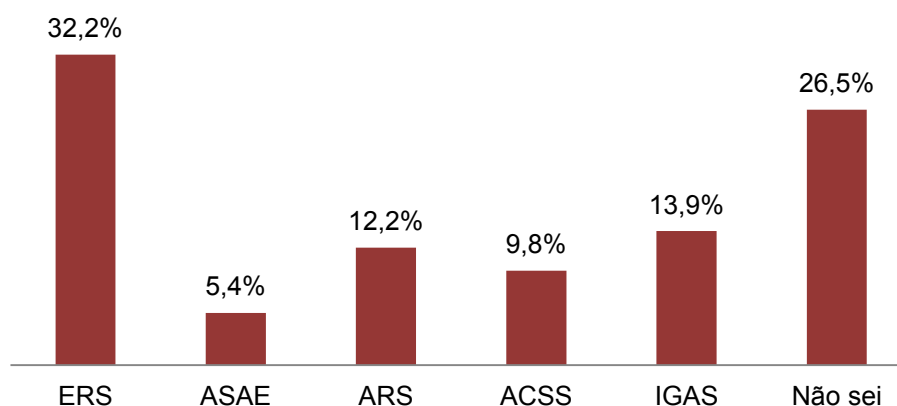
Em relação à questão “A entrega imediata do Livro de Reclamações por parte do prestador de cuidados de saúde pode ser recusada?”, 90% da amostra revelou um conhecimento adequado, indicando a resposta “não” (cfr. gráfico 29).

**Gráfico 29 – “A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?”**



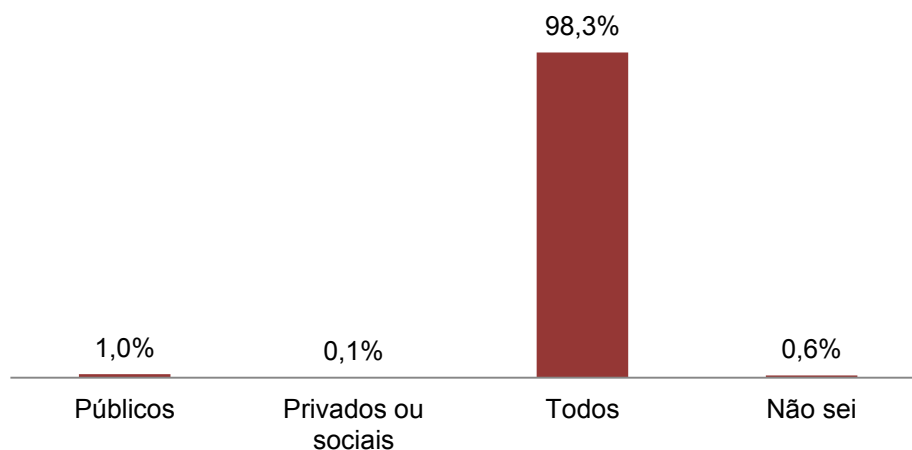
No âmbito do conhecimento relativo à entidade “[...] responsável por centralizar e apreciar as reclamações relativas a prestadores de cuidados de saúde” verificou-se que apenas 32,2% dos utentes inquiridos responderam acertadamente, dizendo ser a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (cfr. gráfico 30).

**Gráfico 30 – “Quem é responsável por centralizar e apreciar as reclamações relativas a prestadores de cuidados de saúde?”**



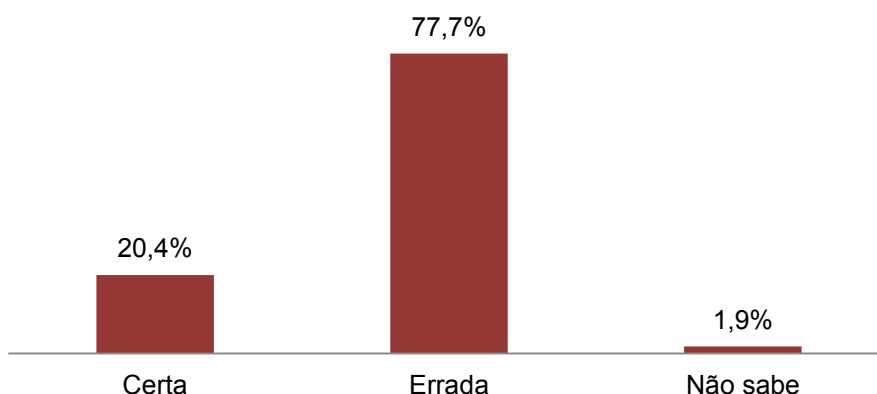
Quanto à questão “*Que estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde têm obrigatoriamente livro de reclamações?*”, verificou-se que a quase totalidade dos inquiridos (98,3%) indicou a resposta correta, “*todos*” (cfr. gráfico 31).

**Gráfico 31 – “Que estabelecimentos de saúde têm de ter livro de reclamações?”**



Foi ainda solicitado aos inquiridos que seleccionassem, de um grupo de opções, as formas de que o utente dispõe para reclamar. Somente 20,4% responderam corretamente (no Livro de Reclamações que existe no estabelecimento, no *website* da entidade que analisa as reclamações, por *e-mail* ou carta para a entidade que analisa as reclamações, ou por envio da reclamação ao prestador de cuidados de saúde).

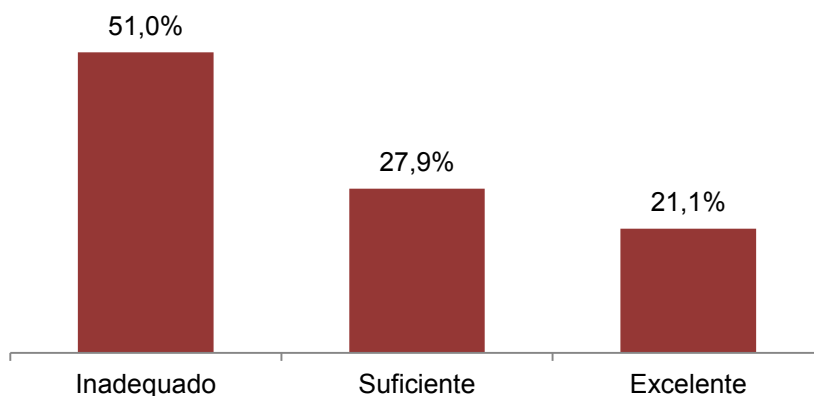
**Gráfico 32 – “Quais as formas de que o utente dispõe para reclamar?”**



### **Acompanhamento**

Em relação à literacia sobre direito de acompanhamento, a amostra de utentes divide-se entre aqueles que revelaram conhecimento inadequado (51%) e os restantes, que revelaram conhecimento suficiente ou excelente (cfr. gráfico 33).

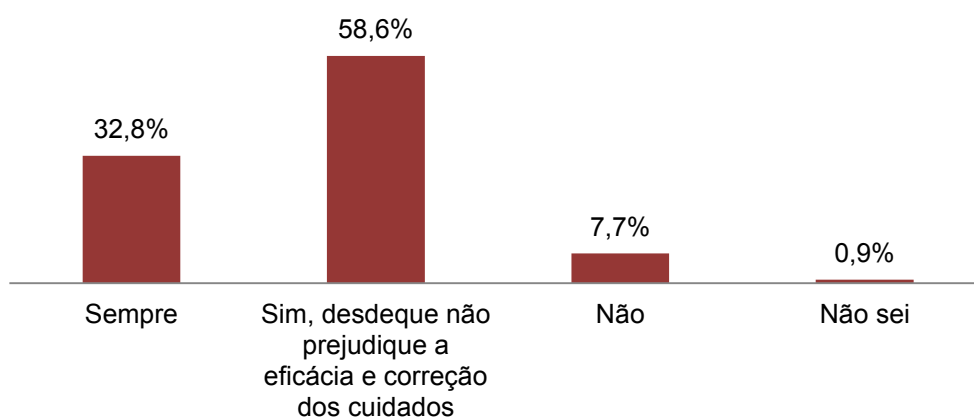
**Gráfico 33 – Nível de literacia sobre o direito ao acompanhamento**



Relativamente a este tema, foi questionado se “*Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?*”. Como se constata no gráfico *infra*, 58,6% do total dos inquiridos responderam acertadamente, indicando que “*Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados*”, e outros 32,8% revelam conhecer o direito de acompanhamento, embora desconhecendo a existência de eventuais restrições.



**Gráfico 34 – “Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?”**



Em relação à questão “*Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?*”, 55,2% indicaram a resposta correta (“*Sim, exceto em situações clínicas graves ou para garantia da privacidade das outras parturientes*”) e 39,9% reconheceram este direito, embora desconhecendo a possibilidade de exceções (cfr. gráfico 35).

**Gráfico 35 – “Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?”**



Na questão “*As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?*”<sup>41</sup>, 72,9% entenderam que se trata de um direito sem restrições, mas somente 26,0% dos utentes indicaram a resposta correta (“*Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados*”) (cfr. gráfico 36).

<sup>41</sup> Nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o direito ao acompanhamento em internamento abrange crianças até aos 18 anos – cfr. n.º 1 do artigo 19.º.

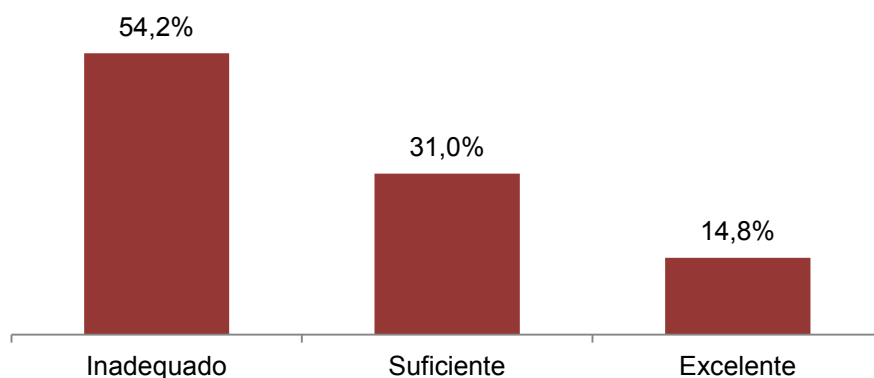
**Gráfico 36 – “As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?”**



### ***Tempos Máximos de Resposta Garantidos***

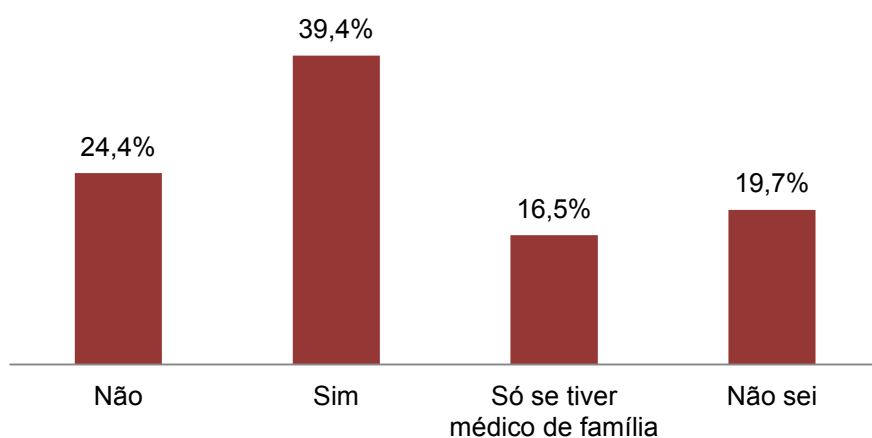
Nas questões que compõem o tema TMRG (cfr. tabela 3), cujos resultados individuais da resposta a cada uma delas se apresentam nos gráficos 38 a 43, cerca de 54,2% dos utentes tinham um conhecimento classificado como inadequado (cfr. gráfico 37).

**Gráfico 37 – Nível de literacia sobre tempos máximos de resposta garantidos**



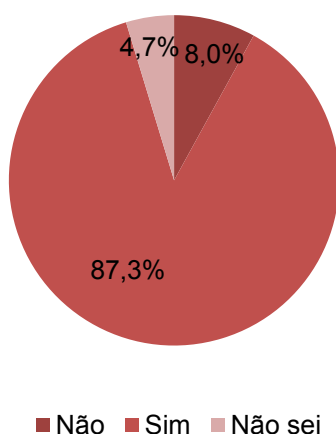
Na questão “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, há um tempo máximo para ser realizada?”, somente 39,4% dos utentes selecionaram a resposta correta, “sim” (cfr. gráfico 38).

**Gráfico 38 – “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, há um tempo máximo para ser realizada?”**



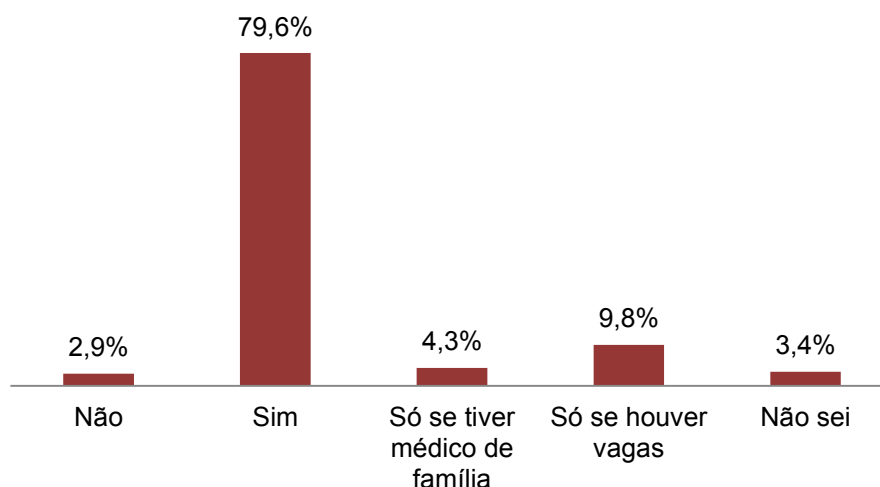
Na questão “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, deve ser entregue comprovativo de que se encontra a aguardar marcação?”, 87,3% dos utentes selecionaram a resposta correta, “sim” (cfr. gráfico 39).

**Gráfico 39 – “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, deve ser entregue comprovativo de que se encontra a aguardar marcação?”**



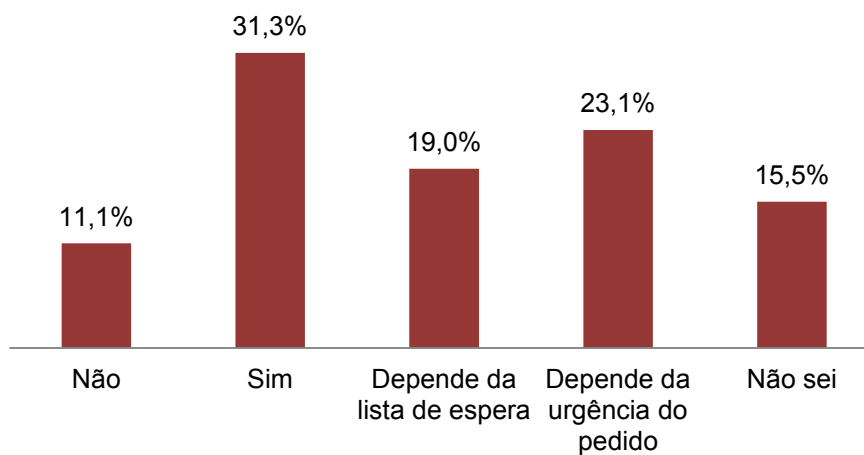
Na questão “No caso de o utente apresentar complicações de doença aguda e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido no próprio dia?”, 79,6% dos utentes selecionaram a resposta correta, “sim” (cfr. gráfico 40).

**Gráfico 40 – “No caso de o utente apresentar complicações de doença aguda e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido no próprio dia?”**



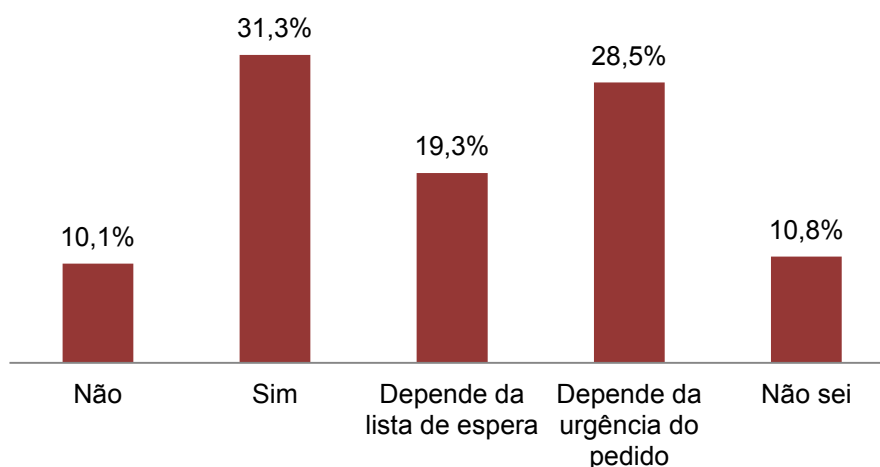
Em relação à questão “Quando um utente é encaminhado pelo centro de saúde para uma primeira consulta no hospital, há um tempo máximo para ser realizada?”, somente 31,3% indicaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 41).

**Gráfico 41 – “Quando um utente é encaminhado pelo centro de saúde para uma primeira consulta no hospital há um tempo máximo para ser realizada?”**



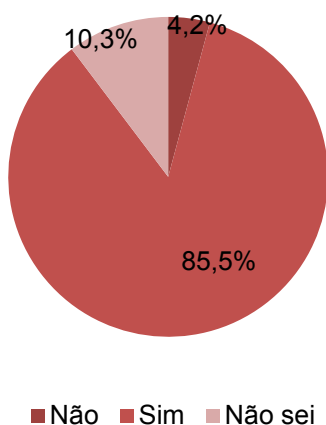
Na questão “Quando um utente é proposto para a realização de uma cirurgia, há um tempo máximo para ser realizada?”, 31,3% dos inquiridos selecionaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 42).

**Gráfico 42 – “Quando um utente é proposto para a realização de uma cirurgia, há um tempo máximo para ser realizada?”**



Por último, na questão “O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera (para consultas, cirurgia)?”, 85,5% dos inquiridos indicaram a resposta correta, “sim” (cfr. gráfico 43).

**Gráfico 43 – “O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera (para consultas, cirurgia)?”**



### 3.1.4. Discussão

Da implementação do inquérito por questionário aos utentes dos serviços de saúde, resultou que a maioria dos inquiridos entende ter conhecimento baixo ou nenhum conhecimento sobre as questões consideradas. Este baixo nível de literacia autoavaliada é acompanhado de um nível de conhecimento efetivamente observado

também baixo, tendo 61,5% dos inquiridos apresentado um índice inadequado e 33,2% um nível problemático de conhecimento quanto aos temas em discussão.

A avaliação por tema revela que a literacia é mais reduzida nas questões relacionadas com o PNPSO, o consentimento informado, o testamento vital e os TMRG, tendo mais de 80% dos utentes um nível de conhecimento inadequado. Com efeito, a grande maioria dos inquiridos não sabia quais os grupos de beneficiários abrangidos pelo cheque-dentista, e desconhecia o que é o testamento vital. Por outro lado, a maioria dos inquiridos desconhecia que o consentimento informado é sempre necessário e julgava que esse consentimento tem sempre de ser dado por escrito. No âmbito dos TMRG, foi possível constatar que a maioria não sabia da existência de tempos máximos para realização de consulta nos cuidados primários, e de consulta e cirurgia num hospital.

Sendo certo que têm sido desenvolvidas iniciativas para informar os utentes sobre estes temas, nomeadamente a disponibilização de respostas a perguntas frequentes na Área do Cidadão do Portal do SNS<sup>42</sup>, relativamente ao testamento vital, e no *website* da ERS, relativamente a TMRG<sup>43</sup> e consentimento informado, importará encontrar formas adicionais de fazer chegar informação aos utentes.

Recorde-se, igualmente, que no estudo “Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”, publicado pela ERS em 2014, a maioria dos responsáveis pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) inquiridos entendia que a informação disponibilizada sobre este tema era adequada, o que não deixa de denotar uma certa contradição com os resultados obtidos.

No âmbito do direito de acesso, os utentes revelaram maior desconhecimento sobre a liberdade de escolha da unidade de cuidados de saúde primários do SNS em situação não urgente, e sobre os grupos da população isentos do pagamento de taxas moderadoras.

Relativamente ao direito à informação, que figura como segundo tema sobre o qual os utentes apresentaram mais conhecimento – precedido do direito à assistência religiosa –, o número de respostas certas foi inferior a 50% apenas na questão quanto à informação que deve estar disponível/afixada nos prestadores de cuidados de saúde. Importa aqui referir que a ERS também já publicou no seu *website*, na área dedicada ao utente, o folheto informativo sobre a informação obrigatoriamente disponível num

<sup>42</sup> Informação disponível em <https://servicos.min-saude.pt/utente/Info/SNS/RENTEV>.

<sup>43</sup> Informação disponível em: <https://www.ers.pt/pages/435>.

estabelecimento prestador de cuidados de saúde<sup>44</sup>, onde se alerta para o dever de o prestador de cuidados de saúde estar registado na ERS, possuir livro de reclamações, deter licença de funcionamento (quando tal se aplica) e disponibilizar a sua tabela de preços.

No que respeita ao direito à reclamação, apesar da maioria dos inquiridos saber que qualquer pessoa tem esse direito, que qualquer estabelecimento prestador de cuidados de saúde deve ter livro de reclamações, e que o acesso ao mesmo não pode ser negado, certo é que a maior parte desconhecia quais as formas de que dispõe para reclamar e qual a entidade que é responsável por centralizar e apreciar as reclamações. Nas questões sobre o acompanhamento de crianças, de grávidas e em serviços de urgência, a maioria dos utentes revelou conhecer que em regra está instituído o direito de acompanhamento, embora parte desconhecesse a existência de eventuais exceções previstas na lei.

Por último, importa lembrar que muita da informação atualmente disponível é disseminada via Internet, o que é uma barreira para muitos utentes, tanto mais que, em 2016, 29,6% da população com mais de 16 anos, não utilizava computador e Internet<sup>45</sup>.

## 3.2. Profissionais de saúde

A presente secção compreende a avaliação da literacia dos profissionais de saúde e administrativos no que respeita aos direitos dos utentes. Para efeitos de comparação com os resultados obtidos relativamente aos utentes, apresentados na secção anterior, pretende-se avaliar o nível autoavaliado de literacia dos profissionais, bem como o seu nível de literacia revelada, seguindo-se estrutura idêntica à dessa secção.

No presente estudo, o conceito de profissional de saúde encontra-se associado à prestação de cuidados de saúde, que inclui todas as atividades que tenham por objeto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento/terapêutica e reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental. Em concreto, poderá abranger os médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (de que são exemplo os técnicos de análises clínicas e de saúde pública e

<sup>44</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/pages/438?news\\_id=1108](https://www.ers.pt/pages/438?news_id=1108).

<sup>45</sup> PORTDATA consultado em 12 de janeiro de 2016.

os técnicos de farmácia) e técnicos superiores de saúde (tais como os psicólogos clínicos e nutricionistas), entre outros.

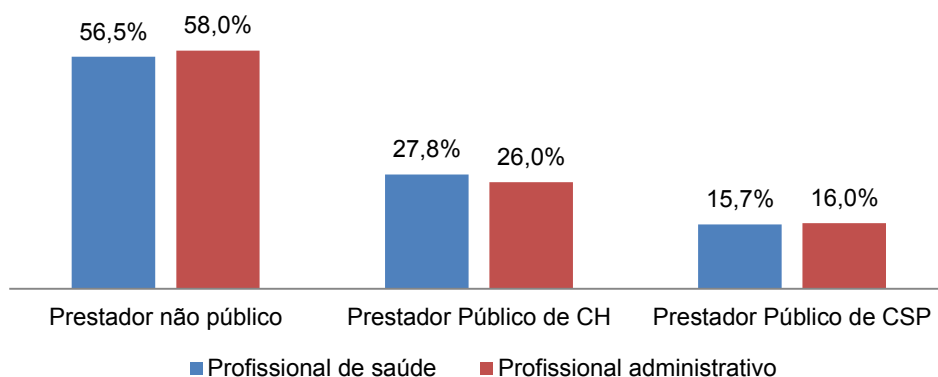
Dado que o objetivo do estudo se centra nos utentes, e que a consideração de profissionais de saúde e administrativos pretende essencialmente servir de comparador face aos resultados obtidos pelos utentes, considerou-se o conceito de profissional de saúde, em sentido lato, e não se desagregou por tipos de profissionais de saúde.

### **3.2.1. Descrição da amostra**

A recolha de respostas foi realizada durante o primeiro semestre de 2016, através da disponibilização do questionário *online* enviado via *e-mail* para todos os prestadores públicos, privados e sociais registados no SRER da ERS, tendo sido solicitada a disseminação do questionário junto dos profissionais de saúde e profissionais administrativos, informando-se que participação seria voluntária e anónima. A amostra inclui 3.491 respostas válidas, das quais 1.987 eram profissionais a exercer funções em prestadores privados ou sociais, 953 em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 551 em prestadores públicos de cuidados de saúde primários. Quanto ao tipo de respondente, 2.501 (71,6%) informaram ser profissionais de saúde e 990 (28,4%) profissionais administrativos. Considerando a relação entre tipo de estabelecimento e de respondente, 56,5% dos profissionais de saúde encontravam-se a realizar funções em prestadores privados ou sociais, 27,8% em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 15,7% em prestadores públicos de cuidados de saúde primários. Por seu turno, 58% dos profissionais administrativos exerciam funções em prestadores privados ou sociais, 26% em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 16% em prestadores públicos de cuidados de saúde primários.

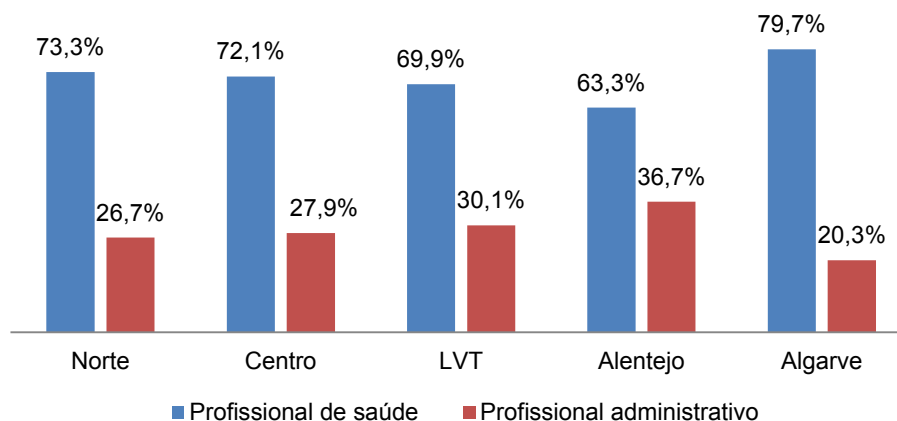


**Gráfico 44 – Tipo de respondente por tipo de estabelecimento**



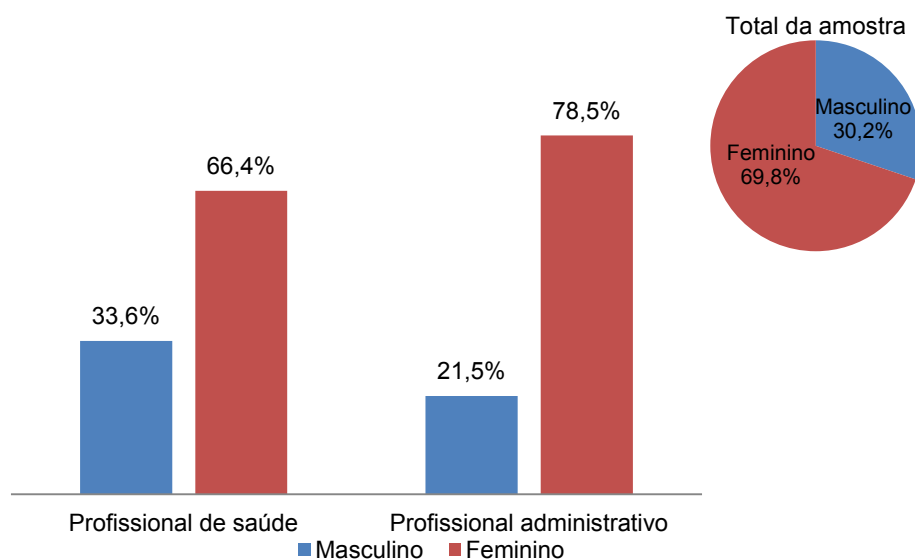
Em termos regionais, constata-se que a região com maior número de participantes foi a de Lisboa e Vale do Tejo, com 39,6% do total dos inquiridos – dos quais 69,9% eram profissionais de saúde e 30,1% profissionais administrativos –, e a região Alentejo teve o mais baixo número de respondentes (4,8%), dos quais 63,3% eram profissionais de saúde e 36,7% profissionais administrativos. Em todas as ARS, a percentagem de profissionais de saúde foi superior à de profissionais administrativos (cfr. gráfico 45).

**Gráfico 45 – Tipo de respondente por região de saúde**



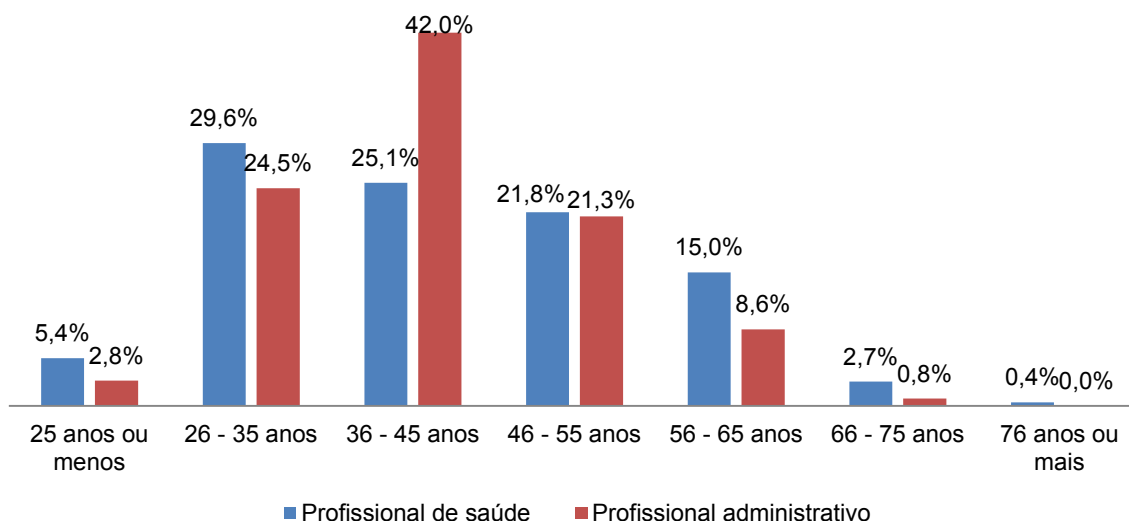
A amostra inclui 69,8% respondentes do género feminino e 30,2% do género masculino. Para os profissionais de saúde, estes pesos relativos são de 66,4% e 33,6%, respetivamente, enquanto para os profissionais administrativos são de 78,5% e 21,5%, respetivamente.

**Gráfico 46 – Tipo de respondente por género**



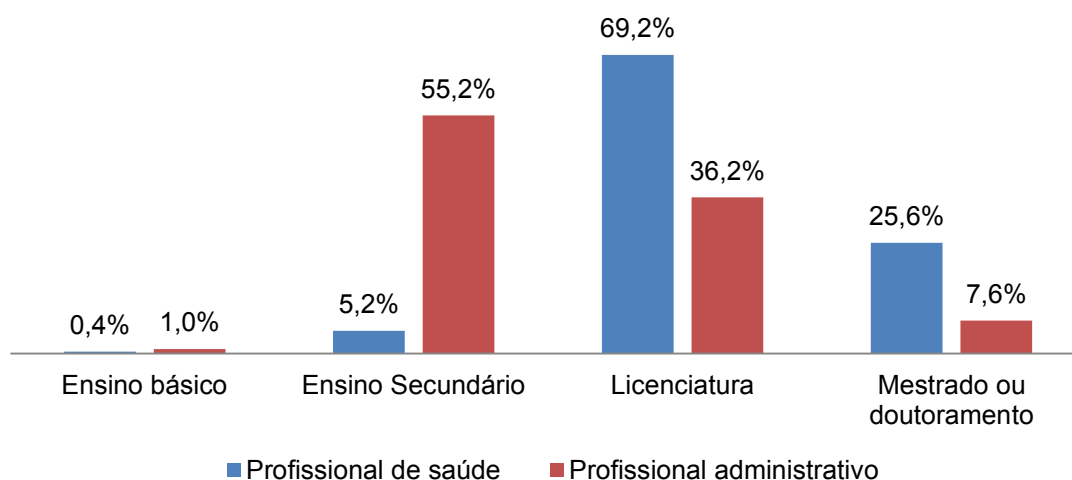
A idade média dos respondentes foi de 42,4 anos. Consta-se que, para os profissionais de saúde, predominaram as idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, enquanto para os profissionais de saúde se destacou a faixa entre os 36 e os 45 anos.

**Gráfico 47 – Tipo de respondente por grupos etários**



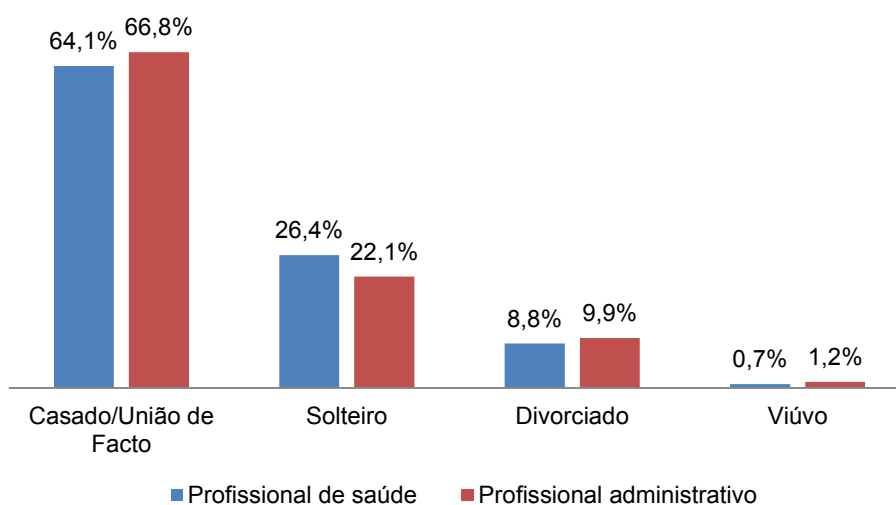
Por habilitações literárias, constata-se que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos tem uma licenciatura, mestrado ou doutoramento (94,8%), e mais de metade (55,2%) dos profissionais administrativos têm o ensino secundário.

**Gráfico 48 – Tipo de respondente por habilitações literárias**



Finalmente, verifica-se que a maioria dos profissionais era casada ou vivia em união de facto.

**Gráfico 49 – Tipo de respondente por estado civil**

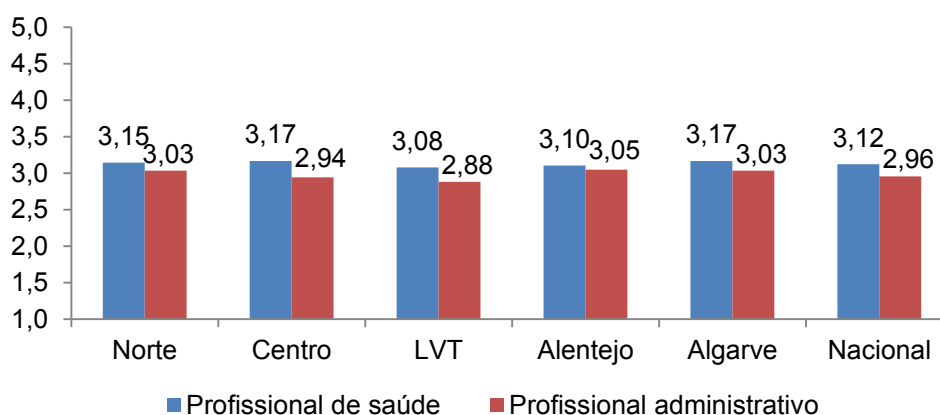


### 3.2.2. Literacia autoavaliada

Foi solicitado a cada inquirido que avaliasse o seu conhecimento sobre temas relacionados com o SNS; os prestadores convencionados; o cheque-dentista; o consentimento informado; o testamento vital; a Entidade Reguladora da Saúde; e o vale cirurgia. A escolha destes conceitos justifica-se pela sua relevância para o exercício dos direitos dos utentes, inserindo-se nos temas do questionário expostos na

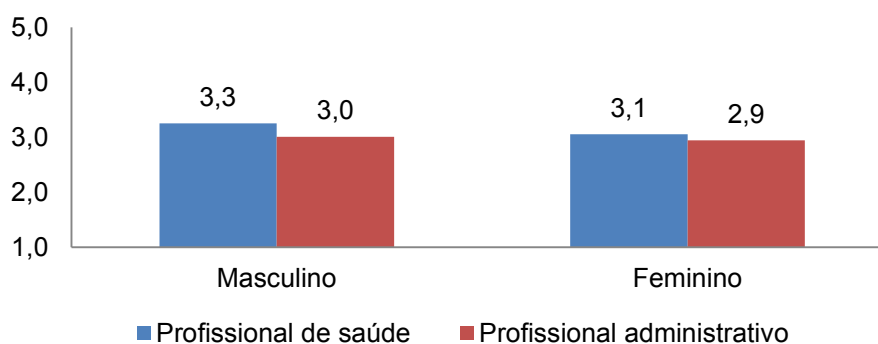
tabela 3. A autoavaliação do conhecimento pelos respondentes realizou-se mediante a seleção de uma das cinco categorias da escala “nenhum”, “baixo”, “médio”, “alto” e “muito alto”. Com base nas respostas, foi calculada a média de literacia global autoavaliada, com base na escala de *Likert*, em que é atribuída a cada uma das categorias uma ponderação crescente, de acordo com esse nível de literacia, em que os valores 1, 2, 3, 4, 5 correspondem a “nenhum”, “baixo”, “médio”, “alto”, “muito alto”, respetivamente. Da análise do gráfico 50, é possível retirar que os profissionais de saúde apresentaram um nível de literacia autoavaliada superior aos profissionais com funções administrativas, embora em todas as regiões esse nível se tenha situado perto do valor “médio” (que corresponde a 3).

**Gráfico 50 – Literacia global autoavaliada, por região**

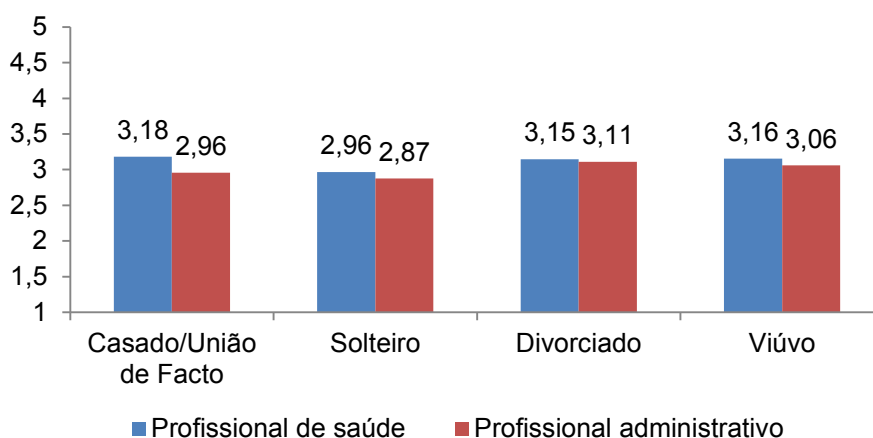


No sentido de identificar potenciais diferenças relacionadas com as características dos indivíduos, foi feita a decomposição por género, grupo etário, estado civil e nível de educação. Da análise do gráfico 51 resulta que profissionais do género masculino, em média, apresentaram níveis de literacia autoavaliada mais elevados. Por outro lado, os inquiridos solteiros apresentaram um menor nível de literacia autoavaliada (cfr. gráfico 52).

**Gráfico 51 – Literacia autoavaliada, por género**

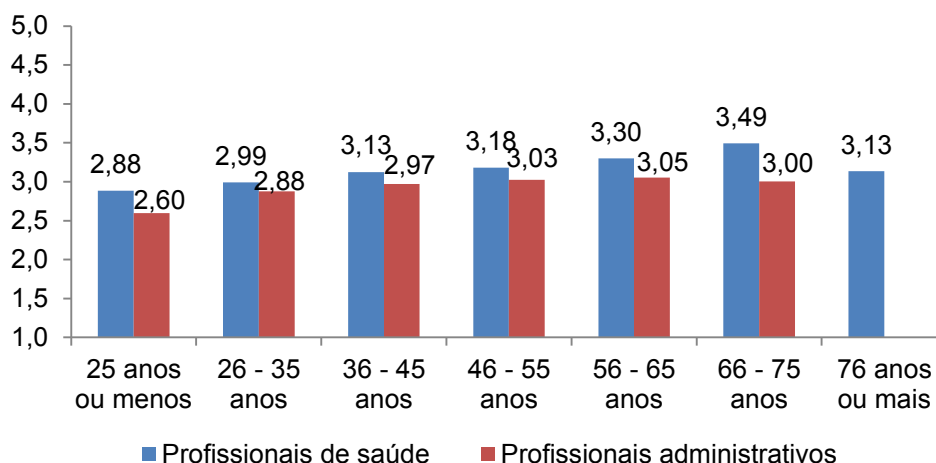


**Gráfico 52 – Literacia autoavaliada, por estado civil**



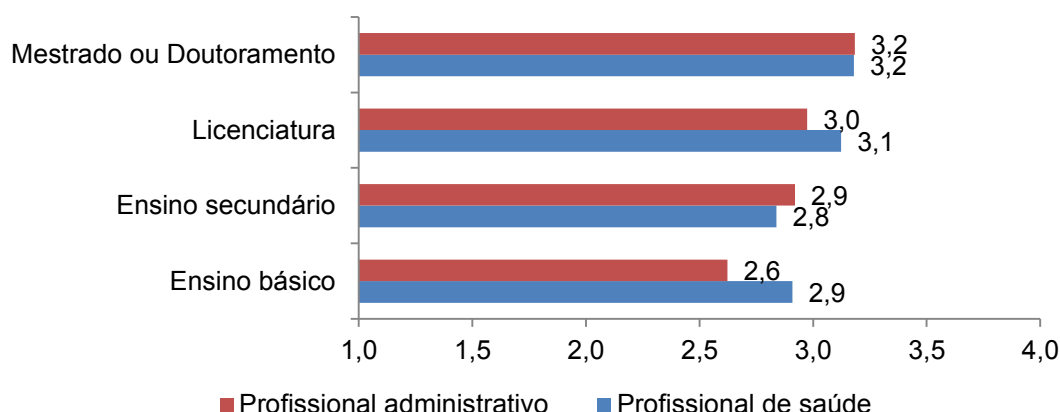
Considerada a subdivisão dos respondentes por grupo etário, resulta que os menores de 26 anos apresentaram o mais baixo nível de literacia autoavaliada, e no caso dos profissionais de saúde o nível de literacia autoavaliada aumenta com a idade, até aos 75 anos (cfr. gráfico 53).

**Gráfico 53 – Literacia autoavaliada, por grupo etário**



Do gráfico *infra* resulta, essencialmente, que a literacia autoavaliada aumenta com o nível de educação, como seria de esperar.

**Gráfico 54 – Literacia autoavaliada, por nível de educação**



A possível relação entre as características dos indivíduos e o nível de literacia autoavaliada foi estudada através de uma análise de regressão, com base num modelo de regressão linear múltipla, estimado pelo método dos mínimos quadrados ordinários (OLS)<sup>46</sup>. A variável dependente – compreendida entre 1 e 5 – refere-se ao nível de literacia autoavaliada. As variáveis explicativas incluem a natureza do prestador – variável binária “privado” que assume o valor 1 se o profissional exerce funções num prestador de natureza privada ou social e 0 se o faz num prestador público –, o tipo de profissional inquirido – variável binária “profissional de saúde” que

<sup>46</sup> A implementação do modelo OLS incluiu a correção da heteroscedasticidade dos erros da estimação, após aplicação do teste Breusch-Pagan/Cook-Weisberg ter indicado a rejeição da hipótese de erros homoscedásticos.

assume o valor 1 se se tratar de um profissional de saúde, e 0 se for profissional administrativo –, região de saúde – incluindo-se as variáveis binárias Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, tendo por base de comparação a região Norte –, a idade – variável contínua que corresponde à idade do respondente, no momento de preenchimento do questionário<sup>47</sup> –, género – variável binária “mulher” que assume o valor 1 se o respondente é mulher –, estado civil – variável binária “solteiro” que assume o valor 1 se o respondente é solteiro –, nível de educação – que resulta da inserção de duas variáveis binárias “licenciatura” – que assume o valor 1 se o indivíduo tem licenciatura – e “mestrado ou doutoramento” – que assume o valor 1 se o indivíduo tem um destes graus de ensino.

Da tabela 12 extrai-se que o exercício de atividade em prestadores privados está associado com um menor nível de literacia autoavaliado, com efeito estatisticamente significativo, e ser profissional de saúde não é estatisticamente significativo. No que se refere à região onde os prestadores se inserem, apenas a variável relativa a Lisboa e Vale do Tejo apresenta significância estatística, com um valor negativo sobre a literacia autoavaliada, quando comparada com a região Norte (utilizada como base de comparação). Por outro lado, o nível de literacia autoavaliado aumenta, com significância estatística, para os níveis de educação conferentes de grau académico, com efeito superior ao do grau de mestrado ou doutoramento. As características demográficas dos indivíduos também podem influenciar o nível de literacia autoavaliado.

---

<sup>47</sup> Note-se que a distribuição da amostra por grupos etários, apresentada anteriormente em forma de estatísticas descritivas, resulta da adaptação desta variável, para tornar mais clara a sua apresentação.

**Tabela 12 – Modelo de regressão da literacia autoavaliada pelo método OLS**

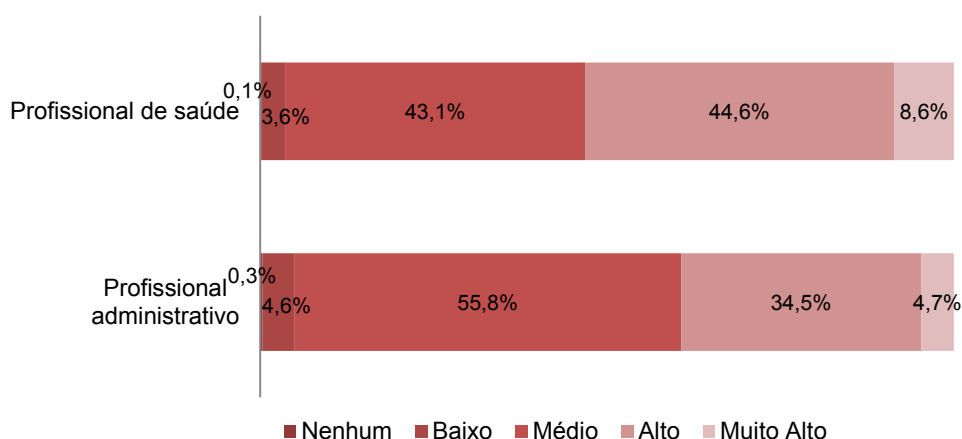
Variável	Literacia autoavaliada (média)
Privado	-0.114 (5.72)***
Profissional de Saúde	0.051 (1.92)*
Centro	-0.013 (0.45)
Lisboa e Vale do Tejo	-0.097 (4.33)***
Alentejo	-0.040 (0.87)
Algarve	-0.044 (1.02)
Idade	0.008 (7.91)***
Mulher	-0.106 (4.62)***
Solteiro	-0.082 (3.33)***
Divorciado	-0.004 (0.11)
Viúvo	-0.035 (0.33)
Ensino secundário	0.246 (1.41)
Licenciatura	0.390 (2.25)**
Mestrado ou doutoramento	0.485 (2.78)**
Constante	2528 (14.17)***

Legenda: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0.1$ . Estatísticas t entre parênteses.  $R^2 = 0,10$ .  $N = 3.491$ .

No sentido de identificar os conceitos relativamente aos quais os profissionais tinham menor literacia autoavaliada, apresenta-se em seguida a distribuição dos respondentes pelas cinco categorias da escala “nenhum”, “baixo”, “médio”, “alto”, “muito alto”, por tema. Assim, 53,2% dos profissionais de saúde declararam ter um conhecimento de alto ou muito alto sobre o que é o SNS, enquanto 60,7% dos profissionais administrativos afirmaram ter um conhecimento médio, baixo ou não ter nenhum conhecimento (cfr. gráfico 55).

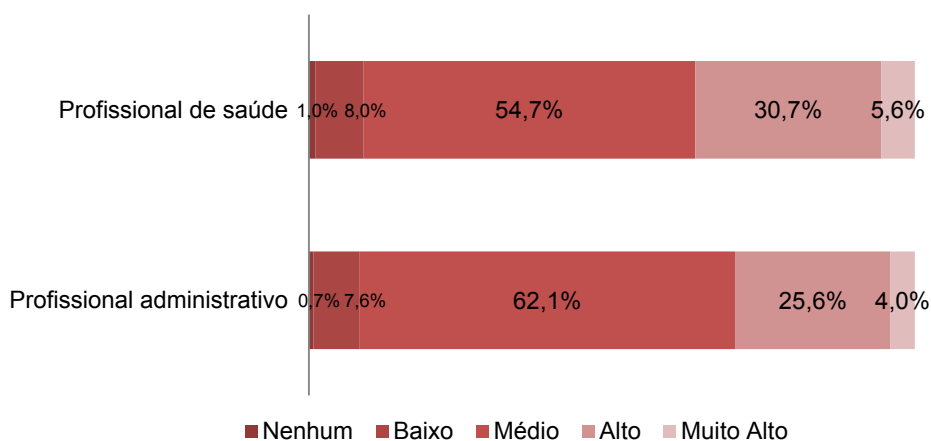


**Gráfico 55 – Autoavaliação do conhecimento sobre o SNS**



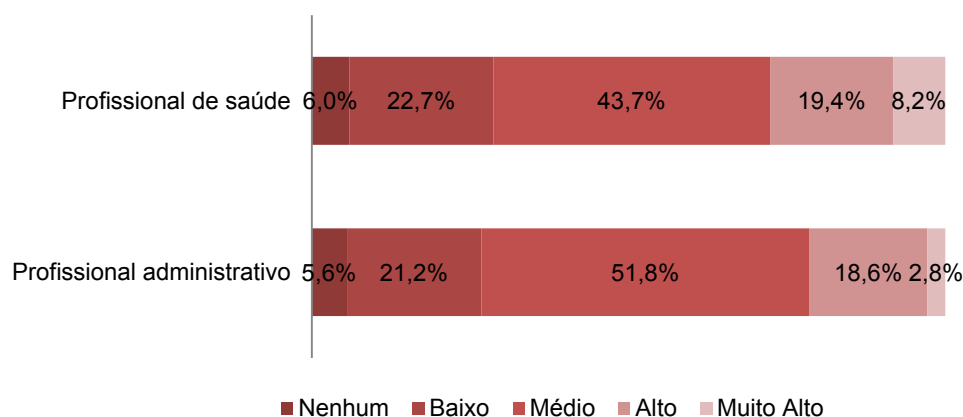
Quanto ao conceito de “prestador convencionado com o SNS”, ambas as categorias de profissionais consideraram, maioritariamente, ter um nível médio de conhecimento (cfr. gráfico 56).

**Gráfico 56 – Autoavaliação do conhecimento sobre um prestador convencionado**



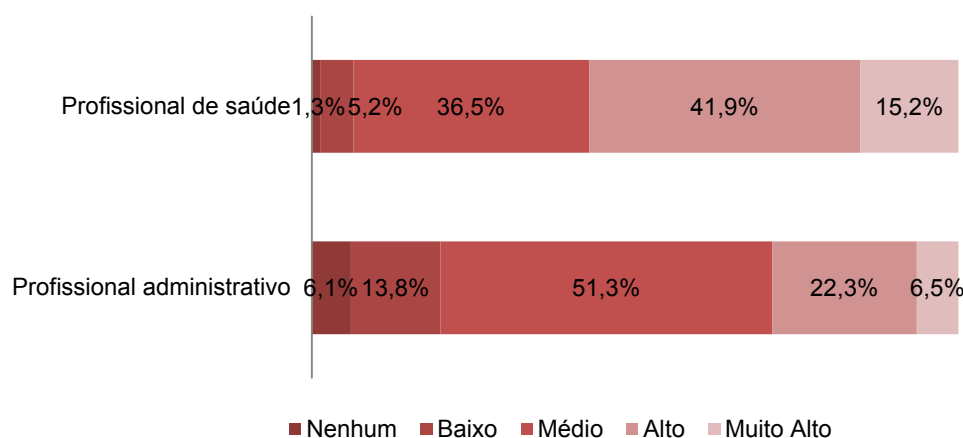
Quanto ao conceito de cheque-dentista, apenas 27,6% dos profissionais de saúde e 21,4% dos profissionais administrativos entenderam ter um nível de conhecimento alto ou muito alto (cfr. gráfico 57). Em contraposição, 28,7% dos profissionais de saúde e 26,8% dos profissionais administrativos admitiram ter um conhecimento baixo ou nenhum conhecimento.

**Gráfico 57 – Autoavaliação do conhecimento do cheque-dentista**



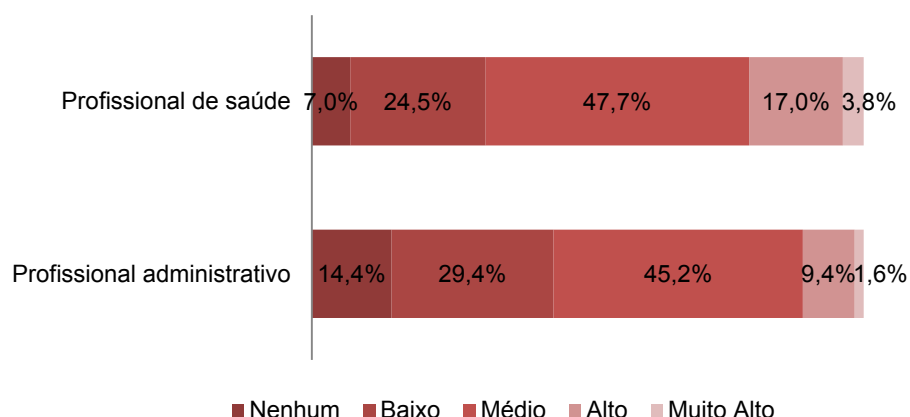
Quanto ao consentimento informado, 57,1% dos profissionais de saúde e apenas 28,8% dos profissionais administrativos declararam ter um grau de conhecimento alto ou muito alto (cfr. gráfico 58).

**Gráfico 58 – Autoavaliação do conhecimento sobre o consentimento informado**



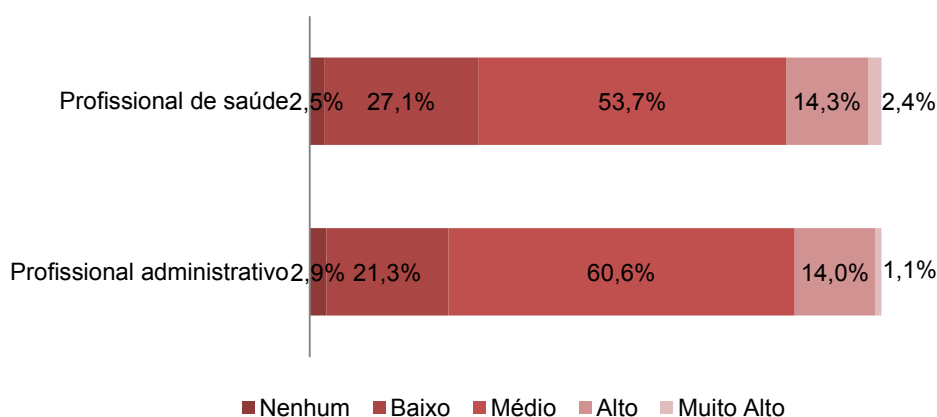
Na autoavaliação do conhecimento sobre o testamento vital, verificou-se que predominou o grau “médio”, embora uma grande percentagem de profissionais – 31,5% de profissionais de saúde e 43,8% de profissionais com funções administrativas – se tenha incluído nas categorias de conhecimento baixo ou nenhum (cfr. gráfico 59).

**Gráfico 59 – Autoavaliação do conhecimento sobre o testamento vital**



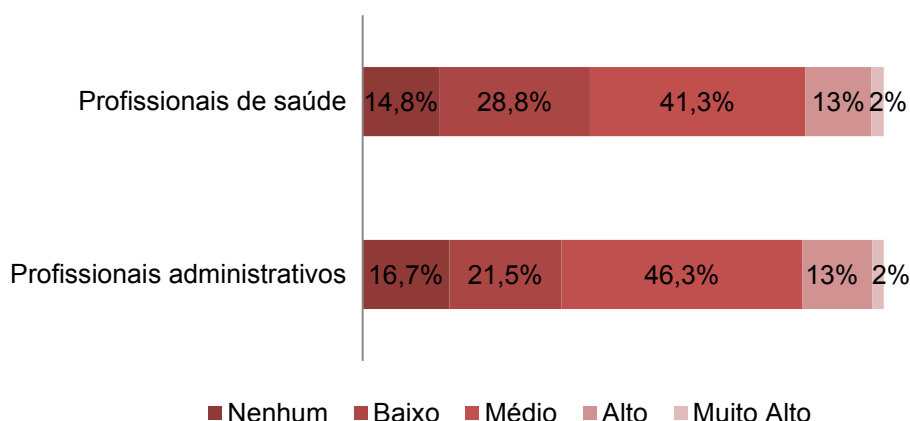
A respeito do conhecimento autoavaliado sobre a ERS, verificou-se que predominou o grau de conhecimento “médio” nas duas categorias de profissionais inquiridos, a que se somam 29,6% dos profissionais de saúde e 24,2% de profissionais administrativos com conhecimento baixo ou nenhum conhecimento (cfr. gráfico 60).

**Gráfico 60 – Autoavaliação do conhecimento sobre a ERS**



Quando questionados sobre o conhecimento do conceito de vale cirurgia, aproximadamente 43,6% dos profissionais de saúde e 38,2% dos profissionais administrativos reportaram um conhecimento baixo ou inexistente. Este conceito foi o que apresentou o maior número de respondentes a escolher a opção “nenhum” (cfr. gráfico 61).

**Gráfico 61 – Autoavaliação do conhecimento sobre o vale cirurgia**



Em suma, o nível de literacia autoavaliado é predominantemente médio, posicionando-se os profissionais de saúde ligeiramente melhor, quando comparados com os profissionais com funções administrativas. Embora prevaleça a escolha da categoria de conhecimento médio, na maioria das respostas, os conceitos de “cheque-dentista”, “testamento vital” e “vale cirurgia” foram os que apresentaram maior percentagem de respondentes posicionados nas categorias “nenhum” ou “baixo” conhecimento. Por outro lado, uma maior percentagem de respondentes considerou posicionar-se nas categorias “alto” e “muito alto” quanto ao conhecimento sobre os conceitos “SNS”, “prestadores convencionados com o SNS” e “consentimento informado”.

### 3.2.3. Nível de literacia revelado

Na sequência da apresentação da autoavaliação da literacia, que traduz o conhecimento que os respondentes pensam deter sobre os temas do questionário, apresenta-se o nível de literacia revelado pelos profissionais de saúde e administrativos, medido pelo número de respostas corretas às questões formuladas (cfr. anexo I).

#### *Nível de literacia global*

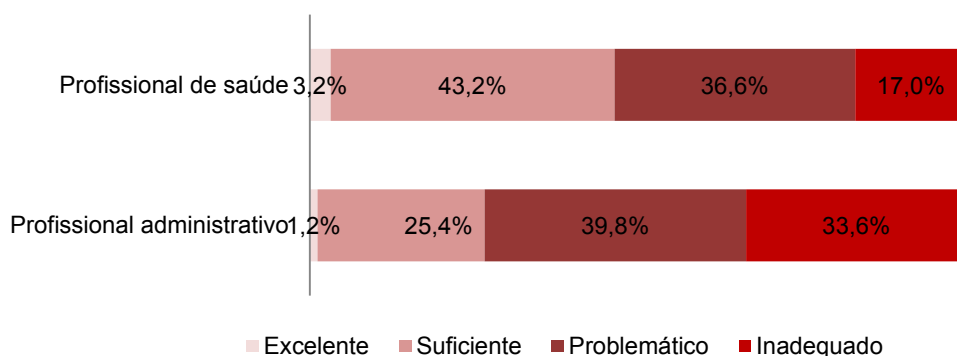
O nível de literacia global foi calculado tendo em conta o número de respostas corretas em cada inquérito. No sentido de corrigir possíveis enviesamentos, associados a correlações entre perguntas inseridas num mesmo tema, foi realizada uma ponderação que atribui igual valor a cada tema (equivalente a 1/10), que se reparte pelas questões que o compõem, caso tenha mais do que uma. Assim, a título de

exemplo, se um inquirido tiver pouco conhecimento sobre o tema “TMRG” terá uma penalização máxima de 1/10 se tiver errado as seis questões que compõem esse tema (0,016(6) por cada pergunta errada), pois não se pretende penalizar mais do que uma vez o desconhecimento sobre o mesmo tema.

Para apresentação dos resultados foi, em primeiro lugar, construído um índice que classifica o nível de literacia como “inadequado” – que compreende uma classificação entre 0 e 50% – “problemático” – entre 51% e 66% – “suficiente” – entre 67% e 84% – e “excelente” – entre 85% e 100%. Este índice teve por referência a classificação utilizada e validada pelo *European Health Literacy Survey*.

No que se refere ao nível de literacia global, uma maior percentagem de profissionais de saúde apresentou nível de literacia suficiente, enquanto o maior número de profissionais administrativos teve um nível de literacia classificado como problemático. A categoria mais baixa de conhecimento, “inadequado”, que corresponde a menos de 50% de respostas certas, compreendeu 17% de profissionais de saúde e 33,6% de profissionais administrativos. Se se considerar as duas categorias mais baixas de literacia, constata-se que 53,6% dos profissionais de saúde e 73,4% dos profissionais administrativos apresentaram um nível limitado de literacia.

**Gráfico 62 – Índice de literacia global**



Para identificação de eventuais diferenças no nível de literacia entre grupos de respondentes, foram implementados testes paramétricos (designadamente teste t de Student e ANOVA), com base nas seguintes características: tipo de estabelecimento, tipo de respondente, região de saúde, idade, género, nível de educação e estado civil (cfr. tabela 13). Da implementação dos testes resultou que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, mediante a rejeição da hipótese nula, em todas as variáveis consideradas. No que se refere ao tipo de estabelecimento, os profissionais em exercício de funções em estabelecimentos públicos de cuidados de

saúde (em particular, de cuidados de saúde primários) apresentaram maior nível de literacia do que os que trabalham no setor privado ou social. Este resultado poderá, em parte, decorrer do facto de a maioria das questões incidir sobre o funcionamento do SNS, sendo assim expectável que os profissionais dos estabelecimentos públicos se confrontem mais frequentemente com essas temáticas. Por seu turno, os profissionais de saúde apresentaram um nível de literacia superior ao dos profissionais administrativos. Comparando as cinco regiões, o Algarve apresentou o nível de literacia mais elevado, e Lisboa e Vale do Tejo apresentou o mais baixo, à semelhança do que sucedeu na análise da literacia autoavaliada.

Constata-se ainda que o nível de literacia aumenta com a idade (até aos 65 anos), é maior em profissionais do género masculino e menor em solteiros. À semelhança do que se constatou para a literacia autoavaliada, o nível global de literacia revelada aumenta com o nível de educação.

**Tabela 13 – Nível médio de literacia global, teste t-Student e teste ANOVA**

Variáveis	Nível médio de literacia global	ANOVA ou t-Student (p-value)
Tipo de estabelecimento		74,274 (0,000)***
Prestador público de cuidados de saúde primários	65,14%	
Prestador público de cuidados de hospitalares	63,99%	
Prestador privado ou social	58,69%	
Tipo de respondente		14,445 (0,000)***
Profissional de saúde	63,27%	
Profissional administrativo	55,82%	
Região de Saúde		11,015 (0,000)***
Norte	61,81%	
Centro	60,60%	
LVT	59,79%	
Alentejo	64,74%	
Algarve	65,30%	
Idade		11,965 (0,000)***
Inferior ou igual a 25 anos	56,78%	
26-35 anos	60,01%	
36-45 anos	60,11%	
46-55 anos	62,58%	
56-65 anos	65,02%	
66-75 anos	62,28%	
Superior ou igual a 76 anos	59,67%	
Género		7,569 (0,000)***
Feminino	59,98%	
Masculino	63,89%	
Nível de educação		79,305 (0,000)***
Ensino básico	54,39%	

Variáveis	Nível médio de literacia global	ANOVA ou t-Student (p-value)
Ensino secundário	54,09%	
Licenciatura	62,57%	
Mestrado ou doutoramento	63,96%	
Estado Civil		5,558 (0,001)**
Casado/União de facto	61,43%	
Solteiro	59,91%	
Divorciado	61,99%	
Viúvo	68,36%	

\*\*\* significativo para o nível de 1%. Nota: utilizou-se o teste t-Student para comparar grupos de dois elementos e o teste ANOVA para três ou mais grupos.

À semelhança da estimação apresentada na secção anterior, relativa ao nível de literacia autoavaliada, foi aplicado o método OLS<sup>48</sup> para identificar as variáveis com possível impacto no nível de literacia global. As variáveis explicativas utilizadas são idênticas às do modelo anterior e a variável dependente corresponde ao nível de literacia observada, em percentagem, extraído do número de respostas corretas dos inquiridos.

Os resultados apresentados na tabela *infra* vão ao encontro dos obtidos para a literacia autoavaliada, o que indicia que os respondentes tinham uma boa perceção do seu conhecimento sobre os direitos dos utentes de serviços de saúde. Em concreto, as características demográficas dos respondentes (o género, o estado civil e a idade) influenciam o nível de literacia. No mesmo sentido dos resultados obtidos anteriormente, a detenção de licenciatura e de mestrado ou doutoramento associa-se positivamente com o nível de literacia, tendo ambas as variáveis significância estatística, e sendo o efeito de amplitude superior para respondentes com mestrado.

**Tabela 14 – Modelo de regressão aplicado ao nível da literacia global**

Variável	Literacia global (%)
Privado	-0.054 (11.56)***
Profissional de saúde	0.037 (5.74)***
Centro	-0.009 (1.34)
Lisboa e Vale do Tejo	-0.014 (2.68)**
Alentejo	0.031 (2.76)**
Algarve	0.013 (1.21)
Idade	0.001 (4.75)***

<sup>48</sup> Modelo corrigido para a existência de heteroscedasticidade, por rejeição da hipótese de homoscedasticidade.

Variável	Literacia global (%)
Mulher	-0.028 (5.30)***
Solteiro	-0.004 (0.72)
Divorciado	0.003 (0.42)
Viúvo	0.073 (3.04)**
Ensino secundário	0.028 (1.02)
Licenciatura	0.086 (3.17)**
Mestrado ou doutoramento	0.102 (3.72)***
Constante	0.525 (17.73)***

Legenda: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ . Estatísticas t entre parênteses.  $R^2 = 0,1434$ .  $N = 3.491$ .

Da análise da tabela é possível ainda concluir que ser profissional de saúde releva positivamente sobre o nível de literacia global, e com significância estatística. Por outro lado, o exercício de funções em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de natureza privada ou social surge associado a um menor nível de literacia global, quando comparado com o exercício de funções no SNS. Como foi referido anteriormente, este resultado era expectável, na medida em que a maioria das questões incide sobre o funcionamento do SNS, versando sobre assuntos com que os profissionais do setor público se deparam mais frequentemente.

No que respeita à distribuição regional dos respondentes, a pertença à região de Lisboa e Vale do Tejo tem um efeito negativo, estatisticamente significativo, no nível de literacia e a pertença à região do Algarve tem um efeito positivo, quando comparadas com a região Norte. As variáveis relativas às restantes regiões não revelaram significância estatística.

### **Nível de literacia por tema**

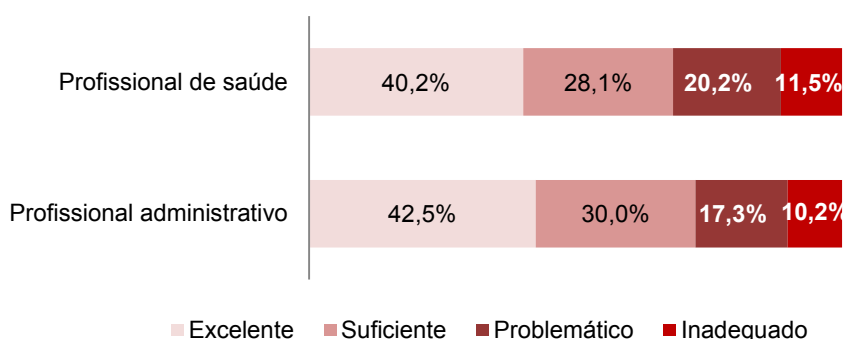
De seguida, avalia-se o nível de literacia observada em cada tema descrito na tabela 3, incluindo a apresentação da distribuição pelas categorias “inadequado”, “problemático”, “suficiente” e “excelente”, de acordo com o índice anterior, bem como a apresentação das respostas de cada pergunta. Os temas que apenas incluem uma pergunta no âmbito da literacia revelada – PNPSO, testamento vital e assistência religiosa – não compreendem a distribuição por categorias, porque isso corresponderia a duplicação da mesma informação.



## Acesso

Em relação à literacia no âmbito do direito de acesso, constata-se que os profissionais administrativos apresentaram um nível superior ao dos profissionais de saúde, com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Merece destaque a constatação de que 31,7% dos profissionais de saúde e 27,5% dos profissionais administrativos revelaram um conhecimento inadequado ou problemático sobre o direito de acesso aos prestadores de cuidados de saúde públicos, que se encontra consagrado na Constituição da República Portuguesa (cfr. gráfico 63).

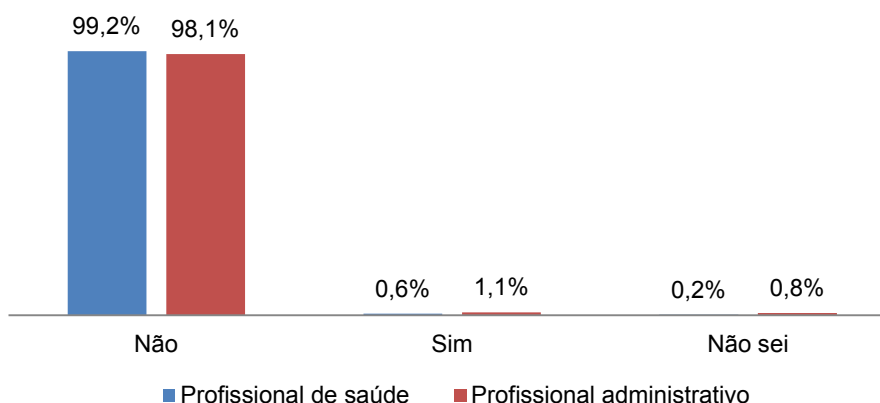
**Gráfico 63 – Nível de literacia sobre acesso**



Nota: Teste t-Student=2,167 com p-value=0,030.

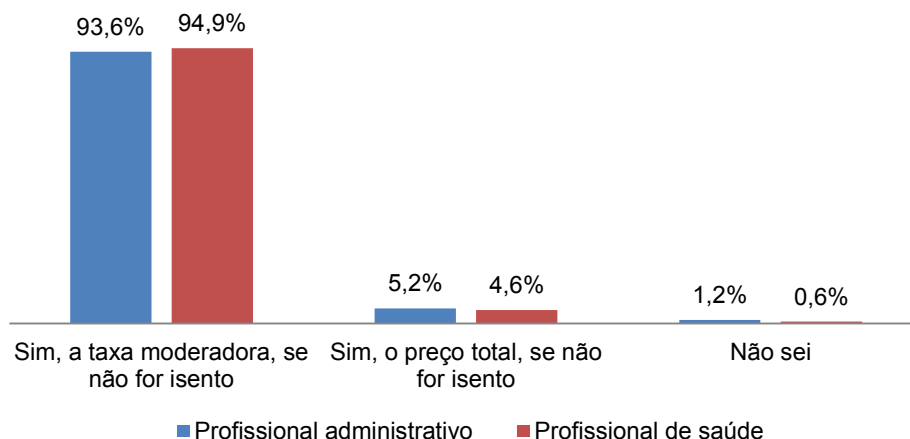
Na questão “*Só o cidadão com um rendimento baixo é que tem direito de acesso a um centro de saúde ou hospital público?*” praticamente todos os respondentes indicaram a resposta correta, isto é, “não” (cfr. gráfico 64).

**Gráfico 64 – Só o cidadão com um rendimento baixo é que tem direito de acesso a um centro de saúde ou hospital público?**



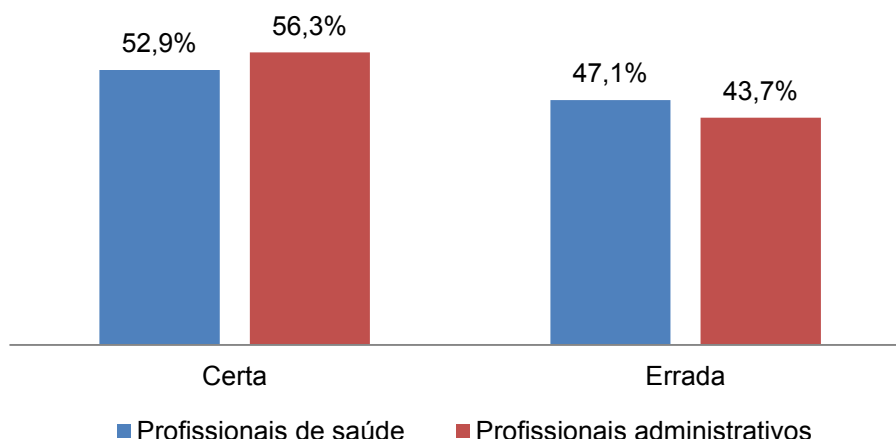
Em relação à questão “*Todos os utentes têm de pagar num hospital público ou centro de saúde?*”, mais de 93% do total dos respondentes indicaram a resposta correta, isto é, “*Sim, a taxa moderadora se não forem isentos*” (cfr. gráfico 65).

**Gráfico 65 – “*Todos os utentes têm de pagar num hospital público ou centro de saúde?*”**



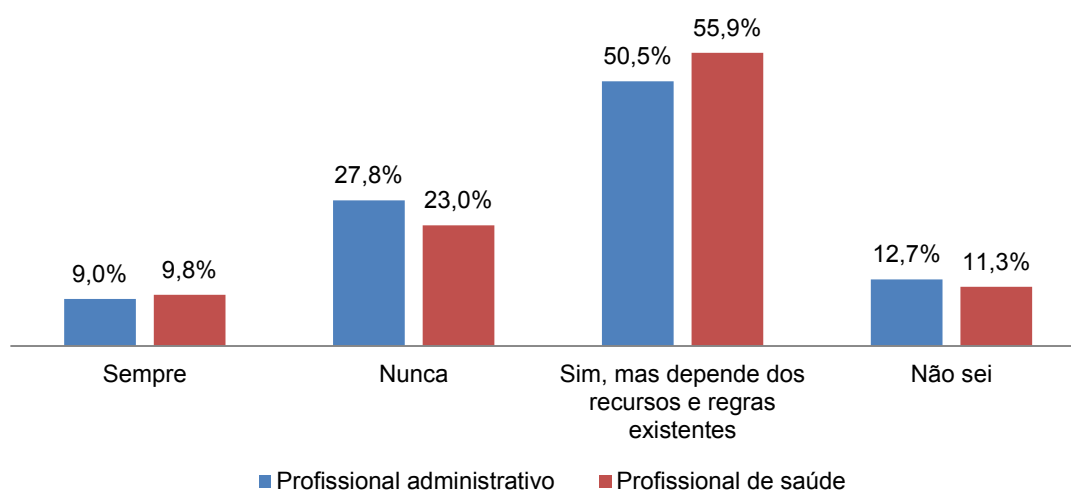
Foi depois solicitado aos profissionais que seleccionassem os grupos de utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras de entre as seguintes opções: grávidas e parturientes; menores; utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; utentes em situação de insuficiência económica; ninguém; ou não sabe/não responde. Os resultados revelam um significativo desconhecimento por parte dos profissionais quanto a esta temática. No gráfico 66 apresentam-se as percentagens de profissionais de saúde e administrativos (52,9% e 56,3%, respetivamente) que responderam acertadamente a esta questão, seleccionando todos os grupos. Importa realçar que se se considerar a subamostra dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, constata-se que 32,5% não identificaram corretamente os grupos de utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras.

**Gráfico 66 – “Quem é isento do pagamento de taxas moderadoras?”**



No contexto da liberdade de escolha no SNS, questionou-se se “*Pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?*”. Mais de metade dos profissionais indicou a resposta correta (“Sim, mas condicionado aos recursos e regras existentes”), tendo os profissionais de saúde exibido um conhecimento mais elevado do que os profissionais administrativos, em 5,4 p.p. (cfr. gráfico 67). No caso em concreto dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade no setor público, a percentagem de respostas corretas sobe para os 60,9%.

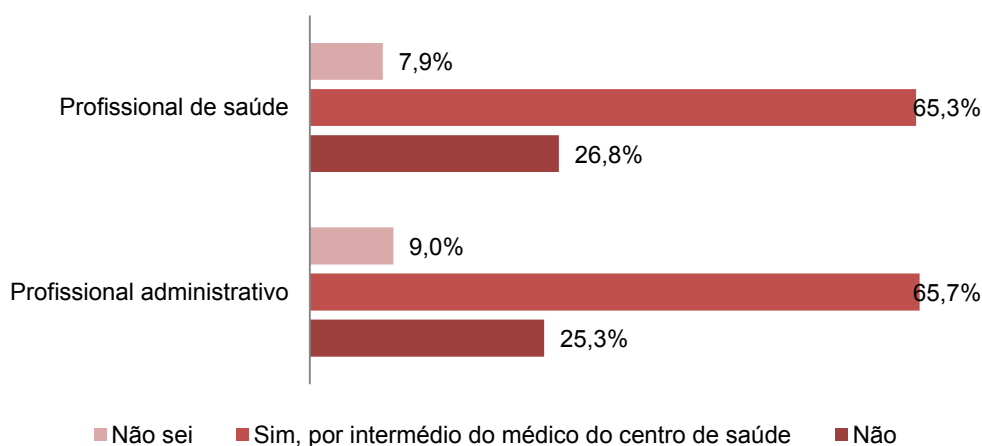
**Gráfico 67 – “Pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?”**



Em relação aos cuidados de saúde hospitalares, colocou-se a questão “*Pode escolher qualquer hospital do SNS para primeira consulta de especialidade?*”. De acordo com o gráfico 68, mais de 60% dos profissionais indicaram a resposta correta (“Sim, por intermédio do médico do centro de saúde”). Os profissionais administrativos de saúde

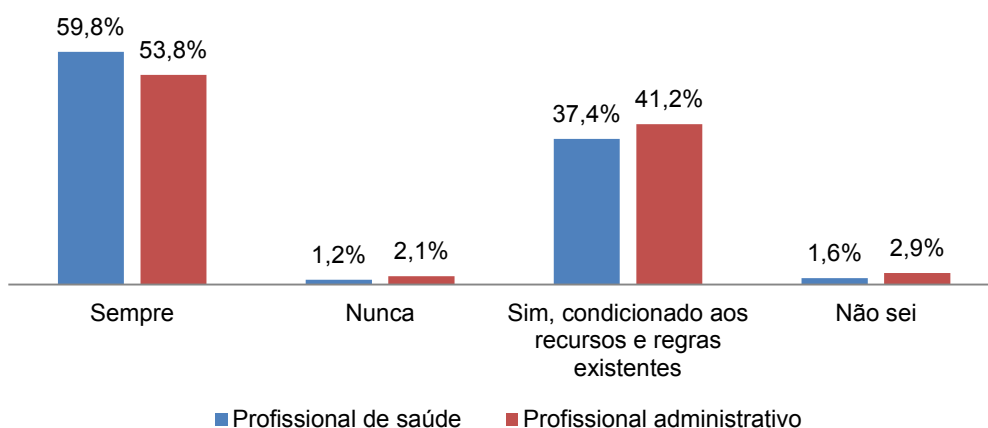
revelaram um conhecimento ligeiramente mais elevado (em 0,4 p.p) do que os profissionais de saúde. Na subamostra dos profissionais que exercem atividade no setor público, constata-se que 30,5% não indicaram a opção correta.

**Gráfico 68 – “Pode escolher qualquer hospital do SNS para primeira consulta de especialidade?”**



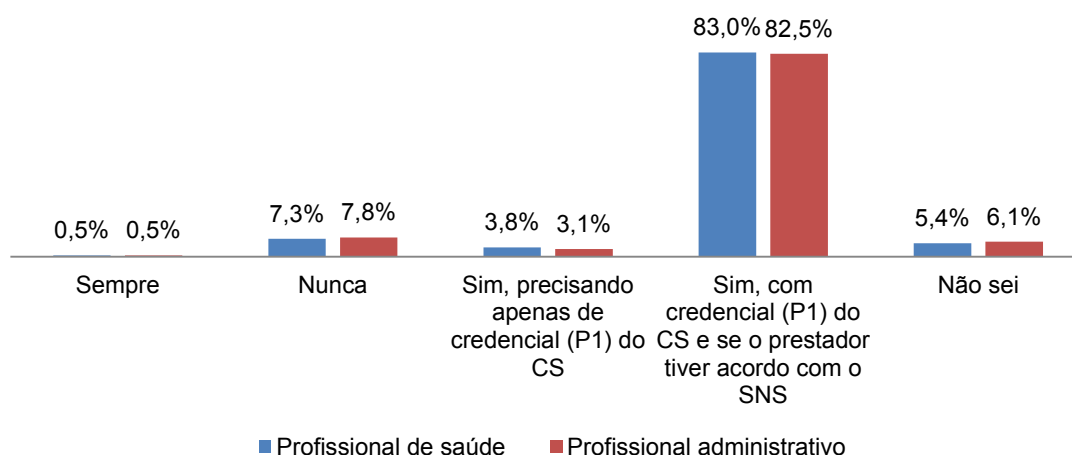
Ainda no âmbito da liberdade de escolha, neste caso em cuidados de saúde urgentes, questionou-se: “O utente pode escolher ir ao serviço de urgência de qualquer hospital do SNS?”. Da análise das respostas, sintetizadas no gráfico 69, extrai-se que mais de 40% dos profissionais de saúde e mais de 46% dos profissionais administrativos não sabiam que um utente pode sempre recorrer ao serviço de urgência de qualquer hospital do SNS. No caso concreto dos profissionais do setor público, verifica-se que a percentagem de respostas corretas sobe para os 61,8%.

**Gráfico 69 – “O utente pode escolher ir ao serviço de urgência de qualquer hospital do SNS?”**



Em relação ao acesso aos prestadores convencionados com o SNS, fez-se a seguinte questão: “Se precisar de ir a um prestador privado ou social o cuidado de saúde é pago pelo Estado?”. Constatou-se, da análise do gráfico 70, que mais de 80% da amostra indicou a resposta certa (“Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e se o prestador tiver acordo com o SNS”), com um desempenho ligeiramente melhor por parte dos profissionais de saúde.

**Gráfico 70 – “Se precisar de ir a um prestador privado ou social o cuidado de saúde é pago pelo Estado?”**

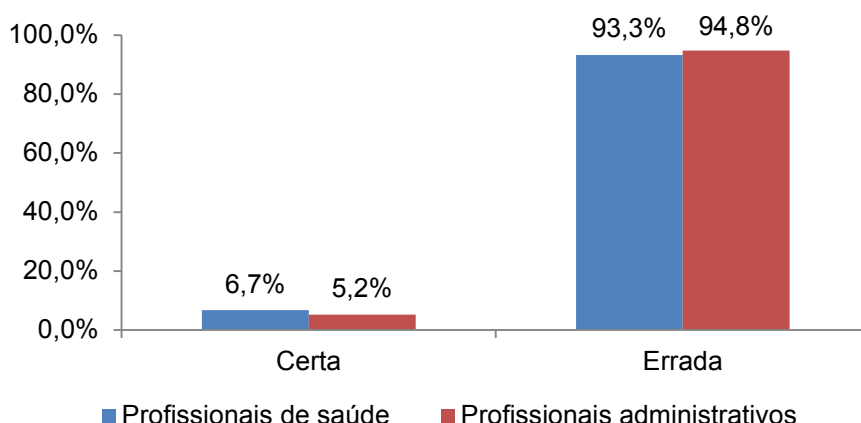


### **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**

Na sequência da autoavaliação do conhecimento, apresentada na secção anterior, em que o cheque-dentista surgia como um dos conceitos sobre o qual os respondentes referiam ter menos conhecimento, foi-lhes solicitado que identificassem o(s) grupo(s) de beneficiários, mediante a seleção de um conjunto de opções. Os respondentes que, anteriormente, tinham admitido não ter nenhum conhecimento relativamente a este assunto, não foram considerados nesta questão (5,6% dos profissionais administrativos e 6% dos profissionais de saúde tinham selecionado a hipótese “nenhum”).

Da subamostra de respondentes avaliados nesta questão, a maioria (cfr. gráfico 71) não respondeu corretamente (crianças e jovens até aos 18 anos; mulheres grávidas; utentes em situação de insuficiência económica; utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA). Assim, a maior parte dos respondentes tem conhecimento classificado como inadequado. Se se considerar a subamostra de profissionais de estabelecimentos públicos, constata-se que 93,1% não identificaram corretamente os grupos de beneficiários do cheque-dentista.

**Gráfico 71 – “Identifique o(s) grupo(s) de beneficiários do cheque-dentista”<sup>49</sup>**

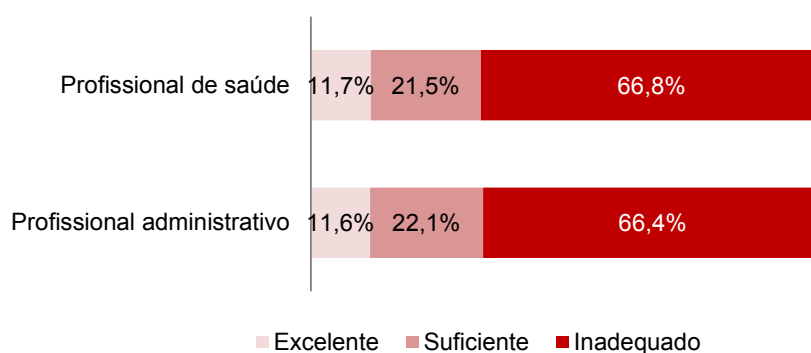


Nota: A base inclui apenas 2.352 profissionais de saúde e 935 profissionais administrativos.  
Teste qui-quadrado=2,379 com p-value=0,123

### Consentimento informado

Quanto ao consentimento informado, os níveis de literacia obtidos pelos dois tipos de profissionais em análise foram muito semelhantes, com mais de 60% dos respondentes a apresentarem um nível de conhecimento inadequado. No nível médio de literacia sobre consentimento informado obtido por cada tipo de profissionais, verificou-se existirem diferenças significativas entre os dois grupos, através da aplicação do teste t de Student.

**Gráfico 72 – Nível de literacia sobre consentimento informado**



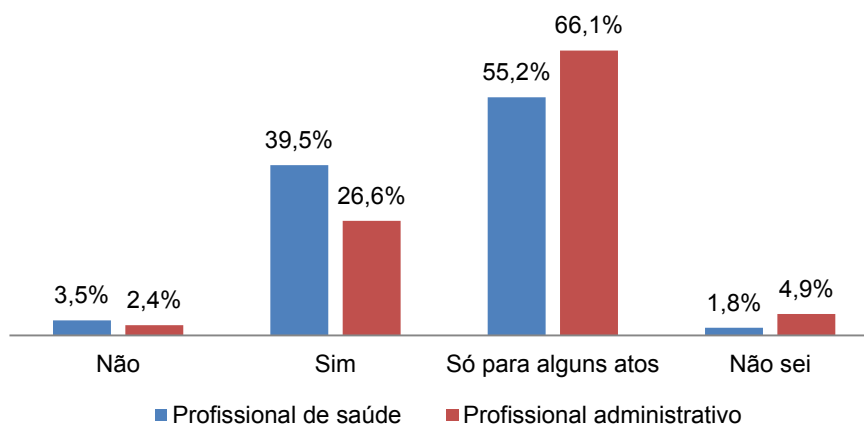
Nota: Teste t-Student=13,659 com p-value=0,000.

Em resposta à questão “O consentimento informado é sempre necessário?”, somente 39,5% dos profissionais de saúde e 26,6% dos profissionais administrativos responderam acertadamente (“sim”). Os profissionais que tinham selecionado a opção

<sup>49</sup> Aplicou-se o teste qui-quadrado dada a natureza binária das variáveis.

“nenhum” quando questionados sobre o conhecimento que consideravam deter sobre o conceito de consentimento informado (1,3% os profissionais de saúde e 6,1% os profissionais administrativos), não responderam às questões relativas a esta temática.

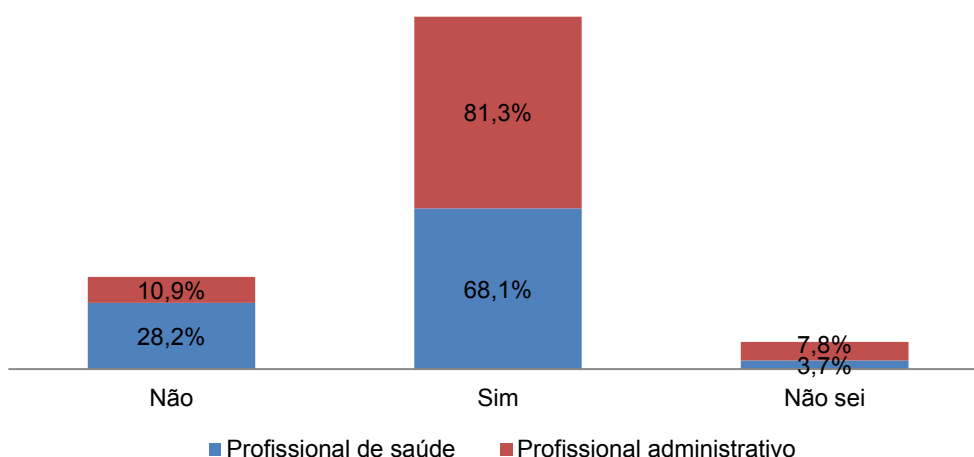
**Gráfico 73 – “O consentimento informado é sempre necessário?”**



Nota: A base inclui apenas 2.469 profissionais de saúde e 930 profissionais administrativos.

Foi também questionado se “O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito” e somente 28,2% dos profissionais de saúde e 10,9% dos profissionais administrativos responderam acertadamente à questão (“não”).

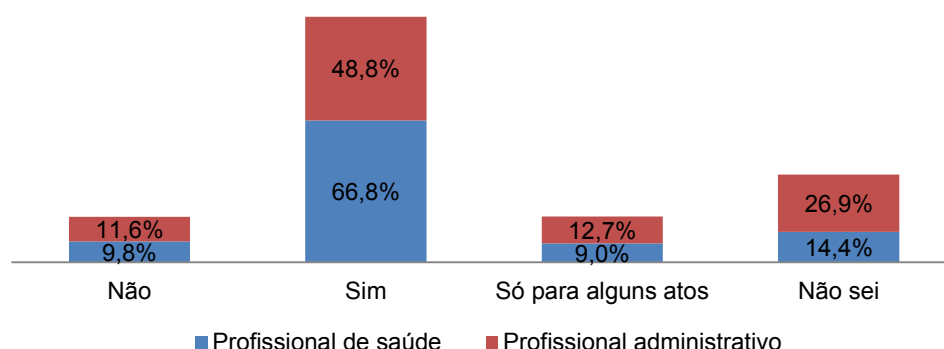
**Gráfico 74 – “O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito?”**



Nota: A base inclui apenas 2.469 profissionais de saúde e 930 profissionais administrativos.

Por último, questionou-se “*Depois de dado o consentimento o utente pode cancelá-lo?*”, e verificou-se que 66,8% dos profissionais de saúde e 48,8% dos profissionais administrativos responderam acertadamente à questão (“*sim*”).

**Gráfico 75 – “Depois de dado o consentimento o utente pode cancelá-lo?”**



Nota: A base inclui apenas 2.469 profissionais de saúde e 930 profissionais administrativos.

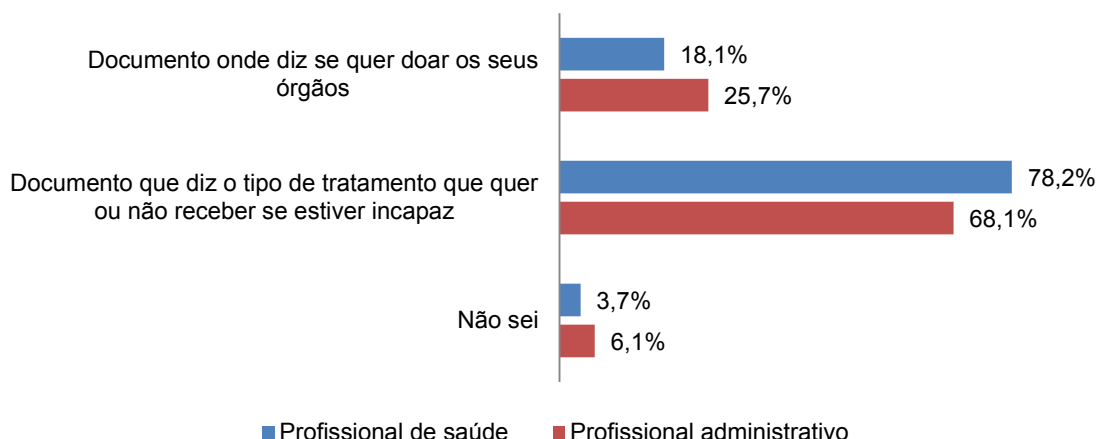
### **Testamento vital**

Na sequência da autoavaliação do conceito de testamento vital apresentada na secção anterior, solicitou-se aos inquiridos que indicassem “*O que é o testamento vital?*”, tendo-se constatado que 78,2% dos profissionais de saúde e 68,1% dos profissionais administrativos responderam acertadamente (“*Documento que diz o tipo de tratamento que quer ou não receber se estiver incapaz*”) (cfr. gráfico 76). Mesmo considerando que os profissionais que tinham afirmado não ter nenhum conhecimento sobre o conceito de testamento vital (7% dos profissionais de saúde e 14,4% dos profissionais administrativos) (cfr. gráfico 59) têm um conhecimento inadequado sobre este tema, conclui-se que 72,8% dos profissionais de saúde e 58,3% dos profissionais administrativos apresentaram conhecimento excelente sobre este tema. Da análise do teste qui-quadrado<sup>50</sup> verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde e profissionais administrativos.

<sup>50</sup> Aplicou-se o teste qui-quadrado dada a natureza binária das variáveis.



**Gráfico 76 – “Indique o que é o testamento vital?”**

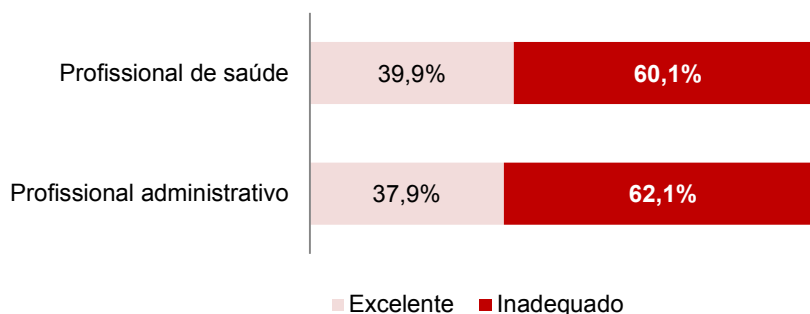


Nota: A base inclui apenas 2.326 profissionais de saúde e 847 profissionais administrativos.  
Teste qui-quadrado=69,189 com p-value=0,000.

### **Dados pessoais e proteção da vida privada**

No que se refere à literacia sobre o direito de proteção dos dados pessoais e da vida privada, em concreto sobre o acesso aos dados do processo clínico, mais de 60% dos respondentes têm conhecimento inadequado. Através da análise do teste t-Student verifica-se a existência de diferenças significativas entre os profissionais de saúde e profissionais administrativos, no nível de literacia obtido sobre estas matérias.

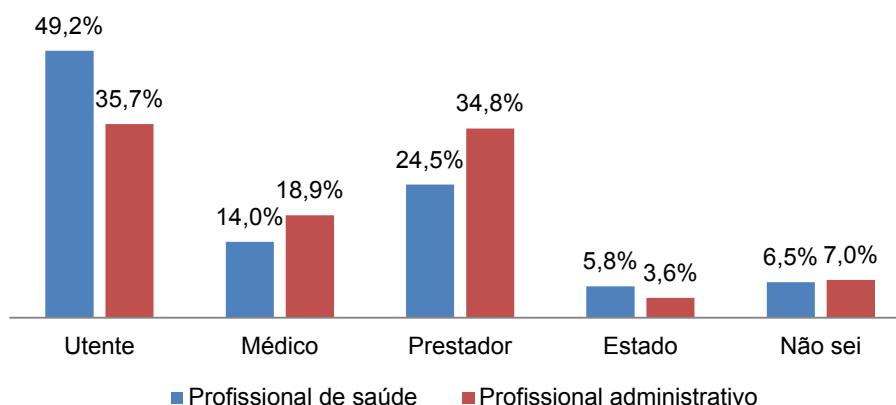
**Gráfico 77 – Nível de literacia sobre dados pessoais e proteção da vida privada**



Nota: Teste teste-t=7,588 com p-value=0,000.

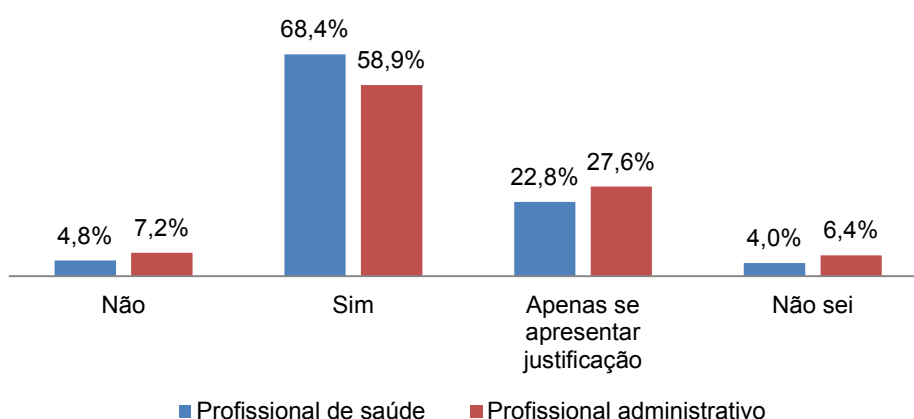
Quando questionados sobre a propriedade do processo clínico, apenas 49,2% dos profissionais de saúde e 35,7% dos profissionais administrativos responderam acertadamente, indicando pertencer ao utente (cfr. gráfico 78).

**Gráfico 78 – “O processo clínico é propriedade de quem?”**



Quando questionados sobre se “o utente pode aceder aos dados do seu processo clínico” (cfr. gráfico 79), 68,4% dos profissionais de saúde e 58,9% dos profissionais administrativos responderam acertadamente (“sim”).

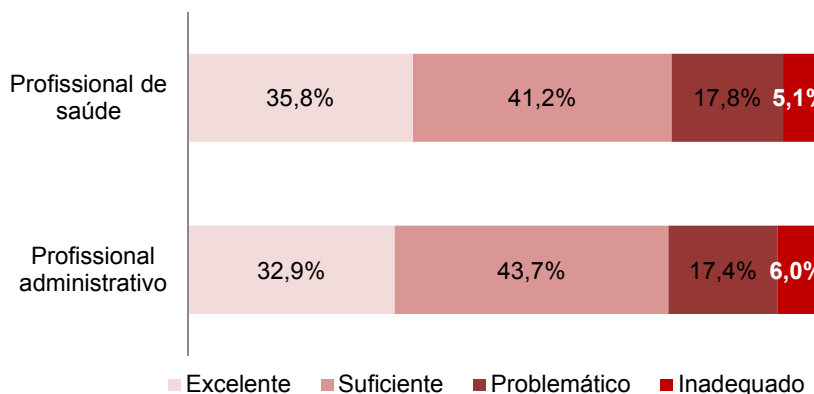
**Gráfico 79 – “O utente pode aceder aos dados do seu processo clínico?”**



### **Informação**

Nas questões relativas ao direito à informação (sumariadas na tabela 3), cerca de 77% dos profissionais tiveram um nível suficiente ou excelente de conhecimento, sendo certo que os profissionais de saúde apresentaram maior percentagem de respondentes com um nível excelente do que os profissionais administrativos, tendo estes também maior probabilidade de apresentar um nível inadequado. Da aplicação do teste t-Student ao valor médio de literacia obtido por profissionais de saúde e administrativos sobre o direito à informação, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças significativas entre grupos.

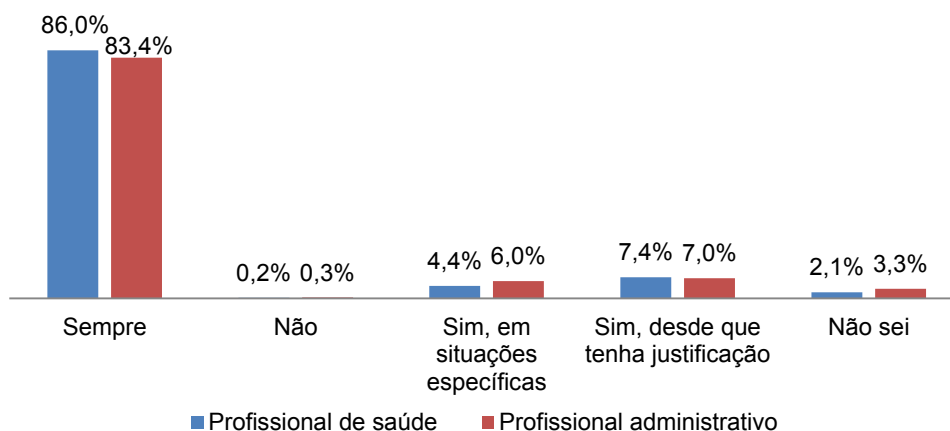
**Gráfico 80 – Nível de literacia sobre o direito à informação**



Nota: Teste t-Student=8,830 com p-value=0,000.

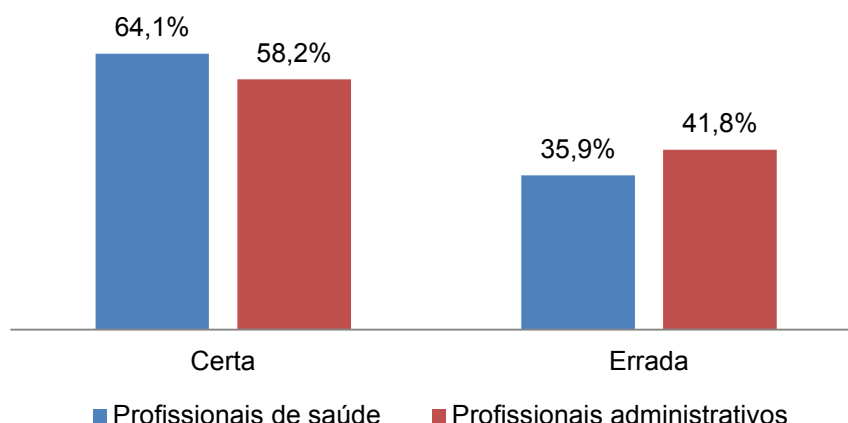
No que respeita à questão “*O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?*”, mais de 80% do total dos profissionais indicaram corretamente a opção “*sempre*” (cfr. gráfico 81).

**Gráfico 81 – “O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?”**



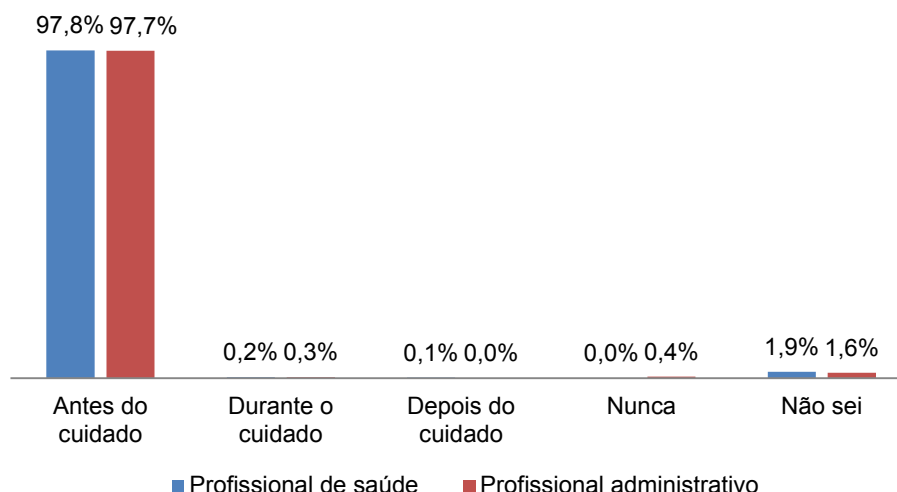
Quando questionados sobre a informação que deve estar disponível/afixada nas instalações dos prestadores de cuidados de saúde, aproximadamente 60% dos profissionais responderam corretamente, selecionando a certidão de registo na ERS; o livro de reclamações e respetivo letrero informativo da sua existência; a licença de funcionamento/declaração de conformidade e a tabela de preços.

**Gráfico 82 – “Que informação deve estar disponível/afixada nos prestadores de cuidados de saúde?”**



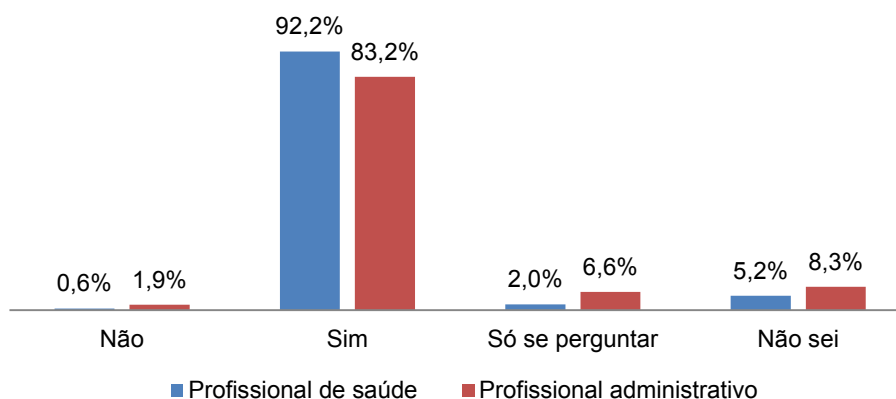
Na questão “Se vai a um prestador privado ou social, quando deve idealmente ser informado se um tipo de cuidado está incluído no acordo com o SNS, seguro ou subsistema?”, quase a totalidade da amostra revelou um conhecimento adequado, escolhendo a resposta “antes da prestação de cuidados de saúde” (cfr. gráfico 83).

**Gráfico 83 – “Se vai a um prestador privado ou social, quando deve idealmente ser informado se um tipo de cuidado está incluído no acordo com o SNS, seguro ou subsistema?”**



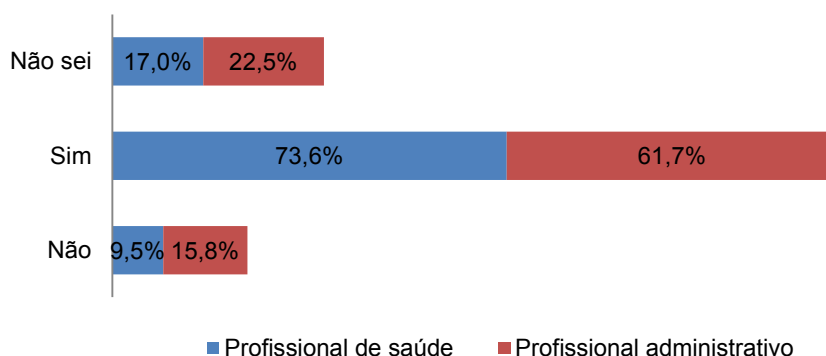
Em relação à questão “Se estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond/valor do seguro acabar?”, retira-se do gráfico 84 que quase 8% dos profissionais de saúde e quase 7% dos profissionais administrativos não selecionaram a resposta correta (“sim”).

**Gráfico 84 – “Se estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond/valor do seguro acabar?”**



Quanto à questão “O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um hospital privado ou de um social, para um hospital público?”, verificou-se que mais de 26% dos profissionais de saúde e mais 38% dos profissionais administrativos não selecionaram a opção correta (“sim”) (cfr. gráfico 85).

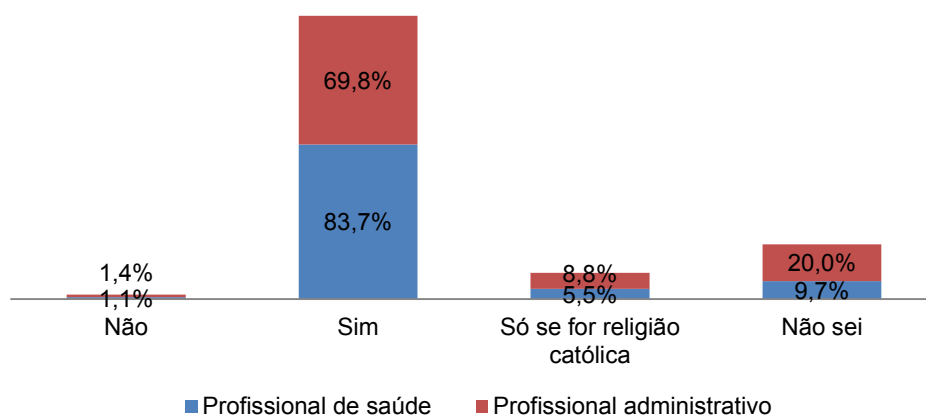
**Gráfico 85 – “O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um hospital privado ou de um social, para um hospital público?”**



### **Assistência religiosa**

Em relação à questão “Se estiver internado num hospital do SNS, tem direito a assistência religiosa?”, como resulta do gráfico 86, verificou-se que 83,7% dos profissionais de saúde e 69,8% dos profissionais administrativos indicaram a resposta correta (“sim”). Considerando apenas os profissionais que exercem atividade no setor público, a percentagem de respostas corretas foi 88,6%. O teste qui-quadrado revela que as diferenças entre os profissionais de saúde e profissionais administrativos são estatisticamente significativas.

**Gráfico 86 – “Se estiver internado num hospital do SNS, tem direito a assistência religiosa?”**

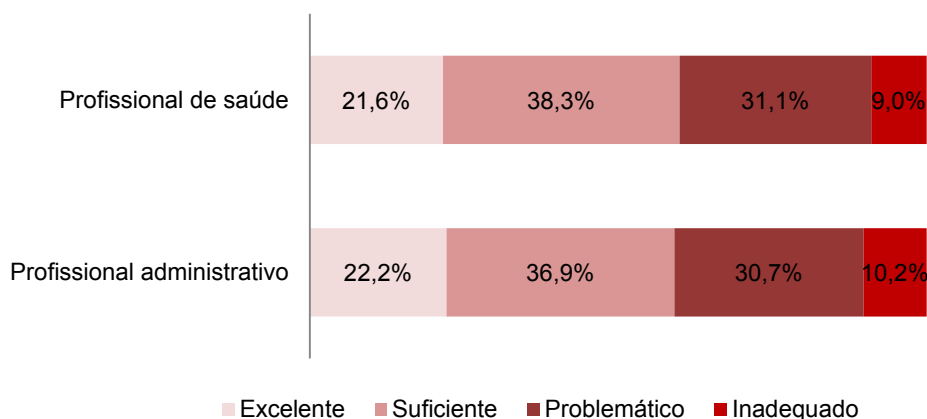


Nota: Teste qui-quadrado=85,286 com p-value=0,000.

### Reclamação

No que se refere às questões inseridas na categoria sobre o direito à reclamação (cfr. tabela 3), mais de 40% de ambas as categorias de profissionais apresentaram níveis problemáticos ou inadequados de conhecimento. A aplicação do teste t levou à não rejeição da hipótese nula, ou seja, não se rejeita a hipótese de igualdade entre os níveis médios de literacia sobre direito à informação entre os dois grupos de profissionais.

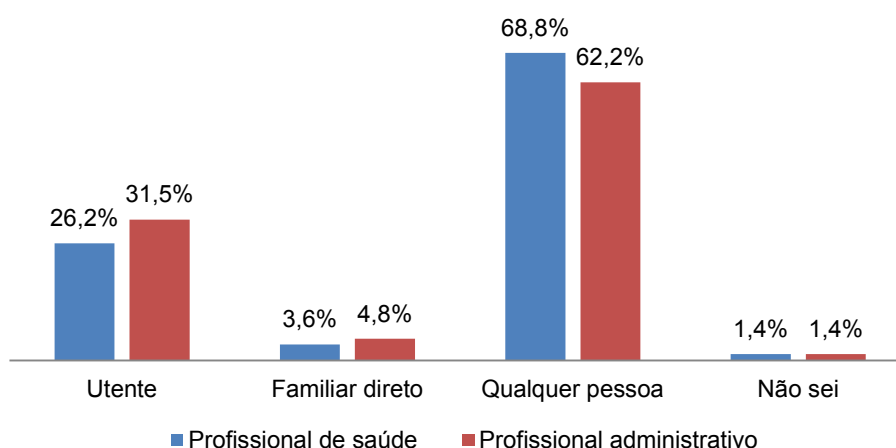
**Gráfico 87 – Nível de literacia sobre direito à reclamação**



Nota: Teste t-Student=-1,7420 com p-value=0,156.

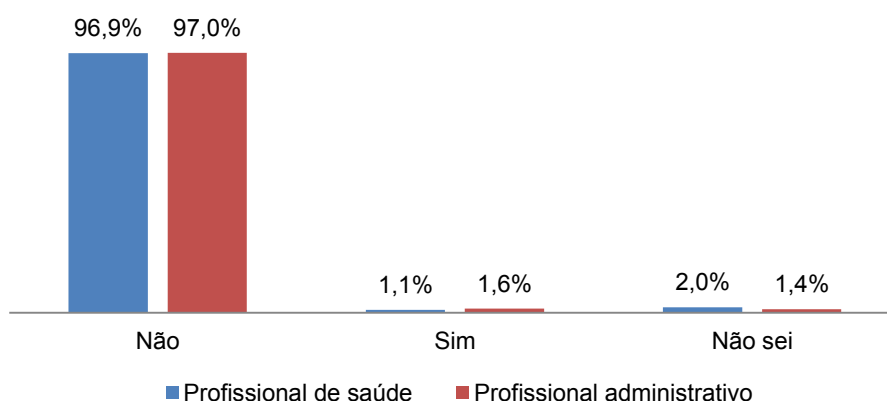
No âmbito do direito à reclamação foi questionado “*Quem pode reclamar sobre os serviços de um prestador de cuidados de saúde?*”, e constatou-se que 68,8% dos profissionais de saúde e 62,2% dos profissionais administrativos responderam acertadamente, indicando que assiste a qualquer pessoa o direito a reclamar (cfr. gráfico 88).

**Gráfico 88 – “Quem pode reclamar sobre os serviços de um prestador de cuidados de saúde?”**



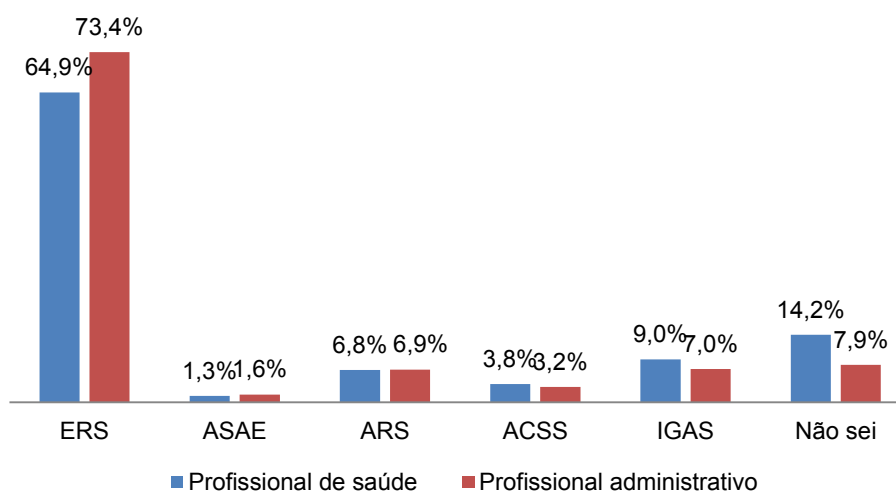
Em relação à questão “*A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?*”, verificou-se que cerca de 3% de todos os profissionais não selecionaram a resposta correta (“*não*”).

**Gráfico 89 – “A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?”**



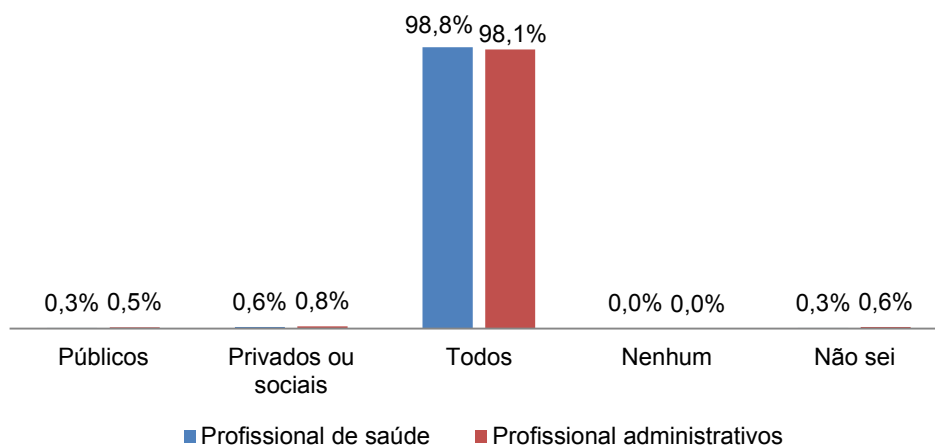
No âmbito do conhecimento relativo a qual entidade “[...] *responsável por centralizar e apreciar as reclamações sobre problemas nos prestadores de cuidados de saúde*”, verificou-se que cerca de 35,1% dos profissionais de saúde e 26,6% dos profissionais administrativos não sabiam ser a ERS (cfr. gráfico 90).

**Gráfico 90 – “Quem é responsável por centralizar e apreciar as reclamações sobre problemas nos prestadores de cuidados de saúde”**



Na questão “*Que estabelecimentos de saúde têm de ter livro de reclamações?*”, verificou-se que a quase totalidade dos inquiridos indicou a resposta correta (“*todos*”) (cfr. gráfico 91).

**Gráfico 91 – “Que estabelecimentos de saúde têm de ter livro de reclamações?”**

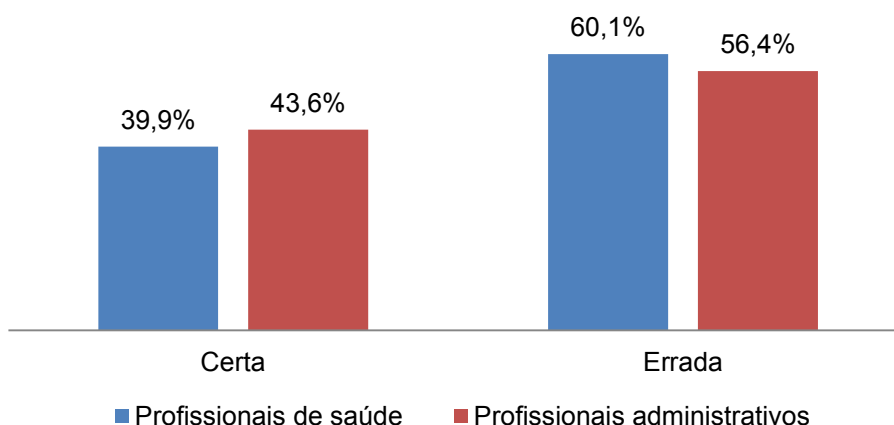


Ainda no âmbito do direito à reclamação, foi solicitado aos profissionais que seleccionassem as formas de que o cidadão dispõe para reclamar. Sendo certo que menos de 1% dos profissionais admitiu não saber a resposta, e que os restantes tinham conhecimento de pelo menos uma das formas que o cidadão tem à sua disposição para reclamar, apenas 39,9% dos profissionais de saúde e 43,6% dos profissionais administrativos seleccionaram todas as opções corretas (no Livro de Reclamações que existe no estabelecimento, no *website* da entidade que analisa as



reclamações, por *e-mail* ou carta para a entidade que analisa as reclamações, e por envio da reclamação ao prestador de cuidados de saúde).

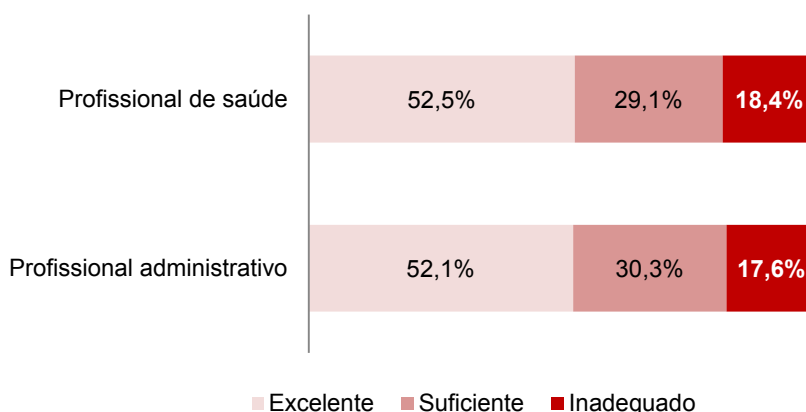
**Gráfico 92 – “Quais as formas de que dispõe para reclamar?”**



### Acompanhamento

Em relação ao direito ao acompanhamento (no conjunto de questões descritas na tabela 3), cerca de 52% dos profissionais revelaram um nível excelente de conhecimento. No entanto, 18,4% dos profissionais de saúde e 17,6% dos profissionais administrativos apresentaram níveis inadequados. Da aplicação do teste t-Student ao nível de literacia sobre direito ao acompanhamento, verifica-se a existência de diferenças significativas entre profissionais de saúde e administrativos.

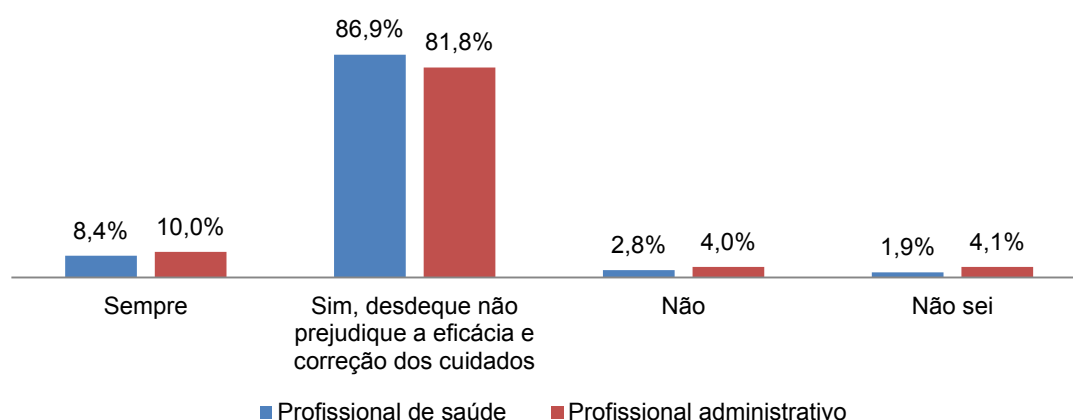
**Gráfico 93 – Nível de literacia sobre o direito ao acompanhamento**



Nota: Teste t-Student=3,864 com p-value=0,000.

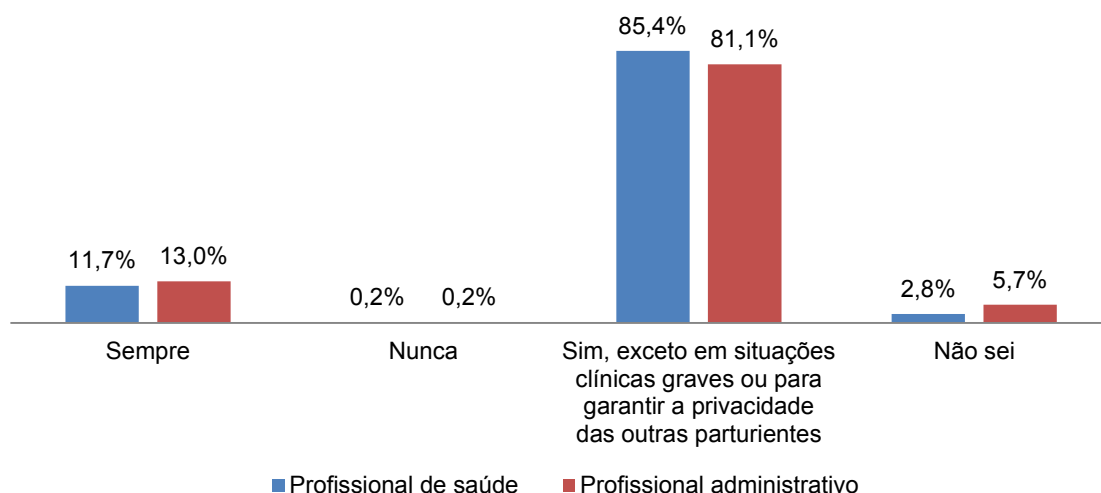
No âmbito do acompanhamento durante a prestação dos cuidados de saúde, foi questionado se *“Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?”*. Como se constata da informação do gráfico 94, mais de 86,9% dos profissionais de saúde e 81,8% dos profissionais administrativos responderam acertadamente, indicando que *“Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados”*. No caso em concreto dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade no setor público, a percentagem de respostas corretas foi 87,4%.

**Gráfico 94 – “Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?”**



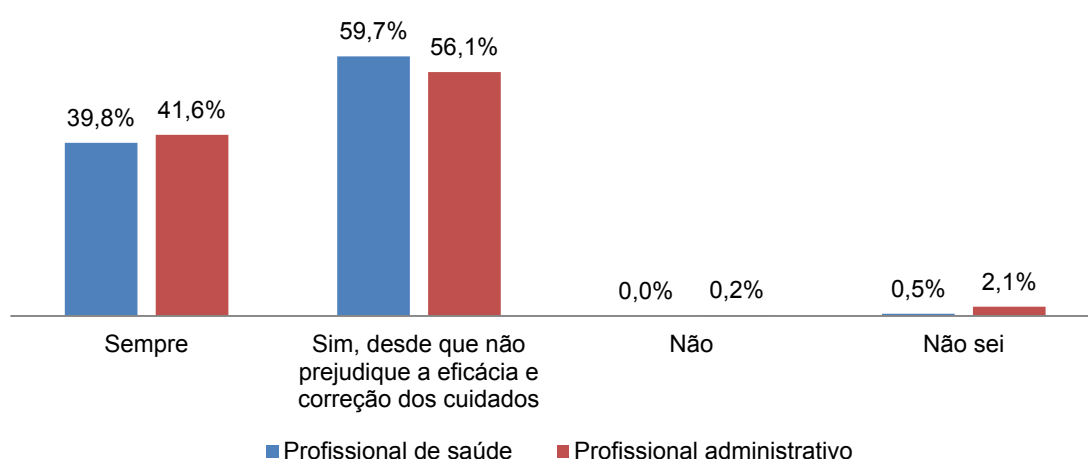
Em relação à questão *“Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?”*, as percentagens de respostas certas entre os grupos de profissionais considerados foram muito semelhantes às obtidas na resposta anterior (cfr. gráfico 95), com 85,4% dos profissionais de saúde e 81,1% dos profissionais administrativos a indicar a resposta correta (*“Sim, exceto em situações clínicas graves ou para garantia da privacidade das outras parturientes”*). Na subamostra de profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade no setor público, a percentagem de respostas corretas foi 85,9%.

**Gráfico 95 – “Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?”**



Na questão “*As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?*”, constatou-se que somente 59,7% dos profissionais de saúde e 56,1% dos profissionais administrativos indicaram a resposta correta (“*Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados*”). No caso da subamostra dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade no setor público, a percentagem diminui para os 57,3%. Deve destacar-se, no entanto, que cerca de 40% dos respondentes reconheceram o princípio do direito de acompanhamento, mas desconheciam a eventualidade de existirem restrições que inviabilizem a sua aplicação.

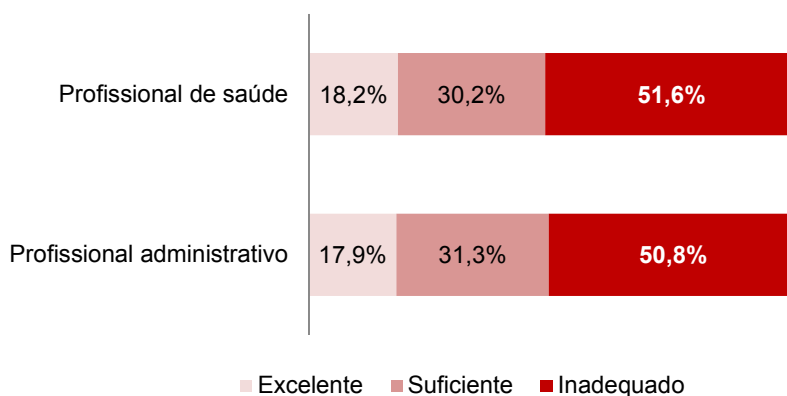
**Gráfico 96 – “As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?”**



## Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Do conjunto de questões relativas à existência de TMRG para determinadas prestações de saúde (cfr. tabela 3), mais de 50% dos profissionais revelaram um nível inadequado de conhecimento (cfr. gráfico 97). Da análise do resultado do teste t-Student, verifica-se que existem diferenças estatísticas entre grupos de profissionais do setor da saúde, ao nível médio do conhecimento sobre TMRG.

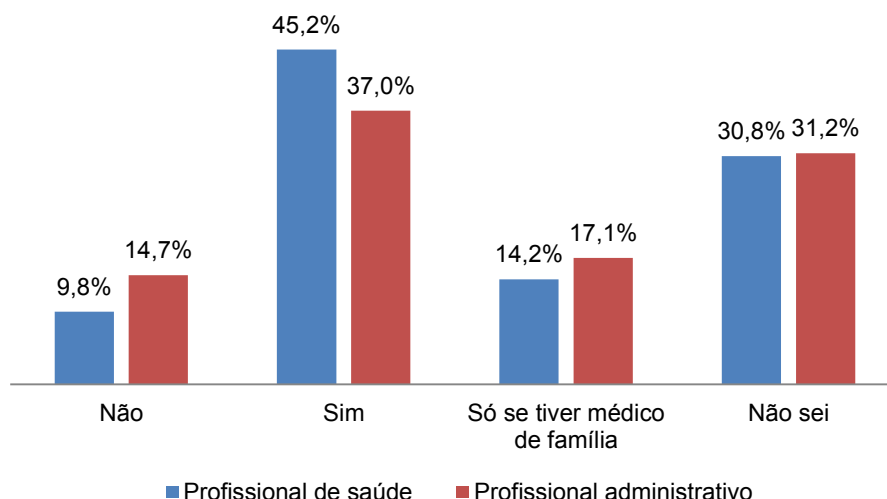
**Gráfico 97 – Nível de literacia sobre tempos máximos de resposta garantidos**



Nota: Teste t-Student=4,841 com p-value=0,000.

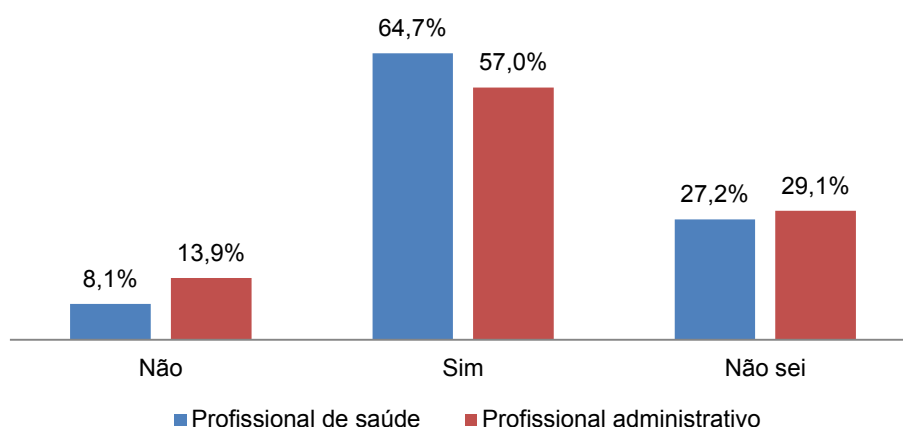
Na questão “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para pedir a marcação de uma consulta nesse mesmo centro de saúde, há um tempo máximo para ser realizada?” (cfr. gráfico 98), constatou-se que somente 45,2% dos profissionais de saúde e 37% dos profissionais administrativos selecionaram a resposta correta (“sim”). Considerando os profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, a percentagem de respostas corretas sobe para os 53,1%.

**Gráfico 98 – “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para pedir a marcação de uma consulta nesse mesmo centro de saúde, há um tempo máximo para ser realizada?”**



Como se retira do gráfico 99, para a questão “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, deve ser entregue comprovativo de que se encontra a aguardar marcação?”, 64,7% dos profissionais de saúde e 57% dos profissionais administrativos selecionaram a resposta correta (“sim”). No caso em concreto dos profissionais de saúde e administrativos do setor público, a percentagem sobe para os 65,6%.

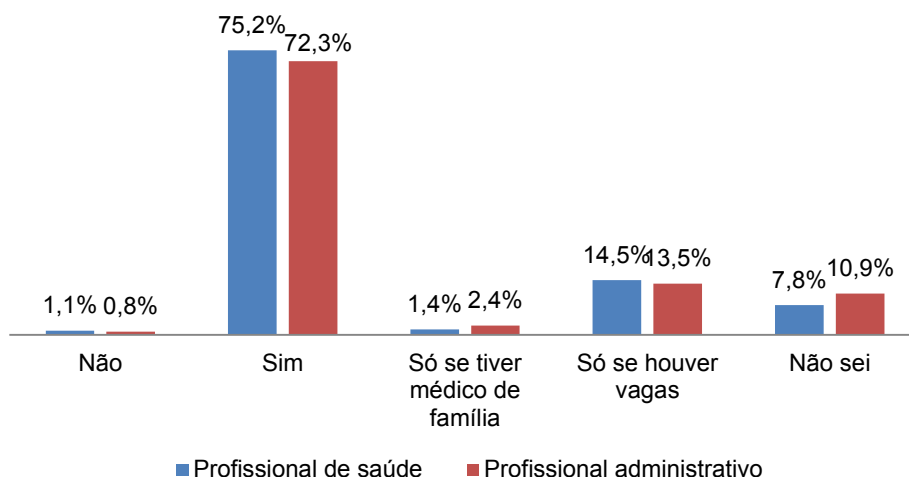
**Gráfico 99 – “Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, deve ser entregue comprovativo de que se encontra a aguardar marcação?”**



Na questão “No caso de o utente apresentar complicações de doença aguda e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido no próprio dia?”, 75,2% dos

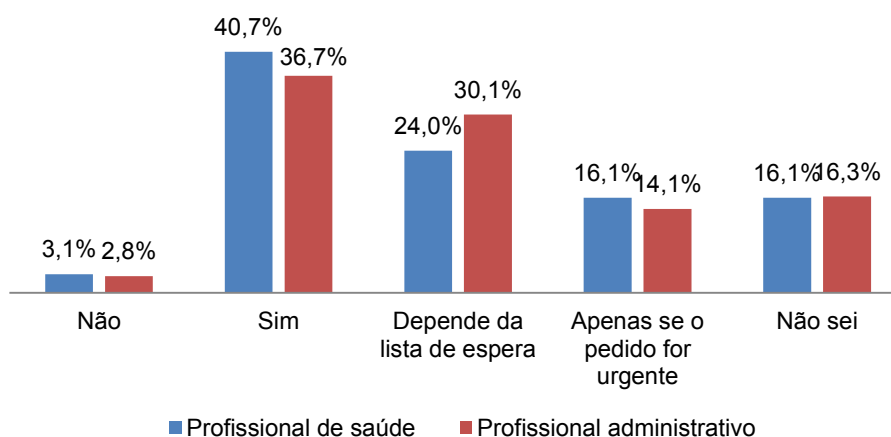
profissionais de saúde e 72,3% dos profissionais administrativos selecionaram a resposta correta (“sim”), como se constata no gráfico 100. No caso concreto dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade no setor público, a percentagem de respostas corretas foi 73,5%.

**Gráfico 100 – “No caso de o utente apresentar complicações de doença aguda e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido no próprio dia?”**



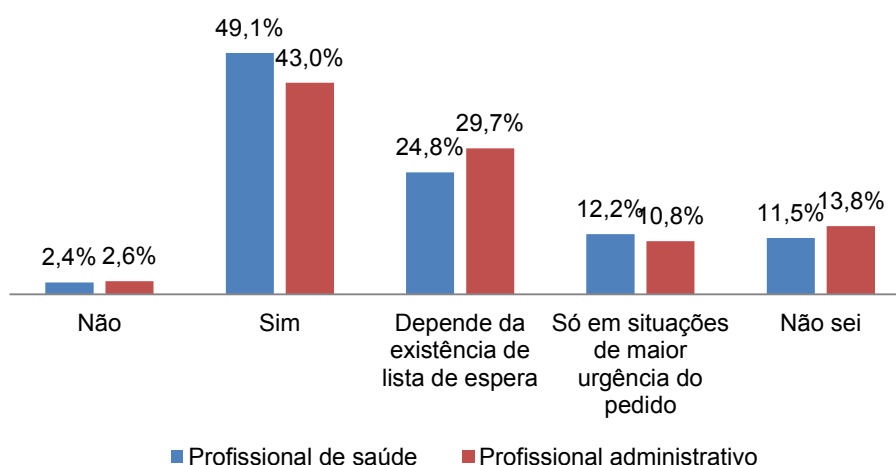
Em relação à questão “Quando um utente é encaminhado pelo centro de saúde para uma primeira consulta no hospital há um tempo máximo para ser realizada?”, apenas 40,7% dos profissionais de saúde e 36,7% dos profissionais administrativos indicaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 101). Na subamostra de profissionais de saúde e administrativos do setor público, a percentagem sobe para os 49,6%.

**Gráfico 101 – “Quando um utente é encaminhado pelo centro de saúde para uma primeira consulta no hospital há um tempo máximo para ser realizada?”**



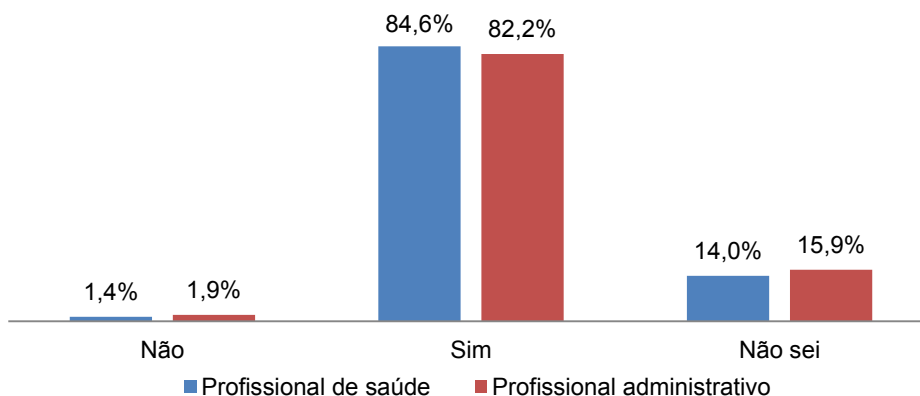
Na questão “Quando um utente é proposto para a realização de uma cirurgia, há um tempo máximo para ser realizada?”, constatou-se que somente 49,1% dos profissionais de saúde e 43% dos profissionais administrativos selecionaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 102). Na subamostra dos profissionais de saúde e administrativos que exercem atividade em instituições públicas, a percentagem sobe para 58%.

**Gráfico 102 – “Quando um utente é proposto para a realização de uma cirurgia, há um tempo máximo para ser realizada?”**



Por último, na questão “O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera (para consultas, cirurgia)?”, constatou-se que 84,6% dos profissionais de saúde e 82,2% dos profissionais administrativos selecionaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 103). No caso em concreto dos profissionais de saúde e administrativos do setor público, a percentagem sobe para 89,8%.

**Gráfico 103 – “O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera (para consultas, cirurgia)?”**



### 3.2.4. Discussão

Os principais resultados desta secção revelam que 16,6% dos profissionais de saúde e 32,8% dos profissionais administrativos apresentaram conhecimento inadequado sobre direitos dos utentes. Se consideradas as duas categorias mais baixas de conhecimento (“inadequado” ou “problemático”), mais de 50% dos profissionais revelaram conhecimento limitado. Da implementação de modelos de estatística inferencial, bem como do método OLS, foi possível identificar um menor conhecimento dos profissionais administrativos, quando comparados com os profissionais de saúde, e menor conhecimento dos profissionais do setor privado ou social, em comparação com os do público, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos. O nível de literacia aumenta com o nível de instrução e o nível de literacia varia de acordo com as características demográficas dos utentes.

Constatou-se que os temas relacionados com o direito ao acesso e o direito ao acompanhamento apresentaram maior percentagem de respondentes com nível excelente de literacia. Por outro lado, 50% dos respondentes revelaram um conhecimento inadequado relativamente ao PNPSO, ao consentimento informado, ao direito à proteção dos dados pessoais e proteção da vida privada e a TMRG.

As questões em que foi identificado menor nível de literacia, com menos de 50% de indivíduos a selecionar a resposta certa, referem-se à identificação dos grupos de beneficiários do PNPSO, à necessidade de consentimento informado e do mesmo não ter que ser dado por escrito, à propriedade do processo clínico, às formas disponíveis para efetuar uma reclamação, e à existência de tempos máximos para realização de consulta nos cuidados primários, de primeira consulta hospitalar e de cirurgia. No âmbito das regras do PNPSO, as questões em que os profissionais revelaram maior desconhecimento referem-se ao grupo de beneficiários do PNPSO. Em 2014 a ERS publicou o estudo “Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”, tendo concluído que “[...] a criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da generalidade do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população”<sup>51</sup>. Porém, importará garantir que a informação quanto ao seu funcionamento, designadamente sobre os grupos abrangidos, seja disseminada junto dos profissionais de saúde e profissionais com funções administrativas (nos termos da Portaria n.º 301/2009, de 24

<sup>51</sup> Disponível em: [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=928](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=928).



de março, com os alargamentos previstos no Despacho n.º 16159/2010, de 18 de outubro, publicado em Diário da República, 2.ª série, de 26 de outubro de 2010, Despacho n.º 686/2014, de 6 de janeiro, publicado em Diário da República, 2.ª série, de 15 de janeiro e Despacho n.º 12889/2015, de 9 de novembro, publicado em Diário da República, 2.ª série, de 13 de novembro).

Quanto ao consentimento informado, este é necessário para qualquer ato (cfr. artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março). embora não tenha que ser sempre dado por escrito. Com efeito, em regra, a informação é transmitida ao utente oralmente, sendo o consentimento dado por este da mesma forma. Apenas se exige a prestação de informações por escrito nos ensaios clínicos, na procriação medicamente assistida, e na obtenção e utilização de material biológico em bancos de produtos biológicos (cfr. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro). A preocupação da ERS com esta temática deu origem, em 2009, à publicação do “Estudo sobre o Consentimento Informado”<sup>52</sup>. Mais recentemente, a importância de informar os utentes sobre esta temática levou à publicação pela ERS de um conjunto de perguntas e respostas na secção de “Perguntas Frequentes” do *website*<sup>53</sup>. Relativamente aos dados pessoais e proteção da vida privada, a maioria dos profissionais desconhece que o processo clínico é propriedade do utente. Com efeito, como é estabelecido no artigo 5.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, de 21 de março, “o utente dos serviços de saúde é titular do direito de acesso aos dados pessoais [...]”.

O direito de acesso à informação ou dados de saúde registados no seu processo clínico aparece igualmente concretizado na Lei de Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de outubro), e na Lei sobre a informação genética pessoal e informação de saúde (cfr. Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro). Do que decorre de tal quadro legal, incumbe aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, o dever de criar, manter, atualizar, e conservar em arquivo ficheiros adequados, relativos aos processos clínicos dos seus doentes. Não obstante, o papel dos estabelecimentos de saúde de depositários da informação em que consiste o processo clínico, este, de acordo com o n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, é propriedade exclusiva do utente. Nesse sentido, o utente, enquanto titular da informação, “[...] tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer

<sup>52</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=50](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=50).

<sup>53</sup> Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/419>.

comunicar a quem seja por syndicado” (n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro).

No que se refere aos TMRG, os profissionais revelaram um maior grau de desconhecimento relativamente à existência de tempo máximo para marcação de consulta no centro de saúde, para realização de primeira consulta no hospital e realização de cirurgia. No âmbito da sua atuação regulatória, a ERS emitiu uma recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e às cinco ARS, para que assegurem o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos<sup>54</sup>, tendo desde então passado a monitorizar o cumprimento destes tempos<sup>55</sup>. Por outro lado, a ERS emitiu uma instrução<sup>56</sup> a todos os ACES e Unidades Locais de Saúde em funcionamento em Portugal continental, e às cinco ARS, e uma recomendação à ACSS e ao Ministério da Saúde. A instrução aos ACES previa que: garantissem que todos os funcionários e profissionais de saúde se encontrassem total e cabalmente esclarecidos sobre os direitos dos utentes estabelecidos na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS; afixassem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, a Carta dos Direitos de Acesso e os TMRG aplicáveis; e afixassem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, de informação aos utentes sobre a desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações com o intuito de garantirem o acesso a cuidados primários por o seu direito estar legalmente consagrado. A instrução às ARS previa que: determinassem planos de formação anuais que incluam, de forma explícita, conteúdos relacionados com os direitos dos utentes e com a Carta dos Direitos de Acesso; e incorporassem critérios de avaliação do conhecimento e aplicação destas matérias nos modelos de avaliação de desempenho dos funcionários. A recomendação à ACSS visava a realização de auditorias aos sistemas de informação e às redes de comunicação efetivamente utilizadas pelos prestadores de cuidados de saúde. Por último, a ERS recomendou ao Ministério da Saúde a implementação de uma ação informacional, de âmbito nacional, dirigida aos utentes de cuidados de saúde e sensibilizando os mesmos quer para os seus direitos de acesso já legalmente consagrados, quer para a necessidade de adequarem os seus comportamentos às distintas situações de saúde (agudas ou não

<sup>54</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/pages/143?news\\_id=416](https://www.ers.pt/pages/143?news_id=416).

<sup>55</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/946/Relat\\_rio\\_TMRG.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/946/Relat_rio_TMRG.pdf).

<sup>56</sup> Disponível em [https://www.ers.pt/pages/484?news\\_id=926](https://www.ers.pt/pages/484?news_id=926).

agudas) que lhes conferem distintos direitos temporais de acesso aos cuidados adequados.

Também a respeito desta temática, a ERS publicou perguntas frequentes na secção do seu *website* dedicada a prestar informação aos utentes<sup>57</sup>, e foi desenvolvido um “calculador de tempos de espera de cuidados de saúde (não urgentes)”<sup>58</sup>, para auxiliar na estimação do tempo de espera para consultas nos cuidados primários e hospitalares.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, veio definir os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso. Por sua vez, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a Carta de Direitos de Acesso. Os TMRG devem ser respeitados pelos estabelecimentos do SNS e pelos prestadores privados convencionados com o SNS, encontrando-se, atualmente, previstos para consultas, renovação de medicação, relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos em cuidados de saúde primários; primeira consulta de especialidade hospitalar, em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica; alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT); cirurgia programada, em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica; e consultas, cirurgias e MCDT em entidades convencionadas do setor privado e/ou social. Nesta temática, o desconhecimento dos profissionais administrativos é maior, o que se considera preocupante quando são eles, muitas vezes, o principal veículo de informação ao utente.

O conhecimento autoavaliado foi comparado com o revelado, relativamente aos conceitos de prestador convencionado, cheque-dentista, consentimento informado, testamento vital e regulação em Saúde, sendo possível concluir que, globalmente, o conhecimento que os profissionais julgam ter é inferior ao que efetivamente revelam. Importa, acima de tudo, reter que uma grande parte dos profissionais revelou níveis problemáticos ou inadequados de conhecimento, o que inevitavelmente irá impactar na transmissão de informação aos utentes, e consequentemente no nível de conhecimento destes.

Finalmente, importa realçar que, considerando as questões focadas nos cuidados prestados no SNS, foram analisados os resultados obtidos pelo subgrupo dos

<sup>57</sup> Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/384>.

<sup>58</sup> Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/435>.



profissionais do setor público, o qual revelou, globalmente, um nível superior de conhecimento, como seria de esperar.

## 4. Conclusões

Dos resultados da avaliação do nível de literacia sobre os direitos dos utentes, é possível concluir o seguinte:

- 1) A maioria dos utentes apresentou um índice global de conhecimento inadequado, e inferior ao dos profissionais inquiridos.
- 2) Os temas relativamente aos quais os utentes revelaram menor conhecimento referem-se ao direito ao consentimento informado, ao cumprimento dos TMRG, ao PNPSO e ao testamento vital.
- 3) Em particular, a maioria dos inquiridos desconhece que o consentimento informado é sempre necessário e que não tem de ser realizado por escrito. Existe também um elevado desconhecimento sobre a existência de TMRG para a realização de consultas nos cuidados primários e nos hospitais, e para a realização de cirurgias e de alguns MCDT. A grande maioria dos utentes e profissionais desconhece, ainda, os grupos de beneficiários do cheque-dentista.
- 4) Os temas em que o desconhecimento é relativamente maior têm sido alvo de iniciativas de divulgação de informação junto dos utentes, o que denota um desfasamento entre a disponibilidade de informação e a sua efetiva apreensão. Considerando que este desfasamento pode, em parte, dever-se ao facto de muita da informação ser disseminada apenas na Internet, não estando por isso acessível a toda a população, poderá ser necessário considerar formas alternativas de divulgação.

O presente estudo permitiu à ERS constatar que o nível de literacia dos utentes e profissionais é maioritariamente inadequado, bem como identificar os temas e questões em que o nível de conhecimento é menor. Com base nestes resultados, urge continuar a contribuir para incrementar o nível de literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde. Identificada a problemática em análise, a ERS encontra-se a desenvolver iniciativas nas áreas em que os níveis de literacia são mais deficitários, no âmbito das suas atribuições em matéria de proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes.

Um maior conhecimento sobre os seus direitos permitirá aos utentes um exercício mais pleno dos mesmos e um comportamento mais esclarecido no sistema de saúde. Nesse sentido, um nível superior de literacia potenciará melhorias do estado de saúde da população e promoverá uma utilização mais racional dos cuidados de saúde.

A constatação de que a maioria dos profissionais tem conhecimento inadequado ou problemático sobre os direitos dos utentes, conforme resulta deste estudo, exige reflexão aprofundada, na medida em que são eles o principal ponto de contacto e veículo de transmissão da informação aos utentes. Nesse sentido, a ERS pretende avaliar as limitações no conhecimento dos profissionais com mais detalhe, no futuro.

## Anexo I – Questionário sobre literacia

O meu nome é ... e estou ao serviço da empresa Consulmark, que se encontra a colaborar com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que, ao abrigo das suas competências, está a realizar um estudo no sentido de avaliar o grau de literacia (grau de conhecimento/informação) dos cidadãos ao nível dos seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde. Nesse âmbito, o presente questionário tem como destinatários os utentes de prestadores de cuidados de saúde. As suas respostas serão de grande importância para o estudo da ERS. O presente questionário é anónimo, as respostas serão tratadas de modo confidencial, utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo e não serão passadas a nenhuma outra pessoa ou organização. Por fim, o questionário terá a duração aproximada de 10 minutos.

**Legenda:** assinala-se a resposta correta em sombreado.

### PARTE I

**Tipo de estabelecimento** (deve ser preenchido pelo/a entrevistador/a).

- ☐ Prestador público de cuidados de saúde primários
- ☐ Prestador público de cuidados de saúde hospitalares
- ☐ Prestador privado ou social

### Caracterização sociodemográfica

1. **Concelho de residência** \_\_\_\_\_

2. **Idade** \_\_\_\_\_

3. **Género**

- 3.1. ☐ Feminino
- 3.2. ☐ Masculino

4. **Nível de educação**

- 4.1. ☐ Ensino básico
- 4.2. ☐ Ensino secundário
- 4.3. ☐ Licenciatura
- 4.4. ☐ Mestrado ou Doutoramento

**5. Estado Civil**

- 5.1. ☐ Casado/União e Facto
- 5.2. ☐ Solteiro
- 5.3. ☐ Divorciado
- 5.4. ☐ Viúvo

**6. Situação perante o trabalho**

- 6.1. ☐ Trabalhador por conta própria
- 6.2. ☐ Trabalhador por conta de outrem
- 6.3. ☐ Desempregado
- 6.4. ☐ Estudante
- 6.5. ☐ Reformado
- 6.6. ☐ Outra

**7. Poderia dizer-me, por favor, qual o motivo que o(a) levou a deslocar-se hoje a este estabelecimento?**

- 7.1. ☐ Rotina/Prevenção
- 7.2. ☐ Episódio de doença
- 7.3. ☐ Doença crónica

**8. A que serviços de saúde recorre mais vezes?**

- 8.1. ☐ Público (hospital ou centro de saúde)
- 8.2. ☐ Privado (hospital, clínica, consultório)
- 8.3. ☐ Social (misericórdia, ordem, IPSS)

**9. Como avalia o seu estado de saúde atualmente?**

- 9.1. ☐ Muito bom
- 9.2. ☐ Bom
- 9.3. ☐ Nem bom nem mau
- 9.4. ☐ Mau
- 9.5. ☐ Muito mau

**10. Tem algum seguro privado de saúde?**

- 10.1. ☐ Sim
- 10.2. ☐ Não



**11. É beneficiário de algum subsistema de saúde (exemplo, ADSE, ADM, SAMS, SAD GNR)?**

11.1. ☐ Sim

11.2. ☐ Não

## PARTE II

### Direitos do utente dos serviços de saúde

**1. Avalie o seu grau de conhecimento sobre o que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS):** *[Questão apenas realizada aos profissionais de saúde e administrativos]*

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

**2. Só cidadãos com rendimentos baixos é que têm direito de acesso a um centro de saúde ou hospital público?**

a) Sim b) Não c) Não sabe/não responde

**3. Todos os utentes têm de pagar para aceder a hospitais públicos ou centros de saúde?**

a) Sim, o preço total, se não for isento b) Sim, a taxa moderadora, se não for isento c) Não sabe/não responde

**4. Que tipo de utentes diria serem/estarem isentos do pagamento de taxas moderadoras?** (nota: pode assinalar mais que uma opção)

- ☒ Grávidas e parturientes
- ☒ Menores
- ☒ Utesntes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%
- ☒ Utesntes em situação de insuficiência económica
- ☐ Ninguém
- ☐ Não sabe/não responde

**5. O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS numa situação não urgente?**

a) Sempre b) Nunca c) Sim, mas condicionado aos recursos e regras existentes d) Não sabe/não responde

**6. O utente pode escolher qualquer hospital do SNS para primeira consulta de especialidade?**

a) Sim, por intermédio do médico do centro de saúde b) Não c) Não sabe/não responde

**7. O utente pode escolher ir ao serviço de urgência de qualquer hospital do SNS?**

a) Sempre b) Nunca c) Sim, condicionado aos recursos e regras existentes d) Não sabe/não responde

**8. Qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre o que é um prestador (hospital, clínica, consultório) convencionado com o Serviço Nacional de Saúde?**

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

**9. E se o utente recorrer a um prestador privado (hospital, consultório, clínica) ou social (misericórdia, ordem, IPSS), os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?**

a) Sim, sempre b) Sim, precisando apenas de credencial (P1) do centro de saúde  
c) Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e se o prestador tiver uma convenção com o SNS d) Nunca e) Não sabe/não responde

**Vamos falar agora sobre o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).**

**10. Qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre o que é o cheque-dentista?**

a) Nenhum\* b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

[\* se respondeu “nenhum” passe para questão 11]

**11. Identifique, por favor, o(s) grupo(s) de beneficiários abrangidos pelo cheque-dentista:** (nota: pode assinalar mais que uma opção)

- As crianças e jovens até aos 18 anos;
- Mulheres grávidas;
- Todos os idosos;
- Utentes em situação de insuficiência económica;
- Utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA
- Ninguém;
- Não sabe/não responde.

**12. Falando agora de consentimento informado. Qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre o que é o consentimento informado?**

a) Nenhum\* b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

[\* se respondeu “nenhum” passe para questão 15]

**13. De acordo com o que sabe, diria que o consentimento informado é necessário em todo o tipo de cuidados de saúde?**

a) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Só para alguns atos clínicos d) ☐ Não sabe/não responde

**14. O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito?**

a) ☐ Sim b) ☒ Não c) ☐ Não sabe/não responde

**15. Depois de dado o consentimento o utente pode cancelá-lo?**

a) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Só para alguns atos clínicos d) ☐ Não sabe/não responde

**16. E falando agora de Testamento Vital, qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre o que é o testamento vital?**

a) ☐ Nenhum\* b) ☐ Baixo c) ☐ Médio d) ☐ Alto e) ☐ Muito alto

[\* se respondeu “nenhum” passe para questão 17]

**17. E destas duas opções que lhe mostro, qual lhe parece ser a que melhor descreve o que é o Testamento Vital.**

a) ☒ Documento que diz o tipo de tratamento que quer ou não receber se estiver incapaz

b) ☐ Documento onde diz se quer doar os seus órgãos

c) ☐ Não sabe/não responde

**18. Debruçando-nos agora sobre a questão dos dados pessoais e proteção da vida privada, os processos clínicos dos utentes são propriedade de quem?**

a) ☒ Uteute b) ☐ Médico c) ☐ Prestador d) ☐ Estado e) ☐ Não sabe/não responde

**19. E o utente, em regra, pode aceder aos dados do seu processo clínico?**

a) ☒ Sim b) ☐ Apenas se apresentar justificação c) ☐ Não d) ☐ Não sabe/não responde

**20. Em relação à Informação disponibilizada ao utente, sabe se o utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?**

a) ☒ Sempre b) ☐ Não c) ☐ Sim, em situações específicas d) ☐ Sim, desde que tenha justificação e) ☐ Não sabe/não responde

**21. Que tipo de informação deve estar disponível/afixada nos prestadores de cuidados de saúde? (nota: pode selecionar mais que uma opção)**

- ☒ Certidão de registo na Entidade Reguladora da Saúde (ERS)
- ☒ Livro de reclamações e respetivo leiteiro informativo da sua existência
- ☒ Licença de funcionamento/declaração de conformidade
- ☒ Tabela de preços
- ☐ Não sabe/não responde

**22. Se o utente recorrer a um prestador privado de cuidados de saúde (hospital, consultório, clínica) ou social (misericórdia, ordem, IPSS), em que momento, deve ser informado sobre os serviços que estão cobertos pela convenção que o prestador possa ter com o SNS, ou com a sua seguradora ou subsistema (por exemplo ADSE, ADM, SAMS)?**

a) Antes da prestação de cuidados de saúde b) Durante a prestação de cuidados de saúde c) Depois da prestação de cuidados de saúde e) Nunca f) Não sabe/não responde

**23. Se o utente estiver internado num hospital privado, ele/ela deve ser avisado quando o *plafond*/valor do seguro acabar?**

a) Sim b) Não c) Só se perguntar d) Não sabe/não responde

**24. O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde privado (hospital, consultório, clínica) ou social (misericórdia, ordem, IPSS), para um estabelecimento público?**

a) Sim b) Não d) Não sabe/não responde.

**25. Se um utente estiver internado num hospital do SNS, tem direito a assistência religiosa?**

a) Não b) Sim c) Sim, se for religião católica d) Não sabe/não responde.

**26. Falando agora de Reclamações. De acordo com o que sabe, quem diria que pode reclamar sobre os serviços de um prestador de cuidados de saúde (centro de saúde, hospital, clínica, consultório)?**

a) Utente  
b) Familiar direto  
c) Qualquer pessoa  
d) Não sabe/não responde

**27. A entrega imediata do Livro de Reclamações por parte do prestador de cuidados de saúde pode ser recusada ao utente?**

a) Sim b) Não d) Não sabe/não responde

**28. Quem é responsável por centralizar e apreciar as reclamações relativas a prestadores de cuidados de saúde (centro de saúde, hospital, clínica, consultório)?**

a) Entidade Reguladora da Saúde (ERS) b) ASAE c) Administração Regional de Saúde (ARS) d) Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e) Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) f) Não sabe/não responde

**29. Falando na Entidade Reguladora da Saúde (ERS), qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre as funções da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)?**

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

**30. Que estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde considera que têm que ter obrigatoriamente livro de reclamações?**

a) Públicos b) Privados (hospital, consultório privado, clínica) ou sociais (misericórdia, ordem, IPSS) c) Todos d) Nenhum e) Não sabe/não responde

**31. Tanto quanto sabe, quais são as formas de que dispõe para reclamar?**

(nota: pode selecionar mais que uma opção)

- No Livro de Reclamações que existe no estabelecimento
- No *website* da entidade que analisa as reclamações
- Por e-mail ou carta para a entidade que analisa as reclamações
- Envio da reclamação ao prestador de cuidados de saúde
- Não sabe/não responde

**32. Falando agora no Acompanhamento de utentes por terceiros. Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?**

a) Sempre b) Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados c) Não d) Não sabe/não responde

**33. Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?**

a) Sempre b) Nunca c) Sim, exceto em situações clínicas graves ou para garantia da privacidade das outras parturientes d) Não sabe/não responde

**34. As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?**

a) Sempre b) Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados c) Não d) Não sabe/não responde

**Estamos quase a terminar, mas antes gostaria de abordar o assunto dos níveis de serviço dos prestadores, em concreto sobre os Tempos Máximos de Resposta Garantidos. Nesse sentido, vou-lhe fazer uma série de perguntas que gostaria que me respondesse de acordo com a informação/conhecimento que tem.**

**35. Quando o utente se dirige ao centro de saúde para pedir a marcação de uma consulta, há um tempo máximo para ser realizada?**

a) ☒ Sim b) Sim, se tiver médico de família c) Não d) Não sabe/não responde

**36. Quando o utente se dirige ao centro de saúde para marcação de uma consulta, deve ser-lhe entregue comprovativo de que se encontra a aguardar marcação?**

a) ☒ Sim b) Não c) Não sabe/não responde

**37. No caso de o utente apresentar complicações de doença aguda (febre, vômitos, descompensação de doença crónica) e se dirigir a um centro de saúde tem de ser atendido no próprio dia?**

a) ☒ Sim b) Sim, se tiver médico de família c) Não d) Só se houver vagas e) Não sabe/não responde

**38. Quando um utente é encaminhado pelo centro de saúde para uma primeira consulta no hospital há um tempo máximo para ser realizada?**

a) ☒ Sim b) Não c) Depende da lista de espera d) Depende da urgência do pedido e) Não sabe/não responde

**39. Quando o utente é proposto para a realização de uma cirurgia, há um tempo máximo para ser realizada?**

a) ☒ Sim b) Não c) Depende da lista de espera c) Depende da urgência do pedido d) Não sabe/não responde

**40. O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera (para consultas, cirurgia)?**

a) ☒ Sim b) Não c) Não sabe/não responde

**41. E qual diria ser o seu grau de conhecimento sobre o que é um vale cirurgia?**

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto



## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO  
e-mail: [geral@ers.pt](mailto:geral@ers.pt) • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • [www.ers.pt](http://www.ers.pt)