

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Bárbara Mariano Guedes dos Anjos

**Impacto do acesso à informação online
sobre saúde, no comportamento dos utentes**

Bárbara Mariano Guedes dos Anjos **Impacto do acesso à informação online sobre saúde, no comportamento dos utentes**

UMinho | 2016

maio de 2016



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Bárbara Mariano Guedes dos Anjos

**Impacto do acesso à informação online
sobre saúde, no comportamento dos utentes**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Soares

DECLARAÇÃO

Nome: Bárbara Mariano Guedes dos Anjos

Endereço electrónico: barbaraguedes26@gmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 14164459

Título dissertação: Impacto do acesso à informação online sobre saúde, no comportamento dos utentes

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Soares

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 27/05/2016

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso encontraram-se envolvidas, várias pessoas, às quais desde já expresse a minha imensa gratidão e reconhecimento. Todavia, existem pessoas que merecem um diferente destaque e particular menção:

- Agradeço à Professora Doutora Ana Maria Soares, minha orientadora, pela partilha do seu conhecimento, pelos seus sábios conselhos, pela sua dedicação, simpatia e incentivo.
- Agradeço aos meus pais, por todo o amor, carinho e apoio demonstrado ao longo dos anos, que me impulsionou e me permitiu sempre procurar novos conhecimentos e novas oportunidades que pudessem fomentar o meu crescimento pessoal e profissional.
- Aos meus avós, por terem proporcionado sempre todas as condições para a minha evolução académica.

Por último, agradeço a todos aqueles, que com o seu carinho, paciência e amizade em muito me fortaleceram ao longo desta viagem.

RESUMO

As Tecnologias da Informação e da Comunicação são ferramentas que têm assumido uma importância capital na área da saúde, permitindo que as pessoas acessem a informação atualizada e útil e, por sua vez, promovendo a saúde da população em geral. Resultados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística demonstram que a população portuguesa está cada vez mais familiarizada com as novas tecnologias e a procura de informação na internet tem vindo a crescer nos últimos anos.

Desta forma, torna-se necessário avaliar quais os motivos que levam à procura de informação de saúde online, e qual o impacto no comportamento relacionado com a saúde, nomeadamente, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada e adesão terapêutica e automedicação.

Dada a natureza do problema em estudo, assim como dos objetivos e as hipóteses de investigação definidas, desenvolveu-se um estudo quantitativo, com recurso a uma amostra não probabilística da população, recorrendo-se a uma técnica de amostragem por conveniência. Para recolha de dados foi utilizado um questionário adaptado, que foi aplicado eletronicamente.

A amostra deste estudo é constituída por 156 participantes, dos quais 118 (75,6%) são do sexo feminino e 38 (24,4%) do sexo masculino. Dos resultados obtidos nos testes de hipóteses, constatou-se que todas as hipóteses estudadas foram suportadas. Os resultados da análise de regressão corroboraram as hipóteses, mostrando que; a literacia em saúde e a perícia enquanto utilizador têm uma influência positiva na orientação para a procura de informação online; a literacia em saúde tem efeito positivo na procura de informação com qualidade e na perícia enquanto utilizador; e a orientação para a procura de informação tem influência positiva na adesão terapêutica e automedicação.

Verificou-se, de uma forma geral, que apesar de existir informação online disponível nota-se que os inquiridos continuam a seguir as recomendações dos médicos e que não aderem grandemente a comportamentos de adesão terapêutica e automedicação, utilizando a informação presente na internet apenas para complementar o seu conhecimento acerca da terapêutica prescrita.

Palavras-Chave: Procura de informação, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação, adesão terapêutica, automedicação.

ABSTRACT

Information and Communication Technologies are tools that have been assuming major importance in the area of health, allowing people to access updated and useful information, and in turn, promoting the health of the general population.

Results presented by the National Statistics Institute show that the Portuguese population is becoming more familiar with new technologies and the demand for information on the Internet, has been growing in recent years.

Given the nature of the problem under study, as well as the objectives and the defined research hypothesis, we developed a quantitative study, using a non-probabilistic sample of the population, resorting to a convenience sampling technique. For data collection, a suitable questionnaire was adapted, and then, applied electronically.

The sample consists of 156 participants, of which 118 (75.6%) were female and 38 (24.4%) were male. The results obtained in hypothesis testing, it was found that all the cases studied were supported..

The results of the regression analysis also corroborated the hypothesis, showing that: health literacy and expertise as a user have a positive influence in orientation for seeking information online; health literacy has a positive effect on demand for quality information and expertise as a user; and orientation for seeking information has a positive influence on adherence and self-medication.

It should be noted that online health information search is increasingly a common habit and respondents show the importance of being informed about these issues. Although there is online information available, note that respondents continue to follow the doctor's recommendations and not commonly adhere to behaviors of adherence and self-medication, using online information only for complementing their knowledge of the prescribed therapy

Keywords: Information search, health literacy, expertise as a user, information quality, therapy adherence, self-medication.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos do estudo	2
1.1.1. Objetivos gerais	2
1.2. Estrutura da dissertação	2
2. Enquadramento teórico	4
2.1. Cocriação de valor em saúde	4
2.2. Procura de informação de saúde <i>online</i>	6
2.2.1. Procura de informação de saúde <i>online</i> em Portugal	8
2.3. Orientação para a Procura de Informação.....	10
2.4. Qualidade da Informação	12
2.5. Literacia de informação (<i>information literacy</i>).....	13
2.5.1. Literacia em Saúde	14
2.6. Perícia enquanto Utilizador.....	20
2.7. Adesão Terapêutica.....	23
2.7.1. Automedicação	24
2.8. Modelo Conceptual de Hipóteses de Investigação	25
2.9. Conclusão.....	26
3. Metodologia	28
3.1. Desenho da Investigação	28
3.2. Questão de investigação.....	29
3.3. Tipo de Estudo	29
3.4. População Alvo e Tamanho da Amostra	30
3.5. Método de Amostragem.....	31

3.6.	Instrumento	31
3.6.1.	Operacionalização das variáveis.....	32
3.6.2.	Pré-teste	34
3.6.3.	Recolha dos dados	35
3.6.4.	Análise dos Dados	35
3.7.	Considerações Éticas	36
3.8.	Conclusões	36
4.	Análise e Discussão dos Resultados	37
4.1.	Caracterização da amostra	37
4.2.	Caracterização das variáveis	39
4.2.1.	Procura de informação online.....	39
4.2.2.	Comportamento prévio	40
4.2.3.	Orientação para a procura de informação.....	41
4.2.4.	Literacia em saúde	42
4.2.5.	Perícia enquanto utilizador	43
4.2.6.	Qualidade da informação procurada.....	44
4.2.7.	Adesão terapêutica e Automedicação.....	45
4.3.	Influência das características da amostra no modelo conceptual	47
4.3.1.	Sexo	47
4.3.2.	Idade	49
4.3.3.	Habilitações Literárias	51
4.4.	Fiabilidade das escalas.....	53
4.5.	Testes de Hipóteses.....	55
4.5.1.	Coefficiente de correlação de Pearson.....	55
4.5.2.	Regressão.....	57
4.5.2.1.	Regressão Linear Múltipla	57
4.5.2.2.	Regressões Lineares Simples	59
5.	Conclusões.....	64
5.1.	Conclusões gerais da investigação.....	64
5.2.	Implicações para a gestão de unidades de saúde	66
5.3.	Limitações e pistas para estudos futuros.....	67
	Referências Bibliográficas.....	69

APÊNDICES	81
Apêndice 1 – Questionário	82
Apêndice 2 – Caracterização das variáveis independentes.....	89
Apêndice 3 – Caracterização das variáveis dependentes.....	89
Apêndice 4 – Testes de Normalidade	94

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

EUA - Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UK – United Kingdom

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo conceptual da Literacia em Saúde	18
Figura 2 Modelo conceptual de hipóteses	26
Figura 3 Desenho da Investigação.....	29
Figura 4 Método de investigação	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Utilizadores de Internet, por escalão etário e nível de escolaridade em Portugal e na UE	8
Gráfico 2 Pesquisa de informação sobre saúde 2003-2010.....	9
Gráfico 3 Sexo dos inquiridos	38
Gráfico 4 Idade dos inquiridos	38
Gráfico 5 Habilitações Literárias dos inquiridos.....	39
Gráfico 6 Caracterização da procura da informação online	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Níveis de Literacia.....	17
Tabela 2 Diferentes formas de cocriação do conhecimento com o cliente	21
Tabela 3 Operacionalização das variáveis.....	32
Tabela 4 Testes estatísticos.....	36
Tabela 5 Caracterização da variável - Comportamento prévio	41
Tabela 6 Caracterização da variável - Orientação para a Informação de Saúde	42
Tabela 7 Caracterização da variável - Literacia em Saúde.....	43
Tabela 8 Caracterização da variável - Perícia enquanto utilizador	44
Tabela 9 Caracterização da variável - Qualidade da informação procurada	45
Tabela 10 Caracterização da variável - Adesão terapêutica e Automedicação	46
Tabela 11 Teste de Mann-Whitney – Sexo	48
Tabela 12 Análise das médias tendo em conta a variável sexo	48
Tabela 13 Estatísticas do Teste Kruskal-Wallis - Idade.....	49
Tabela 14 Correlações Spearman's rho - Idade / Total das variáveis	50
Tabela 15 Análise das médias tendo em conta a variável idade.....	50
Tabela 16 Estatísticas do Teste Kruskal-Wallis - Habilitações Literárias.....	51
Tabela 17 Correlações Spearman's rho – Habilitações literárias / Total das variáveis ..	52
Tabela 18 Análise das médias tendo em conta a variável habilitações literárias	53
Tabela 19 Classificação do Coeficiente Alpha de Cronbach	54
Tabela 20 Coeficiente Alpha de Cronbach.....	55
Tabela 21 Classificação do Coeficiente de Correlação de Pearson.....	56
Tabela 22 Coeficiente de Correlação de Pearson	56
Tabela 23 Sumário do Modelo - Orientação para a procura de informação.....	57
Tabela 24 Teste ANOVA - Orientação para a procura de informação	58
Tabela 25 Coeficiente - Orientação para a procura de informação	59

Tabela 26 Sumário do Modelo - Qualidade da informação procurada.....	59
Tabela 27 Teste ANOVA - Qualidade da informação procurada	60
Tabela 28 Coeficiente - Qualidade da informação procurada	60
Tabela 29 Sumário do Modelo - Perícia enquanto utilizador.....	61
Tabela 30 Teste ANOVA - Perícia enquanto utilizador.....	61
Tabela 31 Coeficiente - Perícia enquanto utilizador	61
Tabela 32 Sumário do Modelo - Adesão terapêutica e Automedicação.....	62
Tabela 33 Teste ANOVA - Adesão terapêutica e Automedicação	62
Tabela 34 Coeficiente - Adesão terapêutica e Automedicação	63
Tabela 35 Resumo dos testes de hipóteses	63

“A ciência nunca resolve um problema
sem criar pelo menos outros dez”.

George Bernard Shaw

1. Introdução

A internet apresenta características e funções cada vez mais complexas e ricas, permitindo que o cidadão comum tenha acesso a conteúdos de qualidade, como por exemplo informação sobre saúde. A rapidez de comunicação, a disponibilidade, a acessibilidade e o facto de ser um meio pouco dispendioso tornam a internet um meio apelativo para a obtenção de informação relativa à saúde.

Tradicionalmente, no conceito de relação médico-utente, atribui-se ao último um papel passivo, pouco participativo. É o médico quem tem o papel do diagnóstico da doença e estabelece o tratamento conferindo, assim, o estatuto de doente ao paciente. No entanto, com o desenvolvimento crescente das novas tecnologias, e a diversidade de informação disponível online, o utente pode agora desempenhar um papel mais ativo, mais consciente no que concerne à gestão dos seus problemas de saúde.

Agora, além de procurar uma ajuda técnica competente, o utente tem também a possibilidade de se inteirar de um manancial de informação que lhe confere uma atitude mais proactiva no seu processo de saúde.

Segundo McMullan (2006), a informação de saúde é um dos temas mais pesquisados na internet e estudos demonstram que 45,3% da população da União Europeia (UE) usa a internet para fazer pesquisas acerca de temas relacionados com saúde. Cerca de 41,5% dos cidadãos da UE vê a pesquisa online como uma forma excelente de obter informação relativamente a conceitos nesta área.

Um estudo de Santana e Pereira (2007) assegura que 30% da população portuguesa já usou internet como fonte de informação para saúde, e a tendência será o aumento exponencial deste número com o decorrer dos anos.

Esta tendência terá, seguramente, um impacto ao nível do comportamento relacionado com saúde (Kivits, 2004; Akerkar & Bichile, 2004) pelo que é relevante estudar esta questão.

Esta realidade motivou a formulação da questão de partida deste estudo: Qual o impacto da procura de informação online no comportamento relacionado com a saúde.

1.1. Objetivos do estudo

Neste estudo pretende-se avaliar através de um questionário, a orientação para a procura de informação de saúde online por parte do utente, e qual o impacto no comportamento relacionado com a saúde.

1.1.1. Objetivos gerais

Adicionalmente são formulados os seguintes objetivos gerais:

- Compreender se os cidadãos tomam decisões importantes, relativamente à sua saúde, com base na informação obtida online;
- Compreender se as variáveis sociodemográficas têm influência na utilização da internet para fazer este tipo de pesquisas;
- Compreender as consequências da procura de informação no comportamento do utente, nomeadamente, adesão terapêutica e automedicação;

1.2. Estrutura da dissertação

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos principais: a introdução, o enquadramento teórico, a metodologia, a análise e discussão dos resultados e as conclusões finais.

O capítulo inicial da dissertação é a presente introdução, onde é feita uma breve apresentação do tema bem como, a definição dos objetivos da investigação.

No enquadramento teórico são apresentados os principais conceitos da literatura que sustentaram o estudo. Para o efeito, são expostos os aspetos teóricos inerentes aos conceitos de cocriação de valor em saúde, procura de informação de saúde, literacia, qualidade da informação procurada, perícia enquanto utilizador e adesão terapêutica e automedicação. Analisa-se, também, as perspetivas e estudos de diferentes autores relativamente aos conceitos referidos.

Segue-se a apresentação do modelo concetual de hipóteses e posteriormente a explicitação da metodologia utilizada neste estudo.

No capítulo da metodologia é apresentado o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos utilizados para a análise desses

mesmos dados e, por último, os procedimentos éticos inerentes ao processo de recolha de dados.

O capítulo seguinte remete para o estudo empírico, que inclui a discussão e interpretação dos resultados obtidos. Neste capítulo, faz-se uma caracterização da amostra, correlações com as variáveis independentes, testes de fiabilidade, bem como, uma análise ao modelo conceptual de hipóteses com recurso aos métodos estatísticos de correlação de Pearson, regressão e teste ANOVA.

Finalmente, na secção da conclusão apresentam-se as respostas aos objetivos da dissertação e, numa perspetiva de transferência do conhecimento gerado no estudo, identificam-se as limitações encontradas na realização desta dissertação, bem como os fatores de ameaça e de oportunidade para o seu desenvolvimento futuro.

2. Enquadramento teórico

Atualmente grande quantidade de informação sobre saúde é disponibilizadas online através de diversas proveniências, como por exemplo, fontes profissionais (médicos e outros profissionais de saúde), instituições públicas ou privadas, ou mesmo grupos de doentes e/ou consumidores.

Este fluxo persistente de informação incentiva o individuo a gerir a sua própria saúde e a dos seus familiares. A informação veiculada online também é vantajosa para os profissionais de saúde, pois acaba por ser uma ferramenta de estudo e uma fonte de atualização de conceitos e novas tecnologias, trazendo desta forma, benefícios para a sua prática profissional (Kivits, 2004).

2.1. Cocriação de valor em saúde

Cocriação é um conceito de marketing que designa o envolvimento do consumidor na interação com a empresa. Segundo Magretta e Stone (2002) a expressão “cocriação de valor” tem sido muito utilizada nos últimos anos em livros de marketing e negócio, sendo que, uma das suas principais contribuições consiste em compreender a questão: “Que ativos criam e sustentam valor para clientes e acionistas”.

Atualmente, os consumidores procuram informação específica relativamente à sua saúde, gerando assim comportamentos que se podem traduzir em consumo. Exigem cada vez mais uma maior participação no processo de tomada de decisão dos seus fornecedores de bens e serviços, o que acaba por ser um desafio para as organizações que ainda não assimilaram tal atitude e, que acreditam que a eficiência interna voltada para a produção de bens e serviços de baixo custo é por si só suficiente (Normamm & Ramirez, 1993). Esta nova postura faz com que as organizações tenham uma atenção especial à opinião do consumidor, sendo obrigadas a reconfigurar os seus papéis e responsabilidades na cadeia de valor organizacional.

Porter e Teisberg (2006) referem a importância de promover o envolvimento do cliente para preencher as possíveis lacunas que possam existir entre a expectativa dos clientes e, o que as organizações têm para oferecer.

A capacidade das organizações em envolver os clientes para cocriar valor conjuntamente, é uma estratégia que não leva apenas à personalização de produtos mas também ao fortalecimento da competitividade da empresa (Zhang & Chen, 2006). O cliente/utente, de expectador passivo, passa a ser visto como um *player* ativo (Prahalad & Ramaswamy, 2000; Vargo & Lusch, 2004).

Esta tendência também se aplica no sector da saúde. O utente teve tradicionalmente um papel passivo na relação médico-doente, contudo, com a evolução das tecnologias e com a maior abrangência de informação online sobre saúde, tem agora a possibilidade de ter um papel mais ativo no que toca à gestão da sua própria saúde. Hoje em dia, o utente tem curiosidade e tem a necessidade de ter um vasto leque de informação acerca da sua condição, não limitando o seu conhecimento apenas à informação dada pelo médico durante a consulta.

Para gerar cocriação de valor torna-se necessário prestar atenção às dimensões da interação cliente-organização que condicionam a experiência de cocriação. Prahalad & Ramaswamy (2004) identificaram quatro dimensões:

- Os clientes querem liberdade de escolha para interagir com a organização através de um conjunto de acessos a experiências (também reforçado por Nuttavuthisit, 2010). Por isso, as organizações devem centrar-se nas experiências de cocriação de valor através de múltiplos canais.
- Os clientes querem definir as escolhas para que reflitam a sua visão de valor. Assim, as organizações devem fornecer opções centradas na experiência que reflitam os desejos do cliente.
- Os clientes querem interagir e transacionar no seu estilo e linguagem preferida. Eles querem um acesso rápido, fácil, seguro e conveniente às experiências. Por isso, ao consumir escolhas individuais, as organizações devem concentrar-se na cocriação de experiências através de transações.
- Os clientes querem associar escolhas com experiências que eles têm vontade de pagar. Eles querem pagar um preço pelas experiências que consideram justas. Assim, as organizações devem focar-se no relacionamento preço-experiência na cocriação.

O sector da saúde é influenciado por quatro dimensões; a dimensão médica, a dimensão emocional, a dimensão cognitiva e a dimensão social (Edgren, 1991).

A dimensão médica incide sobre as razões que levaram o utente a procurar ajuda médica, isto é, doenças físicas ou psicológicas. A dimensão emocional corresponde aos direitos do utente e à resposta que os serviços devem dar, ou seja, se os serviços e os prestadores de cuidados satisfazem o utente nas suas necessidades. A dimensão cognitiva remete para o conhecimento que o utente tem sobre o seu problema antes de procurar ajuda profissional. Por último, a dimensão social abrange toda a informação de saúde recebida através de membros da família, amigos, colegas de trabalho. A interação social com estes familiares e amigos irá influenciar as atitudes do utilizador em relação à doença, médico, tratamentos, etc.

Hoje em dia, os utilizadores dos serviços de saúde têm acesso a uma abundância de informação, tornando mais fácil a aprendizagem de conceitos relacionados com doenças, tratamentos alternativos para cada enfermidade e, desta forma, desenvolver uma opinião sobre o que pode ou não funcionar para eles. A existência de blogs e chats virtuais de saúde, também permite a troca e partilha de informação gratuita e preciosa para o utente construir uma opinião sobre a sua condição de saúde, levando-o a inquirir mais os médicos.

Nota-se um crescimento da procura de informação por parte dos utentes, acabando por ter uma maior capacidade para opinar e gerir a sua a saúde. Assim, o processo de cocriação implica relacionamento, exigindo-se que as instituições apliquem o real conceito de orientação para o cliente, oferecendo serviços que o utente valorize e que sejam únicos e distintivos.

Embora o grande objetivo na saúde ser o cliente não voltar ao médico (significando que este alcançou um resultado positivo, relativamente ao seu diagnóstico, e que a terapêutica foi eficaz), numa perspetiva de marketing, se o cliente precisar de voltar, que volte à organização que lhe conferiu maior valor.

2.2. Procura de informação de saúde *online*

Graças ao acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) surgiu uma nova posição do utente perante os cuidados de saúde e informação médica, isto é, hoje em dia estamos perante utentes mais participativos e mais autónomos no que toca à gestão da sua própria saúde (Friedman et al, 1996).

As diversas fontes de informação permitem ao utente aceder a um vasto domínio de informação, bem como explorar ativamente as potencialidades das redes. Desta forma a relação médico-paciente já não repousa numa atitude de subserviência por parte do utente, ou seja já não existe uma confiança desmedida, mas sim uma confiança informada (Akerkar & Bichile, 2004).

Vários estudos comprovam a importância da pesquisa da informação sobre saúde online (Andreassen et al, 2007; Fox & Rainie, 2002; Fox, 2005).

Segundo o artigo “European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries”, onde foram realizadas entrevistas por telefone a amostras de população da Noruega, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Polónia, Portugal e Letónia, aponta-se que 44% de toda a amostra e 71% dos utilizadores de Internet usaram esta plataforma para fins relacionados com a saúde. O uso da Internet para assuntos relacionados com a saúde apresenta uma maior taxa nos países do Norte (62% na Dinamarca e 59% na Noruega), seguindo-se a Alemanha (49%), enquanto os países do Sul apresentam menores taxas (30% em Portugal e 23% na Grécia) (Andreassen et al, 2007).

Um inquérito realizado à população americana em março de 2002, revelou que 62% dos utilizadores de internet, já a tinham utilizado para procurar informação sobre saúde ou mesmo conselho médico (destes 51% correspondiam a homens e 72% eram mulheres) (Fox & Rainie, 2002).

Segundo a *American Medical Association*, num dia normal cerca de seis milhões de norte-americanos procuravam conselho de saúde na internet (cerca de 5% de todos os utilizadores), esta percentagem representa mais pessoas do que aquelas que visitam profissionais de saúde (Fox & Rainie, 2002). Também verificou-se que oito em cada 10 utilizadores da internet tinham procurado informação sobre saúde online, nomeadamente dietas, *fitness* e medicamentos, sendo que 82% eram mulheres.

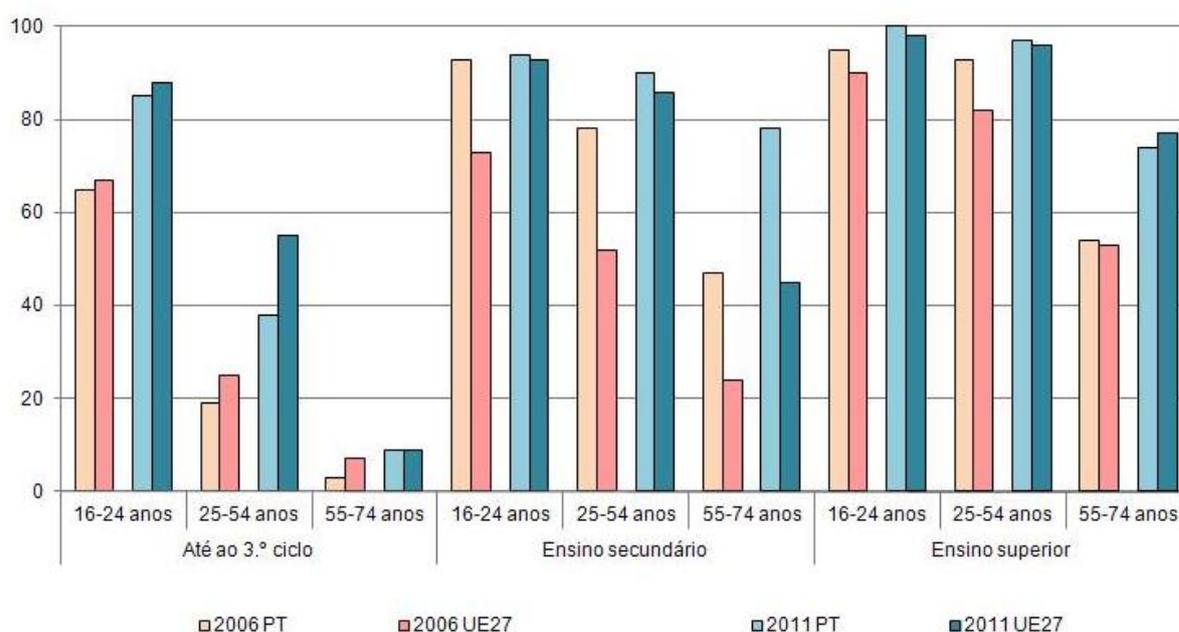
Outras áreas que demonstram crescimento são as pesquisas relacionadas com seguros de saúde, hospitais e médicos específicos, o que sugere que os utilizadores estão a tomar decisões importantes relacionadas com os seus cuidados de saúde (Fox, 2005). Em 2005, realizou-se um relatório americano acerca de informação de saúde online, que revelou que 79% dos adultos utilizadores de internet, faziam pesquisas na internet acerca de conceitos de saúde (Fox, 2005).

2.2.1. Procura de informação de saúde *online* em Portugal

O funcionamento da saúde em Portugal ainda é muito dependente do contacto presencial com o médico, no entanto, tem havido um *empowerment* dos utentes no que toca ao uso da internet para determinadas dúvidas pontuais que surgem, poupando deslocações e contactos desnecessários (Friedmann et al.,1996).

Com o passar dos anos, começaram a existir mais computadores por agregado familiar, e por sua vez, uma maior utilização da internet por parte dos portugueses, como é possível observar no gráfico 1.

Gráfico 1 Utilizadores de Internet, por escalão etário e nível de escolaridade em Portugal e na UE



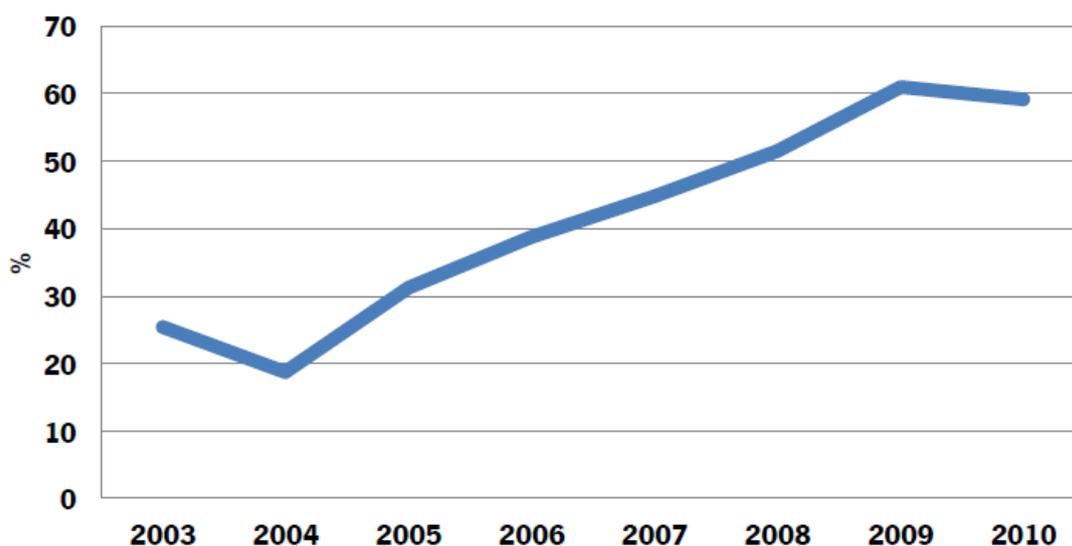
Fonte: Eurostat

Através da análise dos dados por nível de habilitação escolar e idade (gráfico 1), podemos constatar que a percentagem de utilizadores regulares da Internet em Portugal está acima ou próxima da média da UE em todos os grupos combinados de habilitação escolar e idade. A exceção está na população com habilitações até 3º ciclo e idades entre os 25-54, em que Portugal tem uma percentagem (38%) significativamente inferior à da UE (55%), e inclusivamente tem uma percentagem (78%) muito maior da verificada na UE (45%)

no grupo de habilitação secundária e idade 55-74. Pode-se constatar que a exclusão digital em Portugal está diretamente associada a adultos sem habilitação, pelo menos secundária (Eurostat).

Em Portugal é possível verificar um aumento significativo nos últimos anos nas pesquisas efetuadas sobre saúde na Internet, como demonstra o gráfico 2.

Gráfico 2 Pesquisa de informação sobre saúde 2003-2010



Fonte: INE/UMIC

Segundo um estudo de Cardoso, em 2005, verificou-se que em Portugal a internet começa a surgir como uma alternativa a métodos mais tradicionais de pesquisa de informação sobre saúde. O estudo revelou que 63,9% dos inquiridos (cibernautas), quando um familiar contrai uma doença grave, para além do contacto inicial com o médico, procuram informação pelos próprios meios.

Outro fator que foi analisado neste estudo foi a obtenção de informação pelos utilizadores, através dos *media* e da internet, quando lhes é receitado um novo medicamento. Cerca de 80,6%, afirmam que leem o folheto informativo, enquanto apenas 9,1% utilizam a Internet. Demonstrou-se ainda, neste estudo, que o uso da Internet é a opção escolhida quando se trata de procurar informação sobre uma doença grave, mas não quando tem que se tomar um novo medicamento (Cardoso et al, 2005).

No que toca à relação da situação profissional com o uso da internet em Portugal, são os estudantes que mais a utilizam para fazer pesquisas sobre saúde e/ou doença. Num estudo de Santana & Pereira (2007), apenas três dos 222 estudantes inquiridos revelaram nunca ter utilizado a internet. Na população em geral a utilização por parte das pessoas que estão fora do sistema de emprego é muito baixa, dado que estão neste grupo os cidadãos com uma reduzida capacidade de acederem à internet devido às suas características, nomeadamente, desempregados, reformados e domésticos (Santana & Pereira, 2007).

Outro dos fatores que influencia a procura de informação de saúde na Internet, é a escolaridade. Em Portugal constatou-se que um maior nível de escolaridade está diretamente associado a uma maior utilização da Internet na pesquisa de informação de saúde. No entanto, é de realçar que foi na população de menor nível de escolaridade, que se observou o maior aumento na pesquisa de informação de saúde na Internet, entre 2005 e 2007 (Santana, 2009).

No mesmo estudo acima referido acima, realizado por Santana (2009) no que concerne à utilização da Internet por razões de saúde ou doença, o facto mais significativo a relatar foi o elevado número de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 34 anos que utilizavam a Internet por este motivo pelo menos uma vez por ano. Havia 25% mais mulheres do que homens, no mesmo escalão etário, a utilizar a Internet com essa motivação.

Em Portugal, a pesquisa de informação sobre saúde aparece em 6º lugar nas atividades semanais na internet, sendo que as pesquisas que estão nos primeiros lugares correspondem a *downloads* de músicas, filmes e jogos (Kivits, 2004).

2.3. Orientação para a Procura de Informação

Atualmente vivemos numa sociedade em que o acesso a informação de saúde é cada vez mais importante para as pessoas. A Internet e demais tecnologias de informação e comunicação, ao permitirem fluxos informacionais, abrem constantemente novas possibilidades para a medicina e para os cuidados de saúde em geral, e ao fazê-lo acabam por interferir na relação entre o utente e o profissional de saúde.

A orientação para a procura de informação de saúde remete para o interesse do consumidor por assuntos nesta área, e que desta forma o motiva para a procura de informações e conceitos sobre o tema (Dutta, Bodie, & Basu, 2008). Desta forma é

possível dizer que existem indivíduos com uma orientação positiva, negativa ou neutra perante a procura de informação de saúde. Utentes com um alto nível de orientação para a informação de saúde apresentam vontade de educar-se a si próprios sobre esses temas, tornando-se assim pessoas mais participativas nos cuidados de saúde (Anker, Reinhart, & Feeley, 2011).

Estudos indicam que as fontes de pesquisa de informação interpessoais (familiares, amigos e profissionais de saúde) são as mais utilizadas com o intuito de receber informação e aconselhamento e/ou apoio (Brashers, Goldsmith & Hsieh, 2002). Geralmente quando um utente é diagnosticado com uma doença crónica ou aguda, este tem tendência para procurar informações da etiologia, prognóstico e opções de tratamento para a sua doença. Por vezes, essa informação pode ser procurada online ou através dos *media*, isto é, a partir de programas de televisão ou revistas que abordem temas de saúde (Johnson, 1997).

A internet tem varias vantagens no que toca ao acesso à informação pois é uma ferramenta relativamente fácil de utilizar, é rápida e pode-se aceder no conforto e na privacidade do lar. Para os utentes com mais dificuldade em perceber a linguagem médica abordada nos sites sobre saúde, existe sempre a possibilidade de procurar uma ajuda suplementar em *chats*, grupos de apoio, ou mesmo comunidades referentes a uma determinada doença (onde são relatadas experiencias pessoais no combate a essa enfermidade). Com essas informações o utente pode começar a formar a sua opinião pessoal, interpretar a sua sintomatologia e pesquisar possíveis tratamentos (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000).

Parte da população vê benefícios na procura de informação em saúde, no entanto, alguns estudos indicam que existem alguns indivíduos que evitam a pesquisa deste tipo de conceitos. Pessoas que se consideram saudáveis podem evitar informação acerca de doenças com medo de identificar algum tipo de sintoma. O mesmo acontece a pessoas que já se encontram doentes e/ou que acreditam que possam estar em risco (Leydon et al., 2000; Brashers, 2001).

2.4. Qualidade da Informação

A qualidade da informação presente na internet e o nível de compreensão e interpretação da mesma foi sempre uma das grandes preocupações dos prestadores e consumidores de cuidados de saúde. A veracidade da informação e a credibilidade dos autores é regularmente avaliada através de estudos, contudo estes concluem que não existem muitos websites com informação detalhada e fiável (Marinac et al, 2007). Desta forma torna-se difícil encontrar informação fidedigna na internet devido à rapidez de acumulação de informação indesejável e falta de controlo da mesma (Shankar, 2007).

Mesmo os melhores motores de busca não apresentam os seus resultados por ordem de autenticidade, e as descrições relatadas nos resultados de busca não disponibilizam informação suficiente para que o utente possa tomar uma decisão bem informada relativamente à fiabilidade de um site.

Hoje em dia, fontes individuais ou de grupos que podem não ter competências no campo da saúde, competem com fontes fidedignas de informação médica, o que pode causar confusão ao consumidor da informação (Slater & Zimmerman, 2003).

Num estudo realizado numa escola secundária nos EUA, 34 estudantes procuraram informação de saúde online e posteriormente responderam a um questionário para analisar a fiabilidade da informação encontrada. Cerca de 59% dos participantes acreditava que os sites encontrados eram fiáveis, apesar de 55% terem sido determinados como não fidedignos. Este estudo demonstrou que mesmo os estudantes do ensino secundário que têm formação científica, apresentaram dificuldade em diferenciar os websites verosímeis dos restantes (Slater & Zimmerman, 2003).

O principal perigo da internet prende-se com os conteúdos que podem ser inapropriados ou mal interpretados, que podem levar o utente a fazer autodiagnósticos errados que, por sua vez, podem causar ansiedade e/ou levar o utente a seguir terapêuticas erradas e desconhecidas (Murray et al., 2003).

Outro fator importante, para além da qualidade do conteúdo da informação, é a qualidade de apresentação da informação, uma vez que, esta condiciona a transmissão da mesma. Websites com uma construção e design intuitivos têm uma grande vantagem sobre outros não tão explícitos (Theofanos & Mulligan, 2004).

Na construção de uma página web deve ser prestada especial atenção a quem se dirige. As pessoas idosas apresentam mais dificuldades motoras e cognitivas o que dificulta as tarefas informáticas, desta forma, torna-se essencial sites simples e concisos na transmissão da informação (Nahm et al, 2004).

Hoje em dia, os utilizadores da internet criam comunidades independentes, nas quais compartilham ideias e percepções, rompendo barreiras sociais e geográficas, e transformando as relações entre a empresa e o consumidor (Prahalad & Ramaswamy, 2004b).

Contrariamente ao que ocorria no passado, os utentes estão a mudar o diálogo com os profissionais da área de saúde e querem estar envolvidos e entender as bases do diagnóstico e do tratamento. Não obstante os profissionais de saúde não gostarem, os clientes fazem buscas na internet sobre seus problemas de saúde e desafiam estes profissionais sobre o diagnóstico, a prescrição e a modalidade do tratamento.

A imersão dos clientes na rede de informações permite que os riscos e os benefícios sobre as decisões acerca de sua saúde sejam reavaliados (Prahalad & Ramaswamy 2004a).

2.5. Literacia de informação (*information literacy*)

Este conceito proposto por Dudziak (2001) implica que os cidadãos apresentem um domínio de um conjunto de competências que lhes permita avaliar a informação, tendo em conta alguns critérios, como por exemplo, a objetividade, a pertinência, a relevância, a lógica e a ética. Apenas na posse destas competências poderá o cidadão fazer a incorporação da informação selecionada nos seus conhecimentos e, só assim estará apto para realizar intervenções revelando inteligência, espírito crítico, autonomia e independência (Dudziak, 2001).

As competências tecnológicas revelam-se essenciais, mas mais importante, são as competências que os utentes devem possuir para serem capazes de explorar instrumentos intelectuais, sem serem influenciados de forma negativa aquando da recolha de informação online.

Desta forma, pode-se concluir que as potencialidades das TIC só podem ser aproveitadas na sua plenitude, se tivermos utentes informados, não só no sector da saúde, mas em todas as esferas da atividade humana (Henderson, 2006).

Wilson (1997) realizou um estudo que averiguava a existência de quatro diferentes modelos ou condutas de procura de informação na Internet:

1. “Atenção passiva”, onde a procura e aquisição da informação não é intencional.
2. “Procura passiva”, quando se verifica que um dado comportamento permite a aquisição de algum tipo de informação que é relevante.
3. “Procura ativa” quando se verifica uma intencionalidade clara e objetiva na obtenção de informação.
4. “Procura em decurso”, vem na sequência de uma procura ativa onde um dado esquema de base de conhecimento já foi adquirido mas que através de novas procuras mais ou menos ocasionais permitem ou a atualização da informação ou a obtenção de informações complementares (Wilson, 1997).

Estes diferentes modelos podem estar relacionados diretamente com os níveis de literacia do utente, ou seja, este pode estar mais ou menos capacitado para a aquisição de informação que necessita. Nos dois primeiros modelos existe uma obtenção da informação de forma não intencional, o que leva o utente a alguma confusão e desnorte, pois este não consegue tratar nem filtrar a informação.

Nos modelos assinalados nos pontos 3 e 4, estamos em presença de um utente com um alto nível de interatividade conseguindo juntar e completar a informação que obtém, e desta forma, ter um maior nível de esclarecimento e conhecimento (Wilson, 1997).

2.5.1. Literacia em Saúde

A literacia em saúde tem sido estudada ao longo anos, com vários artigos publicados entre 1997 e 2007 (Bankson, 2009). Apesar de ainda não existir uma definição universal deste conceito, o *UK National Consumer Council* (2004) define como: “a capacidade de um indivíduo obter, interpretar e compreender informações básicas sobre saúde de modo a melhorar a sua saúde” (Chinn, 2011, pp.60).

Para Peerson e Saunders (2009) o conceito de literacia em saúde remete para a tomada de decisões que ocorrem no local de trabalho, em contexto sociais e recreativos, no seio das famílias, etc, decisões estas que acabam por ter impacto no quotidiano do individuo. Pessoas que apresentem um alto nível de alfabetização tendem a ser agentes intencionais

na promoção da sua saúde, ou seja, são pessoas que se informam sobre comportamentos saudáveis para prevenir determinadas enfermidades (Chinn, 2011).

Nutbeam (2009) refere que a literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos, as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas refere-se à capacidade que o indivíduo tem de realizar tarefas chave, por exemplo, ler um texto básico ou escrever frases simples. Já a literacia que se baseia em competências, centra-se no nível de conhecimento e aptidões que os indivíduos devem possuir para por em prática o que depreenderam das tarefas que executaram.

Desta forma é de retirar que “A literacia em saúde implica atingir um nível de conhecimentos, competências pessoais e confiança para tomar decisões para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e marcar consultas.” (WHO, 1998, p.10).

Moorman & Matulich (1993) verificaram que indivíduos com conhecimentos/consciência de saúde são mais motivados para procurar informação sobre saúde e são motivados para o consumo de canais de comunicação com orientação para a informação. Um estudo de Petty & Cacioppo (1986) revelou, também, que indivíduos com alto nível de orientação para a informação de saúde, apresentam vontade de procurar informação acerca de temas de saúde e, por sua vez, educar-se a si próprios sobre esses temas.

Neste sentido foi formulada a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 1 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na orientação para a procura de informação.

Nutbeam (2000) apresentou um modelo de literacia de saúde constituído por 3 níveis; literacia funcional, literacia interativa e literacia crítica.

Estes níveis representam diferentes graus de capacidades cognitivas, pessoais e relacionais, isto é, quanto mais desenvolvidas estiverem estas capacidades, maior será o nível de literacia.

- A literacia funcional/básica consiste na apresentação de competências suficientes para ler e escrever permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia-a-dia;
- A literacia interativa/comunicativa já remete para aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para participar nas atividades do quotidiano, para extrair informação a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação;
- A literacia crítica já existem competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as aptidões sociais, pode ser aplicada para analisar criticamente a informação e usá-la para obter um maior controlo sobre os acontecimentos e situações da vida (Nutbeam, 2000).

Esta divisão possibilita perspetivar a literacia num crescendo de autonomia e capacitação ou *empowerment* dos indivíduos.

Para cada nível de literacia, Nutbeam (2000) define objetivos educativos, conteúdos associados, benefícios individuais e coletivos, dando exemplo de atividades educativas (tabela 1).

Tabela 1 Níveis de Literacia

Nível de Literacia na saúde e objetivo educativo	Conteúdos	Benefícios Individuais	Benefícios sociais da Comunidade	Exemplos de Atividades educativas
Literacia Funcional (comunicação da Informação)	Transmissão de informação factual sobre riscos de saúde e utilização de serviços	Melhoria do conhecimento sobre riscos e serviços de saúde	Crescimento da participação da população em programas de saúde	Transmitir informação através de canais existentes, contacto interpessoal oportunista
Literacia Interativa (desenvolvimentos de competências pessoais)	Ideias referidas acima e ainda oportunidades de desenvolver competências num ambiente de apoio	Melhor capacidade para agir individualmente e com conhecimento, maior motivação e autoconfiança	Aumento da capacidade para influenciar normas sociais e para interagir com grupos sociais	Comunicação feita por medida de forma a adequar às necessidades específicas; facilitação a grupos de apoio na comunidade e de apoio social; combinar diferentes canais de comunicação
Literacia Crítica (capacitação pessoal e da comunidade)	Ideias referidas acima e ainda capacidade de prover informação sobre determinantes económicos e sociais na saúde, e alcançar políticas e/ou mudanças organizacionais	Melhoria da resistência individual às adversidades económicas e sociais	Aumento da capacidade de agir sobre os determinantes económicos e sociais na saúde; melhoramento da capacitação da comunidade	Prover aconselhamento técnico para apoiar a ação comunitária, dotar de capacidade comunicativa os líderes da comunidade e facilitar o desenvolvimento da comunicação

Fonte: Nutbeam (2000, p. 266)

A literacia crítica em saúde reflete-se, assim, na capacidade do indivíduo contextualizar as informações/conhecimento obtidos para a sua saúde, isto é, decidir sobre uma determinada ação após uma avaliação criteriosa do impacto da mesma na sua vida (Rubinelli et al, 2009).

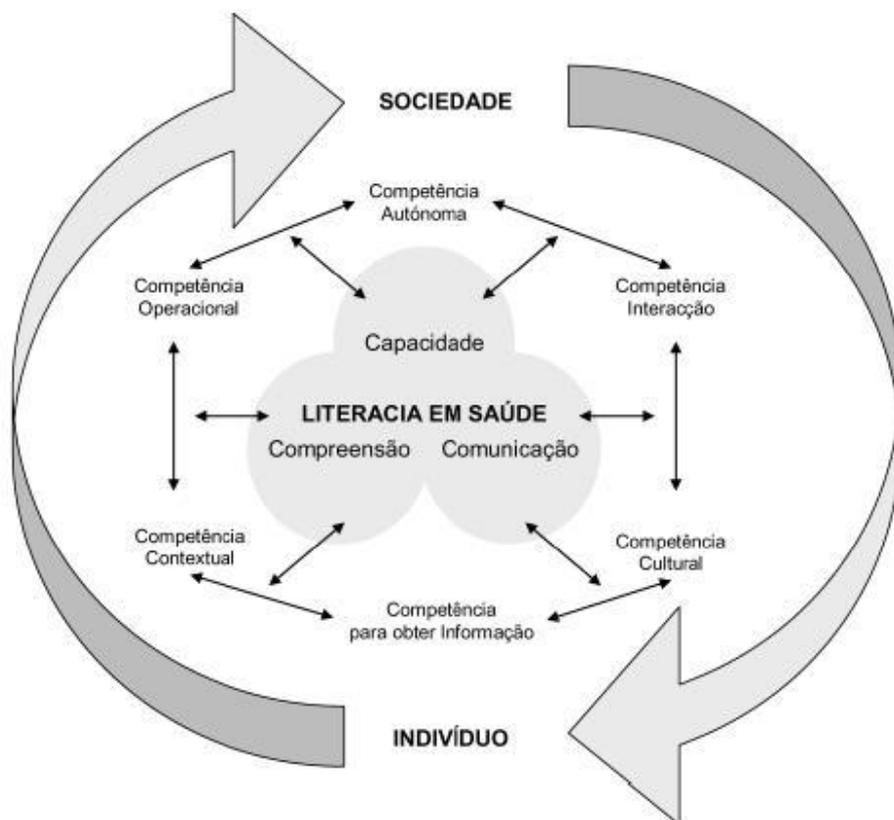
Partindo de uma análise conceptual do que foi produzido sobre literacia em saúde, Mancuso (2008) sugere um modelo que engloba de forma sistematizada as competências,

os atributos e as consequências individuais e sociais, tendo como pano de fundo a relação indivíduo-sociedade.

O autor dá ênfase ao conceito de competência, enquanto conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam que o indivíduo perante uma situação seja capaz de mobilizar conhecimentos e recursos de modo adequado, dando uma resposta ajustada à situação.

Os atributos da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão integrados e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades firmadas dentro das competências necessárias para atingir a literacia em saúde, como podemos ver pela figura abaixo apresentada.

Figura 1 Modelo conceptual da Literacia em Saúde



Fonte: Mancuso (2008, p. 251)

Dos atributos propostos pelo autor, salientam-se a capacidade, a compreensão e comunicação. A capacidade (ou aptidão) refere-se às competências inatas e também às

competências adquiridas, mediadas pela educação e afetadas pela cultura. Ao nível da literacia em saúde essas competências incluem a recolha, avaliação e análise da informação, a procura de ajuda, e ainda a capacidade para se movimentar e negociar dentro do sistema de saúde (Mancuso, 2008).

O atributo compreensão (lógica, linguagem e experiência) remete para a conjugação de fatores como por exemplo a linguagem, a experiência e a lógica, fatores esses que permitem uma interpretação e entendimento da informação de saúde existente. A compreensão possibilita ao indivíduo tornar-se um crítico da informação existente (ou associando nova informação à existente), identificando os assuntos de saúde e atribuindo-lhe um sentido (Mancuso, 2008).

O atributo comunicação reporta para uma troca (mensagens, pensamentos, informação) que deve promover a compreensão, a escuta e a observação críticas, ainda que no domínio da saúde, a comunicação se destine sobretudo informar e influenciar as decisões conducentes à melhoria de saúde. Esta troca de informação é, muitas vezes, feita para lá da comunicação entre profissional e doente, à base da utilização de textos, materiais audiovisuais, internet (Mancuso, 2008).

Recentemente foi introduzido um novo conceito relativamente à literacia em saúde, designado por e-Literacia em saúde. Este consiste na habilidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar a informação retirada de fontes eletrónicas e aplicar esse conhecimento para resolver um problema de saúde (Norman & Skinner, 2006a).

Posto isto, nasce a segunda hipótese de investigação deste estudo:

Hipótese 2 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na procura de informação de saúde com qualidade, nomeadamente, em sites fidedignos e técnicos.

Norman & Skinner (2006b), consideram seis competências chave dentro deste contexto: a literacia tradicional (ler, escrever, falar), a literacia em saúde, a literacia da informação (saber como procurar informação e como usá-la), literacia científica, literacia sobre media e literacia sobre computadores.

Vários estudos demonstraram que uma literacia baixa pode conduzir a uma menor vontade de participar nos processos de tomada de decisão conjunta, e a uma maior

dependência dos familiares e prestadores de cuidados de saúde para tomar decisões (Collins et al, 2004; Mancuso & Rincon, 2006).

Quando utentes com nível reduzido de literacia em saúde pesquisam informação acerca de doenças e tratamentos, pode haver consequências, que incluem: custos acrescidos nos cuidados de saúde; falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos; menores competências de autogestão; erros de medicação; utilização dos serviços de saúde de forma desadequada (Mancuso, 2008; Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Weiss, 2005; Edmunds, 2005).

Outros estudos abordam que utilizadores que apresentam doenças crónicas ou de longo prazo, têm tendência para desenvolver mais a sua literacia em saúde com o intuito de saber mais sobre a sua doença tornando-se, desta forma, mais ativos nas consultas médicas (Edwards et al, 2012).

O aumento da literacia em saúde conquistada através da aquisição de novo conhecimento irá melhorar as consequências, revertendo-se em atitudes mais positivas, maior autoeficácia e comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006). Estas vantagens devem ser encaradas como um benefício global para o século XXI (Nutbeam & Kickbusch, 2000).

Perante isto, é proposta a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 3 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na perícia enquanto utilizador.

2.6. Perícia enquanto Utilizador

A perícia do utilizador, no contexto de saúde, pode ser definida como “o conhecimento experiencial ganho através da experiência da gestão pessoal da doença no dia-a-dia” (Hartzler & Pratt, 2011, p.2).

Este conhecimento adquire-se através da correlação de experiências anteriores com a informação procurada pelo utilizador nos diversos meios tecnológicos, ou mesmo através de contacto com familiares e amigos (Edgren, 1991). A perícia como utilizador também remete para a captação de informação proveniente dos profissionais de saúde, isto é, os

utilizadores usam a informação e conselhos dados pelos profissionais de saúde para promover uma participação mais ativa nos seus próprios cuidados de saúde e nos processos de tomada de decisão (Hartzler & Pratt, 2011; Heldal & Tjora, 2009).

Yiyi & Rongqiu (2008) identificaram quatro tipos de cocriação de conhecimento dos utentes, nomeadamente; “Utilizador passivo”, “Informador ativo”, “Pesquisador ativo ou passivo” e “Cocriador colaborativo”. Cada um destes, representa uma fonte diferente de valor, de dimensão de conhecimento e de nível de participação do consumidor, como podemos observar na tabela 2.

Tabela 2 Diferentes formas de cocriação do conhecimento com o cliente

Papel do consumidor	Conhecimento Cocriado	Nível de Participação do Consumidor	Valor criado	Prazo para entregar valor	Beneficiário Primário	Nº de Consumidores
Utilizador Passivo	Conhecimento acerca do cliente	Baixo	Eficiência dos processos internos da organização	Benefícios no curto prazo	Organização	Todos
Informador Ativo	Conhecimento acerca da organização	Médio	Melhoria para o produto e serviço	Médio e curto prazo	Organização	Selecionados
Pesquisador Ativo ou Passivo	Conhecimento para o consumidor	Médio Baixo	Melhoria das experiências do consumidor	Benefícios no curto prazo	Organização e consumidor	Selecionados
Cocriador colaborativo	Conhecimento criado colaborativamente	Alto	Produtos e serviços inovadores	Benefícios a longo prazo	Organização e consumidor	Selecionados

Fonte: Yiyi & Rongqiu (2008, p.4)

A perícia de um utilizador acaba por ser um fator importante nas decisões dos consumidores, influenciando a procura de informação e a escolha dos produtos (Alba & Hutchinson, 1987). Um utilizador com elevadas capacidades cognitivas no que toca à saúde, usualmente partilha a sua perícia dando conselhos e partilhando a sua experiência de modo a que outros utilizadores possam beneficiar dos seus conhecimentos.

A necessidade de orientação que é trazida através do suporte informacional, é normalmente encontrada por pessoas com perícia, que partilham informação que ajudará

outros utilizadores a fazer uma melhor gestão da saúde pessoal com base nas experiências do utilizador-perito (tal como referido acima) (Weiss, 1974).

A internet tornou possível a criação de varias comunidades de saúde online, que também podem servir de suporte social e emocional. Estes fóruns vieram facilitar a partilha de perícia entre os utilizadores, uma vez que, permitem a troca de opiniões e pareceres que poderão auxiliar os outros utilizadores a enfrentar situações de saúde similares (Sarasohn-Kahn, 2008).

Alguns autores acautelam para a confusão que os termos *experiência* e *perícia* possam causar aos utilizadores. A experiência é limitada a um indivíduo, por isso, não se deve generalizar sintomatologias, diagnósticos e/ou tratamentos clínicos, pois cada indivíduo tem reações diferentes, e não se pode generalizar casos (Badcott, 2005).

A perícia enquanto utilizador dos serviços de saúde diz respeito ao conhecimento fruto da sua experiência com problemas de saúde que lhe permite usar o serviço de forma a gerar benefícios (Ojasalo, 2001).

Desta forma, acredita-se que quanto mais participativo for o utente na gestão da sua saúde e na partilha das suas experiencias com outros utilizadores, mais valor irá cocriar. Instituições de saúde de vários países, começaram a promover iniciativas para encorajar os utentes na gestão da sua saúde, pois acredita-se que irá contribuir para uma melhoria nas taxas de cumprimento das indicações terapêuticas, melhoria da sua qualidade de vida e, por sua vez, uma avaliação mais positiva dos serviços de saúde (Badcott, 2005).

Segundo Alba & Hutchinson (1987) a perícia enquanto utilizador é um fator importante nas decisões dos consumidores, influenciando a procura de informação.

Assim, é proposta a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 4 – Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador na orientação para a procura de informação online.

2.7. Adesão Terapêutica

As expressões adesão terapêutica (*adherence*) e cumprimento (*compliance*) têm sido utilizadas simultaneamente para designar a adoção pelo doente das recomendações médicas.

Compliance, enquanto conceito, refere-se à capacidade do doente seguir a prescrição médica (Haynes, 1981). Esta definição assentava numa premissa que foi questionada em estudos posteriores, os quais vieram demonstrar que esse cumprimento não deve ser entendido como uma mera obediência da parte do paciente em relação a indicações impostas pelo médico.

Em alternativa, foi proposta a adoção do termo *adherence*, através do qual se reconhece que o paciente não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser um “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, pp. 9-10).

Um estudo de Cramer (1991) revelou os motivos típicos citados pelos pacientes para não tomarem os seus medicamentos, a saber: esquecimento (30%), outras prioridades (16%), a decisão de “saltar” doses (11%), falta de informação (9%) e fatores emocionais (7%). Cerca de 27% dos inquiridos não forneceu uma razão para a não adesão a um regime terapêutico (Cramer, 1991).

Muitos utentes manifestam que os médicos contribuem para a baixa adesão a determinadas terapias, uma vez que, prescrevem tratamentos complexos, e falham na explicação dos benefícios e efeitos colaterais da medicação. Também a falta de consideração pelo estilo de vida do paciente, designadamente, características socioeconómicas é um dos fatores chave para a não adesão às terapêuticas prescritas pelo médico (Elliott et al, 2000; Ickovics & Meade, 2002).

A renitência em colocar perguntas aos profissionais de saúde também leva a que os utentes não esclareçam todas as suas questões e saiam da consulta com muitas dúvidas em relação à medicação. O facto de os utentes acharem que não lhes está a ser transmitida toda a informação, pode dificultar a aceitação da medicação.

Outra problemática remete para as crenças dos utentes relativamente a medicamentos, isto é, se o utente achar que um determinado medicamento é o melhor e depois o médico

não o receitar, automaticamente vai gerar desapontamento. Estas crenças são mais acentuadas quanto menor o grau de literacia em saúde do utente (Stavropoulou, 2011).

Existem alguns métodos que podem ser usados para melhorar a adesão terapêutica por parte do utente, nomeadamente, a educação do utente, esquemas de dosagens mais simples, melhor comunicação do médico com o utente e, melhor comunicação entre os médicos de diferentes especialidades (de modo a conseguir uma terapêutica articulada) (Osterberg & Blaschke, 2005).

Os utentes que têm um papel mais ativo na gestão da sua saúde e que não apresentam timidez perante os profissionais de saúde, poderão obter um maior conhecimento sobre a doença e tratamentos prescritos, melhorando a adesão terapêutica e conseqüentemente os resultados clínicos. Estudos indicam que existe uma associação entre a participação do utente e a adesão terapêutica (Loh et al., 2007).

A fraca adesão a regimes de medicação é comum, contribuindo para um agravamento substancial da doença, morte, e aumento dos custos de saúde. Neste contexto, os profissionais de saúde devem tentar sempre personalizar os regimes de tratamento à enfermidade do paciente e também ao seu estilo de vida (Osterberg & Blaschke, 2005).

2.7.1. Automedicação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a automedicação consiste no uso de medicamentos que já foram prescritos por um médico para uma doença crónica ou recorrente do próprio ou, o uso de medicamentos a conselho de alguém conhecido, sempre com o objetivo de tratar doenças ou sintomas por si reconhecidos (OMS, 2000).

A automedicação vem ganhando reconhecimento no contexto denominado “automedicação responsável”, definido como o consumo de fármacos por um utente instruído e que é destinado a evitar uma série de riscos potenciais para a sua saúde e obter benefícios na cura e alívio da doença, tanto quanto possível. (Albarran e Zapata, 2008).

Segundo Pereira, (2009) a automedicação é inevitável e intrínseca à natureza humana, sendo atualmente um fenómeno social à escala mundial, podendo ser encarado como globalmente positivo, já que pressupõe o aumento da responsabilização dos doentes pela gestão da sua própria saúde.

A crescente insatisfação com a forma fragmentada, impessoal e dispendiosa do sistema de cuidados de saúde, e um desejo de reduzir a dependência do médico nesta matéria, leva a um consumo cada vez maior de informação sobre saúde.

Existe uma quantidade crescente de informação disponível, no que se refere ao autocuidado e automedicação, designadamente, em formato impresso, em livros e artigos e também disponível pela internet. Tal permite aos consumidores desempenhar um papel ativo na sua saúde, obtendo um maior controlo sobre a mesma.

A profusão de informação traz mais escolhas o que significa mais controlo das suas vidas (Wertheimer e Serradel, 2008).

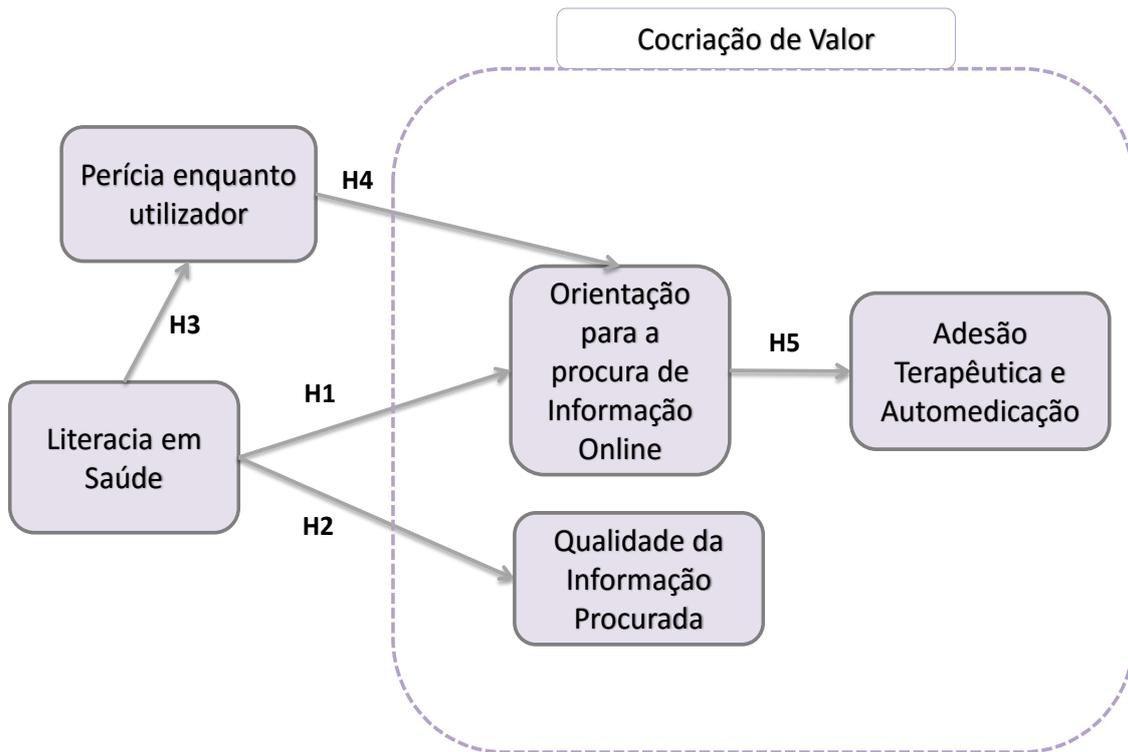
Com este enquadramento, formulou-se a última hipótese de investigação:

Hipótese 5 – Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação na adesão terapêutica e automedicação.

2.8. Modelo Conceptual de Hipóteses de Investigação

Realizou-se um modelo conceptual (figura 2) cujo principal objetivo é explicar a relação entre os vários tópicos abordados no enquadramento teórico e a formulação de hipóteses. O modelo é composto por cinco constructos e dá origem a cinco hipóteses de trabalho. As setas presentes no modelo demonstram o efeito positivo que uma variável vai ter na outra.

Figura 2 Modelo conceptual de hipóteses



Fonte: elaboração própria

2.9. Conclusão

Para estudar o impacto que a informação de saúde tem no comportamento do utente é necessário analisar diferentes variáveis que podem ter influência nas suas atitudes.

Os consumidores de informação de saúde utilizam várias fontes para adquirir informação, continuando os médicos a constituir a fonte preferida para a maior parte da população. No entanto, observa-se um aumento do número de indivíduos que utilizam a internet para fazer pesquisas relacionadas com saúde (Hesse et al, 2005).

Existe uma grande variabilidade na qualidade da informação presente na Internet sendo, a maior parte das vezes, difícil a avaliação da mesma.

Os utilizadores procuram não só informação generalizada de saúde, mas principalmente informação específica de uma condição médica, com a qual, estes ou um familiar se deparam. Com a informação que encontram tentam, por vezes, chegar a um diagnóstico ou automedicar-se, mas mais frequentemente acedem ao seu médico com o intuito de

discutir a informação encontrada e expor as suas questões. Isto leva inevitavelmente a um maior consumo dos serviços de saúde (Hesse et al, 2005; Henwood et al, 2003).

Em suma, a análise da literatura sobre esta temática realça a sua atualidade e, simultaneamente, a necessidade de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a mesma, que desponta o interesse para o estudo do presente tema.

3. Metodologia

Neste capítulo serão explicitados diversos aspetos inerentes à metodologia utilizada para a realização deste estudo, nomeadamente, o desenho da investigação, a questão de investigação, o tipo de estudo, população alvo e tamanho da amostra, os instrumentos utilizados para a sua execução e operacionalização das variáveis.

Neste capítulo também serão descritos os métodos utilizados para a recolha e tratamento dos dados, bem como, as considerações éticas.

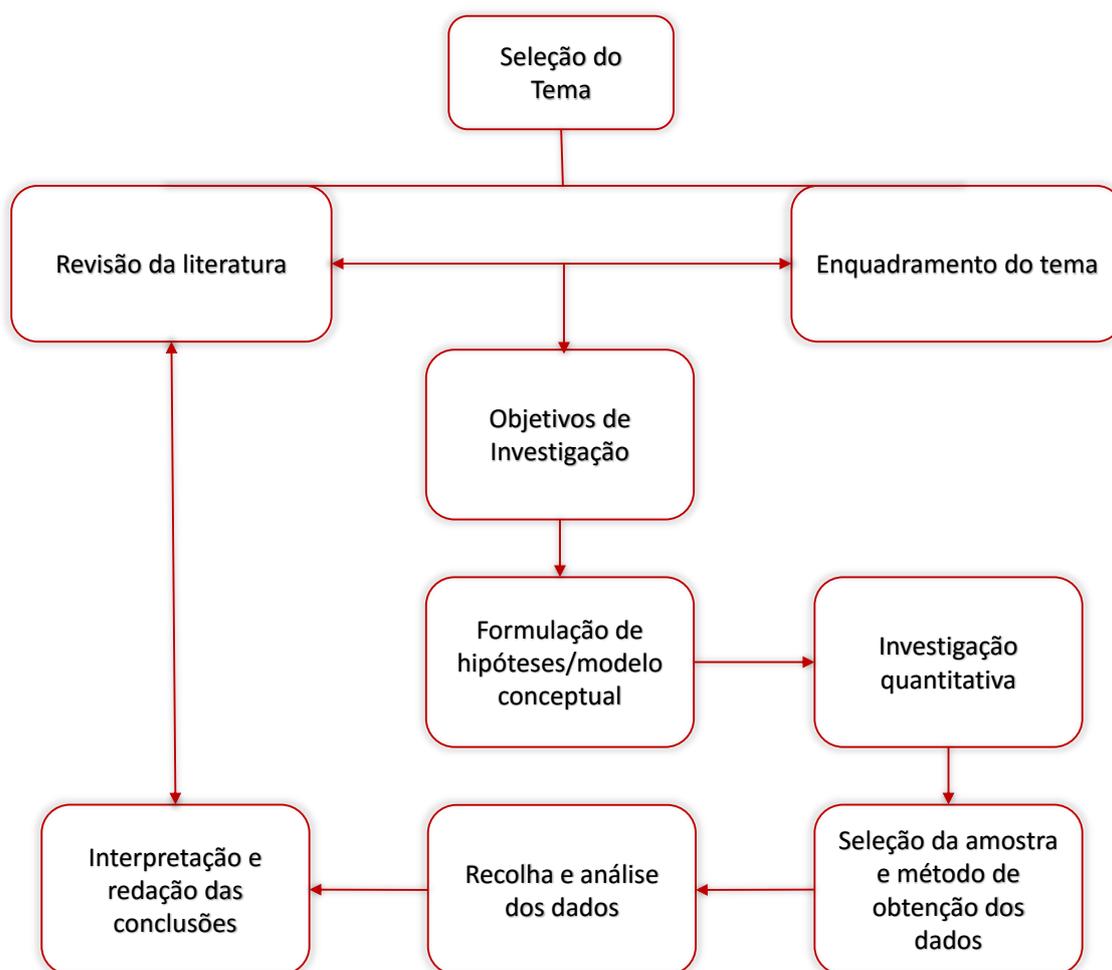
3.1. Desenho da Investigação

O estudo delineado para esta pesquisa apresenta características dos estudos quantitativos, por se fundamentar no método hipotético dedutivo “cuja finalidade é descrever e verificar relações entre as variáveis” (Fortin, 2009, p. 27). Desta forma implica a recolha sistemática de informação numérica, com o mínimo de condições de controlo consideráveis e a análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Inserir-se no tipo de investigação não experimental, que se caracteriza por estudos nos quais se recolhem dados sem introduzir novos tratamentos ou mudanças. O investigador limita-se a observar e a descrever, não interferindo (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007), nem manipulando as variáveis em estudo, embora procure obter evidências para explicar porque ocorre um determinado fenómeno, ou seja, proporcionar um certo sentido de causalidade (Sampieri et al., 2006; Sousa et al., 2007).

Seguidamente apresenta-se uma esquematização gráfica do desenho da investigação (figura 3).

Figura 3 Desenho da Investigação



Fonte: elaboração própria

3.2. Questão de investigação

Com base na revisão efetuada, este estudo visa analisar a seguinte questão de investigação: Existe procura de informação de saúde online por parte do utente, e qual o impacto dessa mesma procura no comportamento relacionado com a saúde, nomeadamente, no que concerne à literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação e adesão terapêutica e automedicação?

3.3. Tipo de Estudo

A meta para esta dissertação prende-se com a aferição do papel desempenhado pela informação obtida online, na mudança de crenças, pensamentos e comportamentos do

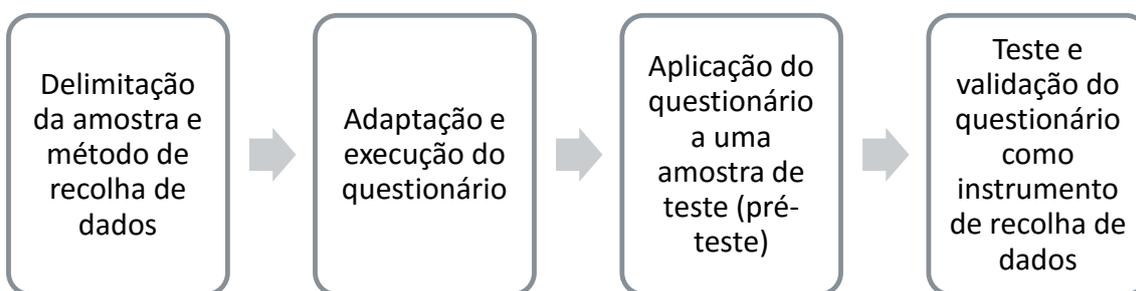
cidadão, e como essas mudanças podem ter afetado a relação médico-paciente. Desta forma pretende-se fazer uma investigação avaliativa através de um estudo quantitativo.

Os estudos quantitativos permitem a apresentação e manipulação numérica das observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações (Vilelas, 2009).

Estes estudos requerem o uso de técnicas estatísticas para corroborar e/ou refutar as hipóteses formuladas e daí extrapolar para a população.

Na primeira fase deste estudo realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema, de forma a conhecer os trabalhos já realizados, assim como as principais abordagens que têm sido adotadas. Posteriormente desenvolveu-se um questionário, assente em diversas fases de trabalho como demonstra a figura 4.

Figura 4 Método de investigação



Fonte: elaboração própria

3.4. População Alvo e Tamanho da Amostra

Segundo Vieira (1998), a população-alvo ou universo é constituída por todos os membros de um conjunto real ou hipotético de pessoas, objetos ou acontecimentos, aos quais se pretendem generalizar os resultados de um determinado estudo.

A população-alvo desta investigação é constituída por indivíduos do sexo feminino e masculino, com idades entre os 18 e 65 anos. Esta faixa etária foi escolhida, uma vez que, remete para a faixa da população que mais utiliza as TIC, principalmente a internet.

3.5. Método de Amostragem

Numa fase inicial a amostragem utilizada foi não probabilística e selecionada por conveniência. A amostra por conveniência é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num preciso momento (Fortin, 2009).

Após a distribuição do questionário, as pessoas que responderam partilharam pelos seus contactos e nas redes sociais, tornando assim este estudo numa amostragem *bola de neve* (snowball). Este tipo de amostragem envolve pedir às pessoas que participam num estudo, para nomear outras que estariam dispostas a participar. A amostragem continua até que o número exigido de respostas seja obtido. Esta técnica é frequentemente usada quando a população é de difícil identificação pelos pesquisadores (Fortin, 2009).

Embora existam limitações com estes tipos de amostragem, como por exemplo o facto de ser pouco representativa da população e haver um certo enviesamento da informação recolhida, considerou-se o uso aceitável dadas as restrições de tempo e recursos para a realização desta investigação. Importa ainda ressaltar que este tipo de amostragem permite uma maior facilidade em obter respostas.

3.6. Instrumento

A segunda fase deste estudo remete para a execução de um questionário para determinar a prevalência de comportamentos dos cidadãos na pesquisa de informações.

Dada a natureza da questão de pesquisa do estudo, utilizou-se um inquérito por questionário estruturado (apêndice 1).

O questionário apresenta várias vantagens enquanto instrumento de medida, nomeadamente, o baixo custo, a apresentação homogeneizada, o anonimato das respostas e pode ser aplicado a um grande número de indivíduos, permitindo amostras maiores.

Quanto ao método de aplicação, o questionário foi disponibilizado eletronicamente através da aplicação online Google Forms. A utilização de um questionário online oferece ainda a vantagem extra de a informação recolhida estar pronta para análise, uma vez que, é possível exportar os dados diretamente para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Fortin, 2009).

3.6.1. Operacionalização das variáveis

Para Nunnally e Bernstein (1994), muitos conceitos podem ter diferentes significados e/ou dimensões, desta forma, torna-se necessário operacionalizar esses conceitos, utilizando medidas com vários itens que permitam aumentar a fiabilidade do constructo, uma vez que o erro de medida desce quando o número de itens aumenta. Sempre que possível, recomenda-se o uso escalas já desenvolvidas e testadas por outros autores (Nunnally & Bernstein, 1994).

No presente estudo, adotou-se escalas desenvolvidas por outros autores, todavia, em alguns casos, foi necessária a combinação de itens de escalas desenvolvidos por diversos autores, que medem a mesma variável. Assim, recorreu-se sobretudo à adaptação e tradução de algumas perguntas do *Mount Clemens Regional Medical Center – Survey on patients use of the internet for Health information* (Iverson et al, 2008), e também à tradução para português de Vitorino (2014) de várias escalas relevantes da literatura.

Para todos os constructos usou-se uma escala de Likert de sete pontos, em que 1 – discordo totalmente e 7 – concordo totalmente.

Os constructos chave desta investigação estão definidos no modelo concetual anteriormente apresentado. Para cada um dos constructos calculou-se uma variável compósita com a média dos itens respetivos.

Seguidamente, na tabela 3, apresenta-se, com base na revisão de literatura as medidas seleccionadas que integraram o questionário final.

Tabela 3 Operacionalização das variáveis

Conceito	Autores	Itens Usados
Comportamento prévio	Iverson et al (2008)	Escala de Likert de sete pontos em que 1 – discordo totalmente e 7 – concordo totalmente. Antes da internet se tornar disponível, o quão perto seguia as recomendações do seu médico? “Seguia o conselho do meu médico, tanto quanto possível” “Seguia a maior parte dos seus conselhos (esquecimento de algumas doses de medicação ou não ter realizado algum dos exames recomendados)” “Seguia as recomendações, quando estas faziam sentido para mim” “Raramente seguia as recomendações do meu médico”

	Dutta-Bergman (2004) adaptado e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Colocava mais questões ao médico”</p> <p>“Procurava frequentemente uma segunda opinião”</p> <p>“Ia mais frequentemente ao médico”</p>
Procura de informação online	Iverson et al (2008)	<p>Já alguma vez utilizou a internet para procurar informação sobre doenças/saúde?</p> <p>Sim</p> <p>Não</p>
Razões para não procurar informação online	Iverson et al (2008)	<p>“Sinto que já estou adequadamente informado”</p> <p>“Recebo informações através de outros recursos”</p> <p>“Não tenho acesso à internet”</p> <p>“Não me sinto confortável para fazer pesquisas na internet”</p> <p>“Não confio na informação presente na internet”</p>
Orientação de Procura de Informação	Dutta-Bergman (2004) adaptado e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Eu faço questão de ler e ver histórias relacionadas com saúde”</p> <p>“Eu gosto mesmo de aprender sobre assuntos relacionados com a saúde”</p> <p>“Para ser e estar saudável é fundamental estar informado acerca de assuntos de saúde”</p> <p>“A quantidade de informação de saúde disponível hoje faz-se com que seja mais fácil tomar conta da minha saúde”</p> <p>“Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, eu procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto”</p> <p>“É importante para mim estar informado acerca de assuntos de saúde”.</p>
Literacia em Saúde	Norman & Skinner (2006a) adaptada e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“De um modo geral, sei como encontrar recursos úteis sobre saúde”</p> <p>“De um modo geral, sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde”</p> <p>“Eu sei como usar a informação sobre saúde que me fornecem”</p> <p>“Eu tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos sobre saúde que encontro”</p> <p>“Eu sinto-me confiante em usar informação que recolho para tomar decisões de saúde”.</p>
		<p>“Sei que recursos de saúde estão disponíveis na Internet”;</p> <p>“Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na Internet”;</p> <p>“Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na Internet”;</p> <p>“Sinto-me confiante em usar informação da Internet para tomar decisões de saúde”.</p>
Qualidade da Informação Procurada	Norman & Skinner (2006a) adaptada e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Consigo validar os recursos de saúde que encontro na Internet”;</p> <p>“Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da Internet”;</p> <p>“Eu consigo distinguir se a fonte onde recolho informação sobre saúde é fidedigna”</p>

Perícia enquanto utilizador	Bell & Eisingerich (2007) adaptado e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Eu consigo entender quase todos os aspetos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir”</p> <p>“Eu possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde, doenças e tratamentos”</p> <p>“Eu consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para o meu problema/condição de saúde”.</p>
	Hartzler & Pratt (2011) adaptado e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Antes de uma consulta, eu preparo as questões que quero fazer ao profissional de saúde”</p> <p>“Antes de ir a uma consulta, eu seleciono o hospital/ médico a que quero ir”</p> <p>“Eu tenho noção quando devo procurar uma segunda opinião médica”</p>
Adesão Terapêutica e automedicação	Dutta-Bergman (2004) adaptado e traduzido por Vitorino (2014)	<p>“Quando eu tomo medicamentos, eu tento adquirir o máximo de informação acerca dos seus benefícios e seus efeitos”</p> <p>“Quando faço uma medicação, eu percebo os seus efeitos secundários”</p> <p>“Sei como usar a informação de saúde que encontrei na Internet para me ajudar”;</p> <p>“Preferia fazer as minhas próprias opções relativamente à toma de medicamentos, exames, ou mesmo consultas de acompanhamento”</p>

3.6.2. Pré-teste

Segundo Bell (2004), todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados para saber quanto tempo demoram os inquiridos a preenche-los e, também averiguar a compreensão semântica.

O pré-teste do questionário permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos; se a forma das questões utilizadas permite recolher as informações desejadas; se o questionário não é muito longo e não provoca o desinteresse ou irritação e se as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 2009).

Apesar do inquérito utilizado ser uma adaptação de dois inquéritos previamente testados e utilizados, optou-se pela realização de um pequeno pré-teste com sete pessoas, com o objetivo de identificar problemas na redação e compreensão das questões.

Desse pré-teste resultaram alterações não muito significativas, como algumas correções gramaticais.

3.6.3. Recolha dos dados

A investigação foi desenvolvida com recurso a uma amostra probabilística, constituída por 156 indivíduos, com idade superior a 18 anos.

O questionário foi aplicado por via eletrónica, procedendo-se à distribuição do *link* através da rede social Facebook e através de e-mails. O questionário foi rapidamente partilhado noutros perfis privados e também em grupos da rede social, ajudando assim na disseminação e visibilidade do mesmo. A recolha dos dados realizou-se entre 25 de fevereiro e 25 de março de 2016.

3.6.4. Análise dos Dados

Para Fortin (2009), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação.

Neste estudo, escolheu-se como variáveis independentes, as variáveis sociodemográficas, designadamente, sexo, idade e habilitações literárias.

As variáveis independentes são os fatores manipulados pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação de um fator com um fenómeno observado, para ver que influência exerce sobre um possível resultado (Fortin, 2009).

As variáveis dependentes escolhidas para análise são as presentes no modelo conceptual de hipóteses, nomeadamente, orientação para a procura de informação online, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada e adesão terapêutica e automedicação. Estas variáveis são tratadas como uma variável compósita resultante da média agregada dos itens correspondentes.

Apesar de não estar presente no modelo conceptual de hipóteses, o comportamento do inquirido antes de existir a internet também será avaliado. Os itens que constituem esta variável estão presentes na tabela de operacionalização de variáveis, sendo que esta encontra-se representada por “Comportamento prévio”. Para esta variável apenas fez-se a caracterização, assinaladamente, máximos e mínimos de respostas, média e desvio-padrão.

Encontra-se em apêndice uma caracterização mais completa das variáveis utilizadas neste estudo (apêndice 2 e 3).

Todos os dados foram inicialmente agrupados e organizados no Excel e posteriormente exportados, codificados e analisados no SPSS, versão 23. A tabela 4 apresenta os procedimentos estatísticos usados na análise dos dados.

Tabela 4 Testes estatísticos

Etapas	Técnicas estatísticas utilizadas
Fiabilidade da escala	Coeficiente de Alpha Cronbach
Explorar o grau de influência das variáveis independentes nos constructos definidos no modelo conceptual de hipóteses	Teste de Mann-Whitney Teste de Wilcoxon Teste de Kruskal Wallis Correlações de Spearman's rho
Teste de Hipóteses	Coeficiente de correlação de Pearson Análise de Regressão Teste T para amostras independentes (ANOVA)
Determinar a Normalidade da escala (Apêndice 4)	Teste Kolmogorov-Smirnov Teste Shapiro-Wilks

3.7. Considerações Éticas

Importa referir que os dados obtidos neste estudo não identificam os indivíduos em presença, sendo ainda absolutamente confidenciais e servindo apenas para o estudo em causa.

3.8. Conclusões

Em forma de conclusão deste capítulo, é de salientar que estudo realizado é classificado como um estudo quantitativo, onde foi disponibilizado eletronicamente um questionário adaptado, como é possível observar na tabela de operacionalização das variáveis.

Os resultados obtidos foram analisados com recurso ao SPSS, e com o auxílio deste programa executaram-se alguns testes estatísticos com o intuito de relatar as correlações existentes entre as variáveis dependentes e independentes e corroborar ou refutar as hipóteses formuladas no enquadramento teórico e esquematizadas no modelo conceptual de hipóteses.

4. Análise e Discussão dos Resultados

Este capítulo comporta duas etapas fundamentais, nomeadamente o tratamento de dados e a aplicação de testes estatísticos e a elaboração do relatório de análise de dados e formulação de recomendações.

Como referido, este estudo quantitativo visa descrever e verificar relações entre as variáveis. Através da análise dos dados pretende-se retirar conclusões relativamente à questão de partida e hipóteses levantadas.

Em primeiro lugar, é feita a caracterização da amostra, através da descrição das variáveis sexo, idade e habilitações literárias.

Seguidamente, é feita a caracterização das variáveis: comportamento prévio, orientação para a procura de informação, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada, adesão terapêutica e automedicação, explicitando o valor máximo e mínimo das respostas obtidas, médias e desvio-padrão.

Posteriormente, é avaliada a fiabilidade da escala, através do teste estatístico: coeficiente Alpha de Cronbach.

Por último, realizaram-se testes de hipóteses com recurso aos métodos estatísticos da correlação bivariada (coeficiente de correlação de Pearson), ao teste T (de amostras independentes) e à regressão, para descrever a relação que existe entre as várias variáveis.

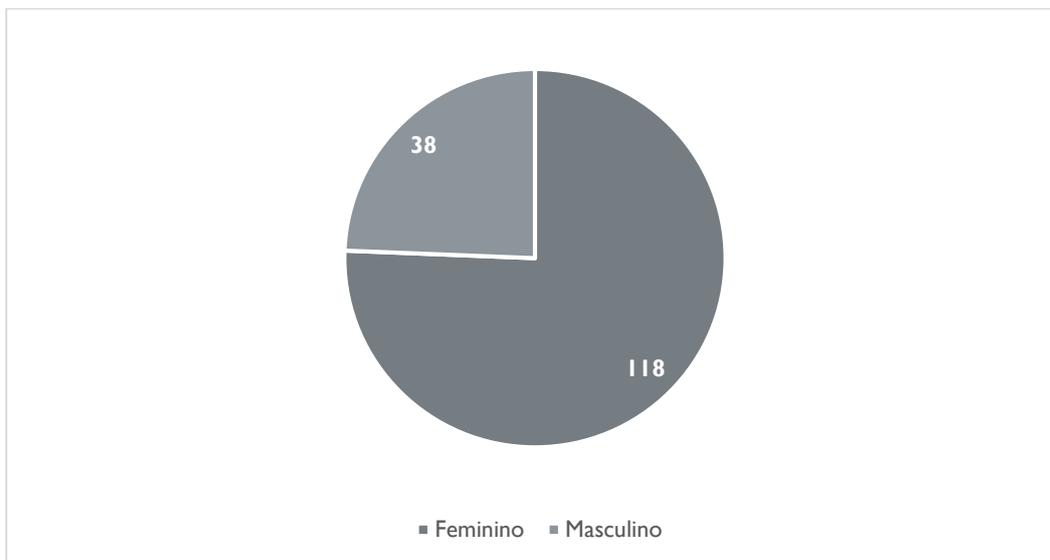
4.1. Caracterização da amostra

A investigação foi desenvolvida com recurso a uma amostra probabilística constituída por um total de 156 (cento e cinquenta e seis) casos.

Relativamente à caracterização dos inquiridos, verificou-se a existência de uma assimetria na distribuição dos géneros, denotando-se um predomínio do sexo feminino com 118 elementos (75,6%) face ao sexo masculino com 38 elementos (24,4%) (gráfico 3).

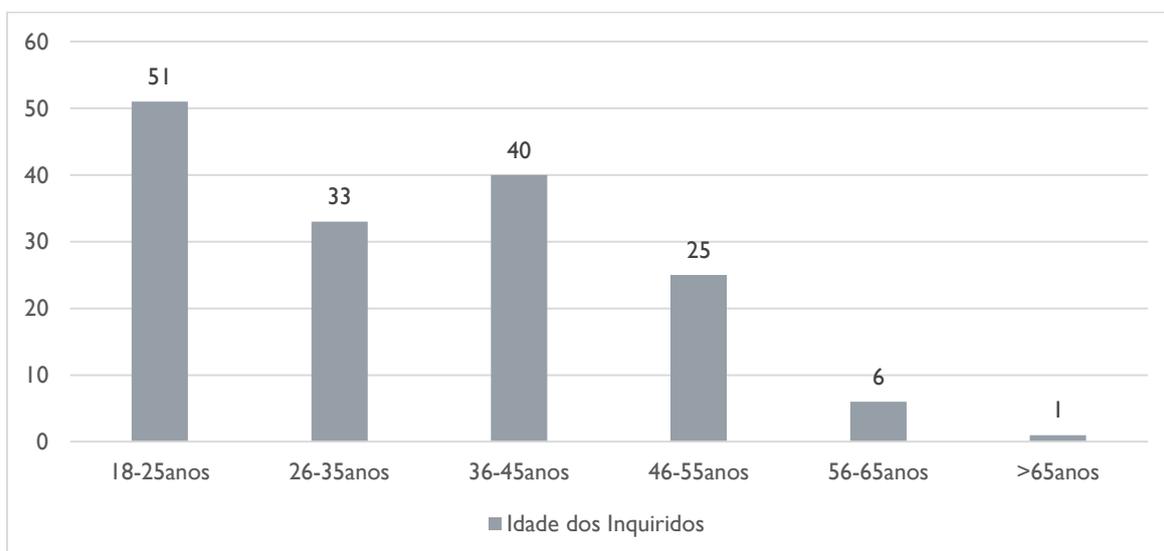
Segundo Schlesinger, Mitchell, & Elbel (2002) as mulheres tendem a ser mais participativas e a expressar-se mais que os homens, podendo este facto explicar a assimetria de respostas.

Gráfico 3 Sexo dos inquiridos



No que toca à distribuição dos inquiridos por faixas etárias (gráfico 4), verificou-se uma maior concentração na faixa etária dos 18 aos 25 anos (32,7%), seguido da faixa dos 36 ao 45 anos (25,6%), 26 aos 35 anos (21,2%), 46 aos 55 anos (16%), 56 aos 65 anos (3,8%) e por último a faixa dos acima de 65 anos que apresentou apenas um inquirido (0,6%).

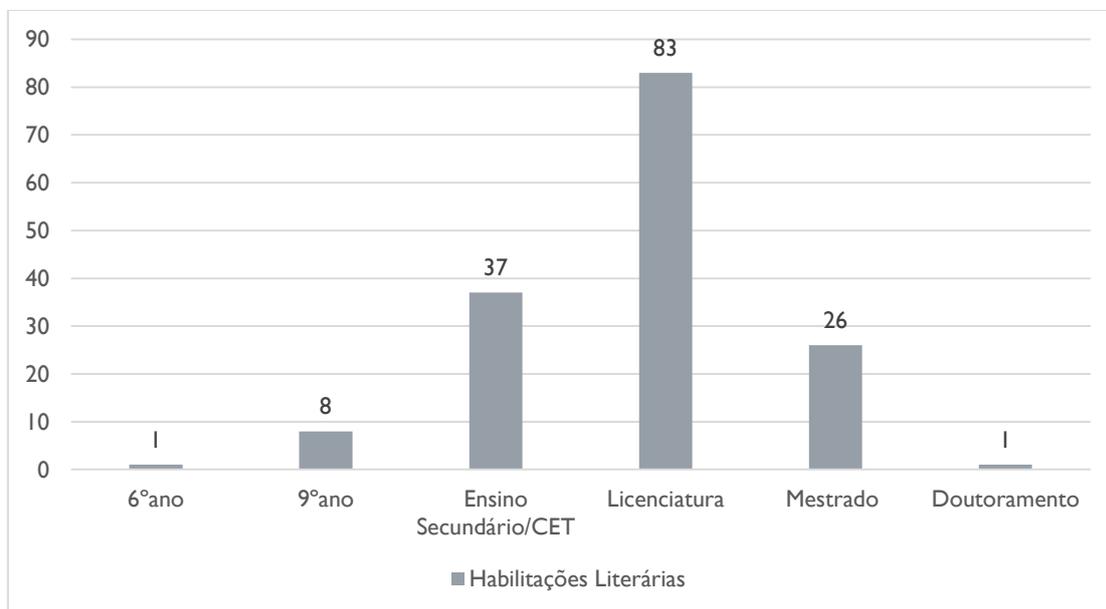
Gráfico 4 Idade dos inquiridos



A análise da distribuição dos inquiridos pelos diferentes níveis de habilitações literárias, permitiu identificar uma amostra com maior concentração no intervalo da Licenciatura

(53,2%), seguida do ensino secundário (23,7%), mestrado (16,7%), 9ºano (5,1%) e por último, com um caso em cada, o doutoramento (0,6%) e o 6ºano (0,6%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 Habilitações Literárias dos inquiridos



Sintetizando, os sujeitos que integram a amostra são maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 45 anos e na sua maioria Licenciados (53,2%).

4.2. Caracterização das variáveis

As variáveis utilizadas para testar o modelo proposto e respetivas hipóteses estabelecidas, estão apresentadas nas seguintes tabelas. Para cada uma delas apresenta-se o número de respostas, o valor máximo e mínimo, a média e o desvio padrão.

4.2.1. Procura de informação online

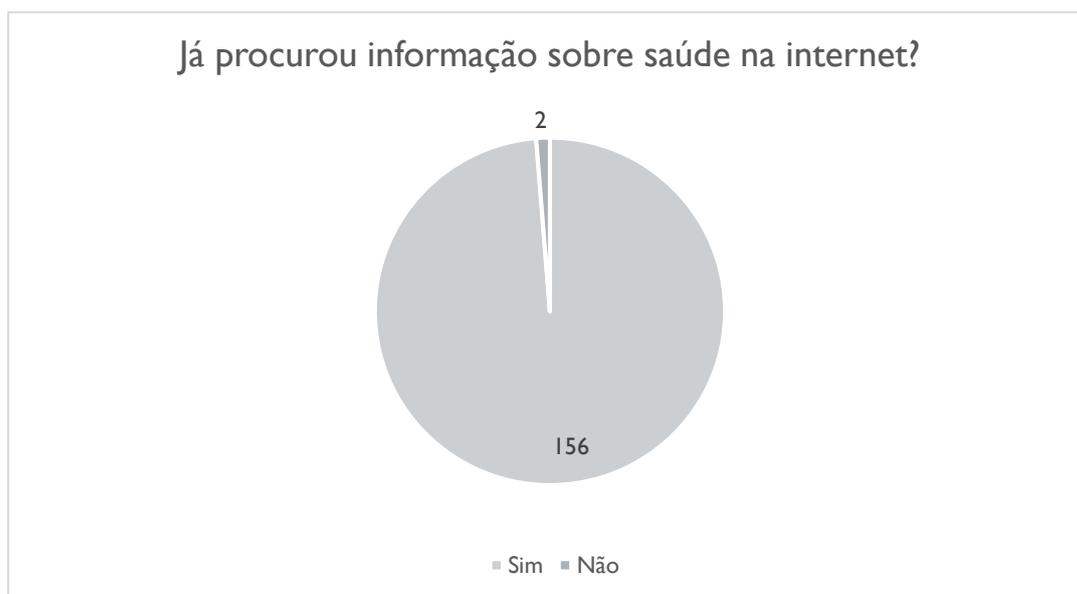
Para avaliar se os inquiridos procuravam informações sobre saúde online, colocou-se a seguinte questão: “Já procurou informação sobre saúde na internet?”. Apenas duas pessoas responderam que não (gráfico 6).

Ambas as respostas vieram de elementos do sexo feminino, sendo que, uma das inquiridas encontrava-se na faixa etária dos 36 aos 45 anos, relativamente às habilitações literárias

apresentava licenciatura e respondeu que não utilizava a internet para pesquisa de informação de saúde, com a seguinte afirmação: “não confio na informação disponível”.

A outra inquirida encontrava-se na faixa etária dos 26 aos 35 anos, e possuía um mestrado. Esta respondeu que não utilizava a internet para a pesquisa de informação de saúde, fundamentando da seguinte forma: “sinto que já estou adequadamente informada”.

Gráfico 6 Caracterização da procura da informação online



Caso obtivesse uma amostra significativa de respostas negativas relativamente à procura de informação de saúde, estas seriam contabilizadas. Porém, como só foram duas pessoas, não foram contabilizadas para testes estatísticos, tendo sido, eliminadas da amostra.

4.2.2. Comportamento prévio

O primeiro conjunto de itens do questionário referia-se às ações do cidadão antes de existir a internet. Após a análise dos dados obtidos (tabela 5), verificou-se que a média mais alta foi na afirmação “seguia o conselho do médico tanto quanto possível” (5,67), e por sua vez a média mais baixa (1,41) correspondia à afirmação “raramente seguia as recomendações do médico”. A maioria dos inquiridos respondeu que discordava totalmente desta afirmação, uma vez que, os médicos e profissionais de saúde são a figura

de autoridade no que toca a assuntos de saúde. Desta forma a maioria das pessoas segue os seus conselhos à risca.

Tabela 5 Caracterização da variável - Comportamento prévio

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CP1 – Seguia o conselho do médico tanto quanto possível	1	7	5,67	1,369
CP2 – Seguia a maior parte dos conselhos	1	7	4,24	1,935
CP3 – Seguia as recomendações quando faziam sentido para mim	1	7	3,60	2,184
CP4 – Raramente seguia as recomendações	1	7	1,41	0,901
CP5 – Colocava mais questões	1	7	4,53	1,923
CP6 – Procurava frequentemente uma 2ªopinião	1	7	3,24	1,658
CP7 – Ia mais ao médico	2	7	2,97	1,730

*Todos os itens aparecerão aqui apenas resumidos

4.2.3. Orientação para a procura de informação

No que respeita aos itens relacionados com a variável Orientação para a Procura de Informação de Saúde (tabela 6), verifica-se que a média mais elevada corresponde ao item da “importância de estar informado sobre assuntos de saúde” (5,66) e a média mais baixa remete para o “gosto de leitura e visualização de histórias relacionadas com saúde” (4,15). A média global da variável é de 5,01 pelo que se pode concluir que os respondentes da amostra apresentam uma orientação para a procura de informação média-alta.

Tabela 6 Caracterização da variável - Orientação para a Informação de Saúde

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
OP1 - ler e ver histórias	1	7	4,15	1,777
OP2- aprender assuntos	1	7	5,10	1,550
OP3 - Para ser e estar saudável é fundamental estar informado(a)	1	7	5,47	1,640
OP4 -Quantidade de informação é mais fácil tomar conta da minha saúde	1	7	4,83	1,813
OP5 -Procurar informação antes de tomar uma decisão	1	7	4,87	1,603
OP6 - É importante estar informado(a)	1	7	5,66	1,475
			Média Agregada = 5,01	

*Todos os itens aparecerão aqui apenas resumidos

4.2.4. Literacia em saúde

No que respeita aos itens que constituem o fator Literacia em Saúde (tabela 7), verifica-se que as médias mais elevadas se relacionam com o facto de os utilizadores de serviços de saúde saberem como, e onde encontrar recursos sobre saúde (5,21 e 5,17 respetivamente). O desvio-padrão mais alto (1,706) diz respeito ao item das capacidades que o utilizador tem, para avaliar os recursos de saúde que encontra. Relativamente à média global da escala literacia em saúde (4,73), conclui-se que os participantes possuem uma literacia em saúde ligeiramente acima da média.

Este resultado sugere que o conhecimento, motivação e competências destes participantes para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde é ligeiramente acima da média (Sorensen et al. (2012).

Tabela 7 Caracterização da variável - Literacia em Saúde

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
L1 - Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde	1	7	5,21	1,387
L2- Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde	1	7	5,17	1,381
L3 - Sei como usar a informação de saúde	1	7	5,07	1,442
L4 -Tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos de saúde	1	7	4,75	1,706
L5 - Sinto-me confiante em usar a informação que recolho	1	7	4,47	1,580
L6 - Sei quais são recursos sobre saúde na internet	1	7	4,68	1,358
L7 - Sei como encontrar recursos sobre saúde na internet	2	7	4,72	1,421
L8 - Sei onde encontrar recursos sobre saúde na internet	2	7	4,66	1,416
L9 – Sinto-me confiante em usar a informação da internet para tomar decisões	1	7	3,87	1,623
			Média Agregada = 4,73	

*Todos os itens aparecerão aqui apenas resumidos

4.2.5. Perícia enquanto utilizador

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a Perícia enquanto utilizador (tabela 8), destacam-se pela valorização mais elevada, a variável que refere a capacidade de “entender todos os aspetos que o profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir” (5,31) e pela valorização mais baixa, “a preparação de questões antes das consultas” (4,58). Quanto ao desvio-padrão, os valores rondam entre 1,36 e 1,77.

A média global é de 4,95 pelo que a amostra parece estar constituída por utilizadores de serviços de saúde que, possuem conhecimentos experienciais acima da média, o que lhes permite usar o serviço de forma a gerar benefício.

Tabela 8 Caracterização da variável - Perícia enquanto utilizador

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PE1 - Eu consigo entender todos os aspetos que o meu profissional saúde refere	1	7	5,31	1,413
PE2 - Possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde	1	7	4,62	1,592
PE3 - Consigo entender técnicas e estratégias do profissional de saúde	1	7	4,96	1,476
PE4 - Antes de uma consulta, preparo questões	1	7	4,58	1,839
PE5 - Antes de uma consulta, seleciono onde quero ir	1	7	5,06	1,782
PE6 - Tenho noção quando devo procurar segunda opinião médica	1	7	5,13	1,599
			Média Agregada = 4,95	

*Todos os itens aparecerão aqui apenas resumidos

4.2.6. Qualidade da informação procurada

Neste conjunto de itens relativos à qualidade da informação procurada (tabela 9), o que se pretendeu foi averiguar se o cidadão comum conseguia, ou não, distinguir fontes fidedignas das não fidedignas na internet. A média e o desvio padrão mais elevados correspondem ao item “consigo distinguir se a fonte onde recolho informação é fidedigna” (4,80) e, por sua vez, média e o desvio padrão mais baixos remetem para a afirmação, “consigo validar os recursos de saúde da internet” (4,41). Tantos os valores de

média como os valores de desvio-padrão, foram muito semelhantes neste grupo de respostas.

Tabela 9 Caracterização da variável - Qualidade da informação procurada

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Q1 – Consigo distinguir se a fonte onde recolho informação é fidedigna	1	7	4,80	1,694
Q2 – Consigo validar os recursos de saúde da internet	1	7	4,41	1,506
Q3 – Sei distinguir os recursos da internet de elevada qualidade dos de baixa qualidade	1	7	4,54	1,667
			Média Agregada = 4,58	

4.2.7. Adesão terapêutica e Automedicação

Relativamente ao conjunto de questões da adesão terapêutica e automedicação (tabela 10), a afirmação “quando tomo medicamentos tento obter o máximo de informações” foi a que obteve a maior média e desvio padrão (respetivamente 5,15 e 1,619).

Esta atitude de procura de informação aquando da toma de um fármaco pode relacionar-se, quer com o conhecimento que o indivíduo espera obter sobre o medicamento ou sobre a patologia em questão, como descreve Shim et al. (2006).

A menor média corresponde à alínea “preferia fazer as minhas opções relativamente à toma de medicamentos” (2,07) e o menor desvio padrão à alínea “sei como usar a informação da internet para me ajudar” (1,377).

Tabela 10 Caracterização da variável - Adesão terapêutica e Automedicação

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
AA1 – Preferia fazer as minhas opções relativamente à toma de medicamentos	1	7	2,07	1,433
AA2 – Quando tomo medicamentos tento obter o máximo de informações	1	7	5,15	1,619
AA3 – Quando faço uma medicação percebo os efeitos secundários	1	7	4,94	1,575
AA4 – Sei como usar a informação da internet para me ajudar	1	7	4,64	1,377
			Média Agregada = 4,20	

Em síntese, as médias mais baixas obtidas são referentes às questões CP4 (Raramente seguia as recomendações do médico) e AA1 (Preferia fazer as minhas opções relativamente à toma de medicamentos). O facto de estas médias serem baixas (1,41 e 2,07 respetivamente) é um fator positivo pois significa que a maior parte das pessoas inquiridas discorda totalmente/discorda com estas afirmações, seguindo geralmente as recomendações do seu médico.

Por sua vez, as médias mais elevadas, correspondem às questões L1 (Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde) e L2 (Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde). Para além de terem valores altos de média (5,21 e 5,17 respetivamente) também apresentam valores baixos de desvio padrão, o que indica que não existiu grandes diferenças entre as respostas dos inquiridos, ou seja, a maior parte dos indivíduos que respondeu tem algum grau de concordância com as afirmações. Desta forma, estamos perante inquiridos que assumem que têm conhecimentos em procurar e encontrar recursos úteis sobre saúde.

4.3. Influência das características da amostra no modelo conceptual

Nesta seção pretendeu-se analisar que influência têm as variáveis independentes (sexo, idade e habilitações literárias) sobre as variáveis dependentes deste estudo.

Sendo um dos objetivos gerais deste trabalho, averiguar se os dados sociodemográficos têm influência na procura de informação online, foi decidido realizar-se testes estatísticos para analisar os seus efeitos nas variáveis dependentes, nomeadamente, na orientação para a procura de informação, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada e adesão terapêutica e automedicação.

Outros estudos analisaram o sexo dos indivíduos que utilizam a internet como fonte de informação de saúde, e concluíram que as mulheres têm uma maior probabilidade de procurar informação de saúde na internet do que os homens (Rice, 2006; Baker et al, 2003). Já um estudo de Ybarran & Suman (2006) confirma também que homens e mulheres diferem nas razões que os movem na procura de informação online.

Quando analisados os grupos etários que mais frequentemente procuram informação de saúde na Internet, vários estudos revelam os mesmos resultados, sendo os adultos, compreendidos entre os 40 e 59 anos de idade, os que representam a maior percentagem do grupo de pessoas que pesquisam informação de saúde (Ybarra & Suman, 2006).

Outro fator que influencia significativamente a procura de informação de saúde na Internet é a escolaridade. Em Portugal constatou-se que um maior nível de escolaridade está intimamente associado a uma maior utilização da Internet na pesquisa de informação de saúde. No entanto, é de realçar que foi na população de menor nível de escolaridade, que se observou o maior aumento na pesquisa de informação de saúde na Internet, entre 2005 e 2007 (Santana, 2009).

4.3.1. Sexo

Com o intuito de verificar se as variáveis dependentes (orientação para a procura de informação, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada e adesão terapêutica e automedicação) são influenciadas pelo género dos inquiridos, realizou-se o teste de Mann-Whitney (tabela 11)

Tabela 11 Teste de Mann-Whitney – Sexo

	Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
U de Mann-Whitney	1926,000	2124,000	1688,000	2106,500	1715,000
Wilcoxon W	2667,000	2865,000	2429,000	2847,500	2456,000
Z	-1,306	-,487	-2,290	-,561	-2,183
Significância Assint. (Bilateral)	,192	,626	,022	,575	,029
a. Variável de Agrupamento: Sexo					

Da análise da tabela, verifica-se que existem diferenças entre os cinco fatores, podendo-se inferir que a variável género tem influência significativa nas variáveis dependentes: Perícia enquanto utilizador e Adesão Terapêutica e Automedicação.

Ao analisar-se as médias por género (tabela 12), verifica-se que as mulheres reportam uma maior perícia enquanto utilizador e uma média mais elevada de concordância com os itens da Adesão terapêutica e automedicação. Estes resultados são um indício da existência de alguma influência por parte da variável género.

Tabela 12 Análise das médias tendo em conta a variável sexo

Sexo		Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
Feminino (n=118)	Média	5,1017	4,7702	5,0847	4,6271	4,3178
	Mínimo	2,00	2,11	2,00	1,67	1,75
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	6,50
Masculino (n=38)	Média	4,7368	4,6170	4,5132	4,4474	3,8421
	Mínimo	1,17	1,89	1,33	1,00	1,50
	Máximo	7,00	6,89	6,67	7,00	5,75

4.3.2. Idade

Para verificar a associação da variável idade com as variáveis dependentes, realizou-se uma análise através do Teste de Kruskal-Wallis. De acordo com os dados obtidos (Tabela 13) podemos concluir, que a variável idade não tem qualquer influência em cinco dos fatores, à exceção do fator Qualidade da informação procurada, cujo nível de significância de 0,008 é um indício da existência de alguma influência por parte da variável idade.

Tabela 13 Estatísticas do Teste Kruskal-Wallis - Idade

	Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
Qui-quadrado	4,135	8,424	5,556	15,539	4,529
Gl	5	5	5	5	5
Signif. Assint.	,530	,134	,352	,008	,476
a. Teste Kruskal Wallis					
b. Variável de Agrupamento: Idade					

Para aprofundar a análise anterior, fez-se um teste de correlação de Spearman entre a idade e as variáveis dependentes (tabela 14) e efetuou-se uma estudo das médias por idade (tabela 15).

Ao examinar a tabela das correlações, verificou-se que de facto a correlação da idade com a qualidade da informação é a mais elevada (-0,227), todavia é uma correlação baixa.

Ao analisar-se as médias não se verificam efeitos marcantes da idade nas variáveis dependentes. Porém, é difícil chegar a conclusões específicas, devido à heterogeneidade da amostra, isto é, não ter o mesmo número de indivíduos por cada faixa etária.

Tabela 14 Correlações Spearman's rho - Idade / Total das variáveis

		Idade	Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terap. Automed.
Idade	Coefficiente de correlação	1,000					
Orientação para a procura de informação	Coefficiente de correlação	,019	1,000				
Literacia	Coefficiente de correlação	-,104	,639**	1,000			
Perícia enquanto utilizador	Coefficiente de correlação	,107	,650**	,693**	1,000		
Qualidade da informação	Coefficiente de correlação	-,227**	,543**	,880**	,584**	1,000	
Adesão Terapêutica e Automed.	Coefficiente de correlação	,025	,683**	,717**	,734**	,602**	1,000

Tabela 15 Análise das médias tendo em conta a variável idade

Idade		Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
18-25anos (n=51)	Média	4,9902	4,9107	4,8431	4,9804	4,1716
	Mínimo	2,17	2,11	2,00	2,00	2,00
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	6,50
26-35anos (n=33)	Média	5,1869	4,8620	4,9444	4,9495	4,2955
	Mínimo	2,17	2,78	2,17	2,33	2,00
	Máximo	7,00	6,89	6,67	7,00	5,75
36-45anos (n=40)	Média	4,8208	4,3528	4,8167	4,0417	4,0437
	Mínimo	1,17	1,89	1,33	1,00	1,50
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	5,75
46-55anos (n=26)	Média	5,0067	4,6978	5,1200	4,0267	4,2100
	Mínimo	2,00	2,44	2,17	1,67	1,75
	Máximo	6,83	7,00	7,00	7,00	6,50
56-65anos (n=6)	Média	5,2500	4,8519	5,6389	4,8889	4,7500
	Mínimo	3,67	3,33	4,50	3,00	3,75
	Máximo	7,00	6,33	7,00	7,00	6,25
>65anos (n=1)	Média	6,8333	6,7778	6,8333	6,0000	5,5000
	Mínimo	6,83	6,78	6,83	6,00	5,50
	Máximo	6,83	6,78	6,83	6,00	5,50

4.3.3. Habilitações Literárias

Com o propósito de analisar se o nível de escolaridade estava associado às variáveis dependentes, realizou-se o teste estatístico Kruskal-Wallis, utilizando-se as habilidades literárias como indicador discriminante (tabela 16)

De acordo com os resultados obtidos no teste, três das cinco variáveis apresentam influência por parte das habilidades literárias, nomeadamente, a Literacia em saúde (0,007), perícia enquanto utilizador (0,003) e qualidade da informação procurada (0,002).

Tabela 16 Estatísticas do Teste Kruskal-Wallis - Habilitações Literárias

	Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
Qui-quadrado	4,938	15,873	17,847	19,341	9,072
Gl	5	5	5	5	5
Significância Assint.	,424	,007	,003	,002	,106
a. Teste Kruskal Wallis					
b. Variável de Agrupamento: Habilitações Literárias					

Apesar de se observar influência da variável habilidades literárias no teste de Kruskal-Wallis, realizou-se também para esta variável independente, um teste de correlação de Spearman (tabela 17) e uma análise das médias (tabela 18).

Após análise das correlações entre as habilidades literárias / total das variáveis, constatou-se não existir correlações elevadas. Contudo, as correlações mais altas verificadas foram relativas às variáveis que se destacaram no teste de Kruskal-Wallis (literacia em saúde, perícia enquanto utilizador e qualidade da informação procurada). Estas correlações observadas variam entre os 0,296 e os 0,333, o que significa que não são suficientemente elevadas para gerar conclusões.

Tabela 17 Correlações Spearman's rho – Habilitações literárias / Total das variáveis

		Habilitações Literárias	Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automed.
Habilitações Literárias	Coefficiente de correlação	1,000					
Orientação para a procura de informação	Coefficiente de correlação	,166*	1,000				
Literacia	Coefficiente de correlação	,296**	,639**	1,000			
Perícia enquanto utilizador	Coefficiente de correlação	,312**	,650**	,693**	1,000		
Qualidade da informação	Coefficiente de correlação	,333**	,543**	,880**	,584**	1,000	
Adesão Terapêutica e Automed.	Coefficiente de correlação	,211**	,683**	,717**	,734**	,602**	1,000

Com a análise das médias (tabela 18) verifica-se que com o aumento do grau de escolaridade aumenta também o valor da média. Este fenómeno de proporcionalidade direta foi verificado na variável literacia em saúde e perícia enquanto utilizador. Na variável da qualidade da informação procurada há um decréscimo do valor da média do 6º para o 9º ano.

Apesar de conseguirmos através das médias observar possíveis influências das habilitações literárias nas variáveis dependentes, acaba por ser difícil chegar a conclusões específicas, pois não estamos perante uma amostra homogénea e com o mesmo número de indivíduos por habilitação literária.

Tabela 18 Análise das médias tendo em conta a variável habilitações literárias

Habilitações Literárias		Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
6ºano (n=1)	Média	4,1667	3,6667	3,6667	3,6667	3,2500
	Mínimo	4,17	3,67	3,67	3,67	3,25
	Máximo	4,17	3,67	3,67	3,67	3,25
9ºano (n=8)	Média	4,4375	3,8333	3,6875	3,2917	3,4375
	Mínimo	2,00	2,44	2,17	1,67	1,75
	Máximo	6,00	5,00	6,00	5,00	5,25
Ensino Secundário/CET (n=37)	Média	4,8378	4,3604	4,6712	4,0000	4,0270
	Mínimo	1,17	1,89	1,33	1,67	1,50
	Máximo	7,00	7,00	6,67	7,00	5,75
Licenciatura (n=83)	Média	5,0321	4,8635	5,0181	4,7831	4,2651
	Mínimo	2,17	1,89	2,00	1,00	2,00
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	6,50
Mestrado (n=26)	Média	5,4103	5,1026	5,4872	5,1410	4,4712
	Mínimo	3,00	3,00	2,83	2,33	2,75
	Máximo	7,00	7,00	7,00	7,00	5,75
Doutoramento (n=1)	Média	5,0000	6,3333	6,3333	6,3333	5,5000
	Mínimo	5,00	6,33	6,33	6,33	5,50
	Máximo	5,00	6,33	6,33	6,33	5,50

4.4. Fiabilidade das escalas

A fiabilidade de uma medida designa a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável. Assim a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um “dado”. O “Erro” é a variabilidade observada no processo de mensuração de um mesmo objeto. Ausência de erro é “consistência”. Consistência é assim o termo fundamental para definir o conceito de fiabilidade (Hill & Hill, 2012).

A consistência interna compreende a precisão de uma escala, baseada na sua homogeneidade, num determinado ponto do tempo (grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos participantes a cada um dos itens que compõem a prova), isto é,

avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Pestana & Gageiro, 2008).

Existem inúmeras medidas para avaliar a consistência interna de escalas com múltiplos itens, no entanto, o Coeficiente Alpha de Cronbach apresentado por Lee J. Cronbach em 1951 é, certamente, uma das estatísticas mais importantes e difundida em pesquisa envolvendo a construção de testes. Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi efetuado com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach.

Este coeficiente pode variar entre 0 e 1, todavia, a literatura consultada refere que para uma boa consistência interna, o valor de alfa deve ser superior a 0,80, mas são aceitáveis valores de 0,60 no âmbito da investigação em ciências sociais e quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Scientific Advisory Committee, 2002; Marôco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008; Nunnally, 1978) (Tabela 19).

Tabela 19 Classificação do *Coeficiente Alpha de Cronbach*

Classificação	Valores
Excelente	$\alpha > 0.9$
Muito boa	α entre 0.80 e 0.90
Boa	α entre 0.70 e 0.80
Razoável	α entre 0.65 e 0.70
Fraca	α entre 0.60 e 0.65
Má	$\alpha < 0.60$

Fonte: Nunnally (1978)

Após a análise do coeficiente alpha de Cronbach (tabela 20) verificou-se que as variáveis orientação para a procura de informação online, perícia enquanto utilizador, e qualidade da informação procurada apresentam uma classificação muito boa. A variável Literacia em saúde tem uma classificação de excelente, no entanto a variável Adesão terapêutica e automedicação apresenta uma classificação fraca.

Tabela 20 *Coefficiente Alpha de Cronbach*

Variáveis	Nº de itens	α Cronbach
Orientação para a procura de informação	6	0,872
Literacia em saúde	9	0,933
Perícia enquanto utilizador	6	0,853
Qualidade da informação procurada	3	0,885
Adesão terapêutica e automedicação	4	0,630

Relativamente ao constructo Adesão terapêutica e automedicação, verificou-se que com a remoção do item “Preferia fazer as minhas próprias opções relativamente à toma de medicamentos, exames, ou mesmo consultas de acompanhamento” poder-se-ia obter um alpha de cronbach de 0,781, o que aumentaria a consistência interna desta escala de fraca para boa. Antes de calcular a variável compósita e executar-se outros testes estatísticos fez-se a eliminação desse item da escala para a obtenção de uma melhor consistência interna.

4.5. Testes de Hipóteses

Como referido anteriormente, para análise do modelo conceptual recorreu-se essencialmente a análise de correlação e regressão. A escolha destes procedimentos estatísticos prende-se sobretudo pela sua capacidade de avaliar se existe uma relação entre duas ou mais variáveis, assim como a sua capacidade de averiguar que tipo de influência exerce uma variável sobre outra/outras, sendo assim abordagens adequadas para testar as hipóteses propostas nesta investigação.

4.5.1. Coeficiente de correlação de Pearson

Os testes de correlação de Pearson (r) permitem a mensuração da direção e do grau da relação linear entre duas variáveis quantitativas, ou seja, estes testes consistem numa medida de associação linear entre variáveis (Pereira, 2004).

Os valores da correlação de Pearson variam entre -1 (associação negativa perfeita) e 1 (associação positiva perfeita), isto é, o sinal vai indicar a direção positiva ou negativa da correlação, e o valor vai demonstrar a força da relação entre as variáveis (Pereira, 2004).

Os valores obtidos através da correlação de Pearson devem ser interpretados segundo a tabela 21.

Tabela 21 Classificação do *Coefficiente de Correlação de Pearson*

Classificação	Valores
Muito alta	r entre 0,9 e 1
Alta	r entre 0,7 e 0,89
Moderada	r entre 0,4 e 0,69
Baixa	r entre 0,2 e 0,39
Muito baixa	r entre 0 e 0,2

Fonte: Pestana & Gageiro (2008).

Na tabela 22 é possível observar o resultado da correlação, ou seja, o grau de associação entre todas as variáveis do modelo, bem como o nível de significância estatística verificado. Os dados confirmam que as correlações obtidas são estatisticamente significativas. A análise mais detalhada destes dados é apresentada abaixo.

Tabela 22 Coeficiente de Correlação de Pearson

		Orientação para a procura de informação	Literacia	Perícia enquanto utilizador	Qualidade da informação	Adesão Terapêutica e Automedicação
Orientação para a procura de informação	Correlação de Pearson	1				
Literacia em saúde	Correlação de Pearson	,673**	1			
Perícia enquanto utilizador	Correlação de Pearson	,693**	,716**	1		
Qualidade da informação	Correlação de Pearson	,550**	,876**	,598**	1	
Adesão Terapêutica e Automedicação	Correlação de Pearson	,722**	,786**	,805**	,670**	1

** . A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Ao analisar tabela 22 observam-se diferentes correlações, sendo que a correlação mais baixa (0,550) é entre as variáveis orientação para a procura de informação e qualidade da procura de informação. Apesar de ser a correlação mais baixa, esta segundo a escala de classificação de Pearson é uma correlação moderada. Por outro lado, as variáveis qualidade da informação procurada e literacia em saúde, apresentam a correlação mais forte de 0,876.

De modo geral, apesar de haver algumas diferenças de correlação entre as variáveis, todas as correlações verificadas são moderadas a altas.

4.5.2. Regressão

A análise do modelo conceptual através da regressão foi dividida em quatro partes, primeiramente fez-se a regressão linear múltipla para os antecedentes (literacia em saúde e perícia enquanto utilizador) e a orientação para a procura de informação. Seguidamente, a regressão entre a literacia em saúde e a qualidade da informação procurada; entre a literacia em saúde e a perícia enquanto utilizador; e entre a orientação para a procura de informação e a adesão terapêutica e automedicação (nestes casos utilizou-se a regressão linear simples).

4.5.2.1. Regressão Linear Múltipla

Em primeiro lugar temos como variável dependente a “orientação para a procura de informação” e como variáveis independentes a “literacia em saúde” e a “perícia enquanto utilizador” (tabela 23).

Tabela 23 Sumário do Modelo - Orientação para a procura de informação

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,738 ^a	,544	,538	,87390

a. Preditores: (Constante), Perícia enquanto utilizador, Literacia

Analisando o modelo obtido verifica-se que o “R quadrado ajustado” é de 0,538, o que demonstra que aproximadamente 54% da variância da orientação para a procura de informação é explicada pelos antecedentes literacia em saúde e perícia enquanto utilizador.

A tabela 24 corresponde ao teste ANOVA, sendo que os valores mais importantes a considerar para a análise são o F e o nível de significância.

Tabela 24 Teste ANOVA - Orientação para a procura de informação

Modelo	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1					
Regressão	139,461	2	69,731	91,306	,000 ^b
Resíduo	116,846	153	,764		
Total	256,308	155			

a. Variável Dependente: Orientação para a procura de informação

b. Preditores: (Constante), Perícia enquanto utilizador, Literacia

Segundo Pestana & Gageiro (2008) com o valor de F e p-valor é possível suportar uma de duas hipóteses, a hipótese nula ou a alternativa. Quando estamos perante um p-valor superior a 0,05 significa que o modelo não tem poder explicativo, isto é, estas não conseguem ajudar a prever a variável dependente.

Na tabela 24 obteve-se uma significância igual a 0, ou seja, um p-valor abaixo de 0,05, logo a hipótese nula é recusada, o que significa que o modelo tem poder explicativo.

Para finalizar esta análise, apresenta-se a tabela dos coeficientes (tabela 25), que demonstra a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Tabela 25 Coeficiente - Orientação para a procura de informação

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1 (Constante)	,932	,310		3,005	,003
Literacia	,391	,084	,364	4,654	,000
Perícia enquanto utilizador	,451	,082	,432	5,528	,000

a. Variável Dependente: Orientação para a procura de informação

Mais uma vez obteve-se um p-valor igual a zero para as duas variáveis independentes. Logo conclui-se que as variáveis “literacia em saúde” e “perícia enquanto utilizador” ajudam a prever variável dependente, “Orientação para a procura de informação”, sendo que, a “perícia enquanto utilizador” tem maior poder explicativo.

Estes resultados suportam a Hipótese 1 - Existe um efeito positivo da literacia em saúde na orientação para a procura de informação e a Hipótese 4 – Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador na orientação para a procura de informação online.

4.5.2.2. Regressões Lineares Simples

Seguidamente procedeu-se à análise de regressão linear simples entre a variável independente “literacia em saúde” e a variável dependente “qualidade da informação procurada” (tabela 26).

Analisando o modelo obtido verificou-se que o “R quadrado ajustado” é de 0,766, o que demonstra que aproximadamente 77% da variância da qualidade da informação procurada é explicada pela literacia em saúde.

Tabela 26 Sumário do Modelo - Qualidade da informação procurada

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,876 ^a	,767	,766	,70895

a. Preditores: (Constante), Literacia

Na tabela 27 verifica-se que o p-valor é inferior a 0,05 o que indica que a hipótese nula é recusada e, por sua vez, o modelo tem poder explicativo.

Tabela 27 Teste ANOVA - Qualidade da informação procurada

Modelo	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1 Regressão	254,958	1	254,958	507,262	,000 ^b
Resíduo	77,403	154	,503		
Total	332,361	155			

a. Variável Dependente: Qualidade da informação procurada

b. Preditores: (Constante), Literacia

Através da tabela 28 conclui-se que a variável independente “literacia em saúde” ajuda a prever variável dependente, “Qualidade da informação procurada”, uma vez que, o seu p-valor é igual a zero.

Tabela 28 Coeficiente - Qualidade da informação procurada

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1 (Constante)	-,491	,232		-2,115	,036
Literacia	1,072	,048	,876	22,522	,000

a. Variável Dependente: Qualidade da informação

Estes resultados suportam a Hipótese 2 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na procura de informação de saúde com qualidade, nomeadamente, em sites fidedignos e técnicos.

Na tabela 29, observa-se o sumário do modelo de regressão linear, relativo à variável dependente a “perícia enquanto utilizador” e variável independente “literacia em saúde”.

O sumário do modelo neste caso apresenta um “R quadrado ajustado” de 0,509, o que significa que cerca de 51% da variância da perícia enquanto utilizador é explicada pela literacia em saúde.

Tabela 29 Sumário do Modelo - Perícia enquanto utilizador

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,716 ^a	,512	,509	,86327

a. Preditores: (Constante), Literacia

Como é possível observar na tabela 30, mais uma vez, verifica-se que o p-valor é inferior a 0,05 o que indica que a hipótese nula é recusada e, por sua vez, o modelo tem poder explicativo.

Tabela 30 Teste ANOVA - Perícia enquanto utilizador

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	120,578	1	120,578	161,800	,000 ^b
	Resíduo	114,765	154	,745		
	Total	235,342	155			

a. Variável Dependente: Perícia enquanto utilizador

b. Preditores: (Constante), Literacia

Através da tabela 31 conclui-se que a variável independente “literacia em saúde” ajuda a prever variável dependente, “Perícia enquanto utilizador”, pois o seu p-valor é igual a zero.

Tabela 31 Coeficiente - Perícia enquanto utilizador

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	1,456	,283		5,145	,000
	Literacia	,737	,058	,716	12,720	,000

a. Variável Dependente: Perícia enquanto utilizador

Estes resultados suportam a Hipótese 3 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na perícia enquanto utilizador.

Para terminar a análise de regressão linear, apresenta-se o último grupo de variáveis, composto pela variável independente “Orientação para a procura de informação” e variável dependente “Adesão terapêutica e Automedicação” (tabela 32).

O sumário do modelo apresenta um “R quadrado ajustado” de 0,518, o que significa que aproximadamente 52% da variância da adesão terapêutica e automedicação, é explicada pela orientação para a procura de informação.

Tabela 32 Sumário do Modelo - Adesão terapêutica e Automedicação

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,722 ^a	,521	,518	,88438

a. Preditores: (Constante), Orientação para a procura de informação

À semelhança dos grupos anteriores o teste ANOVA, da tabela 33, apresenta um p-valor inferior a 0,05, o que por sua vez significa que a hipótese nula é recusada e que o modelo tem poder explicativo.

Tabela 33 Teste ANOVA - Adesão terapêutica e Automedicação

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	130,910	1	130,910	167,375	,000 ^b
	Resíduo	120,449	154	,782		
	Total	251,358	155			

a. Variável Dependente: Adesão terapêutica e Automedicação

b. Preditores: (Constante), Orientação para a procura de informação

Por último, através da tabela 34, conclui-se que a variável independente “Orientação para a procura de informação” ajuda a prever variável dependente “Adesão terapêutica e Automedicação” pois o seu p-valor é igual a zero.

Tabela 34 Coeficiente - Adesão terapêutica e Automedicação

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1 (Constante)	1,330	,286		4,653	,000
Orientação para a procura de informação	,715	,055	,722	12,937	,000

a. Variável Dependente: Adesão terapêutica e Automedicação

Estes resultados suportam a Hipótese 5 – Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação online na adesão terapêutica e automedicação.

Terminada a análise do modelo conceptual e dos testes relativos ao mesmo, apresenta-se, de seguida, um resumo dos resultados obtidos nos testes de hipóteses (tabela 35).

Tabela 35 Resumo dos testes de hipóteses

Hipóteses a testar	Conclusão
Hipótese 1 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na orientação para a procura de informação.	Suportada
Hipótese 2 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na procura de informação de saúde com qualidade, nomeadamente, em sites fidedignos e técnicos.	Suportada
Hipótese 3 – Existe um efeito positivo da literacia em saúde na perícia enquanto utilizador.	Suportada
Hipótese 4 – Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador na orientação para a procura de informação online.	Suportada
Hipótese 5 – Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação na adesão terapêutica e automedicação.	Suportada

5. Conclusões

Neste capítulo apresenta-se uma síntese do percurso realizado, onde são especificadas as principais conclusões do estudo, os principais contributos teóricos e implicações práticas para a gestão de unidades de saúde.

Apresentam-se, ainda, as principais limitações do trabalho e sugerem-se recomendações para investigação futura.

5.1. Conclusões gerais da investigação

O presente estudo teve como objetivo principal compreender se o cidadão procura online informação sobre saúde e, em particular, se toma decisões importantes, com base na informação obtida. Aferiu-se a influência das variáveis sociodemográficas nos constructos referidos no modelo conceptual de hipóteses e, teve ainda, como objetivo compreender as consequências da procura de informação, designadamente, na adesão terapêutica e automedicação.

Nesta dissertação procedeu-se à análise das relações de diferentes variáveis como, orientação para a procura de informação, literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, qualidade da informação procurada e, adesão terapêutica e automedicação.

Para a sua execução, disponibilizou-se eletronicamente um questionário para avaliação destas variáveis, que revelou valores consideráveis de consistência interna para cada constructo.

Da análise das características sociodemográficas concluiu-se que, maioritariamente mulheres responderam ao questionário, corroborando a opinião de Schlesinger et al (2002) ao referir que as mulheres tendem a ser mais participativas e a expressar-se mais que os homens. A faixa etária mais expressiva foi a dos 18 aos 25 anos e a habilitação literária com maior percentagem foi a licenciatura.

Constata-se que todas as dimensões da escala apresentaram médias agregadas acima dos 4,5, à exceção da adesão terapêutica e automedicação que apresentou um valor de 4,2. As médias mais elevadas foram relativamente às questões “Seguia o conselho do médico tanto quanto possível” e “É importante para mim estar informado(a) acerca de assuntos de saúde” (5,67 e 5,66 respetivamente) as mais baixas são referentes às questões

“Raramente seguia as recomendações do médico” e “Preferia fazer as minhas opções relativamente à toma de medicamentos” (1,41, 2,07e respetivamente).

As médias obtidas nestas questões demonstram que os inquiridos têm necessidade de fazer pesquisas relativamente à saúde, contudo, a opinião mais relevante é sempre a do médico, sendo importante, acima de tudo, seguir os seus conselhos.

Relativamente aos testes de hipóteses, constatou-se que todas as hipóteses estudadas foram suportadas. Verificou-se à semelhança de resultados obtidos em outros estudos que existem correlações entre a *orientação para a procura de informação* e as variáveis *literacia em saúde, perícia enquanto utilizador e adesão terapêutica e automedicação*. Confirmaram-se ainda correlações entre a *literacia em saúde* com as variáveis *perícia enquanto utilizador e qualidade da informação procurada*.

A análise de regressão também permitiu corroborar as hipóteses, mostrando que:

- A literacia em saúde e a perícia enquanto utilizador têm uma influência positiva na orientação para a procura de informação online;
- A literacia em saúde tem efeito positivo na procura de informação com qualidade e na perícia enquanto utilizador
- A orientação para a procura de informação tem influência positiva na adesão terapêutica e automedicação.

Em suma, a procura de informação torna-se benéfica para quem a procura, pois permite o aumento do conhecimento sobre a doença, adoção de estilos de vida saudáveis e consequentemente um aumento da literacia em saúde (Shim, Kelly, & Hornik, 2006; Ziebland & Wyke, 2012)

Os recursos informacionais cada vez mais contribuem para o envolvimento da pessoa no seu processo de saúde e na promoção da autogestão eficaz do regime terapêutico, potenciando a capacidade de decisão, promovendo o autocuidado e a adesão ao tratamento (Padilha, 2012).

5.2. Implicações para a gestão de unidades de saúde

Apesar das limitações que estão sempre inerentes a qualquer trabalho de investigação, considera-se que o trabalho apresentado pode dar importantes contributos teóricos para a gestão de unidades em saúde.

A tomada de consciência pelas organizações e profissionais de saúde sobre a importância do envolvimento do seu utilizador, pode contribuir para importantes ganhos na gestão da doença quer para o utilizador em si, quer para a organização.

As organizações de saúde devem reconhecer a importância das novas tecnologias de comunicação para se promover e interagir com os seus utilizadores, devendo assim criar mecanismos de relacionamento e envolvimento nestes ambientes, criando também um eixo diferenciador que lhe garanta vantagem competitiva.

É um facto que o acesso aos recursos tecnológicos tem tido um aumento significativo ao longo dos anos. É um fenómeno multidimensional que envolve, por um lado oferta de tecnologia cada vez mais avançada, mas também uma curiosidade crescente e facilidade no acesso à informação.

Tendo em conta o real aumento da orientação para a procura de temas de saúde, a indicação e/ou disponibilização por parte de profissionais de saúde, de plataformas interativas com informação clara e concisa de diversos temas, eventualmente com área de perguntas mais frequentes, seria seguramente uma mais-valia.

Acredita-se que quanto mais informadas estiverem as pessoas, melhores serão os resultados em saúde. Todavia, a informação fornecida deverá ser mediada pelo profissional de saúde, que deverá seleccionar a informação, dependendo das necessidades informacionais e da capacidade de aprendizagem das pessoas (Arevalo, 2005).

Em suma, o incentivo da utilização da Internet no seio da saúde depende ativamente dos conteúdos disponibilizados, da sua qualidade e credibilidade e, da maior ou menor facilidade sentida por parte do utilizador em utilizar e perceber os recursos disponíveis.

5.3. Limitações e pistas para estudos futuros

Como em qualquer investigação o fator tempo constitui sempre uma barreira, limitando a realização de outros estudos complementares ou mais aprofundados que poderiam enriquecer esta dissertação.

Uma das limitações do presente estudo remete para o método de amostragem utilizado. Com a amostragem por conveniência obtém-se uma amostra não representativa da população e acaba por haver um enviesamento da informação recolhida. Todavia, considerou-se aceitável, dadas as restrições de tempo e recursos para a realização desta investigação.

Outra limitação relaciona-se com a metodologia utilizada, nomeadamente, o questionário. É certo que o questionário facilita o processo de recolha de dados e acaba por ser um método que permite a anonimidade e a obtenção de um grande número respostas, contudo, seria benéfico a execução de entrevistas ou de um *focus group*, para averiguar de forma mais abrangente e menos limitante a opinião do cidadão relativamente aos conceitos apresentados no modelo conceptual de hipóteses. Com a execução de uma metodologia deste género poder-se-ia aprofundar o tema ora apresentado.

A reflexão sobre as diferentes abordagens, métodos ou técnicas a utilizar é sempre, no final de cada trabalho, um meio para aperfeiçoar cada estudo/investigação à qual dedicamos o nosso empenho. Chegou-se à conclusão que os campos de estudo relacionados com a temática, podem ser diversos e/ou complementares, e os resultados melhorados. Desta forma, propõe-se algumas sugestões de investigação futura:

A primeira sugestão prende-se com a proposta de um estudo mais alargado, ou seja, a aplicação do questionário por exemplo, em centros de saúde e hospitais para obter um maior leque de respostas. Seria, desta forma, possível obter uma amostra significativa de pessoas que não utilizam a internet para pesquisa de informação e, assim, averiguar o motivo.

A segunda sugestão remete para a variável *qualidade da informação procurada*, isto é, seria interessante perguntar que sites é que as pessoas consideram fidedignos ou, em que sites é que costumam procurar informação de saúde.

Para uma futura investigação seria igualmente interessante inquirir os utentes sobre os conceitos de saúde que mais pesquisam, como por exemplo, doenças, sintomas, tratamentos, dietas, exercício físico, entre outras.

Em face do exposto, espera-se que este trabalho e as suas conclusões possam contribuir para uma reflexão mais aprofundada sobre esta temática e, que possa ser um ponto de partida para novas investigações. Porém, persiste a consciência de que alguns conceitos ficaram por operacionalizar, e que cada tópico do modelo conceptual de hipóteses merecia uma investigação detalhada e individual.

Apesar das limitações constatadas, é útil referenciar que a sua identificação não invalida as conclusões deste trabalho e, que o reconhecimento destas limitações permite a identificação de oportunidades de investigação futura.

Referências Bibliográficas

Akerkar S, Bichile L. (2004), “Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age”, *Postgrad Med*; 50:120-122, <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2004/50/2/120/8252>

Alba, J. W., & Hutchinson, W. (1987). Dimensions of Consumer Expertise. *Journal of Consumer Research*, 13(March), 411–454.

Albarrán, K. e Zapata, L. (2008), Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile, *Pharm World Sci* 30:863 – 868

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Andreassen, Hege K., Bujnowska-Fedak, Maria M., Chronaki, Catherine E., Dumitro, Roxana C., Pudule, Iveta., Santana, Silvina., Voss, Henning., Wynn, Rolf. (2007), “European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries”, *BMC Public Health* 2007, 7:53

Anker, A. E., Reinhart, A. M., & Feeley, T. H. (2011). Health information seeking : A review of measures and methods. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 346–354.

Arevalo, J. (2005). Information Therapy: Moving From Theory to Practice. *Orthopedics Today*. Vol. 23, Nº 3, p. 38-86.

Badcott, D. (2005). The expert patient: valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 8(2), 173–8.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–83.

Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. May 2003;289(18):2400-6.

Bankson, H. L. (2009). Health literacy: an exploratory bibliometric analysis, 1997 - 2007. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 97(2), 148e150.

Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de avaliação - 3ª edição*. Lisboa: Edições Gradiva.

Bell, S. J., & Eisingerich, A. B. (2007). The paradox of customer education: Customer expertise and loyalty in the financial services industry. *European Journal of Marketing*, 41(5/6), 466–486.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.

Brannon, L. & Feist, J. (1997). Adhering to medical advice. Em *Health psychology: An introduction to behaviour and health* (pp. 68-82). Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.

Brashers, D. E., Goldsmith, D. J., & Hsieh, E. (2002). Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Human Communication Research*, 28(2), 258–271.

Burney A, Mahmood N, Abbas Z. (2010). “Information and communication technology in healthcare management systems: Prospects for developing countries”, *International Journal of Computer Applications*, vol. 4, no. 2, pp. 27-32, July 2010.

Cardoso G., Costa A., Conceição C., Gomes, M. (2005) *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto, Campo das Letras

Chinn, D. (2011). Critical Health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, vol 73, pp. 60-67.

Cluss, P. A. & Epstein, L. H. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. Em Paul Karoly (Ed.). *Measurement strategies in Health psychology* (pp. 403-433). New York: John Wiley and Sons.

Collins, M., Crowley, R., Karlawish, J. H. T., & Casarett, D. J. (2004). Are depressed patients more likely to share health care decisions with others? *Journal of Palliative Medicine*, 7(4), 527–32.

Costa, J., Melo, A. (1999). *Dicionário da língua portuguesa 8ª ed. rev. e ampliada*. Porto: Porto Editora

Cramer J. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B. (1991). Patient compliance in medical practice and clinical trials. *New York: Raven Press*, 1991:387-92.

Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The Social Psychology of Illness Support Groups. *American Psychologist*, 55(2), 205–217.

Della, L. J., Eroglu, D., Bernhardt, J. M., Edgerton, E., Nall, J. (2008). Looking to the future of new media in health marketing: deriving propositions based on traditional theories. *Health Marketing Quarterly*, 25:1-2, 147-174.

Dudziak, E. (2001). A information literacy e o papel educacional das bibliotecas. Dissertação de Tese de Mestrado. Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo: São Paulo.

Dutta, M. J., Bodie, G. D., & Basu, A. (2008). Health Disparity and the Racial Divide among the Nation ' s Youth : Internet as a Site for Change? In Anna, Everett (Ed), *Learning Race and Ethnicity: Youth and Digital Media* (pp. 175–197). The MIT Press

Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273–88.

Edgren, L. (1991). *Service Management Inom Svensk Hälso*. Lund, Sweden: Lund University Press.

Edmunds, M. (2005) - *Health literacy a barrier to patient education*. Nurse Practitioner. Vol. 30, nº 3, p. 54.

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(1), 130.

Elliott W., Maddy R., Toto R., Bakris G. (2000). Hypertension in patients with diabetes: overcoming barriers to effective control. *Postgrad Med* 2000;107:29-32, 35-6, 38.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5a ed.). Loures: LusoCiência.

Fox S., & Rainie, L. (2002), “Vital decisions: how Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick”. Pew Internet & Am Life Project 2002.

Fox, S. (2005), “Health Information *Online* – Eight in ten internet users have looked for health information *online*, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals”. Pew Internet & Am Life Project 2005.

Friedmann, J., Pereira, C. S., Madeira, A. I., & Pimenta, R. (1996). *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras: Celta.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7a ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.

Hartzler, A., & Pratt, W. (2011). Managing the personal side of health: how patient expertise differs from the expertise of clinicians. *Journal of medical Internet research*, 13(3), e62

Haynes, R. (1981). Introduction. In R. Haynes, D. Taylor & D. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care* (2nd ed., pp. 1-7). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Heldal, F., & Tjora, A. (2009). Making sense of patient expertise. *Social Theory & Health*, 7(1), 1–19.

Henderson, Amanda (2006), “Boundaries Around the ‘Well-Informed’ Patient: The Contribution of Schutz to Inform Nurses’ Interactions”, in *Journal of Clinical Nursing* 15(1):4.

Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, et al. Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of internal medicine*. Jan 2005;165(22):2618-24.

Henwood F, Wyatt S, Hart A, Smith J. 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of health & illness*. Sep 2003;25(6):589-607.

Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário – 2ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Ickovics J., Meade C. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care* 2002;14:309-18.

INE/UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento. (2011). Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação pelas Famílias. Disponível em: http://www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=v

Iverson S, Howard K, Penney B. (2008). Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: a survey-based study and review. *The Journal of the American Osteopathic Association*. Dec 2008;108(12):699-711.

Johnson, J. D. (1997). *Cancer-related information seeking*. Cresskill: Hempton Press.

Kivits, J. (2004), "Researching the 'informed patient': The Case of *Online Health Information Seekers*", in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge

Leydon, G. M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., & Mcpherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and seeking behaviour : in depth interview study. *British Medical Journal*, 320(April), 909–913.

Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., & Härter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65, 69–78.

Magretta, J., Stone, N. *O que é Gerenciar e Administrar*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de Marketing. Uma orientação aplicada - 4ª Edição*. Brasil: Bookman.

Mancuso, C. a, & Rincon, M. (2006). Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma*, 43(1), 41–4.

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248–55.

Manganello, J. a. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840–7.

Marinac J., Buchinger C., Godfrey L., Wooten J., Sun C., Willsie S. (2007). Herbal products and dietary supplements: a survey of use, attitudes, and knowledge among older adults. *The Journal of the American Osteopathic Association*. Jan 2007;107(1):13-20; quiz 21-3.

Marconi, M., Lakatos, E. (2006) *Metodologia Científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Marôco, J. P., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

McMullan M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient education and counseling*. Oct 2006;63(1-2):24-8.

Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Moorman, C., & Matulich, E. (1993). A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *Journal of Consumer Research*, 20, 208-228.

Murray E., Lo B., Pollack L. (2003). The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians. *Journal of medical Internet research*. Jan 2003;5(3):e17.

Nahm E., Preece J., Resnick B., Mills M. (2004). Usability of health Web sites for older adults: a preliminary study. *Computers, informatics, nursing : CIN*. Jan 2004;22(6):326-34; quiz 335-6.

Nielsen-Bohlman, L.; Panzer, A.; Kindig, D. (2004) – *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington: The National Academies Press.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e9.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3a ed.). McGraw-Hill.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2009) - Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. Vol. 54, nº 5, p. 303-305.

Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy : a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183–184.

Ojasalo, Jukka. (2001). Customer Expertise: A Challenge in Managing Customer Relationships in Professional Business-to-Business Services. *Services Marketing Quarterly*, 22(2), 1–16.

OMS. *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in selfmedication*. Geneva; 2000.

OMS (2001) - *Saúde mental, nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no Mundo*. Genebra.

Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The new england journal of medicine* 353: 487-97.

Padilha, M. (2012). Grupos de pesquisa em história da enfermagem: a realidade brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.46, n.1, p.192-199.

Peerson, A., Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285-296.

Pereira, D. (2009), Frequência da automedicação em farmácias comunitárias, consultado em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1102/3/monografia.pdf>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *The Elaboration Likelihood Model of persuasion*. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol 19. New York: Academic Press

Polit, F., Beck, C., Hungler, B. (2004) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Porter, M., & Teisberg, O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Prahalad, C K. (2004). *The Blinders of Dominant Logic*. *Business*, 37(February), 171–179.

Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004a). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5–14.

Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004b). Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership*, 32(3), 4–9.

Ramos, S. (2008), *Tecnologias da Informação e Comunicação: Conceitos Básicos*

Rice, R. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *International journal of medical informatics*. Jan 2006;75(1):8-28

Rubinelli, S., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2009). Health literacy beyond knowledge and behaviour: letting the patient be a patient. *International Journal of Public Health*, 54(5), 307-311.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.

Santana S. (2009). Trends of internet use for health matters in Portugal: 2005-2007. *Acta médica portuguesa*. Jan 2009;22(1):5-14.

Santana S., & Pereira, A. (2007). On the use of the Internet for health and illness issues in Portugal: repercussions in the physician-patient relationship. *Acta médica portuguesa*. Jan 2007;20(1):47-57.

Sarasohn-Kahn, J. (2008). The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media. *California HealthCare Foundation*.

Schlesinger, M., Mitchell, S., & Elbel, B. (2002). Voices Unheard: Barriers to Expressing Dissatisfaction to Health Plans. *The Milbank Quarterly*, 80(4), 709–755.

Scientific Advisory Committee. (2002). *Instrument Review Criteria*. Medical Outcomes Trust Bulletin, Scientific Advisory Committee Medical Outcomes Trust.

Shankar, R. (2007). Assessing medical student learning in assessing the quality of Health information on the internet and communicating the skill to patients. *Informatics in primary care*. Jan 2007;15(3):151-6.

Shim, M., Kelly, B., & Hornik, R. (2006). Cancer Information Scanning and Seeking Behavior is Associated with Knowledge , Lifestyle Choices , and Screening Cancer Information Scanning a. *Journal of Health Communication*, 11, 157–172.

Slater M., Zimmerman D. (2003). Descriptions of Web sites in search listings: a potential obstacle to informed choice of health information. *American journal of public health*. Aug 2003;93(8):1281-2.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3), 502-507

Stavropoulou, C. (2011). Patient Education and Counseling Non-adherence to medication and doctor – patient relationship : Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 7–13.

Theofanos M., & Mulligan C. (2004). Empowering patients through access to information. *Information, Communication and Society*. 2004;7(4):466-490.

Tomás, C. (2014). *Literacia em Saúde na Adolescência* Tese pra obtenção do grau de doutor em Ciências da Enfermagem. Tese de Doutorado. Universidade do Porto.

Van Dijk, Ian (1999), *The Network Society. Social Aspects of New Media*, London: SAGE.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17.

Vieira, C., & Lima, E. (1998). *Metodologia da Investigação Científica – Caderno de texto de apoio (pp. 61-71)*. 6ª edição. Coimbra.

Vitorino, L. (2014). *Cocriação de Valor num Serviços de Saúde: Integração de Recursos, Resultados e Efeitos Moderadores*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga.

Weiss, B. (2005) - Epidemiology Of Low Literacy. In Schwartzberg, J.; Vangeest, J.; Wang, C., ed lit. – *Understanding health literacy: implications for medicine and public health*. Chicago: *American Medical Association*. p. 17-39.

Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing Unto Others: Joining, Molding, Conforming, Helpoing, Loving*. (pp. 17–26). New Jersey: Prentice-Hall.

Wertheimer, A., Serradell, J. (2008), A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists, *Pharm World Sci* 30: 309 – 315.

WHO. Health promotion glossary. Geneve: World Health Organization, 1998

Wilson, T. (1997). Information behavior: an interdisciplinary perspective. In Vakkari, P., Savolainen, R. e Dervin, B. (Eds). *Information seeking in context: Proceedings of an International Conference on Research in Information Needs*, pp. 272-294.

Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International journal of medical informatics*. Jan 2006;75(1):29-41.

Yiyi, Y., & Rongqiu, C. (2008). Customer Participation : Co-creating Knowledge with Customers. *IEEE*, (70332001), 1–6.

Zhang, X., Chen, R. Q. (2006). Customer participative chain: linking customers and firm to co-create competitive advantages. *Management Review*, v.18, n.1, p.51-56, 2006.

Ziebland, S., & Wyke, S. (2012). Health and Illness in a Connected World: How might sharing experiences on the Internet affect people's health? *The Milbank Quarterly*, 90(2), 219–249.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário

Estudo do impacto do acesso à informação sobre saúde online, no comportamento dos utentes

O presente questionário destina-se a uma investigação no âmbito de uma tese de mestrado na Universidade do Minho.

Esta investigação pretende conhecer quais os motivos que levam à procura de informação online sobre saúde. Pretende-se aferir quais as vantagens e desvantagens deste facto e, qual o impacto nos seus comportamentos.

A sua colaboração é imprescindível para a realização deste trabalho, pelo que apelo à sua participação, sinalizando as opções correspondentes ao seu caso.

Toda a informação é confidencial e destina-se a fins académicos e publicações.

Obrigada pela sua colaboração!

Barbara Mariano Guedes dos Anjos | barbaraquedes26@gmail.com

*Obrigatório

1. 1. Já procurou informação sobre saúde na internet? *

(por exemplo, informação sobre hospitais, médicos, doenças, sintomas, medicamentos, hábitos alimentares e de exercício físico)

Marcar apenas uma oval.

Sim *Passe para a pergunta 3.*

Não *Passe para a pergunta 2.*

2. 2. Se nunca usou a Internet para procurar informações sobre saúde, quais as suas razões? *

Marcar apenas uma oval.

Sinto que já estou adequadamente informado *Passe para a pergunta 8.*

Recebo informações através de outros recursos *Passe para a pergunta 8.*

Não me sinto confortável para fazer pesquisas na internet *Passe para a pergunta 8.*

Não confio na informação disponível na internet *Passe para a pergunta 8.*

Não tenho acesso à internet *Passe para a pergunta 8.*

3. 3. Antes da internet se tornar disponível, de que forma seguia as recomendações do seu médico? *

Indique o seu grau de concordância/discordância, relativamente às seguintes afirmações.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente
Seguia o conselho do meu médico, tanto quanto possível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguia a maior parte dos seus conselhos (esquecimento de algumas doses de medicação ou não ter realizado algum dos exames recomendados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguia as recomendações, quando estas faziam sentido para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preferia fazer as minhas próprias opções relativamente à toma de medicamentos, exames, ou mesmo consultas de acompanhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raramente seguia as recomendações do meu médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocava mais questões ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procurava frequentemente uma segunda opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la mais frequentemente ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. 4. Indique o seu grau de concordância/discordância, relativamente às seguintes afirmações: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente
Faço questão de ler e ver histórias relacionadas com saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de aprender mais sobre assuntos relacionados com saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para ser e estar saudável é fundamental estar informado(a) acerca de assuntos relacionados com saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A quantidade de informação de saúde disponível, faz com que seja mais fácil tomar conta da minha saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tomo medicamentos, tento obter o máximo de informação acerca dos seus benefícios e efeitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante para mim estar informado(a) acerca de assuntos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. 5. Indique o seu grau de concordância/discordância, relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua atitude perante as informações de saúde que adquire *
Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente
De modo geral sei COMO encontrar recursos úteis sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De modo geral sei ONDE encontrar recursos úteis sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei como usar a informação sobre saúde que me fornecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho as capacidades que necessito para avaliar recursos sobre saúde que encontro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo distinguir se a fonte onde recolho informação sobre saúde é fidedigna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me confiante em usar a informação que recolho para tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. 6. Indique o seu grau de concordância/discordância, relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua capacidade e perícia em compreender e avaliar a informação sobre saúde que lhe é fornecida. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente
Consigo entender quase todos os aspectos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde, doenças e tratamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para resolver o meu problema/condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de uma consulta, preparo questões para fazer ao meu profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando faço uma medicação, percebo os seus efeitos secundários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de ir a uma consulta selecciono o hospital/médico que quero ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho a noção de quando devo procurar uma segunda opinião médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.7. Indique qual o grau de concordância/discordância, relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua atitude perante as informações de saúde que recolhe na internet. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente
Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei COMO encontrar esses recursos úteis sobre saúde na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei ONDE encontrar esses recursos úteis sobre saúde na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo validar os recursos sobre saúde que encontro na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me confiante em usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dados Pessoais:

(Relembramos que toda a informação é confidencial e destina-se a fins académicos.)

8. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

9. Idade: *

Marcar apenas uma oval.

- 18-25 anos
 26-35 anos
 36-45 anos
 46-55 anos
 56-65 anos
 Acima dos 65 anos

10. Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Sem escolaridade
- Ensino primário
- básico 6ºano
- 9ºano
- Ensino Secundário/CET
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Obrigada pela sua participação!

Apêndice 2 – Caracterização das variáveis independentes

Variável	Label	Representação no SPSS
Sexo	Género	Nominal
Id	Idade	Ordinal
HLit	Habilitações Literárias	Ordinal

Apêndice 3 – Caracterização das variáveis dependentes

Representação e especificação da variável - Comportamento Prévio

Dimensão	Itens	Nome
Comportamento Prévio (CP)	Seguia o conselho do meu médico, tanto quanto possível	CP1
	Seguia a maior parte dos seus conselhos (esquecimento de algumas doses de medicação ou não ter realizado algum dos exames recomendados)	CP2
	Seguia as recomendações, quando estas faziam sentido para mim	CP3
	Raramente seguia as recomendações do meu médico	CP4
	Colocava mais questões ao médico	CP5
	Procurava frequentemente uma segunda opinião	CP6
	Ia mais frequentemente ao médico	CP7

Representação e especificação da variável - Orientação para a procura de informação de saúde

Dimensão	Itens	Nome
Orientação para a procura de informação de saúde (OP)	Faço questão de ler e ver histórias relacionadas com saúde	OP1
	Gosto de aprender sobre assuntos relacionados com a saúde	OP2
	Para ser e estar saudável é fundamental estar informado(a) acerca de assuntos de saúde	OP3
	A quantidade de informação de saúde disponível hoje faz-se com que seja mais fácil tomar conta da minha saúde	OP4
	Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, eu procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto	OP5
	É importante para mim estar informado(a) acerca de assuntos de saúde	OP6

Representação e especificação da variável - Literacia em Saúde

Dimensão	Itens	Nome
Literacia em Saúde (L)	De um modo geral, sei como encontrar recursos úteis sobre saúde	L1
	De um modo geral, sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde	L2
	Sei como usar a informação sobre saúde que me fornecem	L3
	Tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos sobre saúde que encontro	L4
	Sinto-me confiante em usar informação que recolho para tomar decisões de saúde	L5
	Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na Internet	L6
	Sei como encontrar esses recursos úteis sobre saúde na Internet	L7
	Sei onde encontrar esses recursos úteis sobre saúde na Internet	L8
	Sinto-me confiante em usar informação da Internet para tomar decisões de saúde	L9

Representação e especificação da variável - Perícia enquanto utilizador

Dimensão	Itens	Nome
Perícia enquanto utilizador (PE)	Consigo entender quase todos os aspetos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir	PE1
	Possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde, doenças e tratamentos”	PE2
	Consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para resolver o meu problema/condição de saúde	PE3
	Antes de uma consulta, preparo questões para fazer ao meu profissional de saúde	PE4
	Antes de ir a uma consulta, seleciono o hospital/ médico que quero ir”	PE5
	Tenho noção quando devo procurar uma segunda opinião médica	PE6

Representação e especificação da variável - Qualidade da informação procurada

Dimensão	Itens	Nome
Qualidade da Informação Procurada (Q)	Consigo distinguir se a fonte onde recolho informação sobre saúde é fidedigna	Q1
	Consigo validar os recursos de saúde que encontro na Internet	Q2
	Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos da Internet	Q3

Representação e especificação da variável - Adesão Terapêutica e Automedicação

Dimensão	Itens	Nome
Adesão Terapêutica e Automedicação (AA)	Preferia fazer as minhas próprias opções relativamente à toma de medicamentos, exames, ou mesmo consultas de acompanhamento	AA1
	Quando tomo medicamentos, tento obter o máximo de informação acerca dos seus benefícios e efeitos	AA2
	Quando faço uma medicação, percebo os seus efeitos secundários	AA3
	Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar	AA4

Apêndice 4 – Testes de Normalidade

Segundo Hill & Hill (2012) o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk são os testes estatísticos mais utilizados para avaliar a normalidade de uma amostra. Nestes testes uma distribuição pode ser considerada normal quando a estatística é não significativa.

Através da análise da tabela abaixo apresentada constata-se que as variáveis apresentaram uma significância estatística (p) superior a 0,001, ou seja, as variáveis em causa aderem à normalidade.

Teste Kolmogorov-Smirnov e Teste Shapiro-Wilk

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Orientação para a procura de informação	,091	156	,003	,970	156	,002
Literacia	,064	156	,200*	,984	156	,062
Perícia enquanto utilizador	,066	156	,095	,975	156	,005
Qualidade da informação	,072	156	,049	,973	156	,004
Adesão Terapêutica e Automedicação	,100	156	,002	,982	156	,036