

# Desenvolvimento de um vídeo formativo como instrumento para melhoria da literacia em saúde: um projeto de intervenção



Tiago Fernandes Flores,<sup>1</sup> António Vilela,<sup>2</sup> Bárbara Martins,<sup>3</sup> Mariana Abreu Gonçalves,<sup>4</sup> João Mário Pinto,<sup>5</sup> Ana Isabel Pereira,<sup>6</sup> Joana Gonçalves Luís<sup>7</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A promoção da literacia em saúde é crucial para que os utentes possam tomar decisões adequadas em matéria de saúde, promovendo uma utilização mais eficiente dos recursos e contribuindo para a sua sustentabilidade.

**Objetivos:** Promover a literacia em saúde entre os utentes de seis Unidades de Saúde Familiar (USF) no Norte de Portugal acerca da organização e estrutura dos cuidados de saúde primários (CSP) e a especialidade médica de medicina geral e familiar (MGF).

**Métodos:** Estudo observacional, prospetivo, do tipo coorte. Foram aplicados questionários em formato Google® Docs a utentes com 18 ou mais anos, que preenchiam os critérios de inclusão, antes e após um mês da intervenção. A intervenção consistiu na visualização de um vídeo formativo preparado pelos autores acerca da organização e os recursos dos CSP e a especialidade de MGF.

**Resultados:** O questionário pré-intervenção foi preenchido por 274 utentes, 165 visualizaram o vídeo educativo e 113 preencheram o questionário pós-intervenção. Apenas 88 utilizadores participaram em todas as fases do projeto e foram considerados elegíveis para a interpretação dos resultados. Após a intervenção verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa na classificação geral obtida no questionário, com um aumento na percentagem de respostas corretas de 66,7% para 72,7% ( $p=0,004$ ; IC 95%). Verificou-se também um aumento na taxa de respostas corretas em quase todas as questões aplicadas.

**Discussão e Conclusão:** A literacia em saúde ajuda os cidadãos a tomar melhores decisões em relação à sua saúde, com um consequente impacto económico e social. Este projeto culminou na criação de uma ferramenta multimédia capaz de melhorar os conhecimentos dos utentes portugueses acerca dos CSP, passível de ser replicada noutros locais do País.

**Palavras-chave:** Literacia médica; Multimédia; Cuidados de saúde primários; Medicina geral e familiar.

## INTRODUÇÃO

A literacia em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas”. Este conceito contribui de forma inequívoca para a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como para uma maior eficácia e eficiência dos serviços, nomeadamente através do aumento

dos níveis de compreensão do funcionamento dos serviços médicos por parte do utente e a capacidade do mesmo para seguir e compreender as indicações prestadas pelos profissionais de saúde.<sup>1-2</sup>

Sabe-se atualmente que o grau de conhecimento da população relativo aos cuidados de saúde tem um impacto direto a nível socioeconómico. Nos Estados Unidos, a *American Medical Association* estimou um impacto anual de 73 mil milhões de dólares diretamente decorrentes da baixa literacia em saúde.<sup>3</sup> Vários



estudos demonstram já que o nível de literacia em saúde está relacionado com a frequência de utilização dos cuidados de saúde, hospitalizações, medidas globais de saúde e gestão de algumas doenças crónicas.<sup>4</sup> Um baixo conhecimento em saúde tem sido globalmente associado a um maior número de hospitalizações, uso indevido dos serviços de urgência, má adesão a rastreios e programas de vacinação e, em populações mais velhas, a maiores taxas de mortalidade.<sup>5</sup> De facto, constatou-se em vários estudos que as populações com baixos níveis de literacia apresentam problemas consideráveis de acesso aos cuidados de saúde, bem como maiores dificuldades na verbalização das suas queixas e compreensão dos tratamentos recomendados.<sup>1,4</sup> Sabe-se, por exemplo, que indivíduos que não completam o ensino secundário revelam muitas vezes piores resultados em termos de saúde física e mental, bem como pior capacidade de autoavaliação em termos de saúde.<sup>3</sup> Na população pediátrica, a baixa literacia em saúde pode levar a problemas de má nutrição, maiores taxas de obesidade, erros de medicação e uso indevido dos serviços de urgência.<sup>4</sup>

No que diz respeito à situação a nível nacional, um estudo realizado a nível europeu em 2014 mostrou que a população portuguesa apresentava uma proporção mais elevada de indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde (38,1%) em comparação com a média europeia (35,2%). Por outro lado, a percentagem de população com excelente nível de literacia em saúde era a mais baixa a nível europeu (8,6% nacional *vs* 16,5% de média europeia).<sup>6</sup> Mais recentemente, um estudo nacional realizado entre 2019 e 2021 demonstrou que 65% da população portuguesa apresenta um nível suficiente de literacia em saúde, 22% apresentam um nível problemático e 7,5% um nível inadequado.<sup>7</sup> Num estudo de

2016 concluiu-se que, em comparação com oito países da União Europeia, Portugal apresentava uma posição intermédia, ligeiramente abaixo da média no que diz respeito ao Índice Geral de Literacia em Saúde. Verificou-se ainda que quanto mais jovem era a população e maior a sua escolaridade, maiores eram os níveis de literacia em saúde.<sup>8</sup>

É essencial para os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos de família, enquanto gestores do percurso dos utentes e dos recursos disponíveis, o desenvolvimento de iniciativas promotoras da capacitação dos cidadãos no que diz respeito ao seu conhecimento nas temáticas de saúde e acesso aos seus recursos de forma eficaz e eficiente.

Perante esta problemática foi proposta a realização de um projeto de intervenção em utentes de seis Unidades de Saúde Familiares (USF) de dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, com o objetivo de criar um vídeo formativo, facilmente replicável noutras unidades do País e que permita aumentar o nível de literacia em saúde dos utentes em questões relacionadas com a gestão e organização dos cuidados de saúde primários (CSP).

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, prospetivo, do tipo coorte. A população em estudo era constituída por pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, inscritas e pertencentes a seis USF da Região Norte em 1 de julho de 2022. Os critérios de exclusão considerados foram: utentes com idade inferior a 18 anos, não responder ao questionário pré- ou pós-intervenção e não assistir aos conteúdos formativos.

A amostra utilizada foi de conveniência, constituída pelos utentes que aceitaram participar livremente no estudo após divulgação do mesmo através de um cartaz nas salas de espera e de uma publicação nas redes sociais com um *QR Code* de acesso direto ao questionário inicial.

Numa primeira fase, os investigadores aplicaram um questionário *online* previamente validado, após obtenção de consentimento informado escrito por parte dos utentes. A validação do questionário foi realizada através da aplicação a 34 profissionais de saúde e utentes, com o intuito de corrigir eventuais erros de

1. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Gualtar, ACeS Cávado I. Braga, Portugal.

2. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Terras do Ave, ACeS Ave-Famalicão. Delães, Portugal.

3. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF São Lourenço, ACeS Cávado I. Braga, Portugal.

4. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Antonina, ACeS Ave-Famalicão. Requião, Portugal.

5. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Joane, ACeS Ave-Famalicão. Joane, Portugal.

6. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF 7 Fontes, ACeS Cávado I. Braga, Portugal.

7. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF São Lourenço, ACeS Cávado I. Braga, Portugal.



**TABELA 1. Caracterização sociodemográfica dos utentes da amostra**

Sexo	Feminino	60,2%
	Masculino	39,8%
Idade	18 a 29 anos	6,8%
	30 a 39 anos	19,3%
	40 a 49 anos	26,1%
	50 a 59 anos	36,4%
	60 a 69 anos	8,0%
	70 a 79 anos	3,4%
Escolaridade	2.º Ciclo	2,3%
	3.º Ciclo	3,4%
	Ensino Secundário	27,3%
	Licenciatura	44,3%
	Mestrado	22,7%
Quantas vezes recorreu ao seu CS no último ano?	0	18,2%
	1	15,9%
	2	22,7%
	3	13,6%
	4	4,5%
	5	5,7%
	>5	19,3%

interpretação e tornar o mesmo mais acessível. O consentimento informado foi disponibilizado imediatamente no início do questionário *online*, tendo sido explicitados os objetivos e metodologia do estudo, só permitindo avançar para as secções seguintes após confirmação de aceitação. Os dados recolhidos foram: sexo; idade; escolaridade e frequência de utilização dos CSP no último ano. Foram ainda realizadas dezoito questões de escolha múltipla e verdadeiro/falso no que diz respeito à organização dos ACeS e das USE; à especialidade de medicina geral e familiar e ao funcionamento dos CSP.

A segunda fase consistiu na divulgação, através do *e-mail* dos participantes, de um vídeo formativo acerca dos temas referidos. O vídeo ficou disponível para visualização até duas semanas após o término da partilha do questionário inicial. De forma a garantir que o vídeo era acedido pelos participantes, este foi partilha-

do em formato formulário *Google® Docs*, tendo sido posteriormente conferida a lista de *e-mails* que o submeteu.

Numa última fase foi aplicado o questionário pós-intervenção quatro semanas após o término da partilha do vídeo formativo. Os dados recolhidos foram semelhantes aos do questionário pré-intervenção.

Os resultados foram codificados e registados no programa informático Microsoft Office Excel®. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), v. 23.0. Foi realizada a análise dos resultados obtidos utilizando a média, desvio-padrão, mediana e frequências para a caracterização global das variáveis, recorrendo ao teste de qui-quadrado para comparação entre variáveis categóricas e *independent sample t test* para comparação de médias. Considerou-se significância estatística para um valor de  $p < 0,05$ .

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte, ACeS e USF dos participantes para a realização do estudo.

## RESULTADOS

Ao longo da intervenção, 274 utentes responderam ao primeiro questionário, 165 visualizaram o vídeo formativo e 113 responderam ao segundo questionário. Apenas 88 utilizadores participaram em todas as fases do projeto e foram considerados elegíveis para a interpretação dos resultados.

De acordo com a Tabela 1, dos 88 utentes 53 (60,2%) pertencem ao sexo feminino e 35 (39,8%) ao sexo masculino. A maioria dos participantes (81,8%) encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 59 anos, predominando também os utentes com licenciatura (44,3%), seguindo-se aqueles que completaram o ensino secundário (27,3%) e em terceiro lugar os utentes com mestrado (22,7%).

A Tabela 2 indica a taxa de acerto em cada questão do questionário pré e pós-intervenção. Globalmente, a intervenção realizada permitiu melhorar a percentagem de respostas corretas de 66,7% para 72,7% ( $p=0,004$ ; IC 95%).

Verificou-se uma melhoria, ainda que de forma não estatisticamente significativa, em todas as questões com exceção de três: «Que médicos constituem uma Unidade de Saúde Familiar (USF)?», onde se verificou



TABELA 2. Taxa de acerto ao questionário pré e pós-intervenção

Questões		Taxa de acerto		Valor <i>p</i>
		Pré-intervenção	Pós-intervenção	
1	Qual deve ser o primeiro contacto presencial de um utente não urgente com o Serviço Nacional de Saúde?	97,7%	100%	0,78
2	Qual das seguintes não faz parte de um ACeS?	94,3%	96,6%	0,665
3	A Unidade de Saúde Familiar é constituída por:	42,0%	48,9%	0,641
4	Qual das seguintes consultas não é disponibilizada pelo ACeS?	69,3%	70,5%	0,126
5	Qual das seguintes unidades permite prestar cuidados domiciliários mais do que uma vez por dia ou ao fim de semana?	72,7%	76,1%	0,202
6	Qual das seguintes unidades é responsável pelo seguimento de pessoas que contactaram com doentes infetados com COVID-19?	71,6%	75,0%	0,339
7	O que distingue uma USF de um centro de saúde?	70,5%	80,7%	0,078
8	Que médicos constituem uma USF?	98,9%	93,2%	0,786
9	Em média, quantos utentes um Médico de Família tem na sua lista?	25,0%	35,2%	0,367
10	Qual o horário habitual de funcionamento de uma USF?	94,3%	96,6%	0,665
11	Qual destes não é um tipo de consulta disponibilizado pela USF?	28,4%	36,4%	0,129
12	Qual dos seguintes corresponde a um motivo de consulta aberta?	64,8%	77,3%	0,611
13	As USF estão impedidas de prescrever exames pedidos em consultas privadas ou por hospitais públicos?	37,5%	51,1%	0,169
14	É necessário fazer uma especialização para se poder exercer como médico de Medicina Geral e Familiar?	98,9%	97,7%	0,827
15	Qual a duração da formação pós graduada em Medicina Geral e Familiar?	27,2%	33,0%	0,463
16	Apenas o Médico de Família pode renovar a minha carta de condução?	70,5%	80,7%	<b>0,019</b>
17	Qual dos seguintes grupos é seguido por Medicina Geral e Familiar?	96,6%	96,6%	0,354
18	Para qual dos seguintes hospitais o seu médico de família o pode referenciar?	40,9%	62,5%	0,263
Global		67,7%	72,7%	<b>0,004</b>

um declínio nas respostas certas (de 98,9% no questionário pré-intervenção, para 93,2%); «É necessário fazer uma especialização para se poder exercer como médico de Medicina Geral e Familiar. Esta afirmação é...», tendo ocorrido uma redução na taxa de acerto de 98,9% para 97,7%; e «Qual dos seguintes grupos é seguido por Medicina Geral e Familiar?», na qual se verificou uma percentagem de respostas corretas igual entre o questionário pré e pós intervenção (96,6%).

Apenas a questão «Apenas o Médico de Família pode renovar a minha carta de condução. Esta afirmação é...»

obteve diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos avaliados [taxa de acerto pré: 70,5% vs pós: 80,7% – ( $p=0,019$ ; IC 95%)].

Foi possível também constatar melhorias em questões relevantes na gestão dos CSP. Na questão «Qual deve ser o primeiro contacto presencial de um doente não urgente com o Serviço Nacional de Saúde?», todos os participantes responderam corretamente no segundo momento face aos 97,7% do primeiro questionário. Relativamente à organização dos CSP verificou-se uma melhoria em relação à ideia que os utentes têm sobre



as dimensões de uma lista de utentes: numa fase inicial 13,6% e 22,7% dos participantes responderam respetivamente 300 e 650 utentes, tendo posteriormente estes valores sido referidos apenas por 5,7% e 18,2%.

Obtiveram-se também melhores taxas de acerto em questões que frequentemente sobrecarregam os CSP do ponto de vista burocrático, nomeadamente nas questões «Qual dos seguintes corresponde a um motivo de consulta aberta?», «As Unidades de Saúde Familiar (USF) estão impedidas de prescrever exames pedidos em consultas privadas ou por hospitais públicos. Esta afirmação é...» e «Apenas o Médico de Família pode renovar a minha carta de condução. Esta afirmação é...».

## DISCUSSÃO

A literacia em saúde é um determinante fundamental da prestação de cuidados médicos. A existência de baixos índices de literacia condiciona a capacidade dos profissionais de saúde prestarem cuidados médicos de excelência, levando médicos e enfermeiros a ocupar parte do seu tempo a orientar os utentes na complexidade dos serviços de saúde. Em populações com elevada literacia em saúde, esse mesmo tempo pode ser dedicado à prestação de serviços médicos, algo que garante um melhor acompanhamento aos utentes. Ao mesmo tempo, libertam-se profissionais altamente qualificados de tarefas burocráticas que nesse cenário ideal se tornam desnecessárias.<sup>4</sup>

Não existindo uma abordagem estabelecida como ideal pela comunidade científica para melhorar a literacia em saúde, neste projeto de intervenção optou-se por utilizar meios digitais para chegar à população alvo. Recorreu-se à construção de um vídeo formativo que foi posteriormente divulgado pelos participantes, algo que na opinião dos investigadores se revelou uma mais-valia ao permitir maior flexibilidade por parte do utilizador. Esse vídeo tinha como objetivo dar respostas às questões colocadas no questionário e, dessa forma, educar os utentes acerca de temáticas relativas à organização dos CSP. Uma das principais preocupações dos autores consistiu em adaptar a linguagem a uma população alvo não relacionada com a saúde, bem como a confrontação do conteúdo do mesmo com profissionais de saúde.

Com esta estratégia conseguiu-se melhorar de forma significativa a taxa de acerto global ao questionário,

passando de 66,7% para 72,7%, o que representou uma melhoria na literacia em saúde dos utentes envolvidos no projeto. A percentagem de respostas corretas em questões estruturais relativas aos CSP foi mais elevada, como o local para um primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde por parte de um doente urgente, questão à qual todos os participantes responderam corretamente face aos 97,7% do primeiro questionário.

Relativamente à organização dos CSP, obteve-se maior taxa de acerto no conhecimento dos utentes face a temáticas como as dimensões das listas dos médicos de família, a não transcrição de meios complementares de diagnóstico do sistema privado ou hospitalar, bem como a possibilidade de outros médicos realizarem procedimentos burocráticos, como a emissão de atestados para renovação de carta de condução. Não obstante os resultados favoráveis obtidos para as questões individuais, apenas uma dessas obteve melhoria estatisticamente significativa, o que poderá resultar do baixo tamanho amostral e limita a extrapolação de resultados para outros contextos.

Com este projeto conseguiu-se criar uma ferramenta capaz de melhorar o conhecimento em saúde por parte dos utentes. Pela sua simplicidade, esta é facilmente replicável, podendo ser aplicada em outros ACeS do país.

Apesar dos resultados obtidos existem algumas limitações que devem ser consideradas. Por um lado, o número reduzido de participantes que completaram todas as fases do estudo, sendo esta decorrente da dificuldade em motivar os utentes ao longo de todas as etapas e que, conforme referido, poderá limitar a extrapolação das conclusões obtidas para outras populações. Simultaneamente, a utilização de um formato *online* é passível de criar um viés de seleção, escolhendo utentes que são previsivelmente mais jovens e possivelmente com maior literacia em saúde. Trata-se também de uma amostra de conveniência que inclui apenas os utentes que responderam a todas as etapas do estudo e, por último, apesar da disponibilização do vídeo formativo ter sido realizada através de um formulário *Google® Docs* não foi possível constatar a visualização integral do mesmo.

Seria interessante no futuro abordar qual o impacto desta estratégia em indicadores de saúde diretamente relacionados com o *outcome* médico destes utentes,



nomeadamente em termos da sua morbimortalidade. Seria também interessante inserir variáveis de estudo como a profissão, se se tratam de utentes ativos ou reformados e se são frequentadores da consulta aberta da USE.

## CONCLUSÃO

Com o presente projeto de intervenção, além de cumprir com o objetivo inicialmente proposto, de melhorar a literacia em saúde dos utentes em estudo, os autores consideram ter desenvolvido uma ferramenta multimédia passível de replicação noutras unidades de saúde do país. Pela diversidade de utentes envolvidos no estudo, os autores consideram ser possível esperar um resultado semelhante em termos da melhoria da literacia em saúde, sendo expectável um ganho secundário em *outcomes* relativos a morbimortalidade desses utentes e na eficiência dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med*. 1996;5(6):329-34.
2. Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*. 1996;78(9):1912-20.
3. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005;118(4):371-7.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
6. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
7. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health literacy in Portugal: results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4225.
8. Espanha R, Ávila P, Mendes RV. Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese [homepage]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016. Available from: <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal/>

## CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; metodologia, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; validação, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; análise formal, TFF e JMP; investigação, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; recursos, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; gestão de dados, TFF e JMP; redação do *draft* original, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; revisão, edição e validação do texto final, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; visualização, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; supervisão, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL; administração do projeto, TFF, AV, BM, MAG, JMP, AIP e JGL.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tiago Flores

E-mail: [tiago\\_fl\\_10@hotmail.com](mailto:tiago_fl_10@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-2270-1839>

Recebido em 13-04-2023

Aceite para publicação em 01-11-2023





## ABSTRACT

### DEVELOPMENT OF A FORMATIVE VIDEO AS A TOOL TO IMPROVE HEALTH LITERACY: AN INTERVENTION PROJECT

**Introduction:** Promoting health literacy is essential for patients to make informed healthcare decisions, ensuring more efficient resource utilization and contributing to long-term sustainability.

**Objectives:** Enhance health literacy among patients in six health units in Northern Portugal, focusing on the organization and structure of primary healthcare services (PHC) and the medical specialty of general practice/family medicine (GPFM).

**Methods:** An observational, prospective cohort study was conducted. Questionnaires in Google® Docs format were administered to patients aged 18 and older who met the inclusion criteria, both before and one month after the intervention. The intervention involved watching an educational video created by the authors about PHC's organization, resources, and GPFM specialty.

**Results:** The pre-intervention questionnaire received responses from 274 patients, with 165 of them viewing the educational video and 113 completing the post-intervention questionnaire. Eighty-eight participants engaged in all phases of the project and were considered eligible for result analysis. After the intervention, there was a statistically significant improvement in the overall questionnaire score, with the percentage of correct answers increasing from 66.7% to 72.7% ( $p=0.004$ ; CI 95%). Correct answer rates also improved across most of the questions.

**Discussion and Conclusion:** Health literacy empowers individuals to make informed health choices, resulting in economic and social benefits. This project led to the creation of a multimedia tool that can enhance the understanding of Portuguese patients regarding PHC, with potential for replication in other regions of the country.

**Keywords:** Medical literacy; Multimedia; Primary healthcare; General practice/Family medicine.

## ANEXO 1

<https://drive.google.com/file/d/1fCYacmgI4MoMKZlayQYkBjswQncHLdU/view?usp=drivesdk>

## ANEXO 2

### Questionário

#### Literacia em Saúde nos Cuidados de Saúde primários

1. E-mail

2. Clique se aceitar participar no estudo:

- Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de

forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

#### Dados sociodemográficos

3. Género:

- Masculino  
 Feminino  
 Outro:



## 4. Escolaridade

- 1.º Ciclo
- 2.º Ciclo
- 3.º Ciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Sem escolaridade

## 5. Idade

- 18 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 a 69 anos
- 70 a 79 anos
- ≥ 80 anos

## 6. No último ano quantas vezes recorreu ao seu Centro de Saúde?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- > 5

**Organização de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)**

Responda às seguintes perguntas de escolha múltipla relativas à organização de um ACeS. Apenas uma das respostas está correta.

## 7. Qual deve ser o primeiro contacto presencial de um doente não urgente com o Serviço Nacional de Saúde?

- Médico de família
- Médico hospitalar
- Médico do serviço de urgência

## 8. Qual das seguintes não faz parte de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)?

- Unidade de Saúde Familiar
- Unidade de Saúde Pública

- Unidade de Cuidados na Comunidade
- Farmácias

## 9. A Unidade de Saúde Pública é constituída por:

- Médicos de Família, Enfermeiros e Técnicos de Saúde Ambiental
- Médicos de Saúde Pública, Enfermeiros e Técnicos de Saúde Ambiental
- Médicos de Família e Médicos de Saúde Pública

## 10. Qual das seguintes consultas NÃO é disponibilizada pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)?

- Consulta de nutrição
- Consulta de psicologia
- Consulta de cessação tabágica
- Consulta de cardiologia

## 11. Qual das seguintes unidades permite prestar cuidados domiciliários mais do que uma vez por dia ou durante o fim-de-semana?

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- Unidade de Saúde Pública
- Unidades de Saúde Familiar

## 12. Qual das seguintes unidades é responsável pelo seguimento de pessoas que contactaram com doentes infetados com COVID-19?

- Unidade de Saúde Pública
- Unidade de Saúde Familiar
- Cuidados Hospitalares
- Câmara Municipal

**Organização de uma Unidade de Saúde Familiar (USF)**

Responda às seguintes perguntas de escolha múltipla relativas à organização de uma USF.

## 13. O que distingue uma Unidade de Saúde Familiar (USF) de um centro de saúde?

- Tipologia de profissionais
- Modelo de organização
- Público-alvo

## 14. Que médicos constituem uma Unidade de Saúde Familiar (USF)?

- Médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar





- Clínicos Gerais
- Médicos de Saúde Pública
- Médicos sem especialidade

15. Em média, quantos utentes um Médico de Família tem na sua lista?

- 300
- 650
- 1350
- 1700

16. Qual o horário habitual de funcionamento de uma Unidade de Saúde Familiar (USF)?

- 9h-17h
- 8h-20h
- 9h-24h
- 0h-24h

17. Qual destes NÃO é um tipo de consulta disponibilizado na Unidade de Saúde Familiar (USF)?

- Consulta de Saúde de Adultos
- Consulta de Diabetes
- Consulta de Hipertensão
- Consulta de Rotina
- Consulta de Planeamento Familiar

18. Qual dos seguintes corresponde a um motivo de consulta aberta?

- Renovação de baixa
- Renovação de atestado de carta de condução
- Dor no joelho desde há 4 dias
- Renovação de medicação

19. As Unidades de Saúde Familiar (USF) estão impedidas de prescrever exames pedidos em consultas privadas ou por hospitais públicos.

- Verdadeiro
- Falso

### Medicina Geral e Familiar

Responda às seguintes perguntas de escolha múltipla relativas à Medicina Geral e Familiar.

20. É necessário fazer uma especialização para se poder exercer como médico de Medicina Geral e Familiar. Esta afirmação é:

- Verdadeiro
- Falso

21. Qual a duração da formação pós-graduada em Medicina Geral e Familiar?

- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos

22. Apenas o Médico de Família pode renovar a minha carta de condução. Esta afirmação é:

- Verdadeiro
- Falso

23. Qual dos seguintes grupos é seguido por Medicina Geral e Familiar?

- Crianças e adolescentes
- Grávidas
- Hipertensos
- Diabéticos
- Todos os anteriores

24. Para qual dos seguintes hospitais o seu médico de família o pode referenciar:

- Hospital da área de residência
- Hospital mais próximo de onde se encontra
- Hospital central
- Qualquer hospital da sua preferência do SNS
- Hospital privado