

Conversas de Psicologia e do Envelhecimento Ativo

Atas do Congresso

Ricardo Pocinho, Vítor Nuno Anjos e Pedro Belo
(Coordenadores)

Prefácio por Professor Doutor Carlos Amaral Dias
Texto de Abertura por Comendador Ruy de Carvalho

A LITERACIA EM SAÚDE: UM RECURSO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Sofia Veiga & Carla Serrão

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto

Resumo

O trabalho que se apresenta, inserido no *Projeto Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade*, espelha os olhares de um grupo de profissionais que se dispuseram a discutir medidas concretas potenciadoras do aumento da literacia em saúde das pessoas idosas, as quais geram ganhos diretos ao nível da qualidade de vida e da saúde global das mesmas.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; literacia em saúde; práticas profissionais

Abstract

The work that is presented is part of the Project *Health Literacy: a challenge in and for the elderly*. This reflects the looks of a group of professionals who were willing to discuss concrete measures that potentiate the increase in health literacy of older people, which generate direct gains in their quality of life and global health.

Key words: active aging; health literacy; professional practices

Introdução

Introduzido pela OMS, em 2005, o envelhecimento ativo surge na sequência do conceito de envelhecimento saudável, ampliando-o além das questões de saúde. Estar ativo não significa ser e estar apenas fisicamente ativo. Significa sobretudo participar de forma continuada e envolvida em questões de ordem económica, cultural, espiritual e civil (WHO, 2002).

O fim de um envelhecimento ativo prende-se com o incremento da expectativa de uma vida saudável e com o aumento da qualidade de vida das pessoas durante o seu processo de envelhecimento, estando dependente de diversos fatores internos e externos. São estes: o ambiente físico, as determinantes pessoais, determinantes sociais, determinantes comportamentais, determinantes económicos e os serviços sociais e de saúde (WHO, 2002).

Atualmente existe uma estrutura política destinada exclusivamente ao envelhecimento ativo, sendo a sua ação sustentada em três pilares: saúde, participação e segurança. Tendo em conta o âmbito deste artigo, centrar-nos-emos no primeiro pilar referido.

A saúde assume um papel determinante no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas, pelo que se percebe a importância de as mesmas terem acesso aos cuidados de saúde de que necessitam e de controlarem os fatores de risco, comportamentais e ambientais, potenciadores de doença e de mal-estar (WHO, 2002). Ora, para que tal aconteça, é essencial que, entre outros fatores, as pessoas idosas apresentem um nível adequado de literacia em saúde. Porquê? Porque a literacia em saúde é uma componente fundamental para que os indivíduos sejam capazes de ter uma participação efetiva no processo de tomada de decisão relativamente à sua situação de saúde/doença, processo este que exige conhecimentos e competências para aprender novas informações, pensar criticamente sobre como a informação se aplica a circunstâncias pessoais, navegar no sistema de saúde e interagir com os distintos profissionais deste âmbito (e.g., Toçi, Burazeri, Sorensen, Jerliu, Ramadani, Roshi, & Brand, 2013).

Não obstante, os vários estudos nacionais e internacionais têm evidenciado uma baixa literacia em saúde por parte das pessoas idosas, com consequências negativas para o seu estado de saúde geral, físico e mental, bem como para a sua qualidade de vida (e.g., Kim, 2009; Manafo & Wong, 2012; Reisi et al., 2014), autonomia e empoderamento (Nutbeam, 2000).

O envelhecimento populacional, associado à baixa literacia deste grupo populacional, traz novos e importantes desafios, muitos deles comuns a várias realidades europeias, mas outros específicos de cada realidade e de cada indivíduo particular. Estado(s), profissionais e comunidades são chamados e envolvidos a refletir sobre estes desafios, (re)pensado medidas e práticas desenvolvidas e ainda a desenvolver.

Os profissionais, enquanto figuras de interface, devem, em prol de um envelhecimento ativo, procurar empoderar os sujeitos para que estes assumam o controlo das suas próprias vidas, vivendo de uma forma autónoma, saudável e satisfatória. Decorrente desta conceção, o estudo que aqui se apresenta teve como objetivos: analisar as práticas profissionais e organizacionais que estão a ser promovidas, no sentido de aumentar a literacia em saúde da população idosa e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida; e determinar os desafios que se colocam, atualmente, no sentido de promover a literacia em saúde das pessoas idosas

Metodologia

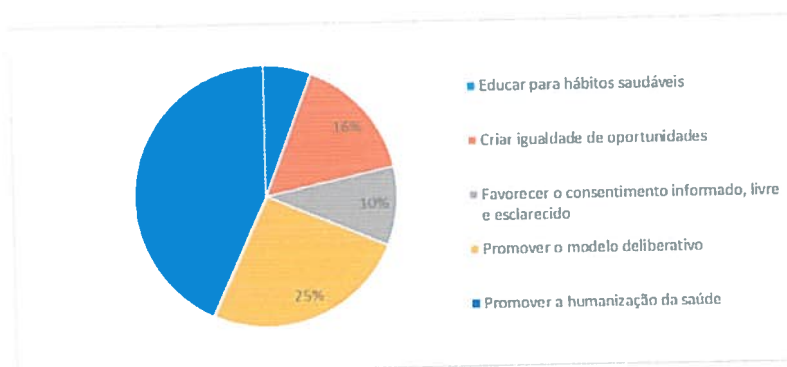
No âmbito do Projeto supracitado foi desenvolvido um estudo, de cariz qualitativo, que teve como intuito determinar as representações, perceções e práticas institucionais e profissionais, de um grupo de 26 profissionais da área da saúde e da intervenção psicossocial, no âmbito da literacia em saúde (cf. Serrão et al., 2014a; Serrão et al., 2014b).

Os profissionais, maioritariamente do sexo feminino e de formações diversificadas, integraram três Grupos Focais. Em cada grupo, foi solicitada a gravação da discussão em suporte de áudio, tendo sido assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. Utilizou-se a análise de conteúdo como método de análise dos dados.

Resultados

Quanto aos desafios que se levantam no cumprimento do objetivo de promover a literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos, foram identificadas cinco categorias de resposta.

Figura 1. Categorias relativas ao tema “Desafios à promoção da Literacia em Saúde em pessoas idosas” (N = 26)



Como se pode observar no gráfico, a categoria mais expressiva denomina-se **Educar para hábitos saudáveis**. Adaptar-se à sua atual condição, designadamente ao processo de envelhecimento natural ou a uma situação de doença, obriga por si só à alteração de hábitos e de estilos de vida que, muitas vezes, as pessoas idosas não estão dispostas a introduzir. Isto porque, segundo os participantes, muitos dos atuais idosos parecem pertencer a uma geração que foi habituada a viver sem recorrer a serviços de saúde e, ao nível da alimentação, a consumir todo o tipo de alimentos, sem restrições.

Na categoria **Criar igualdade de oportunidades**, evidencia-se a falta de equidade no sistema nacional de saúde, tendo em conta a condição urbana/rural ou económica das pessoas. As informações, condições e recursos não são iguais para todos, realidade que urge alterar.

A categoria **Favorecer o consentimento informado, livre e esclarecido** passa pela criação de espaços onde a pessoa idosa possa, por um lado, apresentar os seus receios, as suas dúvidas e os seus medos; e por outro, obter esclarecimentos sobre a doença, as terapêuticas medicamentosas, os recursos profissionais e institucionais disponíveis. Nos discursos proferidos, os entrevistados dão particular enfoque à interação comunicacional, tanto no que se refere à informação que o profissional recolhe, como na relação que estabelece com a pessoa idosa.

A categoria seguinte – **Promover o modelo deliberativo** - surge imbrincada com a anterior. No discurso dos entrevistados emergem dois fenómenos: um relativo ao estatuto atribuído aos profissionais da saúde e outro relativo às práticas institucionais. O estatuto de superioridade é frequentemente concedido pelas pessoas idosas aos profissionais, sendo por estes reconhecido e reforçado. Este, a par da parca disponibilidade destes em atenderem às necessidades individuais de cada idoso, potencia a dependência e inibe o pensamento crítico do mesmo. No que concerne às práticas institucionais., estas condicionam e/ou impedem, muitas vezes, a assunção de um papel ativo e responsável do idoso em relação à sua situação de saúde/doença, nomeadamente no que diz respeito à toma de medicação. Estes fenómenos tornam patente a necessidade de se substituir o modelo paternalista ainda em vigor por um modelo deliberativo.

Perante este cenário, a categoria **Promover a humanização da saúde**. Nas reflexões dos entrevistados, existe unanimidade em considerar que na prestação de serviços há falta de sensibilidade e de disponibilidade, o que pode comprometer a dignidade humana.

Conclusões

Promover a literacia em saúde das pessoas idosas, é, na perspetiva dos profissionais que participaram neste estudo, um recurso essencial para um envelhecimento ativo e tal implica: educar para hábitos saudáveis; criar igualdade de oportunidades; favorecer o

consentimento informado, livre e esclarecido; promover o modelo deliberativo; e humanizar a saúde.

A educação para hábitos saudáveis remete para a importância de as pessoas idosas mudarem hábitos, crenças e comportamentos sobre saúde e doença. A educação para a literacia em saúde surge como um forte instrumento de mudança de atitudes e de ampliação de recursos e ganhos de autonomia e bem-estar nos e para as pessoas idosas (Monteiro, 2009).

Outro aspeto essencial, de acordo com os participantes, a criação de espaços onde as pessoas idosas possam colocar as suas questões e solicitar os esclarecimentos necessários com vista a uma tomada de decisão informada, livre e esclarecida. Esta é uma questão de grande importância, já que o consentimento informado reflete uma manifestação de respeito pela pessoa e constitui o garante de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos da autorresponsabilização e da liberdade de escolha (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

A necessidade de promoção do modelo deliberativo em substituição do modelo paternalista - que coloca o “acento no bem-estar e na saúde do paciente e não na sua autonomia e capacidade de escolha” (Jólluskin & Toldy, 2011, p.47), por um modelo que se aproxime “de uma noção de autonomia esclarecida” e “baseada na ideia de uma autodeterminação informada e auto-crítica” (p. 48) – é premente. Associado a este, e apresentando-se como um desafio de elevada amplitude urgente, surge a necessidade de promover a humanização da saúde. Esta implica respeitar e valorizar a pessoa e constitui-se um processo que visa a “transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços” (Rios, 2009, p. 10)

Referências bibliográficas

Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Consentimento informado. Relatório final*. Porto: ERS.

Jólluskin, G. & Toldy, T. (2011). Autonomia e consentimento informado: um exercício de cidadania? *ANTROPOLógicas*, 12, 44-51.

Kim, S. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337-2343.

- Manafó, E. & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947-960.
- Monteiro, M. (2009) *Literacia em saúde* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- 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 Internacional*, 5(3), 259-267.
- WHO (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Madrid: WHO.
- Reisi, M., Javadzade, S., Heydarabadi, A., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J. Educ Health Promot.*, 29(3), 119.
- Rios, I. (2009). *Caminhos da humanização na saúde. Prática e reflexão*. S. Paulo: Áurea Ed.
- Serrão, C., Veiga, S., Vieira, I., Pereira, V., Cadima, J. et al. (2014a). *Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade - e-book*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves (<http://www.es.e.ipp.pt/PROJETOS/folheto.html>).
- Serrão, C., Veiga, S., Vieira, I., Almeida, V., Ribeiro, S., et al. (2014b). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade - Manual de Boas Práticas*. Maia: Tipografia Lessa-Florentino Martins Lessa & Filho.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E. & Brand, H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646-1658.