

CARLA SERRÃO
SOFIA VEIGA
ISABEL VIEIRA
VERA ALMEIDA
JOANA CADIMA
SARA RALHA
PATRÍCIA FONSECA
ANTÓNIO MARQUES

e-BOOK





LITERACIA EM SAÚDE

UM DESAFIO NA E PARA A TERCEIRA IDADE

CARLA SERRÃO [Coord.]

SOFIA VEIGA

ISABEL VIEIRA

VERA ALMEIDA

JOANA CADIMA

SARA RALHA

PATRÍCIA FONSECA

ANTÓNIO MARQUES

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	<i>p. 6</i>
RESUMO	<i>p. 7</i>
CAPÍTULO I	<i>p. 9</i>
1.1 Literacia	<i>p. 10</i>
1.2 Literacia em Saúde	<i>p. 12</i>
1.3 Literacia em Saúde em pessoas com mais de 65 anos	<i>p. 18</i>
1.4 Intervenientes de avaliação do grau de Literacia	<i>p. 20</i>
CAPÍTULO II	<i>p. 21</i>
2.1 ESTUDO QUANTITATIVO: Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas	<i>p. 21</i>
2.1.1 MÉTODO	<i>p. 21</i>
2.1.2 RESULTADOS	<i>p. 26</i>
2.1.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS	<i>p. 37</i>
2.2 ESTUDO QUALITATIVO: Representação, perceções e práticas institucionais e profissionais no âmbito da literacia em saúde	<i>p. 41</i>
2.2.1 MÉTODO	<i>p. 41</i>
2.2.2 RESULTADOS	<i>p. 47</i>
2.2.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS	<i>p. 63</i>
CONCLUSÕES	<i>p. 75</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<i>p. 78</i>
ANEXO	<i>p. 85</i>

AGRADECIMENTOS

A Equipa do **Projeto Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade** manifesta o seu reconhecimento às diversas entidades e numerosas pessoas que generosamente contribuíram para que este projeto chegasse a bom porto. À *Fundação Calouste Gulbenkian*, que acreditou no Projeto e, ao apoiá-lo financeiramente, o tornou possível.

Às Instituições que, abrindo-nos as suas portas, facilitaram as condições para a concretização deste trabalho. Em particular, gostaríamos de deixar o nosso reconhecimento à/ao:

- ♦ Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória
- ♦ Centro de Apoio à Terceira Idade de S. Mamede de Infesta
- ♦ Centro de Convívio para Idosos do Bonfim
- ♦ Centro Social e Paroquial Padre Ângelo Ferreira Pinto
- ♦ Centro Social de Oliveira do Douro
- ♦ Centro Geriátrico Comunitário Quintinha da Conceição
- ♦ Serviço de Assistência Organizações de Maria
- ♦ Associação dos Pescadores Aposentados de Matosinhos
- ♦ Associação para o Desenvolvimento de Rio de Moinhos
- ♦ Associação para o Desenvolvimento da Portela
- ♦ Associação dos Antigos Orfeonistas da Universidade do Porto
- ♦ Universidade Sénior do Rotary Clube da Póvoa de Varzim
- ♦ Universidade Sénior de Arte e Cultura do Porto
- ♦ Universidade Sénior de Gondomar
- ♦ Instituto Cultural da Maia
- ♦ Centro de Saúde da Senhora da Hora – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A todos os profissionais psicossociais e da área da saúde que gentilmente aceitaram o convite de participar nas entrevistas focais, dando um valioso contributo para o estudo do fenómeno da literacia em saúde.

Por fim, a todas as pessoas idosas que acederam ser entrevistadas, fazendo dádiva do seu tempo e da intimidade das suas histórias de vida. Sem elas, este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

O presente e-book é um dos produtos resultantes do Projeto Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade, coordenado pela Escola Superior de Educação, em colaboração com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, financiado no âmbito do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde, promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian.

Esta obra está dividida em três capítulos. O primeiro relativo ao enquadramento da literacia e da literacia em saúde, em Portugal e no Mundo. Integra uma descrição e análise dos resultados obtidos no âmbito da literacia em saúde das populações e da população idosa em particular. Por fim, são descritos, de forma sucinta, alguns instrumentos de avaliação do grau de literacia em saúde e da sua utilidade para o desenvolvimento da promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades. No segundo capítulo são descritos os dois estudos desenvolvidos sobre a temática da literacia em saúde: um de cariz quantitativo, que pretendeu avaliar o grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas (n=433); e outro, de cariz qualitativo, que pretendeu determinar as representações, perceções e práticas institucionais e profissionais de um grupo de profissionais da área da saúde e de intervenção psicossocial (n=26) no âmbito da literacia em saúde. No final de cada um dos estudos são feitas as discussões dos resultados obtidos. No terceiro capítulo, e com base nas discussões previamente realizadas, são dadas pistas para a intervenção socioprofissional e clínica com vista a facilitar o empoderamento das pessoas, tanto no acesso à informação, como no desenvolvimento de atitudes proativas.

CAPÍTULO I

Portugal, e os países ocidentais da Europa de uma forma geral, têm sido confrontados com mutações demográficas de escala muito ampla e significativa, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais.

A evolução demográfica recente em Portugal caracteriza-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários séniores e uma redução do peso da população jovem ativa, como resultado da diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade e consequente aumento da esperança de vida. Dados oficiais disponíveis nos Censos indicam uma relação, em 2010, de 118 pessoas idosas por cada 100 jovens, tendo o número de idosos com mais de 80 anos passado de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010. Complementarmente, o número de cidadãos portugueses residentes com idade superior a 65 anos evoluiu de 1.693.493 sujeitos, em 2000, para 2.010.064, em 2010 (Lemos, 2013). As projeções divulgadas por entidades nacionais e internacionais sugerem que o envelhecimento demográfico irá continuar a acentuar-se no futuro e segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), para o período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio da população residente em Portugal na ordem dos 22% (10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes) e um continuado e forte envelhecimento demográfico. De acordo com dados apresentados no relatório “Índice Global de Envelhecimento, 2013”, Portugal ostenta uma elevada percentagem (26,6%) de pessoas idosas, sendo expectável que esse valor aumente para 40,4% até 2050, passando de oitavo para segundo lugar relativamente à população idosa, entre 195 países (INE, 2014).

Atendendo às projeções do Eurostat (2011), para os 27 Estados-Membros da União Europeia (UE) e os países da EFTA, para o período 2011-2060, a população portuguesa com 65 anos ou mais passa de 18% em 2010 para 32 % em 2060. A população com 80 anos ou mais passa de 4,5% para 13,5% no mesmo período. Esta conjuntura representa já uma diminuição do crescimento económico potencial e, ao mesmo tempo, aumenta a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde e cuidados a longo prazo constituindo uma pressão substancial a nível económico para os países, impondo fortes estrangulamentos na sustentabilidade do modelo atual de organização social, baseado nos princípios do Estado Social. Ao nível do sistema nacional de saúde, o aumento de esperança média de vida impõe maior necessidade de cuidados de saúde e, consequentemente, de utilização dos serviços de saúde, sobretudo resultantes do aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, bem como do aumento de incapacidades

que limitam a funcionalidade e independência, originando o aumento significativo dos custos em saúde e a reorganização e ajustamento do sistema a esta especificidade. Segundo os Censos 2011, o índice de dependência total agravou-se na última década em 4%, aumentando de 48% em 2001, para 52% em 2011, como resultado do aumento do índice de dependência das pessoas idosas, que aumentou cerca de 21% na última década (Censos, 2011).

Após este breve enquadramento demográfico, em seguida inicia-se a problematização sobre a temática da literacia básica para, posteriormente, se analisarem as conexões entre a literacia geral e a literacia em saúde. O estado da arte põe em relevo as associações que se estabelecem entre ambos os tipos de literacia, assim como os fatores individuais, contextuais e ambientais que concorrem para a literacia em saúde. A população idosa é objeto particular deste enquadramento, dada a sua elevada vulnerabilidade perante a concretização do exercício de cidadania neste contexto específico – o da saúde. No final do capítulo são apresentados alguns instrumentos que permitem de forma rápida e fácil avaliar o nível de literacia em saúde das pessoas, com vista a preparar o terreno para uma comunicação em saúde personalizada, potenciadora da participação e empoderamento dos sujeitos.

1.1 Literacia

Só nos anos 70 começam a desenvolver-se os primeiros estudos sobre a literacia das populações, inscrevendo-se em duas grandes áreas com focos teóricos e metodológicos distintos: Psicologia Cognitiva, que estuda o indivíduo e as suas competências, e, a partir daqui, traça perfis de literacia; e a Sociologia, que investiga o sujeito no seu contexto e esboça quadros sociais (Ávila, 2008). Lyman, em 1979, define o conceito de literacia como “a habilidade de compreender matérias, ler criticamente, usar materiais complexos e aprender por si mesmo” (Lyman, 1979, p. 196). Daqui depreende-se a amplitude e transversalidade do conceito e a plataforma que a mesma exige para a ação reflexiva e para a ação participativa e, por isso, essencial para o exercício da cidadania. Em Portugal, é nos anos 90 que se iniciam os primeiros estudos sobre este fenómeno. Ana Benavente e colegas, em 1996, desenvolveram o Estudo Nacional de Literacia, com uma amostra representativa e estratificada de 2449 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. O estudo revelou dados preocupantes, evidenciando que o perfil dominante na população portuguesa (37%) enquadrava-se no nível mais baixo, nível 1, relativamente às competências de leitura, de escrita e de cálculo. No estudo, conclui-se

que “muitos adultos têm sérias dificuldades de processamento da informação escrita” (Benavente et al., 1996, p.396), o que, em consequência, limita a “capacidade de participação na vida social, em planos como os do exercício da cidadania, das possibilidades profissionais e do acesso à cultura”. Os autores verificaram ainda que 10,3% da amostra se situava no nível 0, ou seja, mostrava ausência de capacidade para resolver as tarefas propostas e que este nível era o mais predominante no grupo etário dos 55-64 anos.

Apesar de não se terem encontrado diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível da literacia, verificaram-se relações diretas entre o nível de literacia e a condição/classe social, assim como a condição perante o trabalho. Neste domínio, concluiu-se que as classes ligadas à área agrícola e as pessoas reformadas eram aquelas onde os níveis de literacia são mais baixos, 80% e 75% respetivamente, situam-se entre os níveis 0 e 1.

Concluiu-se, também, que 60% das mulheres domésticas não ultrapassam o nível 1, talvez pelo facto de não terem tanta oportunidade de desenvolver e atualizar competências adequadas ao desenvolvimento acelerado da sociedade contemporânea. No que diz respeito ao habitat, os dados permitem concluir que quanto mais urbano, mais alfabetizado, sendo que os sujeitos residentes em meios rurais, isolados ou aldeias apresentam níveis de literacia deficientes.

Em termos gerais, conclui-se que o índice de literacia da população portuguesa era bastante baixo e que os piores níveis de literacia estavam associados à baixa escolaridade, a escalões etários mais elevados, às mulheres (apesar de não se terem verificado diferenças significativas), às classes sociais ligadas à agricultura, nomeadamente camponeses e assalariados agrícolas, aos reformados e pessoas domésticas, à região Centro e Alentejo e aos meios rurais ou isolados. Por fim, e quanto ao desejo de melhorar as competências de literacia, nem todos os indivíduos que se localizam nos níveis 0 ou 1 mostram este desejo. Apesar de conscientes relativamente ao seu grau de literacia, parece haver uma naturalização da dependência de terceiros para realizar tarefas e resolver problemas que impliquem a mobilização e transferência de competências. Esta recusa, segundo Benavente e colaboradores (1996, p.168), deverá estar associada a “sentimentos de impotência para lhe fazer frente”.

Embora o grau de escolaridade apareça relacionado com o grau de literacia, os estudos, nomeadamente o supracitado, indicam que esta relação não é direta nem linear, pois nem todos os indivíduos com o mesmo grau de escolaridade apresentam o mesmo nível de literacia, nem todas as pessoas que apresentam um grau de habilitações académicas elevado apresentam um nível superior de competências. Parece, então, evidente que, apesar do aumento dos anos de escolaridade, as pessoas evidenciam incapacidades no domínio

da leitura, da escrita e do cálculo. Neste sentido, Monteiro (2009, p.17) refere que uma aprendizagem insuficiente e pouco utilizada pode traduzir-se “na incapacidade de utilizar essa mesma aprendizagem na vida quotidiana, com consequências a vários níveis”. Outro estudo que merece a nossa atenção pela sua singularidade e amplitude, foi o estudo desenvolvido por uma equipa de investigadores de 7 países europeus (Alemanha, Áustria, República-Checa, Portugal, Eslovénia, Reino Unido e Suíça), no âmbito do Projeto LARA (2008, citado por Antunes, 2002) - Learning a Response to Ageing. A pergunta de partida utilizada foi: O que precisamos dominar para sermos capazes de envelhecer bem? Em resposta a esta pergunta, a equipa identificou as áreas em que as pessoas tendem a envolver-se ao longo do percurso das suas vidas e nas quais necessitam de funcionar com sucesso para “envelhecerem bem”. Entre outras literacias para o envelhecimento, os participantes identificaram a Literacia Financeira, a Literacia Emocional, a Literacia Cívica/Comunitária, a Literacia de Saúde e a Literacia Tecnológica. A par da identificação destas áreas, a equipa listou um conjunto de competências que as pessoas necessitam de desenvolver para desempenhar um papel ativo e construtivo em cada uma das literacias, percebendo-se, desta forma, a transferibilidade de conhecimentos que umas áreas podem ter nas outras. O grupo defende que a aprendizagem não depende nem da predisposição para a aprendizagem, nem do nível de escolaridade anterior. A sua principal fonte é a experiência de vida e a sua aplicação espontânea entre os indivíduos cujo percurso de vida pode ser considerado, por eles e pelos outros, como de sucesso. Esta transferibilidade de conhecimentos e competências é também identificada por Rootman e Ronson (2005) que, a partir da revisão da literatura, encontraram evidências diretas entre o grau de literacia básica e outras literacias – cultural, em saúde, científica, etc.. No que se refere em particular ao nível da literatura geral e dos seus efeitos na saúde, os autores encontraram relação com o estado geral de saúde, com a saúde mental e com a comorbilidade. A este respeito, Rootman e Ronson (2005) salientam que deve ser dada especial atenção aos problemas na compreensão das instruções dos medicamentos, sendo as pessoas mais velhas as mais vulneráveis a este fenómeno. Além disso, e no que diz respeito a eventuais determinantes da literacia, os autores salientam a educação, a cultura, o género, as condições de vida, o desenvolvimento infantil, a capacidade pessoal e o próprio envelhecimento. Também no referencial da Organização Mundial da Saúde (2002, p. 9) é realçado que “baixos níveis de educação e analfabetismo estão associados com o aumento de risco de invalidez e morte entre pessoas com mais idade”. Assim, e apesar de não se poder estabelecer uma relação direta entre grau de instrução e literacia básica e, em particular, literacia em saúde, estas variáveis parecem andar de mãos dadas.

Esboçado, entre outros aspetos, o perfil da população portuguesa em termos de literacia básica e a relação entre alguns determinantes relacionados com a literacia, em seguida, centraremos a nossa exploração na literacia em saúde, foco do nosso particular interesse e dos estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade.

1.2 Literacia em Saúde

À semelhança do que acontece com o termo literacia, literacia em saúde é também um conceito relativamente novo, aparecendo na literatura apenas há cerca de 35 anos (Xie, 2012). A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida” (WHO, 1998, p.10).

O conceito evoluiu, ao longo das várias décadas, da simples aplicação na leitura, escrita e competências matemáticas para o domínio da saúde, para se tornar num conceito multidimensional (Institute, & Ageing, 2012). A ligação com o empoderamento e a participação subentendem esta complexidade, envolvendo não só o conhecimento, mas também competências cognitivas e sociais, confiança e motivação, conforme defende Almeida (2009).

A literacia em saúde é, segundo esta linha de pensamento, uma componente essencial para que os indivíduos sejam capazes de ter uma participação efetiva no processo de tomada de decisão, processo este que requer 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 diferentes profissionais de saúde (e.g., Santos, 2010; Toçi, Burazeri, Sorensen, Jerliu, Ramadani, Roshi, & Brand, 2013). Nutbeam (2000) contribui largamente para a construção do campo teórico da literacia em saúde, ao propor um modelo composto por três grandes tipos de literacia em saúde: literacia em saúde funcional, que tem por objetivo a obtenção de informação factual da utilização de serviços e informação relacionada com os riscos de saúde; literacia em saúde interativa/comunicativa, que visa o desenvolvimento das capacidades pessoais no âmbito de uma envolvente capaz de dinamizar a ação independente do indivíduo na melhoria da motivação e autoconfiança no que respeita à saúde; e literacia em saúde

crítica, que permite o enquadramento do indivíduo e da comunidade através da utilização do conhecimento sobre determinantes de saúde.

As pessoas com um nível de literacia crítica em saúde demonstram uma maior sensibilidade relativamente ao impacto social da saúde (e.g., o aumento da qualidade de vida contribui para o desenvolvimento do capital social) e, por esse motivo, tendem a envolver-se em ações que visam mudanças sobre os determinantes socioeconómicos na saúde (competências pessoais, educação, estatuto socioeconómico, condições de vida e de trabalho) (Nutbeam, 2000).

Exemplificando, o indivíduo para ser literado em termos de saúde deve ser capaz de ler e escrever (literacia funcional), deve dispor de um conjunto de recursos cognitivos que podem ser utilizados para recolher e atribuir significado à informação (literacia interativa) e deve dispor de competências cognitivas mais complexas que possam ser aplicadas para analisar a informação de forma crítica, “utilizando-a e gerindo-a de forma eficaz no sentido de garantir maior controlo sobre a vida em geral e em situações específicas que impliquem a decisão comportamental e/ou a resolução de problemas” (Santos, 2010, p. 130). Das evidências empíricas sobre este objeto de estudo, não restam dúvidas relativamente ao impacto da literacia em saúde no estado geral de saúde (Kim, 2009; Kim, & Yu, 2010) e em piores indicadores de saúde (Bennett, Chen, Soroui & White, 2009; Kim, 2009; Osborn, Weiss, Davis, Skripkauskas, Rodrigues, Bass, & Wolf, 2007). Contudo, e conforme defendem Kim e Yu (2010), escasseiam os estudos que elucidem acerca dos fatores mediadores da associação entre estas duas variáveis.

Uma literacia em saúde baixa relaciona-se, entre outras variáveis, com as dificuldades dos pacientes em compreenderem informações de saúde e em seguirem instruções médicas (Baker, Williams, Parker, Gazmararian, & Nuss, 1999; Baker, Wolf, Feinglass, Thompson, Gazmararian, & Huanget, 2007; Davis, Wolf, Bass, Thompson, Tilson, Neuberger, et al., 2006; Parker, Ratzan, & Lurie, 2003); com fracos conhecimentos sobre o seu estado de saúde e fraca saúde (Kim, 2009; Kim, & Yu, 2010; Osborn, Paasche-Orlow, Bailey, & Wolf, 2011; Wolf, Gazmararian, & Baker, 2005); menor utilização de serviços preventivos (e.g., a vacinação) e menor número de consultas médicas de rotina (Baker et al., 2004; Bennett, 1998; Davis, 1996; Lindau, Basu, & Leitsch, 2006; Rogers, Wallace, & Weiss, 2006; Rootman, & Ronson, 2005); aumento no número de hospitalizações e custos médicos (Baker et al., 2002; Rootman, & Ronson, 2005); índices mais elevados de mortalidade (Baker et al., 2007; 2008); ineficácia em lidar com situações de emergência (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2006); níveis mais elevados de dor (Kim, 2009). Além disso, uma inadequada literacia em saúde poderá influenciar também as crenças

do sujeito quanto ao diagnóstico (Bennett et al., 2009; Kim, 2009; Kim & Yu, 2010; Wolf et al., 2005), à adesão terapêutica (Martin et al., 2009; Williams et al., 1998) e o nível de participação na tomada de decisão clínica (Osborn et al., 2011). Williams e colaboradores (1998), particularizando as situações de doença crônica, como a diabetes e a hipertensão, concluem que uma literacia em saúde inadequada prejudica a educação, o conhecimento e o tratamento destas doenças.

De acordo com Bennett e colegas (2009), a motivação das pessoas para a adoção de comportamentos de autocuidado ou para a adesão a tratamentos correlaciona-se positivamente com o apoio percebido pelos sujeitos relativamente ao suporte dado pelos profissionais de saúde e essa percepção surge, frequentemente, associada à capacidade de adequação da linguagem desses profissionais aos níveis de literacia dos utentes. Nesse sentido, a fim de se afirmarem como agentes educativos, os profissionais do sistema de saúde deverão ser capazes de adaptar a linguagem técnico-científica, sob pena de comprometerem a comunicação com os utentes e os objetivos da sua intervenção.

Os profissionais de saúde utilizam, frequentemente, uma linguagem técnica que, dada a sua especificidade, não é compreendida pela maioria das pessoas que recorrem aos serviços de saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012). Por sua vez, muitos dos utentes desses serviços de saúde sentem-se inibidos para solicitar esclarecimentos aos profissionais de saúde, acabando por cumprir, de modo mais ou menos eficaz, instruções que não compreendem (Mårtensson, & Hensing, 2012). A comunicação na saúde parece, deste modo, constituir um aspeto fundamental na promoção da motivação para usar informações e serviços para melhorar a saúde pessoal, empoderando e aumentando o sentido de autoeficácia das pessoas e das respetivas comunidades (Antunes, 2014). Por outro lado, pressupõe uma partilha de responsabilidade entre cidadãos e profissionais de saúde pela gestão bem-sucedida da saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012), entendendo que qualquer intervenção promotora da literacia em saúde deve envolver não apenas as pessoas (no sentido de melhorar os seus níveis de literacia fundamental, científica, cultural e cívica...), mas também os diversos profissionais de saúde e demais serviços (no sentido de os consciencializar para a necessidade de encorajarem as pessoas a partilharem dúvidas acerca das suas condições de saúde, instruções, opções de tratamento), a fim de asseverar uma tomada de decisão efetivamente fundamentada (Antunes, 2014).

Conclui-se, assim, que a perspetiva da literacia em saúde, enquanto fenómeno abrangente e dinâmico, exige uma intervenção que não se coaduna com o recurso exclusivo a estratégias informativas. Tão importante como dotar as

pessoas de conhecimentos acerca da saúde é motivá-las para procurarem informação e utilizarem, de modo eficiente e eficaz, os serviços disponíveis, no sentido de gerirem com sucesso a própria saúde. Contudo, motivar as pessoas para a ação depende também da percepção das mesmas acerca do suporte e do apoio proporcionados pelos profissionais de saúde, pelo que promover índices mais elevados de literacia em saúde implicará também desenvolver competências sociais de comunicação desses profissionais.

1.3 Literacia em saúde em pessoas com mais de 65 anos

Embora escassos, existem alguns trabalhos centrados na temática da literacia em saúde das pessoas idosas. Estes evidenciam níveis inferiores de literacia nessas faixas etárias (e.g., Kutner, Greenberg, Jin, Boyle, & Hsu, 2006; Rootman, & Ronson, 2005), ao mesmo tempo que apoiam a ideia de que a baixa literacia pode constituir-se como um fator de risco tanto para as desigualdades em saúde, como para o acesso aos cuidados de saúde (Sudore et al., 2000).

Em termos gerais, tem sido investigada a associação entre a literacia em saúde e as características individuais, sociais e económicas. Tem sido destacado que a prevalência de baixa literacia em saúde é maior nas pessoas com baixo estatuto socioeconómico, nas pessoas idosas, com alguma condição física ou mental crónica e naqueles que vivem fora de grandes zonas urbanas (Baker et al., 2007; Baker et al., 2008; Federman et al., 2009; Ickes, & Cottrell, 2010; Martin et al., 2009; 2002; Speros, 2005). Ora, estes dados são realmente alarmantes na medida em que as pessoas que mais necessitariam de ter competências na gestão da sua saúde são as que se encontram em situação mais desfavorável e vulnerável. Em contexto português, Luís (2010) desenvolveu um estudo junto de uma amostra de 384 sujeitos com mais de 15 anos, com vista a estudar o nível de literacia em saúde dos consumidores e verificar a relação entre este e o comportamento relativo ao consumo de alimentos, utilizando o Newest Vital Sign (NVS©, Pfizer Inc. Used with permission, 2014). Concluiu que quanto mais idosos são os inquiridos, menor é o nível de literacia em saúde.

De igual forma, Fernandes (2012), utilizando o mesmo instrumento que o estudo conduzido por Luís (2010), avaliou o grau de literacia em saúde de uma amostra de 79 pessoas idosas, tendo concluído que cerca de 80% das pessoas tinha baixa literacia em saúde.

Muito recentemente foram apresentados os resultados preliminares do Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado (HLS- EU-PT, 2014) em 9 países (Portugal, Polónia, Holanda, Irlanda, Espanha, Grécia, Alemanha, Bul-

gária e Áustria). O questionário integra três domínios da saúde (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença) e quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão (acesso, compreensão, avaliação e utilização) e é constituído por 47 questões. Em termos globais, avalia o grau de dificuldade que é percebido pelo indivíduo na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde, sendo os resultados apresentados em níveis: “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”.

No que diz respeito à amostra portuguesa, os dados indicam que os graus de literacia em saúde em geral, de literacia em saúde de cuidados de saúde, de prevenção da doença e de promoção da saúde são, em geral, “problemáticos”, 44,4%, 38,9%, 35,7% e 37,8% respetivamente. Particularizando a variável idade, o estudo permite concluir que 50% das pessoas com mais de 76 anos tem um grau de literacia em saúde geral “inadequado”, contra 25% das pessoas com idades compreendidas entre os 66 anos e os 75 anos. Além disso, verificou-se que as pessoas com mais de 66 anos apresentam um nível “problemático” de literacia em saúde geral; 45,8% das pessoas com idades compreendidas entre os 66-75 anos e 40% das pessoas com mais de 75 anos (Saboga-Nunes, & Sørensen, 2013).

Outro dado igualmente relevante refere-se às diferenças regionais registadas, pontuando-se neste domínio que é no Norte do país e na região Autónoma da Madeira, que as percentagens de níveis “inadequados” de literacia em saúde são maiores, 25,4% e 30% respetivamente.

Perante este quadro justifica-se um investimento numa perspetiva estratégica de longo prazo face às questões da saúde e do envelhecimento. Nesta ótica, a WHO (2002) destaca o papel da educação e da aprendizagem ao longo da vida no desenvolvimento de competências e confiança necessárias à adaptação e à independência. As estratégias de comunicação são, por si só, muito úteis para a difusão de informação, mas também para se criarem contextos mais favoráveis à mudança ao incluírem o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e críticas de ação social e política, de cariz individual, mas também comunitário. Neste âmbito, o desenvolvimento de competências críticas exige, conforme sugere Nutbeam (2008), vivências informais e processos comunicativos e educativos que convidem à “interação, participação” (p. 2075).

Como visto até ao momento, a avaliação do grau de literacia em saúde é um aspeto fundamental para se intervir e promover a saúde em geral, uma vez que cenários de literacia em saúde limitados permitem antecipar dificuldades significativas no que diz respeito, por exemplo, à compreensão de prescrições médicas, a instruções relacionadas com a saúde, a mais hospitalizações, a maiores custos com cuidados com a saúde e a pior estado geral de saúde.

Esta avaliação permite, entre outros aspetos, que os profissionais de saúde identifiquem as pessoas que podem necessitar de cuidados especiais ao nível da comunicação e, em sequência, beneficiem de intervenções em ambientes clínicos específicas (Apolinario, Braga, Magaldi, Busse, Campora, Bruski, & Lee, 2012). É sobre este âmbito que nos centraremos em seguida.

1.4 Instrumentos de avaliação do grau de literacia

Até muito recentemente não havia muitos instrumentos que permitissem quantificar o nível de literacia em saúde da população devido, como se viu anteriormente, à complexidade em avaliar este constructo. Segundo Nutbeam (2000), os instrumentos que existiam limitavam-se a avaliar a componente funcional da literacia em saúde (ou seja, competências de leitura e numéricas), não captando a natureza multidimensional do constructo (por exemplo, não avaliando competências de negociação com profissionais de saúde). Neste sentido, e com vista a operacionalizar o conceito, têm vindo a surgir instrumentos que permitem uma melhor medição desta variável.

Um dos instrumentos que merece realce é o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM, Davis, Long, Jackson, Mayeaux; George, Murphy, & Crouch, 1993). Mede somente competências numéricas e utiliza, para o efeito, perguntas sobre tamanhos de porções alimentares. É um teste de reconhecimento de 66 termos e conceitos médicos colocados por ordem de complexidade e pelo número de sílabas e dificuldade de leitura, começando por palavras simples monossilábicas e terminando em palavras mais complexas. Os indivíduos fazem a leitura, em voz alta, da lista de palavras enquanto se regista o número de palavras pronunciadas de forma correta. A escala varia entre 0 (nenhuma palavra correta) e 66 (todas as palavras corretas). A literacia em saúde é dividida em quatro categorias, consoante o número de palavras pronunciadas corretamente, e que correspondem, posteriormente, a níveis de escolaridade: 0– 18 (3.º ano), 19 – 44 (4.º ao 6.º anos), 45 – 60 (7.º e 8.º anos) e 61 – 66 (9.º ano). É de rápida aplicação, demorando entre 2 a 7 minutos a ser preenchido.

O Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA, Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) avalia a literacia funcional usando, para tal, materiais de cuidados de saúde (informação para o paciente, receitas, impressos para registos e instruções para testes de diagnóstico), a numeracia e a compreensão da leitura. A escala de compreensão de leitura é respondida pelo paciente, enquanto a de numeracia é feita por entrevista. A versão longa demora cerca de 22 minutos a ser aplicada, ao passo que a versão reduzida necessita de 7-12 minutos.

O Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy (Chew, Bradley, & Boyko, 2004) pretende identificar pacientes com inadequada/marginal literacia em saúde. Contém 16 perguntas e as respostas são dadas a partir de uma escala likert de 5 pontos (sempre, muitas vezes, às vezes, ocasionalmente e nunca). As perguntas pretendem avaliar as dificuldades que o indivíduo tem, por exemplo, na compreensão de informação escrita pelos prestadores de cuidados de saúde, no preenchimento de formulários médicos, ao ler sinais e indicações nos hospitais.

O Newest Vital Sign (NVS, Weiss, Mays, Martz, Castro, DeWalt, Pignone, & Mockbee, 2005), instrumento escolhido no âmbito do Projeto Literacia em saúde, trata-se de um instrumento de aplicação rápida (cerca de 3 minutos), com apenas seis itens, que implica a interpretação de informação escrita e de informação numérica. Antes de responder a cada item, a pessoa é convidada a ler as informações que constam numa etiqueta nutricional.

Os autores aplicaram o instrumento a uma amostra de 500 participantes, 250 de língua materna inglesa e 250 de língua materna espanhola. Para a versão em inglês do NVS, a fiabilidade foi considerada aceitável ($\alpha = 0,76$), para a versão em espanhol, a fiabilidade foi considerada questionável ($\alpha = 0,69$). Em contexto português, Fernandes (2012) verificou uma fiabilidade do instrumento como aceitável ($\alpha = 0,76$).

Em suma, a Educação destaca-se como sendo um dos fatores que concorre para a literacia em saúde e, por esse motivo, muitos são os autores que defendem o desenvolvimento de intervenções educacionais. No entanto, será erróneo confinar tais intervenções ao processo de ensino-aprendizagem de competências de leitura, escrita e numeracia, uma vez que, à luz da perspetiva multideterminada de literacia em saúde, o conceito de Educação ultrapassa os limites da escolarização, sendo assumido como um processo emancipatório do ser humano e “uma forma de intervenção no mundo” (Freire, 1996, p.61). Nesse sentido, o desenvolvimento de intervenções educacionais orientadas para a promoção da literacia em saúde visará não apenas o aumento de conhecimento acerca da saúde, mas também, e sobretudo, o desenvolvimento de competências pessoais passíveis de motivar as pessoas para a melhoria de resultados a nível da saúde pessoal e para a realização de mudanças nos determinantes socioeconómicos na saúde.

Importa, então, que as pessoas sejam capazes de receber, compreender e assimilar a informação que lhes é transmitida acerca do seu estado de saúde, não só pelos profissionais da área mas também pelos restantes meios (folhetos informativos, anúncios), para que possam ser pró-ativos na promoção da sua própria qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial.

CAPÍTULO II

No presente capítulo serão apresentados os dois estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade. No primeiro subcapítulo, será apresentado o estudo relativo ao grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas, o qual utilizou dois instrumentos: o Newest Vital Sign (NVS ©, 2014, Pfizer Inc. Used with permission), que avalia o grau de literacia em saúde, e o WHOQOL, que avalia o estado de saúde geral e a qualidade de vida. Os resultados incidem nos resultados descritivos obtidos a nível da literacia em saúde, nas qualidades métricas do instrumento usado, bem como as relações entre o grau de literacia em saúde, o estado de saúde geral e algumas características sociodemográficas. No segundo subcapítulo, é descrito o estudo qualitativo sobre as representações, perceções e práticas institucionais e profissionais de um grupo de profissionais da área da saúde e de intervenção psicossocial no âmbito da literacia em saúde. Os dados permitem perceber, de forma global, os desafios que se colocam na promoção da literacia em saúde, assim como das práticas que devem ser desenvolvidas com vista a esta promoção.

2.1 ESTUDO QUANTITATIVO: Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas

O presente estudo pretendeu: avaliar as qualidades métricas do instrumento de literacia em saúde, o NVS, junto de pessoas idosas; avaliar o grau de literacia em saúde de pessoas idosas em Portugal; conhecer a associação entre o grau de literacia em saúde, o estado de saúde geral e características sociodemográficas dos participantes.

2.1.1 MÉTODO

2.1.1.1 Participantes

Neste estudo participaram 433 adultos com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos de idade ($M=76$ anos; $DP=7.30$), sendo 66% dos sujeitos do sexo feminino e 34% do sexo masculino (cf. Figura 1). A área de residência dos

participantes correspondeu essencialmente à região norte, especificamente ao distrito do Porto (89%), mas foi bastante diversa, abrangendo um total de oito distritos, nomeadamente Viana do Castelo (4%) e Braga (2%), e um total de 31 concelhos (cf. Figura 2).

Figura 1. Percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino (N = 433)

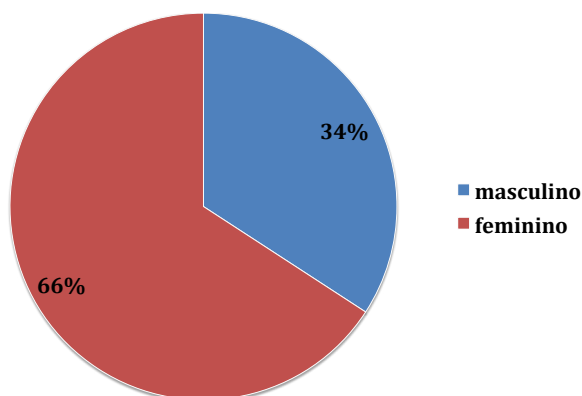
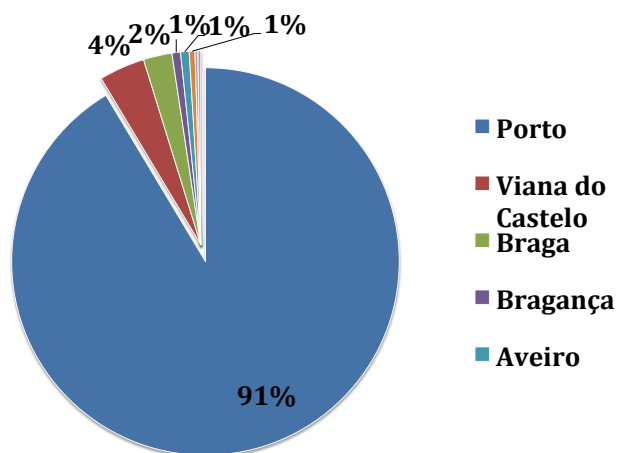


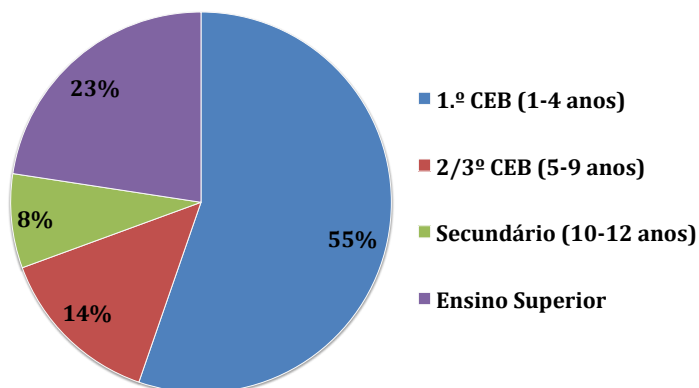
Figura 2. Percentagem de participantes por área de residência (N = 419)



No que se refere às habilitações académicas, a maioria dos participantes tem no máximo o 4.º ano de escolaridade (55%), existindo, contudo, uma percentagem assinalável de sujeitos com um curso superior (23%), conforme pode ser visualizado na Figura 3. As profissões exercidas pelos sujeitos incluíam desde

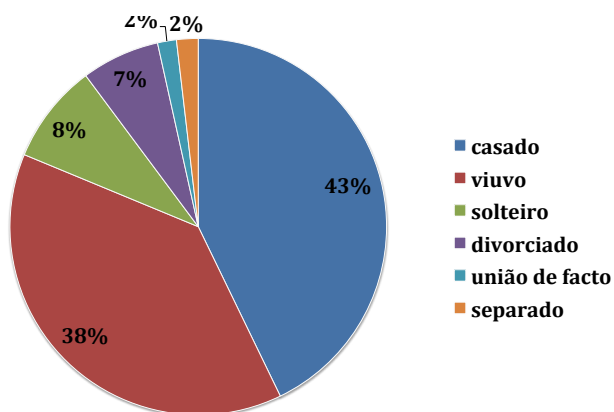
quadros superiores, técnicos e profissionais, a agricultores e trabalhadores não qualificados. As profissões mais referidas foram: professor (10%), doméstica (9%), conserveira (3%), engenheiro (3%), costureira (3%), empregada de limpeza (3%), comercial (2%) e agricultor (2%).

Figura 3. Percentagem de participantes de acordo com as habilitações académicas (N = 425)



Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos participantes é casado (43%) ou viúvo (38%), como indica a Figura 4.

Figura 4. Percentagem de participantes de acordo com o estado civil (N = 432)



Quanto ao estado de saúde em geral, cerca de metade dos participantes referiu ter algum tipo de doença (45%), sendo as doenças referidas bastante variadas: diabetes, 15%; problemas relacionados com o colesterol, 9%; hipertensão, 8%; e osteoporose, 5%. No conjunto destes participantes, a grande maioria dos participantes está a ser acompanhado por um médico em consulta externa (74%).

2.1.1.2 Instrumentos

Newest Vital Sign (NVS ©, 2014, Pfizer Inc. Used with permission)

O NVS avalia a literacia para a saúde em adultos. Recorre ao rótulo nutricional de uma embalagem de gelado e contempla seis questões. Estas, de resposta fechada, implicam competências de literacia variadas, incluindo competências de leitura e de matemática, nomeadamente a consulta e interpretação da informação disponibilizada (ex., “Suponha que é alérgico a (...). É seguro para si comer este gelado?”; “Se consumir a embalagem inteira, quantas calorias estará a consumir?”) e a realização de inferências e de cálculos mentais (ex. “se lhe for permitido consumir 60 gramas de hidratos de carbono numa sobremesa, que quantidade de gelado pode comer?”). As respostas são cotadas tendo por base critérios específicos e pré-definidos. O total é obtido através da soma das respostas certas. Este instrumento, desenvolvido por Weiss e colaboradores (2005), apresentou características psicométricas adequadas para uma amostra de 500 sujeitos nos Estados Unidos, incluindo boa consistência interna e validade convergente. Este instrumento mostra assim ser adequado para examinar e despistar de forma rápida os níveis de literacia na área da saúde, os quais permitem que os sujeitos naveguem de forma eficaz no sistema de saúde. Apesar de existir uma versão portuguesa (Luís, & Loureiro, 2008), não estão ainda disponíveis dados relativamente à sua adequação à população de idosos, estando este estudo entre os primeiros a usar o instrumento no contexto português.

Na presente amostra, o alpha de Cronbach obtido foi de .88, o que indica uma boa consistência interna dos dados.

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref).

O WHOQOL-bref, desenvolvido por um grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde em 1994 (World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL Group, 1994), pretende conhecer a qualidade de vida, saúde e outras áreas. É uma medida genérica, multidimensional e multicultural que pode ser preenchida por indivíduos quer saudáveis quer com um largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos. Este instrumento é constituído por 26 itens em que o indivíduo tem de assinalar apenas uma opção numa escala de tipo Likert de 1-5.

Os itens encontram-se agrupados em sete grupos, de acordo com os indicadores. Assim, para cada conjunto de itens, recorreu-se aos seguintes indicadores:

Para 11 itens

1- muito insatisfeito | 2- insatisfeito | 3- nem satisfeito nem insatisfeito
4- satisfeito | 5- muito satisfeito;

Para 7 itens

1- nada | 2- pouco | 3- nem muito nem pouco | 4- muito | 5- muitíssimo;

Para 5 itens

1- nada | 2- pouco | 3- moderadamente | 4- bastante | 5- completamente;

Para 2 itens

1- muito má | 2- má | 3- nem boa nem má | 4- boa | 5- muito boa;

Para 1 item

1- nunca | 2- poucas vezes | 3- algumas vezes | 4- frequentemente | 5- sempre;

Este questionário integra quatro domínios de qualidade de vida, especificamente os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, sendo ainda possível o cálculo de um indicador global, designado por Faceta Geral de Qualidade de Vida.

A versão portuguesa foi desenvolvida por Vaz Serra e colaboradores, em 2006. As análises psicométricas relativas à versão longa, composta por 100 itens, realizadas com uma amostra portuguesa de 604 indivíduos, mostraram valores adequados de consistência interna e de estabilidade temporal, tendo sido igualmente demonstradas a validade de construto e a validade discriminante (Vaz Serra, 2006). Assim, este instrumento parece apresentar boas características métricas para a população portuguesa.

No presente estudo, para calcular os domínios que integram o instrumento, foram seguidos os procedimentos de cotação propostos pelos autores, tendo-se obtido alphas de Cronbach, respetivamente, de .83 para o domínio Físico (7 itens), .82 para o domínio Psicológico (6 itens), .55 para as Relações Sociais (3 itens), .80 para o domínio Ambiente (8 itens), e .67 para faceta geral de qualidade de vida (2 itens). Estes valores revelam uma consistência interna adequada dos dados para todos os domínios, com a exceção das Relações Sociais, o que se pode compreender tendo em conta o reduzido número de itens que integram este domínio. Face a este último valor, a interpretação dos seus resultados requer alguma precaução.

2.1.1.3 Procedimentos

O teste de literacia em saúde foi inicialmente pilotado junto de alguns idosos, de modo a testar a compreensão das perguntas e a sua adequação. Posteriormente, foram contactadas várias instituições e serviços de apoio à terceira idade, nomea-

damente: Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Saúde e Universidades Sêniores, tendo sido apresentados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos idosos no mesmo. Após o contacto com as instituições, solicitou-se o preenchimento dos dois instrumentos de literacia em saúde e de qualidade de vida, tendo sido igualmente recolhida informação sociodemográfica.

A aplicação decorreu individualmente, sendo possível fazê-lo de três modos diferentes:

- Autoadministrado, em que após a leitura das instruções, o participante preenchia o questionário sem qualquer ajuda;
- Assistido pelo observador, em que este lia as instruções e explicava o modo de preenchimento do questionário, mas o respondente lia as questões e assinalava as respostas;
- Administrado pelo observador, em que este lia as instruções, as questões e assinalava a resposta dada pelo participante.

No Quadro 1, são apresentadas as frequências com que cada modo de administração dos instrumentos foi utilizado. Podemos verificar que os participantes preferiram ou preencher sem qualquer ajuda os questionários (46.2%) ou solicitar aos observadores o seu preenchimento (47.8%), sendo poucos os participantes que optaram por uma situação intermédia.

Quadro 1. Frequência de cada modo de administração dos instrumentos (N = 429)

	<i>n</i>	%
Autoadministrado	198	46.2
Assistido pelo observador	26	6.1
Administrado pelo observador	205	47.8

2.1.2 RESULTADOS

Começamos por apresentar os resultados descritivos relativamente à literacia em saúde, apresentando, de seguida, os resultados tendo por base as características dos participantes. Posteriormente, apresentamos as associações entre o grau de literacia em saúde e o grau de saúde, incluindo a presença de saúde e o nível de qualidade de vida reportados.

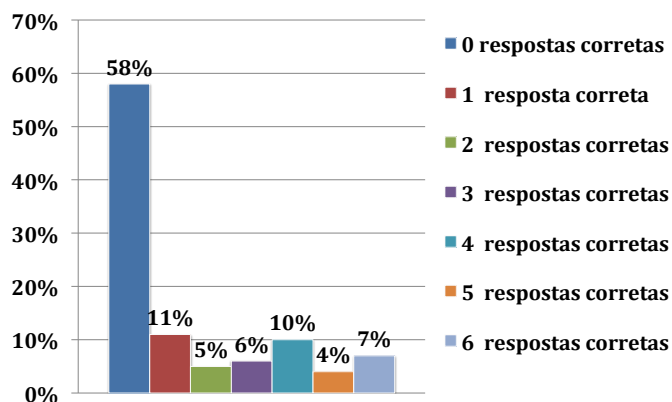
2.1.2.1 Literacia em saúde: resultados descritivos

No Quadro 2, são apresentadas as percentagens de respostas corretas obtidas em cada item, as percentagens de respostas em que os participantes não responderam ou referiram que não sabiam, e a média obtida no total do instrumento. Como se pode verificar, as percentagens de respostas certas são relativamente baixas, variando entre 18% (item 6) e os 31%. É ainda de assinalar que a maioria das pessoas optou por não responder, variando as percentagens de não resposta entre os 51% (item 1) e os 62% (item 4). De forma similar, a média foi de 1.36 (DP = 1.96), o que indica que os participantes em média acertaram uma resposta em seis, apesar do valor do desvio-padrão evidenciar bastante variabilidade. Adicionalmente, através da análise da Figura 5, podemos constatar que uma elevada percentagem de participantes não conseguiu responder ou optou por não responder a nenhuma questão (58%), enquanto que apenas 7% respondeu corretamente a todas as questões. Verificamos, assim, existirem níveis de literacia relativamente baixos entre os nossos participantes.

Quadro 2. Resultados obtidos no *Newest Vital Sign*

	Resposta correta		Não sabe/não responde		M	DP	Min	Max
	n	%	n	%				
Item 1	110	25%	220	51%				
Item 2	98	23%	238	55%				
Item 3	86	20%	259	60%				
Item 4	85	20%	269	62%				
Item 5	134	31%	228	53%				
Item 6	77	18%						
NVS total					1.36	1.97	0	6

Figura 5. Percentagem de participantes quanto ao número de respostas corretas no *Newest Vital Sign* (N = 433)



Diferenças nos níveis de literacia em saúde de acordo com o sexo

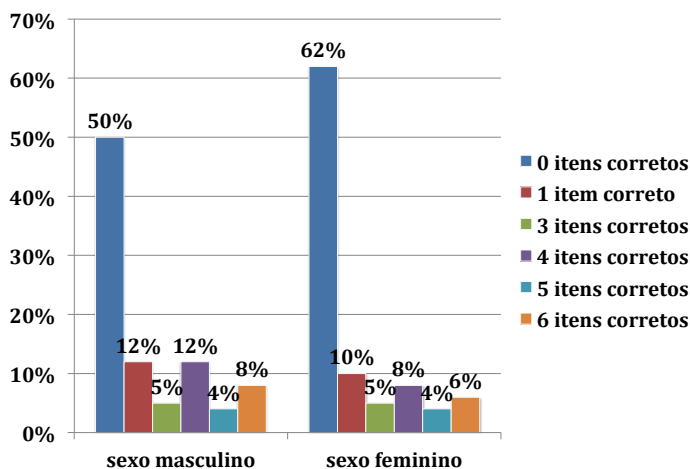
De seguida, procedemos à comparação entre os idosos do sexo feminino e do sexo masculino no que diz respeito aos níveis médios de literacia em saúde. Foram realizados testes t para amostras independentes a um nível de significância estatística de 5%. Para além da significância estatística dos resultados produzidos, recorreremos à magnitude do tamanho do efeito verificado. Para tal, foi calculado o coeficiente d de Cohen, que é baseado nas diferenças estandardizadas de médias, sendo $d = .20$ considerado um efeito pequeno ou modesto, $d = .50$ um efeito moderado e $d = .80$ um efeito importante (Cohen, 1992). Os resultados obtidos podem ser visualizados no Quadro 3.

Quadro 3. Testes t para comparação dos resultados obtidos a nível da literacia em saúde nos dois sexos; *Sujeitos com pelo menos um sucesso (N = 182)

	N	Sexo masculino		Sexo feminino		t	gl	p	d
		M	DP	M	DP				
NVS									
Literacia em saúde (total)	433	1.66	2.06	1.21	1.91	2.18	277.09	.030	0.71
Literacia em saúde*	182	3.31	1.74	3.19	1.79	0.44	180	.664	0.18

No que diz respeito aos níveis médios de literacia em saúde, verifica-se que os participantes do sexo masculino obtiveram notas médias mais elevadas do que os participantes do sexo feminino, $t(277.09) = 2.18$, $p < .05$. Esta diferença foi considerada estatisticamente significativa e o valor do coeficiente d de Cohen de $.17$ indica um efeito pequeno. Estas diferenças desaparecem, no entanto, quando excluimos os sujeitos com total insucesso na prova, que representam 58% da amostra. Para os 108 sujeitos do sexo feminino e 74 sujeitos do sexo masculino que têm pelo menos um sucesso no teste, as médias são próximas do valor médio de 3, respetivamente, 3.19 e 3.31, não sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(180) = 0.44$, ns. De facto, as diferenças a nível do género parecem residir na proporção de homens (50%) e mulheres (62%) com total insucesso no teste (cf. Figura 6). Um teste de qui-quadrado parece indicar que estas proporções são estatisticamente significativas, $\chi^2(1) = 5.86$, $p = .016$, pelo que se pode inferir que as mulheres têm maior probabilidade de não responderem corretamente a nenhum item no teste.

Figura 6. Percentagem de participantes de acordo com o número de respostas corretas no Newest Vital Sign relativamente ao género (N = 433)



2.1.2.2 Associações entre os níveis de literacia em saúde e a idade

De modo a conhecer a associação entre os níveis de literacia em saúde e a idade, foi calculada a correlação de Pearson a um nível de significância estatística de 5%. O coeficiente de correlação foi interpretado em termos do tamanho do efeito, de acordo com as convenções de Cohen (1992): um r de .10 é considerado pequeno (associação fraca), um r de .30 é considerado médio (associação moderada) e um r de .50 é considerado grande (associação forte). A associação encontrada foi negativa média, $r = -.34$, o que indica que os valores das duas variáveis tendem a variar em sentido inverso, ou seja, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avanço da idade.

2.1.2.3 Diferenças nos níveis de literacia em saúde de acordo com o nível de escolaridade

De modo a examinar o efeito do nível de escolaridade dos inquiridos nos níveis de literacia em saúde, tendo verificado que os dados não cumpriam os requisitos exigidos pela análise de variância, nomeadamente no que concerne à homogeneidade de variância, recorreu-se às análises não paramétricas, especificamente ao teste de Kruskal-Wallis, a um nível de significância estatística .05. Para identificar diferenças específicas entre os grupos, conduzimos testes

de Mann-Whitney, a um nível de significância estatística .0083, após a correção de Bonferroni. Recorremos aos quatro níveis criados para descrever a escolaridade dos inquiridos (nível 1 = até ao 4.º ano de escolaridade; nível 2 = entre o 5.º e 9.º anos de escolaridade; nível 3 = ensino secundário e nível 4 = ensino superior). Os resultados obtidos podem ser visualizados no Quadro 4.

Quadro 4. Comparação dos resultados obtidos no Newest Vital Sign de acordo com o nível de escolaridade

	1.º CEB (n = 235)		2.º/3.º CEB (n = 60)		Ensino Secundário (n = 34)		Ens. Universitário (n = 96)		G4 = G3 > G2 > G1
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
	Literacia em saúde	0.35	0.86	1.13	1.60	2.82	1.88	3.48	

Foi encontrado um efeito estatisticamente significativo, indicando existirem diferenças entre os vários grupos de sujeitos, $H(3) = 175.22$, $p < .001$. As análises Mann-Whitney permitiram verificar que os indivíduos com o 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB) (até 4 anos de escolaridade) apresentaram resultados mais baixos do que todos os outros grupos, $U = 5171.50$, $p < .001$, $U = 1184.00$, $p < .001$, $U = 2864.50$, $p < .001$. Da mesma forma, os indivíduos com o 2.º ou 3.º CEB apresentaram resultados mais baixos do que os grupos de sujeitos com o ensino secundário e o ensino universitário, respetivamente, $U = 520.00$, $p < .001$ e $U = 1212.50$, $p < .001$. Não se verificaram diferenças nas médias entre os indivíduos com ensino secundário e ensino superior, $U = 1292.50$, $p = .067$. Assim, e como seria de esperar, verifica-se que o nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis médios de literacia em saúde. De modo a conhecer o tamanho do efeito do nível de escolaridade, efetuou-se ainda o cálculo da correlação de Pearson entre o nível de escolaridade e os níveis de literacia em saúde, a um nível de significância estatística de 5%. A correlação de .67 indica uma associação forte.

2.1.2.4 Diferenças nos níveis de literacia em saúde de acordo com o estado civil

De modo a analisar o efeito do estado civil nos níveis de literacia em saúde, consideraram-se as diferenças entre os indivíduos casados ($n=185$) e os indivíduos viúvos ($n=166$). Os idosos solteiros ($n=37$), em união de facto ($n=7$),

separados (n=8) e divorciados (n=29) foram excluídos das análises, dado o número reduzido com que surgiram nesta amostra. Foram realizados testes t para amostras independentes, a um nível de significância estatística de 5%. Os resultados obtidos podem ser visualizados no Quadro 5.

Quadro 5. Testes t para comparação dos resultados obtidos a nível da literacia em saúde de acordo com o estado civil

	Casados (n = 185)		Viúvos (n = 166)		t	gl	p	d
	M	DP	M	DP				
Literacia em saúde	1.98	2.21	0.70	1.43	6.49	319.3	.000	0.51

Os indivíduos casados tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados do que os viúvos, $t(319.3) = 6.49$, $p < .05$. O valor do coeficiente d de Cohen de 0.68 indica um efeito moderado. Contudo, os grupos diferem também relativamente à idade, apresentando o grupo dos indivíduos viúvos uma média de idade mais elevada, $M = 79.86$, $DP = 6.23$, quando comparados com os sujeitos casados, $M = 73.77$, $DP = 6.80$, $t(349) = -8.74$, $p < .05$. Assim, procedemos novamente à comparação entre os dois grupos, controlando a idade. Os resultados mostraram que as diferenças entre os grupos se mantinham, mesmo quando controlada a idade, $F(1, 348) = 16.30$, $p < .05$. Assim, o estado civil parece desempenhar um papel relevante nos níveis de literacia em saúde entre os sujeitos destes dois grupos.

2.1.2.5 Grau de literacia em saúde e doença geral

Presença de doença

No que se refere à presença de doença, como se pode visualizar a partir do Quadro 6, verifica-se que os participantes que referem ter algum tipo de doença obtiveram notas médias mais baixas do que os participantes que referem não ter uma doença, $t(352.8) = -5.80$, $p < .05$. O valor d de Cohen de .57 indica um efeito moderado. Novamente, estes dois grupos diferem quanto à idade, tendendo os participantes com algum tipo de doença a ser mais velhos, respetivamente, 76.93 ($DP = 7.06$) e 74.73 ($DP = 7.36$), $t(428) = 3.14$, $p < .05$. Comparámos novamente os valores de literacia em saúde, controlando a idade e,

mais uma vez, os resultados mostraram que as diferenças entre os grupos se mantinham, mesmo quando controlada a idade, $F(1, 428) = 35.51, p < .05$.

Quadro 6. Testes *t* para comparação dos resultados obtidos a nível da literacia em saúde de acordo com o estatuto de doença

	Com alguma doença (<i>n</i> = 236)		Sem doença (<i>n</i> = 194)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Literacia em saúde	0.87	1.64	1.97	2.17	-5.80	352.8	.000	0.57

Saúde geral e qualidade de vida

No Quadro 7, são apresentadas as médias obtidas a nível dos vários domínios de qualidade de vida. Como se pode visualizar, as médias obtidas nos diferentes domínios variaram entre 69.39 (domínio geral) e 73.62 (relações sociais), o que indica níveis moderados de qualidade de vida.

Quadro 7. Resultados obtidos no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)
* 5=Concordo totalmente

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Geral	426	69.39	15.63	20.0	100
D1 Físico	428	69.54	14.17	25.7	100
D2 Psicológico	427	71.29	14.04	20.0	100
D3Relações Sociais	423	73.62	11.69	33.3	100
D4 Ambiente	427	70.46	11.17	20.0	100

De modo a conhecer as associações entre os domínios considerados no instrumento de avaliação da qualidade de vida, procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação *r* de Pearson, a um nível de significância estatística de 5%. Os resultados pode ser visualizados no Quadro 8.

Quadro 8. Correlações entre os domínios no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) * $p > .05$

	D1.	D2.	D3.	D4.	Geral
D1 Físico	-				
D2 Psicológico	0.64*	-			
D3 Relações Sociais	0.32*	0.44*	-		
D4 Ambiente	0.61*	0.69*	0.45*	-	
Geral	0.66*	0.67*	0.40*	0.65*	-

As associações encontradas foram positivas e no sentido esperado, indicando que os valores nos domínios variam no mesmo sentido. As associações foram de fracas a moderadas, verificando-se associações mais fracas entre o domínio Relações Sociais e os restantes domínios. Uma vez que este domínio apresentava uma consistência interna relativamente baixa, reforçamos a necessidade de cautela na interpretação destas associações. As restantes associações foram fortes, situando-se acima de .60, mostrando que a um nível mais elevado de qualidade de vida num destes domínios corresponde um nível mais elevado nos outros domínios.

2.1.2.6 Associações entre literacia em saúde e qualidade de vida

No sentido de compreender as associações entre o grau de literacia em saúde e os domínios de qualidade de vida, foi efetuado o cálculo dos coeficientes de correlação r de Pearson, a um nível de significância estatística de 5%. Como se pode visualizar a partir do Quadro 9, as associações encontradas são positivas e fracas, indicando que quanto mais elevada a perceção de qualidade de vida nos diferentes domínios, mais elevados são os resultados no teste de literacia em saúde. Uma vez que, como vimos anteriormente, a idade se associa aos níveis de literacia em saúde, bem como a um dos domínios da qualidade de vida, especificamente, ao domínio físico, $r = -.19$, repetimos as análises de correlação, controlando a idade. Verifica-se que as associações se mantêm, tal como reportado no Quadro 9.

Quadro 9. Correlações entre o grau de literacia em saúde (NVT) e os domínios no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref); * $p > .05$

	D1.	D2.	D3.	D4.	Geral
Literacia em saúde	0.31*	0.27*	0.11*	0.29*	0.31*
Literacia em saúde (controlando a idade)	0.26*	0.23*	0.11*	0.25*	0.26*

2.1.2.7 Sumário das qualidades métricas do Teste Newest Sign Vital

Os resultados apresentados permitiram determinar algumas qualidades métricas do Newest Sign Vital para esta amostra. No que diz respeito à fidelidade, analisada através do cálculo de alpha de Cronbach, verificou-se uma boa consistência interna, com um valor de .88, pelo que podemos inferir que este instrumento é fiável.

Relativamente à validade, foi possível verificar que os resultados do teste variaram em função de várias características demográficas, no sentido esperado, nomeadamente, a idade e o estado civil, mostrando-se assim sensível a variações nestas características. É ainda de salientar as associações, no sentido esperado, entre o estado de saúde geral, a qualidade de vida e o grau de literacia em saúde. Por fim, tratando-se de um teste que avalia competências de leitura e numéricas, seria de esperar uma associação forte entre os resultados deste teste e o nível de escolaridade, tal como se verificou. Deste modo, este teste reveste-se de propriedades que parecem mostrar a sua adequabilidade para avaliar os níveis de literacia em saúde em idosos.

2.1.2.8 Pontos de corte do Newest Sign Vital

Depois de analisadas as qualidades métricas do teste, recorreremos aos pontos de corte definidos pelos autores para determinar a percentagem de sujeitos em risco de ter um nível limitado de literacia em saúde. O ponto de corte usado pelos autores foi de 4 respostas corretas (Weiss et al., 2005). Os resultados indicam que a grande maioria dos sujeitos (80%) está em risco de ter um nível de literacia em saúde limitado, o que significa que apenas 20% dos inquiridos serão capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz.

2.1.2.9 Análises de regressão

As análises conduzidas até este momento apontam para um efeito notável de algumas variáveis nos valores médios obtidos no teste de literacia em saúde, especificamente, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, bem como a presença de doença e o nível de qualidade de vida percebido. Num passo posterior, examinámos em que grau cada uma das variáveis preditoras exerce influência sobre o grau de literacia em saúde, quando consideradas em simultâneo no mesmo modelo. Efetuámos análises de regressão múltipla hierárquica, considerando os seguintes blocos de preditores:

- bloco 1: sexo, idade
- bloco 2: presença de doença, qualidade de vida
- bloco 3: nível de escolaridade

Assim, para cada bloco, é possível obter a percentagem de variância explicada e a sua importância relativa no modelo. Optámos por introduzir o nível de escolaridade no último bloco, dado tratar-se da variável com maior poder explicativo. Repetimos o mesmo procedimento, excluindo das análises os sujeitos com total insucesso no teste de literacia em saúde. Por fim, repetimos novamente as análises de regressão múltipla hierárquica para os sujeitos casados e viúvos, analisando adicionalmente a influência do estado civil neste grupo particular de sujeitos. Os sumários das análises de regressão são apresentados nos Quadros 10 e 11, respetivamente, para o total da amostra e para os sujeitos casados e viúvos.

Quadro 10. Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis que influenciam os níveis de literacia em saúde | * $p > 0.50$

	<i>Literacia em saúde</i>				<i>Literacia em saúde</i>			
	<i>(N = 416)</i>				<i>excluindo total insucesso</i>			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2
Bloco 1				11%				03%
Sexo	-0.39	0.19	-0.09*		-0.17	0.27	-0.05	
Idade	-0.09	0.01	-0.32*		-0.05	0.02	-0.17*	
Bloco 2				10%				11%
Sexo	-0.16	0.19	-0.04		0.06	0.26	0.02	
Idade	-0.07	0.01	-0.27*		-0.03	0.02	-0.12	
Presença doença	-0.66	-0.19	-0.16*		-0.60	0.29	-0.17*	
Qualidade de vida	0.03	0.01	0.21*		0.03	0.01	0.24*	
Bloco 3				26%				25%
Sexo	-0.03	0.15	-0.01		0.06	0.22	0.02	
Idade	-0.02	0.01	-0.08		-0.02	0.02	-0.06	
Presença doença	0.02	0.17	0.01		-0.00	0.26	-0.01	
Qualidade de vida	0.01	0.01	0.09*		0.01	0.01	0.08	
Nível de escolaridade	0.62	0.04	0.62*		0.58	0.07	0.58*	

No que respeita à amostra total, verificamos que o sexo e a idade influenciam o grau de literacia em saúde, explicando 11% da variância nos resultados. Quando a presença de doença e a qualidade de vida são adicionadas ao modelo, ambas têm um efeito estatisticamente significativo e explicam adicionalmente 10% da variância. O sexo deixa de ter uma influência estatisticamente significativa. Assim, pessoas mais novas, que relatam não possuir qualquer doença

e que percebem uma melhor qualidade de vida geral, apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde. No terceiro bloco, quando se adiciona o nível de escolaridade ao modelo, verifica-se que a idade e a presença de doença deixam de ser preditores, permanecendo a qualidade de vida com uma influência estatisticamente significativa. Neste modelo final, em que são consideradas todas as variáveis em conjunto, o nível de escolaridade e a qualidade de vida são as únicas variáveis predictoras estatisticamente significativas do grau de literacia em saúde. O nível de escolaridade explica adicionalmente 26% da variância. Um padrão de resultados muito semelhante foi encontrado quando excluimos do modelo os sujeitos que tiveram total insucesso no teste. Assim, o nível de escolaridade surge como a variável mais determinante na predição dos resultados de literacia em saúde, sendo, no entanto, de realçar o papel que a qualidade de vida geral parece assumir.

Quadro 11. Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis que influenciam os níveis de literacia em saúde para casados e viúvos; * $p > .50$

	<i>Literacia em saúde</i>			<i>R²</i>
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	
Bloco 1				17%
Sexo	-0.19	0.23	-0.04	
Idade	-0.07	0.02	-0.24*	
Estado civil	-0.94	0.24	-0.24*	
Bloco 2				09%
Sexo	-0.00	0.22	0.00	
Idade	-0.05	0.02	-0.19*	
Estado civil	-0.84	0.23	-0.21*	
Presença doença	-0.50	0.21	-0.12*	
Qualidade de vida	0.03	0.01	0.23*	
Bloco 3				22%
Sexo	0.06	0.18	-0.01	
Idade	-0.01	0.01	-0.03	
Estado civil	-0.47	0.19	-0.12*	
Presença doença	0.10	0.17	0.03	
Qualidade de vida	0.02	0.01	0.12*	
Nível de escolaridade	0.58	0.05	0.58*	

As análises anteriores permitiram verificar a influência do estado civil no grau de literacia em saúde, pelo que realizámos regressões hierárquicas de modo

a determinar a sua influência na presença das outras variáveis preditoras. Como se pode verificar a partir do Quadro 11, o estado civil tem ainda um efeito estatisticamente significativo a nível da literacia em saúde, o que indica que os casados apresentam valores mais elevados de literacia em saúde do que os viúvos. É importante salientar que o estado civil permanece um preditor estatisticamente significativo, mesmo quando são considerados no modelo todos os preditores, incluindo o nível de escolaridade.

Em síntese:

Quando verificado em simultâneo em que grau as diferentes variáveis preditoras influenciam a literacia em saúde, o nível de escolaridade e a qualidade de vida geral sobressaem enquanto preditores mais importantes. Isto significa que os idosos com um nível de escolaridade mais elevado e uma qualidade de vida igualmente mais elevada tendem a obter resultados de literacia em saúde mais elevados, independentemente do sexo, da sua idade e da presença de doença. Para os sujeitos casados e viúvos, que representam 81% da amostra, para além do nível de escolaridade e da qualidade de vida, o estado civil desempenha um papel estatisticamente significativo, apresentando os sujeitos casados valores mais elevados, independentemente do sexo, idade, presença de doença, qualidade de vida e nível de escolaridade. Note-se que os modelos explicam uma percentagem relativamente significativa da variância nas diferentes variáveis, especificamente, 47% e 46%.

2.1.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fiabilidade do instrumento utilizado, verificada através da análise da consistência interna, apresenta resultados semelhantes aos encontrados pelos autores da escala original ($\alpha = 0,76$) (Weiss et al., 2005). Relativamente à validade, verificou-se que os resultados do instrumento variavam em função das características sociodemográficas, podendo então concluir-se que este teste se reveste de propriedades que parecem mostrar a sua adequabilidade para avaliar os níveis de literacia em saúde em pessoas idosas, dando orientações sobre conteúdos relevantes para a educação, formação e informação, conforme indica Luís (2010).

No estudo realizado, verificamos, à semelhança de outros estudos internacionais (e.g., Manafo, & Wong, 2012; Speros, 2005; Sudore et al., 2006; Wallace, 2004), que o nível de literacia em saúde dos participantes é baixo. Na realidade

portuguesa, o facto de 80% dos inquiridos apresentarem uma baixa literacia em saúde é deveras preocupante, uma vez que ultrapassa, de forma substancial, o nível de prevalência de baixo nível de literacia funcional da população apontada pela OCDE (Nutbeam, 2008), isto é entre 7% e 47%.

Ora, conforme defendem vários autores (e.g., Kim, 2009; Osborn et al., 2011; Speros, 2005), um grau de literacia baixo constitui uma importante barreira na procura e receção de cuidados de saúde adequados. Neste sentido, os dados põem em relevo a urgente necessidade de desenvolver práticas de promoção da saúde que minimizem os efeitos adversos desta iliteracia, concorrendo desta forma para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, para reduzir os custos de saúde (Lee, Stucky, Lee, Rozier, & Bender, 2010).

A utilização de instrumentos, como o NVS e o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, que permitem, de forma célere e acessível, avaliar o grau de literacia em saúde dos sujeitos, revela-se essencial para a tomada de decisões dos profissionais quanto ao tipo de ações e de estratégias a desenvolver no âmbito da prática clínica com vista a informar, a auxiliar e a empoderar os seus pacientes no controlo da sua doença/saúde (Kim, 2009; Osborn et al., 2011).

As análises conduzidas apontam para um efeito notável de algumas variáveis demográficas nos valores médios obtidos no teste de literacia em saúde, especificamente, o sexo, a idade, as habilitações literárias e o estado civil.

No que concerne ao sexo, verificou-se que os participantes do sexo masculino obtiveram notas médias mais elevadas do que os participantes do sexo feminino. Todavia, estas diferenças desaparecem quando excluimos os sujeitos com total insucesso na prova. Nos estudos internacionais desenvolvidos não há concordância nos resultados obtidos nesta variável. Naqueles em que os homens apresentavam uma maior literacia em saúde, os autores associavam-na a uma maior escolaridade das pessoas do sexo masculino neste grupo etário (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, & Marinkovic, 2009), situação similar à da realidade deste estudo. Já naqueles em que as mulheres apresentavam resultados superiores, os autores levantavam como hipótese explicativa o facto de as mesmas serem mais capazes de prestarem cuidados e de cuidarem das pessoas doentes da sua família, tendo, por isso mesmo, maior contacto com os contextos de saúde (Sudore et al., 2006). Esta poderá ser igualmente uma hipótese explicativa, quando se tem em consideração as mulheres com algum tipo de sucesso na prova, ou seja, com algum nível de literacia. Todavia, como não foi feito qualquer questionamento sobre os percursos de vida dos participantes enquanto cuidadores, a mesma não foi averiguada.

Quanto à idade, verificou-se uma associação negativa, o que indica que os valores das duas variáveis tendem a variar em sentido inverso, ou seja, os níveis

de literacia tendem a ser mais baixos com o avanço da idade, o que se assemelha aos resultados obtidos noutras pesquisas internacionais (e.g., Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000; Bennett et al., 2009).

Já a habilitação académica parece ser a variável que apresenta um papel mais determinante nos níveis médios de literacia em saúde. Como vimos, as análises Mann-Whitney permitiram verificar que os indivíduos com o 1.º CEB (até 4 anos de escolaridade) apresentaram resultados mais baixos do que todos os outros grupos. Da mesma forma, os indivíduos com o 2.º ou 3.º CEB apresentaram resultados mais baixos do que os grupos de sujeitos com o ensino secundário e o ensino universitário, não se verificando, todavia, diferenças nas médias entre os indivíduos destes dois níveis de ensino. Estes resultados estão de acordo com os obtidos noutras pesquisas internacionais (Baker et al., 2000; Bennett et al., 2009) e com a bibliografia consultada. Sendo o nível educacional um dos fatores que mais concorre para a literacia em saúde, muitos investigadores/profissionais defendem a premência de se desenvolverem intervenções educacionais. No entanto, como já referimos, estas não devem cingir-se ao processo de ensino-aprendizagem de competências de leitura, escrita e numeracia, uma vez que, à luz da perspetiva multideterminada de literacia em saúde, o conceito de Educação ultrapassa os limites da escolarização (e.g., Loureiro, Rodrigues, Santos, & Oliveira, 2014; Santos, 2010). Nesse sentido, o desenvolvimento de intervenções educacionais em saúde, com materiais linguisticamente apropriados (Wallace, 2004), deverá visar não só o aumento de conhecimento acerca da saúde, mas também, e sobretudo, o desenvolvimento de competências pessoais passíveis de motivar as pessoas idosas a obter, compreender, analisar criticamente e usar, na vida quotidiana, as informações e os serviços disponíveis no âmbito da saúde, com vista à alteração de práticas menos saudáveis e à adoção de comportamentos saudáveis. No que respeita ao estado civil do sujeito, verificou-se que as pessoas casadas tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados comparativamente com as pessoas viúvas, independentemente da idade. Apesar de não termos encontrado estudos que relacionam esta variável na análise do nível de literacia em saúde, colocamos como hipótese de refutação deste dado as oportunidades de o contexto de conjugalidade favorecerem trocas recíprocas sobre a saúde e a doença, assim como sobre a tomada de decisões partilhadas relacionadas com a saúde.

No que se refere à presença de doença, verificamos que os participantes, independentemente da sua idade, referiam ter algum tipo de doença obtiveram notas médias mais baixas ao nível da literacia em saúde do que aqueles que referiam ser saudáveis. Estes resultados estão em concordância com os ob-

tidos em estudos internacionais (eg., Kim, 2009; Williams et al., 1998). Ora, estes resultados são preocupantes, já que as pessoas que poderiam beneficiar mais dos serviços de prestação de cuidados de saúde e do eventual efeito protetor da literacia em saúde (Santos, 2010) são aquelas que apresentam menor grau de literacia em saúde. Face a estes dados, procurámos, num momento posterior, analisar as associações entre literacia em saúde e qualidade de vida. As associações encontradas são positivas e fracas, indicando que, quanto mais elevada a perceção de qualidade de vida nos diferentes domínios, mais elevados são os resultados no teste de literacia em saúde, independentemente da idade. Os resultados obtidos são similares aos encontrados por Wolf e colegas (2005) e Kim (2009), o que evidencia, uma vez mais, o papel que a literacia em saúde assume na adesão às prescrições clínicas, no desenvolvimento da autoconfiança necessária à negociação com os serviços e com os prestadores de cuidados, assim como na capacidade de autogestão da doença/saúde, fatores determinantes para o controlo da doença e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Pelo exposto se percebe o efeito notável de algumas variáveis nos valores médios obtidos no teste de literacia em saúde, especificamente, o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, bem como a presença de doença e o nível de qualidade de vida percebido. Quando se examinou em que grau cada uma das variáveis preditoras exercia influência sobre o grau de literacia em saúde, percebeu-se que o nível de escolaridade emergia como a variável mais determinante na predição dos resultados de literacia em saúde, sendo, no entanto, de realçar o papel que a qualidade de vida geral também parece assumir. Isto significa que as pessoas idosas com um nível de escolaridade mais elevado e uma qualidade de vida igualmente mais elevada tendem a obter resultados de literacia em saúde superiores, independentemente do sexo, da idade e da presença de doença.

Perante estes resultados consideramos que é urgente o desenvolvimento de intervenções educacionais específicas orientadas para a promoção da literacia em saúde nesta população, que visará, não só, o aumento de conhecimentos acerca da saúde/doença, mas também, a adoção de comportamentos de saúde e de uma maior capacidade de autogestão da doença.

Em síntese:

Os resultados indicam que a maioria dos sujeitos (80%) está em risco de ter um nível de literacia em saúde limitado, o que significa que apenas 20% dos inquiridos serão capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz.

Estes dados são preocupantes, uma vez que uma inadequada literacia em saúde pode constituir-se como uma importante barreira na receção de cuidados de saúde adequados, sendo razão suficiente para associar baixa literacia em saúde com um pior nível de saúde (DeWalt et al., 2004; Kim, 2009; Osborn et al., 2011; Speros, 2005).

Por fim, há que estar particularmente atentos a determinadas variáveis socio-demográficas, já que o grau de literacia em saúde tende a ser menor, como vimos, nas pessoas mais velhas, do sexo feminino, viúvas, com um nível de escolaridade mais baixo, que apresentam/reportam algum tipo de doença física e que auto reportam uma menor perceção de qualidade de vida geral.

2.2 ESTUDO QUALITATIVO: Representações, perceções e práticas institucionais e profissionais no âmbito da literacia em saúde

O presente estudo incide sobre as conceções, representações e práticas institucionais e profissionais no âmbito da literacia em saúde, de um conjunto de profissionais da saúde e da área psicossocial, que desenvolvem a sua atividade profissional junto da população idosa. Teve como objetivos: analisar a conceção que os mesmos têm sobre a literacia em saúde, nomeadamente na população com mais de 65 anos; compreender a cultura e práticas profissionais e institucionais potenciadoras da literacia em saúde; identificar os desafios que se colocam à promoção da literacia em saúde nas pessoas idosas; e refletir sobre boas práticas que podem ser desenvolvidas com vista a aumentar a literacia em saúde das pessoas idosas.

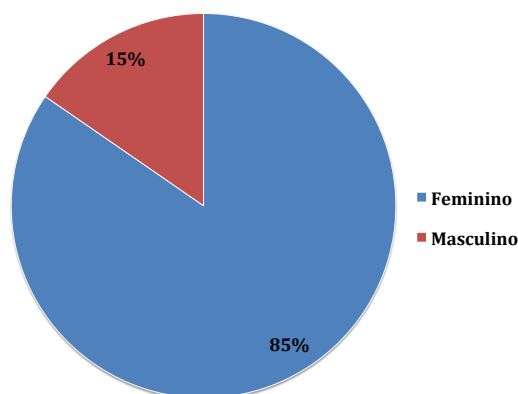
2.2.1 MÉTODO

2.2.1.1 Participantes

Os participantes, que são profissionais nas áreas da saúde e de intervenção psicossocial, foram selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Para permitir o acesso a diferentes perspetivas e conceções, foram recrutados profissionais de ambos os sexos, com formação académica em áreas distintas, a desempenhar diferentes funções em diversas estruturas ligadas à terceira idade. Estes foram deliberadamente escolhidos com base num conjunto de características que se consideram

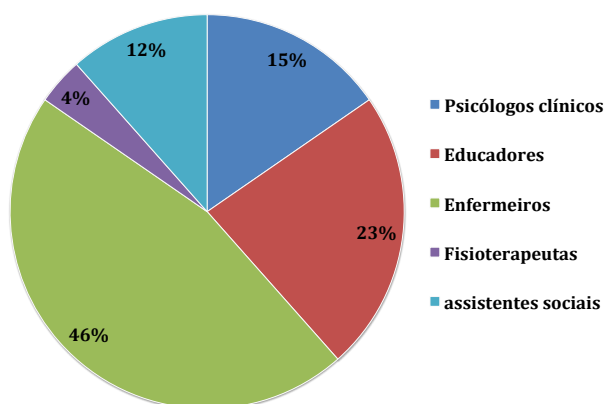
relevantes para o objetivo do estudo (Miles, & Huberman, 1994; Ruquoy, 1997). Participaram neste estudo 26 profissionais nas áreas da saúde e psicossocial (n=26), sendo 22 do sexo feminino (85%) e quatro do sexo masculino (15%), como é possível observar na Figura 7.

Figura 7. Percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino (N = 26)



No que concerne à área de formação (Figura 8), a amostra é constituída por: quatro psicólogas clínicas (15%), doze enfermeiras (46%), uma fisioterapeuta (4%), três assistentes sociais (12%) e seis educadoras sociais (23%). É de referir que todos os profissionais se encontram a desempenhar as funções associadas à sua área de formação.

Figura 8. Percentagem de participantes de acordo com a área de formação (N = 26)



Os profissionais pertencem a dez instituições do Norte do país (três Centros Sociais/Paroquiais, três Centros de Saúde e outras quatro instituições de apoio à terceira idade), que dispõem de diferentes respostas sociais de apoio à terceira idade, nomeadamente: Centro de Dia, presente em cinco das organizações apresentadas, Centro de Convívio, presente em quatro das organizações, Lar de Idosos, presente em quatro das organizações, Serviço de Apoio Domiciliário, presente em cinco das organizações, Unidade de Cuidados Continuados, presente em quatro das organizações, três das quais centros de saúde.

2.2.1.2 Procedimentos

O presente estudo é de carácter qualitativo exploratório e pretende avaliar as conceções e as práticas profissionais e institucionais potenciadoras e inibidoras da literacia em saúde; identificar boas práticas no âmbito da intervenção psico-sócio sanitária de promoção da literacia em saúde junto da população idosa e, assim, desenvolver estratégias de potencialização da literacia para a saúde, bem como capacitar os profissionais de saúde na melhoria da prestação de cuidados de saúde à população idosa.

A perspetiva hermenêutica dá conta de que a experiência humana está exposta ao contexto sociocultural e que é difícil conceber uma linguagem nas ciências sociais que exclua este contexto, quer seja pelos valores do investigador, quer pelos do grupo estudado (Smith, 1994). O investigador assume uma posição crítica, mas não consegue afastar-se do facto de estar implicado no processo de investigação. A sua maneira de olhar e interpretar o fenómeno é contextualizada individual, social, cultural e historicamente. Para aqueles que optam pela abordagem qualitativa, os critérios são a compreensão de uma realidade particular, a autorreflexão e a ação emancipatória. O conhecimento do mundo não deve ser um fim em si mesmo, mas um instrumento para a autoconscientização e para a ação humana. Com isto há uma diminuição da distância entre a produção e a aplicação do conhecimento, bem como um aumento da exigência do comprometimento do investigador com a transformação social (Gondim, 2003).

Assim, de acordo com Reis (2001, citado por Vaz, Silva, & Sousa, 2003, p. 198), os métodos qualitativos são “métodos mais intensivos que visam a reconstrução dos processos pela compreensão dos sujeitos que os interpretam (...) [constituindo] (...) um contributo para a estruturação do conhecimento (...) não limitando as práticas à expressão redutora de relações entre variáveis normalizadas, estando mais ligados à essência da experiência humana”.

Optou-se por uma investigação deste tipo, uma vez que se recorreu a uma amostra de pequena dimensão e se pretendia atingir uma compreensão em profundidade e interpretativa do mundo social dos participantes (acedendo às suas cir-

cunståncias materiais e sociais, experiências, perspectivas e histórias) (Snape, & Spencer, 2003). Sublinha-se a vantagem do método qualitativo proporcionar uma análise que permanece aberta a conceitos e ideias emergentes, acrescentando à presente investigação uma natureza generativa, ou seja, contribuindo para o desenvolvimento de teorias existentes e delineando estratégias a aplicar.

Em termos de tipologia de análise de dados, foi escolhida a análise categorial, uma das práticas de análise de conteúdo mais antigas e mais utilizadas. A maioria dos autores refere-se a esta análise como trabalhando com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis no seu contexto social (Bauer, 2002). O texto aparece, portanto, como um meio de expressão do sujeito, onde o investigador procura categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as represente. A análise categorial pode ser efetuada por dedução frequencial ou por categorias temáticas (Pêcheux, 1993). A primeira consiste em enumerar a ocorrência de um mesmo signo linguístico, não se preocupando com o sentido, em quanto que a segunda tenta desmembrar o texto em unidades/categorias, conforme os temas que emergem do texto. Para tal, é preciso identificar o que têm em comum, permitindo o seu agrupamento. Procede-se então a uma pré-análise (organização, através da leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação), exploração do material (os dados são codificados a partir das unidades de registo), e tratamento dos resultados e interpretação (categorização – classificação dos elementos segundo as suas semelhanças e por diferenciação) (Caregnato, & Mutti, 2006, p. 683). No presente estudo empírico, será utilizada a análise categorial, segundo um agrupamento por temas.

Técnica de Grupos Focais

Considerando a natureza descritiva e exploratória da presente investigação, recorreu-se à técnica de grupos focais, por permitir que a informação recolhida sobre o fenómeno em estudo seja suficientemente diversificada e detalhada. Constituíram-se três grupos focais com profissionais da área da saúde e de intervenção psicossocial. Com vista a compreender as conceções e as práticas profissionais e organizacionais favorecedoras ou inibidoras da promoção do grau de literacia em saúde.

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica que recolhe dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo investigador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das perceções, atitudes

e representações sociais de grupos humanos (Veiga, & Gondim, 2001). De notar que o entrevistador no grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão. A sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema. Ao permitir que o próprio grupo questione as opiniões dos diferentes participantes, amplifica e desencadeia novos conteúdos, algo que no âmbito individual não aconteceria (Bedford, & Burgess, 2001). Esta técnica permite, de acordo com Gaskell (2002), fornecer critérios sobre o consenso emergente e a maneira como as pessoas lidam com as divergências; partilhar e confrontar experiências, o que permite a edificação de um quadro de interesses e preocupações comuns, em certos casos vivenciados por todos, que raramente são articulados por um único indivíduo; e obter, de forma eficaz, informações qualitativas, relativamente complexas, com um mínimo de interferência do investigador (Morgan 1998; Rallis, & Rossman, 1998). A técnica de grupos focais parece ainda combinar estrutura com flexibilidade, sendo esta uma grande vantagem da sua utilização, a par do seu carácter interativo (o moderador propõe uma questão inicial e encoraja os participantes a explanarem os seus pontos de vista – a trajetória da entrevista dependerá da interação que se estabelece entre moderador e entrevistados).

Para Westphal (1992), a utilização de grupos focais na investigação avaliativa em saúde revela-se especialmente oportuna em estudos de análise de implementação de programas e ações de saúde nos quais se pretende valorizar e apreender a opinião e percepção de sujeitos diretamente envolvidos com o objeto a ser avaliado.

Faz parte dos procedimentos subjacentes a esta técnica que o moderador possua uma noção dos temas a explorar e que a entrevista seja conduzida com o auxílio de um guião que inclui questões ou os assuntos a abordar. O guião é elaborado tendo por base: (1) a revisão da literatura realizada sobre o tema a investigar; (2) o facto da equipa de investigação possuir experiência prévia e se encontrar num lugar privilegiado que lhe permite refletir sobre a necessidade iminente de mudança.

As primeiras questões são de carácter mais geral e de abordagem fácil, para permitir o envolvimento de todos e a fluidez da conversação desde o início. Em seguida, são colocadas questões mais específicas e de carácter mais analítico. O guião deve centrar-se num número reduzido de tópicos, de modo a que a conversação sobre os mesmos se torne relevante e se possa dar seguimento a temas não previstos, porém relevantes (Gomes, & Barbosa, 1999).

No presente estudo, o guião (Anexo 1) integrou um conjunto de tópicos, orientadores da discussão. Especificamente:

- Literacia em saúde: concepções sobre literacia em saúde, características da literacia em saúde na população idosa, fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa.
- Cultura e práticas profissionais e institucionais de promoção da literacia em saúde.
- Desafios à promoção da literacia em saúde da população idosa.
- Boas práticas.

Foram desenvolvidos três grupos focais, entre os meses de maio e outubro, cuja duração oscilou entre 1h38 e 2h20. Seguidamente, caracteriza-se em termos gerais cada um dos grupos:

- Grupo Focal 1 (GF1) – constituído por oito participantes: dois assistentes sociais, duas psicólogas clínicas e três educadoras sociais e um educador social;
- Grupo Focal 2 (GF2) – inicialmente formado por 6 elementos. Por falta de comparência de dois deles no dia combinado, o grupo final foi constituído por quatro participantes: duas educadoras sociais e duas psicólogas clínicas;
- Grupo Focal 3 (GF3) – constituído por catorze participantes: doze enfermeiros/as, uma assistente social e uma fisioterapeuta.

Apesar de terem sido realizadas várias diligências de apelo à participação de profissionais médicos, em nenhum momento se conseguiu concretizar esta intenção, devido à dificuldade de horários reportados por este grupo profissional.

Em cada grupo focal foi solicitada a gravação da discussão em suporte de áudio, tendo sido assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas, bem como à atribuição de um código a cada participante, constituído por duas partes: a primeira referente ao número de ordem pelo qual os participantes se apresentaram no início de cada entrevista (entre P1 e P26), seguindo também a ordem dos grupos focais (P1 a P8 – grupo focal 1, P9 a P12 – grupo focal 2, e P13 a P26 – grupo focal 3); e a segunda parte onde consta o grupo focal a que pertence (GF1, GF2 e GF3), dando origem a códigos deste tipo: P1_GF1.

Utilizou-se a análise de conteúdo como método de análise dos dados. Na fase de exploração do material, foram criadas categorias e subcategorias com base nas narrativas dos participantes e no estado da arte. Neste âmbito, foi realizada uma análise de tipo temático e frequencial (número de vezes em que surgiram os referidos conteúdos).

2.2.2 RESULTADOS

Tema 1. Literacia em saúde

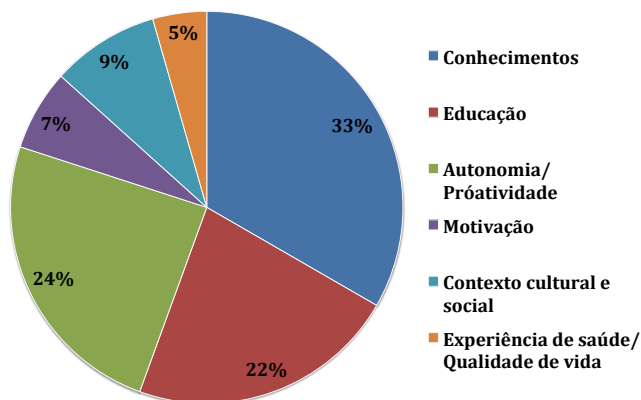
O primeiro tema reúne material no âmbito das concepções e representações dos profissionais sobre literacia em saúde das pessoas idosas. É constituído por três subtemas, os quais passaremos a explicar.

Subtema 1.1 Concepções sobre literacia em saúde

A entrevista aos profissionais foi iniciada com a questão “Na vossa opinião, em que consiste a literacia em saúde?”. As definições que foram surgindo, ainda que no início se tivessem mostrado um pouco vagas, acabaram por integrar alguns conteúdos focados na literatura.

Na Figura 9 é possível observar as categorias emergentes, atendendo à frequência com que os conteúdos agrupados em cada uma delas foram referidos pelos participantes.

Figura 9. Categorias relativas ao subtema “No que consiste a literacia em saúde?” (N = 26)



No que concerne à categoria Conhecimentos, é interessante notar que se trata da categoria mais referida pelos participantes. A presente categoria encontra-se dividida em duas subcategorias: Conhecimentos em saúde (fr = 9) e Autoconhecimento (fr = 6). As reflexões dos participantes foram mais no sentido da primeira subcategoria, a qual se refere aos conhecimentos básicos que a pessoa detém ou deve deter relativos à saúde em geral. Dentro

destes conhecimentos, os participantes referem também, em específico, a importância de deter conhecimentos ao nível da terminologia e dos conceitos científicos utilizados pelos profissionais de saúde e presentes, por exemplo, nas bulas dos medicamentos: “Ter conhecimentos de toda essa panóplia de nomes esquisitos que muitas vezes são difíceis (...)” (P4_GF1), “ (...) compreender (...) o vocabulário do médico (...)” (P10_GF2).

Relativamente à subcategoria Autoconhecimento, foram agrupados conteúdos relativos ao conhecimento sobre a própria saúde/doença e sobre o próprio corpo. Ao longo da discussão, a literacia em saúde surge como um atributo pessoal associado à capacidade cognitiva, conforme sugerem Ownby, Waldrop-Valverde e Taha (2012). Esta questão é acentuada na categoria Educação.

A categoria Educação (fr=10), uma das mais referidas, engloba as subcategorias Competências funcionais básicas (leitura, escrita e numeracia) e Nível de escolaridade. Apesar das competências funcionais básicas se mostrarem fundamentais, estas não garantem, por si só, uma boa compreensão/interpretação da informação recebida, estando estas mais dependentes do nível de escolaridade. A categoria que se segue Autonomia/Proatividade, a segunda mais referida (fr = 11), surge nos discursos dos profissionais associada à capacidade de o indivíduo agir e de tomar decisões autonomamente, mas também de agir e buscar informação por iniciativa/por vontade própria. Esta aparece quase sempre associada à categoria e subcategorias anteriores, pois os participantes referem que deter conhecimentos em saúde/doença e sobre o próprio corpo, possuir competências funcionais e ter um bom nível de escolaridade facilitam o nível de autonomia e de proatividade do indivíduo ao nível da saúde. Não obstante, a limitação de competências funcionais básicas pode não ser impeditiva da autonomia do sujeito, desde que o mesmo se mostre proativo, acedendo à informação a partir de informantes-chave. Esta perspectiva é alterada quando os profissionais se referem a pessoas que vivem em estruturas residenciais. De facto, nos seus discursos, fica patente uma representação estereotipada, quer da pessoa idosa que reside neste tipo de estruturas quer da relação entre dependência e falta de autonomia.

Segue-se a categoria Motivação, que emerge do facto dos participantes considerarem que o grau de literacia em saúde poderá ser superior em indivíduos com maior motivação/interesse (“Nós não estamos motivados para tudo ao mesmo tempo. Vamos estando conforme as nossas necessidades”, P21_GF3). Evidencia-se assim que, a par dos conhecimentos, a motivação é uma variável pessoal imprescindível na adoção de comportamentos de saúde, tais como, por exemplo, para a adesão à terapêutica.

O Contexto cultural e social foi também apontado como exercendo influência

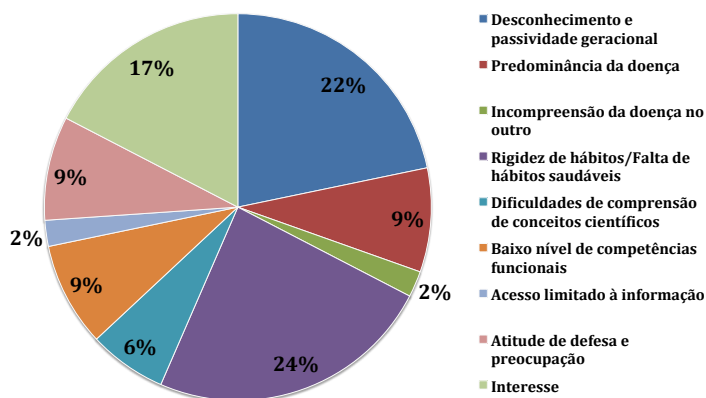
ao nível da literacia em saúde e, mais uma vez, esta categoria surge associada a outras, nomeadamente ao nível de escolaridade, autonomia/proatividade e, até, motivação. Curiosamente, as zonas rurais aparecem associadas a uma maior autonomia/proatividade. Contudo, como veremos mais à frente, apesar de os entrevistados/as considerarem que as pessoas que vivem em contextos rurais serem mais autónomas e mais proativas, são as que frequentemente têm um menor acesso à saúde. Dentro desta categoria destacamos as Crenças em saúde como subcategoria, uma vez que aparece de mãos dadas com o tipo de contexto cultural e social.

Por último, temos a categoria Experiência de saúde/Qualidade de vida que diz respeito à ideia expressa pelos participantes de que o facto de a pessoa idosa ter tido, ao longo da sua vida, comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como ter sido saudável, influenciam de forma favorável o nível de literacia e a qualidade de vida.

Subtema 1.2 Características da literacia em saúde na população idosa

O presente subtema teve como objetivo centrar a narrativa nas representações que os profissionais têm relativamente às características da geração atual de pessoas idosas ao nível da literacia em saúde. De notar que as respostas relativas a esta questão foram surgindo ao longo de toda a entrevista e foram-se fundindo um pouco com os desafios inerentes ao aumento da literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos de idade. Segue-se, na Figura 10, a distribuição de categorias emergentes nesta temática.

Figura 10. Categorias relativas ao subtema “Características da Literacia em Saúde em pessoas idosas” (N = 26)



Os profissionais caracterizam as pessoas idosas como sendo um grupo onde impera o Desconhecimento e passividade. Estas representações aparecem associadas à geração a que os indivíduos pertencem e às suas vivências passadas (“Eu acho que existe muita passividade neste momento nas pessoas idosas, porque tiveram muita falta de acesso à saúde. (...) e sabem que têm problemas, mas são passivas (...)”, P24_GF3), mas também ao predomínio de uma atitude paternalista em que a decisão é tomada pelo profissional de saúde sem questionamento por parte do sujeito. Por outro lado, o desconhecimento é também associado a uma má gestão da saúde, má tomada de decisões e vulnerabilidade perante o outro. A presente categoria foi a mais destacada nos grupos focais 1 e 3 (fr =3 – GF3, fr =5 – GF1, fr total= 10) e contém a subcategoria Dependência, no sentido em que a falta de conhecimento parece estar relacionada com a falta de autonomia e de poder da pessoa idosa, deixando a tomada de decisões entregue a outros. Além disto, esta dependência surge nos discursos como decorrente da passividade do indivíduo e como uma opção individual de delegar responsabilidades, em vez de as assumir. Outra característica emergente designa-se de Predominância da doença. Os discursos, as preocupações, os interesses, os conhecimentos e os comportamentos dos indivíduos idosos centram-se predominantemente na doença. Esta é uma característica própria da fase da velhice, mas que parece ter implicações a vários níveis, não sendo a literacia em saúde uma exceção. De acordo com os participantes, esta predominância na temática doença parece afetar negativamente a literacia em saúde, na medida em que retira o foco da saúde, podendo levar à desmotivação e desinteresse por esta. Segue-se a categoria Incompreensão da doença no outro. Baixos conhecimentos em saúde parecem gerar atitudes de incompreensão relativamente à doença que os seus pares possam ter, em particular no que concerne à doença mental (por exemplo: Doença de Alzheimer). A categoria Rigidez de hábitos/Falta de hábitos saudáveis foi uma das mais referidas pelos profissionais entrevistados e refere-se ao facto de as pessoas idosas terem dificuldades ao nível de “agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida” (OMS, 1998). De notar que a dificuldade em alterar hábitos parece residir no desconhecimento, que provoca resistência. No entanto, existem casos em que o idoso parece ter interesse em aceder e compreender a informação, mas ter dificuldade em colocá-la em prática, em adaptar-se. Esta dificuldade pode estar associada a questões culturais, nomeadamente ao nível da alimentação. Em outros casos, os profissionais apercebem-se de que a desmotivação pela vida e a crença de que a mudança de hábitos nesta fase da vida é em vão, também pode levar à manutenção de estilos e condições de vida desadequados.

A categoria Dificuldades acrescidas ao nível da compreensão de conceitos científicos refere-se a uma incapacidade/dificuldade em aceder e compreender um conjunto de informações ou terminologias médicas, passando, por exemplo, pela dificuldade em compreender uma simples receita, em ler as instruções de uma bula. Como visto anteriormente, os entrevistados consideram a atual geração de idosos como um grupo com um nível de escolarização baixo, logo com um Baixo nível de competências funcionais. Tal significa dificuldades ao nível da capacidade para aceder, compreender e usar a informação.

A sétima categoria denomina-se Acesso limitado à informação, estando esta associada à situação de vulnerabilidade económica em que se encontram muitas pessoas idosas.

Em termos de atitude, a literacia em saúde das pessoas idosas parece ser caracterizada, em alguns casos, por um “estado de alerta” – Atitude de defesa e preocupação –, que parece ligado ao desconhecimento anteriormente referido e, em alguns casos, à inexistência de uma relação de confiança, por exemplo, com o médico.

Por fim, a última categoria deste subtema designa-se Interesse. Esta surge da identificação, por parte dos participantes, de um grande interesse, por parte do idoso, em relação ao tópico saúde/doença, em geral, e ao seu estado de saúde, em particular. Este interesse traduz-se, por um lado, na busca ativa de informação, por parte da pessoa idosa, e, por outro, na disponibilização desta mesma informação, por parte dos *mass media*.

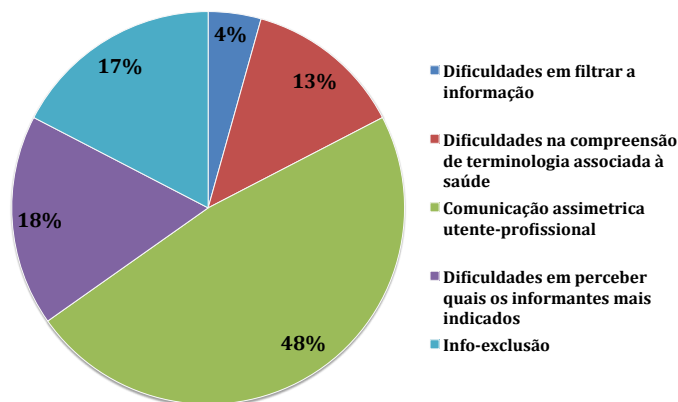
Subtema 1.3 Fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa

Neste tópico, pretendeu-se analisar quais as fontes privilegiadas de informação e a forma de acesso utilizada pelas pessoas idosas no âmbito da saúde. Os participantes elegeram o farmacêutico como figura de grande relevância na transmissão de informação: “ (...) é muito mais acessível do que o enfermeiro ou do que o médico de família e, portanto, é natural que as pessoas recorram porque a porta está aberta, há um sistema de troca (...) fornece conselhos, fornece dicas (...) em meios rurais ou pequenas vilas (...) o doutor da farmácia (...) tem muita importância na população.” (P13_GF3). Os indivíduos idosos parecem também recorrer, naturalmente, ao enfermeiro e ao médico de família, ou então contactam diretamente o Centro de Saúde ou o serviço de Teleassistência. A vizinhança parece ser outra figura de destaque, tal como os meios de comunicação social, pelo seu carácter apelativo. Outros informantes, como o psicólogo, também podem ser procurados.

O acesso e compreensão da informação são importantes componentes da li-

teracia em saúde, pelo que se mostrou importante compreender os constrangimentos que podem estar associados a estes. Segue-se a Figura 11 com as categorias criadas neste subtema.

Figura 11. Categorias relativas ao subtema “Constrangimentos no acesso e compreensão da informação” (N = 26)



A primeira categoria designa-se Dificuldade em filtrar a informação e foi referida por um único participante (Grupo Focal 3). Refere-se ao facto de, como sabemos, hoje em dia estarmos todos rodeados de informação, que nos chega das mais variadas formas. Todavia, se aceder à informação é mais fácil, compreendê-la pode ser uma tarefa árdua. Esta categoria está presente num momento da conversa em que os participantes discutem acerca da informação passada pelos meios de comunicação social que é imediatamente apreendida pelo idoso, mesmo sendo informação incorreta. Esta questão vai ao encontro de alguma ausência de pensamento crítico por parte desta população relativamente ao tema da saúde.

A categoria Dificuldades na compreensão de terminologia associada à saúde integra várias ideias, especificamente associadas às dificuldades de compreensão das narrativas orais ou escritas relacionadas com práticas de saúde: "(...) a própria terminologia utilizada pelos técnicos de saúde leva, muitas vezes, a que as pessoas não a consigam interpretar. Mesmo a leitura de uma bula de um medicamento pode ser uma tarefa tão complexa, levando muitas vezes a crenças erróneas" (P18_GF3).

Conforme se observa na Figura 11, a categoria mais discutida foi a Comunicação assimétrica utente-profissional. Esta centra-se na falta de questionamento por parte das pessoas idosas, assim como na dificuldade em negociar soluções com os profissionais. Associada a estas características, os entrevistados consideram que as pessoas idosas não conseguem interpretar a informação que recebem, sendo que os próprios profissionais não adequam a linguagem ao nível de compreensão do utente: “Não há preocupação por parte dos técnicos de saúde em explicarem as coisas às pessoas de uma forma mais clara, transparente, simples, para que possam entender a importância daquele medicamento (...)” (P4_GF1); “(...) a base de tudo é, efetivamente, uma comunicação eficaz (...) Como é que podemos querer que uma pessoa adira a um regime terapêutico se ela não faz a mínima ideia do que é que tem?” (P15_GF3).

Outro exemplo interessante diz respeito ao facto de haver uma tendência, por parte dos profissionais, em se dirigirem à pessoa que acompanha o idoso à consulta ao invés de dirigirem a comunicação à pessoa idosa: “(...) por exemplo nas consultas médicas (...) o médico dirige-se para o filho e ignora um pouco o idoso. Nessa situação, o idoso vai sentir-se retraído. Mesmo que tenha uma dúvida ou uma pergunta, não a faz e por vezes são perguntas importantes...” (P10_GF2).

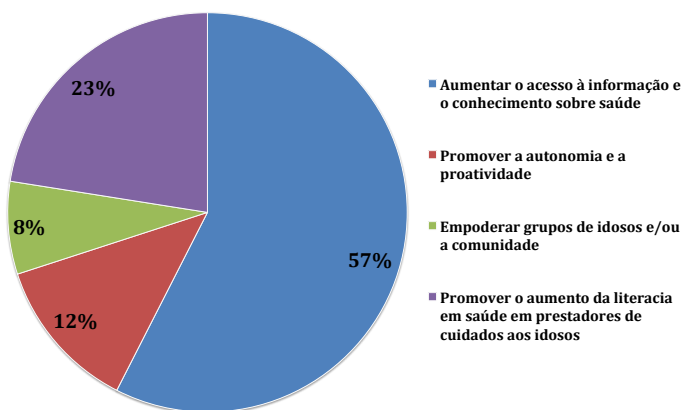
A categoria Dificuldades em perceber quais os informantes mais indicados surge relativamente às fontes de informação utilizadas pelas pessoas idosas para aceder à informação. Os programas televisivos, os vizinhos e até o psicólogo, como referido anteriormente, podem constituir-se como recursos para a interpretação de elementos relacionados com a saúde.

Por fim, surge a categoria Info-exclusão. Um grande segmento da população não possui literacia digital (devido à falta de formação ou devido à impossibilidade de aceder à internet), estando sujeita a uma nova forma de analfabetismo e a uma nova forma de exclusão, a infoexclusão. Apesar de, atualmente, o ambiente digital ser uma das fontes predominantes de informação em vários campos, designadamente no âmbito da saúde, a internet trata-se de um recurso pouco dominado por este grupo específico, sendo mesmo uma fonte de exclusão social.

Tema 2. Cultura e práticas profissionais e institucionais de promoção da literacia em saúde

Este tema foi explorado através da questão “Que cultura e práticas existem na instituição em que trabalham, com vista a potenciar a literacia em saúde?”. Foi dividido em quatro categorias, como se pode observar na Figura 12.

Figura 12. Categorias relativas ao subtema "Cultura e práticas profissionais e institucionais de promoção da literacia em saúde" (N = 26)



Todos os entrevistados são da opinião que, nas instituições onde exercem a sua atividade profissional, são desenvolvidas algumas ações com vista a Aumentar o acesso à informação e o conhecimento sobre saúde nas pessoas idosas (fr=46). Nesta categoria, emergem ações no âmbito tanto da prevenção primária, como secundária e terciária.

Os participantes dão vários exemplos de práticas profissionais promotoras da literacia em saúde, que passam, nomeadamente, por: transmitir conhecimentos e estimular a sua compreensão (por exemplo, adequando a linguagem à compreensão do idoso para estabelecer uma comunicação eficaz); exercer um papel mediador entre o sistema de saúde e o utente idoso (por exemplo, clarificando a informação escrita presente nas análises clínicas, receitas e/ou cartas do Centro de Saúde); acompanhar as pessoas idosas às consultas médicas; organizar ações de sensibilização (por exemplo, sobre Acidentes Vasculares Cerebrais, Demência de Alzheimer...), constituir grupos educativos (por exemplo, Grupo de Diabéticos) ou desenvolver cursos de educação terapêutica, com vista à promoção do aumento do conhecimento das pessoas idosas no âmbito da doença; estabelecer parcerias com instituições de modo a permitir a articulação e partilha de conhecimento, assim como o fluir livre de informação sobre a situação clínica da pessoa idosa com outros profissionais; divulgar e facilitar o acesso a recursos (por exemplo, Teleassistência Domiciliária, *Help Phone*).

Mais uma vez, é dado destaque à comunicação e à sua eficácia como elemento preponderante para a promoção da literacia em saúde: “Nós temos que transmitir conhecimentos, mas temos de efetivamente perceber se a pessoa os conseguiu compreender e integrar na sua vida” (P15_GF3).

Todos os grupos são unânimes em considerar que, nas práticas profissionais, predomina a prevenção secundária ou terciária em detrimento de uma abordagem de prevenção primária. Tal poderá dever-se ao facto de algumas das instituições onde os profissionais trabalham (Estruturas Residenciais, Unidades de Cuidados Continuados, ...) serem valências de ação assistencial em que grande parte das pessoas idosas se encontra em situação de maior fragilidade e dependência. Esta prática pode ser consequência, também, do estereótipo de que em idades mais avançadas, a prevenção primária não é útil, nem eficaz.

A segunda categoria - Promover a autonomia e a proatividade das pessoas idosas para a tomada de decisão no âmbito da saúde e resolução de problemas (fr=10) – integra: o apoio na autogestão informada e/ou supervisionada da medicação pela pessoa idosa (por exemplo, através da caixa da medicação); orientações sobre questões a fazer e assuntos a abordar com o médico na consulta, assim como sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, com vista à manutenção da autonomia do indivíduo. De facto, é prática comum e transversal a várias respostas sociais dirigidas às pessoas idosas a medicação ser gerida e administrada pelos profissionais. Esta situação pode, no ponto de vista dos entrevistados, favorecer a dependência e concorrer para o desconhecimento dos sujeitos relativamente à sua situação de saúde/doença atual. É de destacar alguma discórdia entre os entrevistados em torno da autogestão da medicação. Uns são da opinião que “(...) cabe à estrutura identificar a autonomia do utente, caso a caso (...)” (P7_GF1), enquanto outros referem que, dada a dimensão de algumas organizações, é impossível avaliar individualmente as capacidades dos sujeitos nessa tarefa, podendo haver o risco de uma má gestão na toma da medicação, com consequências para a saúde da pessoa idosa.

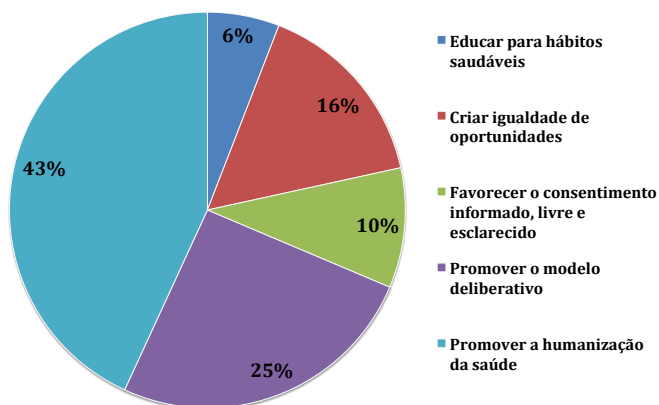
A categoria Empoderar grupos de idosos e/ou a comunidade ao nível da literacia em saúde (fr=6) destaca, uma vez mais, a pertinência da informação. Neste domínio, os grupos indicam a importância da sensibilização/informação à comunidade sobre, por exemplo, as características das doenças, os recursos existentes na comunidade e as respostas específicas no domínio da saúde. São da opinião que estas práticas fomentam um envolvimento e a proatividade do cidadão. A rede social é também destacada pelos entrevistados, na medida em que esta é facilitadora da promoção da saúde.

À última categoria denominamos Promover o aumento da literacia em saúde em prestadores de cuidados aos idosos (fr= 18). Referida pela quase totalidade dos profissionais, esta enfatiza a necessidade de capacitar os prestadores de cuidados formais (profissionais de saúde) e informais (por exemplo, familiares e vizinhos) de competências ao nível da literacia em saúde. Esta categoria contempla estratégias como: o recurso a plataformas digitais (por exemplo, Infarmed com informação relativa à medicação), a articulação com outros serviços e profissionais de saúde (inter ou intra institucional), a ligação dos profissionais com as famílias dos utentes e ações de formação destinadas a prestadores de cuidados informais e formais no âmbito da saúde. De entre os fatores referidos, é de realçar o valor atribuído às equipas multidisciplinares no contacto com as pessoas idosas, sendo estas consideradas um excelente recurso no que diz respeito à transmissão de conhecimentos, mas também no desenvolvimento de competências associadas à saúde.

Tema 3. Desafios à promoção da literacia em saúde da população idosa

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, conforme se pode verificar na Figura 13.

Figura 13. Categorias relativas ao subtema "Desafios à Promoção da Literacia em Saúde em pessoas idosas (N = 26)



A primeira categoria denomina-se Educar para hábitos saudáveis. Esta categoria constitui-se como um desafio na medida em que muitas das pessoas idosas viveram saudáveis até esta fase da vida, sem cuidados particulares, e onde o recurso a um profissional ou instituição de saúde se fazia apenas em situação de doença. Além disso, as múltiplas crenças e mitos veiculados na sociedade perpetuam, não raras vezes, comportamentos de risco para a saúde. Adaptar-se à sua atual condição, nomeadamente ao processo de envelhecimento natural ou a uma situação de doença, exige, por si, só mudança de hábitos e de estilos de vida que, muitas vezes, não estão dispostos 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: “(...) nunca tiveram problemas de saúde, portanto viveram a vida toda saudáveis, tiveram montes de filhos, sem hospitais, sem parteiras, sem nada. Portanto, tiveram sempre uma saúde de ferro e, de repente, aparece a diabetes, aparecem os problemas nos ossos (...)” (P12_GF2).

A categoria Criar igualdade de oportunidades refere-se ao facto de pessoas pertencentes a diferentes contextos socioeconómicos e culturais deverem usufruir das mesmas informações, condições e recursos. Nas discussões fica evidente a falta de equidade no sistema nacional de saúde, se olharmos para a condição urbana/rural ou económica das pessoas, realidade esta que urge alterar: “(...) as pessoas que vivem em zonas rurais estão mais isoladas (...) fecharam centros de saúde, fecharam serviços hospitalares... essas pessoas têm de percorrer vários quilómetros para ir a um hospital. (...) ou então um enfermeiro (...) ou o profissional de saúde terá de percorrer não sei quantos quilómetros para ir a casa do utente. Esta situação vai limitar efetivamente a literacia em saúde” (P15_GF3).

A categoria Favorecer o consentimento informado, livre e esclarecido passa, por um lado, pela criação de espaços onde a pessoa idosa possa apresentar os seus receios, as suas dúvidas, os seus medos em relação a determinado tipo de sintomas e de sinais, relativamente a si e aos outros. Por outro lado, passa pela criação de um espaço de esclarecimento sobre a doença mental e/ou física, sobre as terapêuticas medicamentosas, os recursos profissionais e institucionais disponíveis. Nos discursos impera, uma vez mais, a atenção atribuída pelos entrevistados à interação comunicacional, tanto no que se refere à informação que o profissional recolhe (competências relacionadas com o conteúdo), como também na relação que se estabelece com a pessoa idosa (competências relacionadas com o processo).

A categoria seguinte – Promover o modelo deliberativo - surge imbrincada

com a anterior. No discurso dos entrevistados emergem dois fenômenos: um relativo ao estatuto atribuído aos profissionais da saúde e outro relativo às práticas institucionais. No que concerne aos profissionais de saúde, o estatuto de superioridade frequentemente concedido pelas pessoas idosas aos mesmos, em particular ao médico, potencia a dependência e inibe o pensamento crítico das mesmas: “(...) tem uma relação muito vertical com os profissionais de saúde, ou seja... assumem-se como completos leigos, que não sabem o que é que vão perguntar, não sabem o que é que vão dizer e o médico, enfermeiro, farmacêutico são Deus, são as pessoas que sabem tudo. (...) é uma relação que elas assumem com tamanha inferioridade (...) quando existe algum tipo de confrontação da parte deles para com o médico (...) já é para haver uma rutura (...)” (P12_GF2). Para além disso, na opinião dos participantes, os profissionais de saúde reconhecem o estatuto a si atribuído e contribuem para a sua manutenção. Em sequência destas opiniões, os entrevistados consideram que a intervenção nesta área deve passar pela desconstrução desta representação com vista ao empoderamento das pessoas idosas na promoção da sua saúde. As práticas institucionais, em particular as relativas aos procedimentos de toma de medicação, condicionam e/ou impedem frequentemente a assunção de um papel ativo e responsável do idoso em relação à sua situação de saúde/doença atual: “(...) muitas das vezes funcionamos mais de forma preventiva. Somos nós que fazemos a medicação. Somos nós que preparamos para que se corra menos riscos (...) Na estrutura residencial (...) a medicação é, toda ela, feita e dada pela equipa de enfermagem, por causa de situações de automedicação” (P7_GF1). Nesta ordem de ideias, fica clara, na perspetiva deste grupo, a necessidade de se substituir o modelo paternalista.

Nos discursos emerge, também, a ideia da parca disponibilidade, por parte dos profissionais de saúde em atenderem às necessidades individuais da pessoa idosa. Neste domínio, são destacadas: as falhas comunicacionais, o distanciamento relacional, a insensibilidade perante a condição de paciente, a utilização de jargões médicos, a relutância em fornecer informação e a falta de tempo. Tudo isto parece ter implicações na forma como a pessoa idosa verbaliza as suas preocupações e a sua vulnerabilidade, podendo, por isso, comprometer o desenvolvimento de um papel mais ativo no que diz respeito à colocação de questões, de dúvidas, mas também na tomada de decisões relativamente à sua saúde. Perante este cenário, a categoria Promover a humanização da saúde constitui-se como um desafio de elevada amplitude e urgência.

De facto, nas reflexões dos entrevistados, existe unanimidade em considerar que na prestação de serviços há falta de sensibilidade e de disponibilidade:

“Eu não sei. Eu tenho uma relação complicada com os médicos do Centro de Saúde. Eles não têm muita disponibilidade nem sensibilidade para as questões sociais. Não têm!” (P1_GF1), o que pode comprometer a dignidade humana.

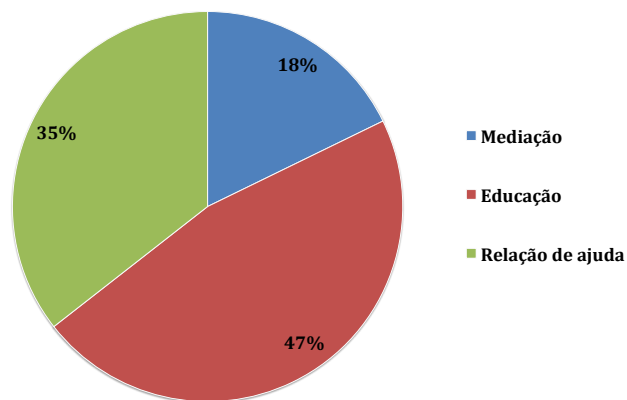
Tema 4. Boas práticas

Por fim, o quarto tema debruça-se sobre a visão dos profissionais quanto ao seu papel e às suas responsabilidades no âmbito da promoção da literacia em saúde, assim como sobre as recomendações que os mesmos sugerem com vista a esta promoção.

Subtema 4.1. Papéis e responsabilidades dos profissionais na promoção da literacia em saúde

Este subtema foi abordado através da questão “Como profissionais, que papéis e responsabilidades consideram ter na promoção da literacia em saúde das pessoas idosas?”, tendo resultado na subdivisão em três categorias (Figura 14).

Figura 14. Categorias relativas ao subtema “Papel/responsabilidades do profissional no aumento da literacia em pessoas idosas” (N = 26)



Quanto ao papel, nas discussões emerge de forma transversal a categoria Mediação, sustentada na ideia dos profissionais serem agentes de mediação privilegiados. Associadas ao desenvolvimento deste papel, são destacadas duas grandes responsabilidades: mediar o contacto entre o utente e os serviços de saúde:

“[...] somos os olhos dos médicos [...]” (P7_GF1); encaminhar, facilitar o acesso e esclarecer sobre os serviços e os recursos disponíveis no âmbito da saúde.

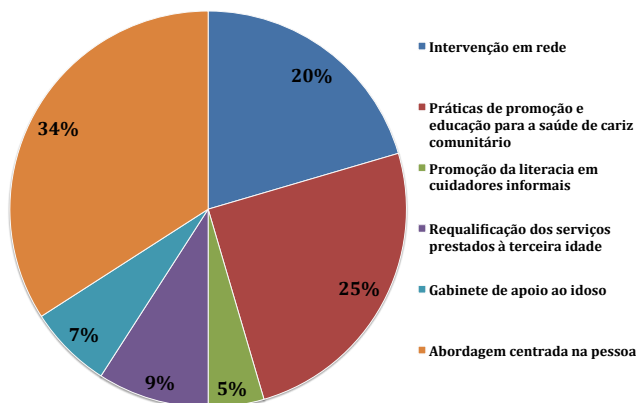
Colocando o foco na categoria Educação, esta abrange: práticas de transmissão de conhecimentos e clarificação de procedimentos/tratamentos aplicados à pessoa idosa, de forma individual; ações de sensibilização/formação sobre diferentes domínios da saúde, podendo estas ser desenvolvidas de forma coletiva, quer nas instituições quer na comunidade. Estas práticas, no ponto de vista dos discursantes, contribuem para o empoderamento, para a autonomia e para o desenvolvimento de uma postura crítica e ativa da pessoa idosa perante a sua situação clínica, tratamentos, entre outros.

No que se refere à categoria Relação de Ajuda, os participantes referiram a importância de estabelecerem uma relação de proximidade e de confiança com a pessoa idosa: “No fundo, é essa a nossa responsabilidade, (...) aproximarmo-nos mais do indivíduo. É abriremos estas portas e estarmos mais disponíveis para responder às dúvidas e também capacitá-los mais. Trabalhar mais lado a lado” (P14_GF3). São da opinião que esta relação - sustentada em competências profissionais como a sensibilidade, a sintonia, o respeito pelo *timing* e características individuais de cada pessoa, a escuta ativa, a disponibilidade e flexibilidade - é imprescindível para motivar a pessoa idosa a procurar informação e a ter uma atitude ativa e responsável em prol da sua saúde.

Subtema 4.2. Recomendações

Este subtema tinha como objetivo recolher junto dos profissionais recomendações e sugestões com vista à promoção da literacia em saúde das pessoas idosas. Deste modo, surgiram seis categorias (Figura 15).

Figura 15. Categorias relativas ao subtema “Recomendações” (N = 26)



A Intervenção em rede é uma das recomendações. Na perspectiva dos entrevistados, é pontuada a importância da partilha de informações e de saberes entre profissionais, sejam da mesma ou de diferentes instituições, valorizando o que de específico cada um pode dar para uma compreensão mais integral da pessoa idosa, de forma a favorecer a prestação de cuidados de saúde de melhor qualidade.

É salientada, ainda, que, para que esta articulação seja efetiva e eficaz, é necessário que os profissionais estabeleçam relações próximas, regulares e intencionais, pois só desta forma é que se consubstancia uma parceria: “Porque muitas vezes as instituições têm parcerias que até podem ser potenciadas nesse sentido e não são...[...] Só estão ali para estar no papel, para dizer que têm parceria, porque de resto não existe qualquer tipo de trabalho.” (P9_GF2); “[...] estamos todos a trabalhar para o mesmo, para o bem-estar e qualidade de vida daquela pessoa [...] Portanto, acho que esta questão da relação comunitária é mesmo muito importante para a pessoa e para o técnico se sentirem mais acompanhados. Poderia haver também a disponibilidade das estruturas de saúde poderem fazer periodicamente visitas a estas instituições [Lares, Centros de Dia...]. O médico deslocar-se até lá e falar pessoalmente, não só com aquele doente, mas com todos os outros. Quer dizer, haver uma relação mais próxima.” (P12_GF2). Esta intervenção em rede remete também para a necessidade de abertura das instituições à partilha de informações entre profissionais que trabalham com a pessoa idosa, contrariando a entropia organizacional: “[...] porque não há uma ligação muito direta com o Centro de Saúde. Eles são uma caixinha forte e é muito difícil lá chegar [...]. É uma instituição ainda muito fechada e não permite articulação entre serviços, que eu acho imprescindível para quem trabalha com idosos principalmente” (P2_GF1).

Mais uma vez, os participantes destacaram a necessidade de se desenvolverem Práticas de promoção e educação para a saúde de cariz comunitário que passam, entre outras, pelo desenvolvimento de encontros, de ações de sensibilização, de cursos de educação terapêutica e da constituição de grupos específicos (psicoeducativos e de autoajuda). Sendo os meios de comunicação social, nomeadamente a televisão, uma fonte privilegiada de informação para esta população, nos grupos focais é apresentada como solução a dinamização de mais espaços informativos: “[...] um programa (de televisão) direcionado mais para a saúde. Eu tenho a certeza que alguns idosos passaram a perceber melhor o que é um genérico a partir do momento em que o jornal de notícias [...] começou a falar sobre os genéricos” (P9_GF2). Destacaram, ainda, como recomendação a divulgação destes eventos e encontros, assim como a mobilização de meios de transporte, que podem ser da responsabilidade da Rede

Social, para facilitar o acesso, a participação e o envolvimento da comunidade idosa nestas iniciativas.

Relacionada com a recomendação anterior, surge, também, a categoria Promoção da literacia em saúde em cuidadores informais. Neste sentido, os participantes são da opinião da necessidade de empoderar estes cuidadores (como a família e os vizinhos), de maneira a que estes constituam um suporte ativo na transmissão de conhecimento e no incentivo à mudança e à responsabilização da pessoa idosa perante a sua saúde.

São também apontadas recomendações no sentido da Requalificação dos serviços prestados à terceira idade, com particular destaque para o serviço de apoio domiciliário. Embora valorizado, este serviço apresenta fragilidades, uma vez que o trabalho que aí se desenvolve se limita quase exclusivamente a práticas de higienização e de alimentação. Nesta ordem de ideias, sugerem que deve ser desenvolvida uma abordagem mais global e humanizada de promoção da saúde, seja física seja psicossocial. Nesta mudança, consideram que devem ser particularmente envolvidos os Ajudantes de Ação Direta, já que são estes profissionais que ocupam a linha da frente do trabalho com as pessoas idosas. Uma formação específica destes profissionais e um trabalho de apoio e supervisão dos mesmos, por parte dos profissionais psicossociais e da saúde, devem ser particularmente cuidados: "(...) os funcionários das instituições são as pessoas que estão ali (...) de certa forma a levar com as balas. Estão ali no primeiro contacto. Podem ter dúvidas. Podem ter comportamentos que não deviam ter tido. Ao comentar isso, ao falar, ao tirar dúvidas com a psicóloga, o médico, a enfermeira, estes podem passar-lhes informações que, de outra maneira, nunca lhes seriam passadas e o comportamento desses funcionários pode alterar-se (...)" (P10_GF2).

No âmbito da discussão, surgiu também a necessidade de se criar um Gabinete de apoio ao idoso, de modo a constituir um serviço a que as pessoas idosas pudessem recorrer para colocar as suas dúvidas, ter acesso à informação e ser empoderadas a tomar decisões relativamente à sua saúde: "(...) abrir uma espécie de consulta aberta para os idosos (...) das freguesias, (...) mas a quem quisesse participar (...)" (P4_GF1); "(...) um gabinete de apoio onde estivesse alguém especializado e que eles pudessem tirar as dúvidas (...)" (P2_GF1).

A categoria mais predominante refere-se a discursos que pontuam uma Abordagem centrada na pessoa. Como visto anteriormente, as atitudes de centralização do profissional de saúde em si próprio contribuem, em grande medida, para as falhas de comunicação deste com o utente, subjacentes às práticas paternalistas tradicionais. Vários exemplos dão conta desta categoria: "se eu perder algum tempo (..) a explicar o que é, como é que pode controlar e como

é que pode gerir ele próprio aquela doença, o profissional só vai ganhar tempo” (P21_GF3); “[...] eu acho que ela [referindo-se a uma utente] tem medo de abordar a própria médica e isso acaba por ser prejudicial, não é? Porque também se tiver perguntas não lhe vai fazer, tem aquele receio...” (P8_GF1); “[...] acima de tudo tentar não assumir esse modelo paternalista e perceber que as pessoas têm um papel, têm ideias, sem dúvida, mas que também têm deveres. Portanto, eles também são parte [...]” (P13_GF2).

Por fim, a última categoria denomina-se Adequação dos códigos verbais e visuais na produção de materiais informativos. Uma vez que as necessidades das pessoas idosas são muito específicas, é necessário selecionar os códigos verbais e visuais (adequação da linguagem, seleção de imagens) que facilitem a compreensão das mensagens que se pretendam veicular para, desta forma, promover a autonomia da pessoa idosa. A este respeito, os participantes sugerem o recurso a símbolos e imagens, nomeadamente, para designar as especialidades (por exemplo, a Oftalmologia ser representada por uns óculos e a Ortopedia por um osso); para dar informação escrita sobre marcação de consultas, exames e outras informações referentes à saúde.

2.2.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo emergem quatro grande temas, alguns dos quais com vários subtemas, constituídos por diferentes categorias.

O Tema 1 - Literacia em saúde – integra 3 subtemas: Conceções sobre literacia em saúde; características da literacia em saúde na população idosa; e fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa.

As representações de literacia em saúde apresentadas pelos profissionais da área da saúde e de intervenção psicossocial parecem corroborar, em geral, a literatura existente sobre a temática, a qual concebe este conceito como sendo bastante amplo, transversal (Lyman, 1979) e multidimensional (Institute & Ageing, 2012), que toca diferentes áreas de competências como a cognição, os comportamentos e a socialização.

As categorias emergentes no que concerne às conceções sobre literacia em saúde foram, como vimos, os conhecimentos, a educação, a autonomia/proatividade, a motivação, o contexto sociocultural e as experiências de saúde/qualidade de vida.

Os conhecimentos, categoria mais referida pelos profissionais, refere-se aos conhecimentos básicos que a pessoa detém ou deveria deter relativos à saúde em geral (conhecimentos em saúde), assim como aos conhecimentos sobre a própria saúde/doença e sobre o próprio corpo (autoconhecimento). Estes, ao longo da discussão, surgem como um atributo pessoal associado à capacidade cognitiva, o que vem na linha de Ownby, Waldrop-Valverde e Taha (2012). Esta questão é acentuada na categoria seguinte.

A categoria Educação, abarcando as subcategorias competências funcionais básicas e nível de escolaridade, assume, na ótica dos entrevistados, um papel fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de competências e à aquisição de conhecimentos indispensáveis para a mudança de atitudes, crenças e comportamentos, o que vem ao encontro da perspectiva de Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, citados por Loureiro et al., 2014). A educação parece ter, assim, um papel direto no processo de desenvolvimento da literacia em saúde, à semelhança do modelo apresentado por Nutbeam (2000).

A segunda categoria mais referida, autonomia/proatividade, surge imbricada com a categoria e as subcategorias anteriores, já que, e como defende Almeida (2009), a participação, a autonomia e o empoderamento dos indivíduos no âmbito da literacia em saúde estão intrinsecamente ligados ao conhecimento, a competências cognitivas e sociais, à confiança e à motivação. Não é, assim, de estranhar, a emergência das categorias motivação e contexto cultural e social. Na ótica dos participantes, o grau de literacia em saúde é, em geral, superior em indivíduos com maior motivação/interesse, o que vem ao encontro da perspectiva de Reis (2010). Este defende que as ações em saúde dependem, entre outros fatores, da motivação: “o conhecimento de factos relevantes constitui a base para agir ou intenção de agir em matéria de saúde, modelado pelas crenças e atitudes. Da motivação resulta uma decisão no sentido de realizar ou não determinada acção ou tarefa, como administrar o medicamento, realizar um diagnóstico, mudar o estilo de vida” (p. 48).

Já o contexto cultural e social parece condicionar o grau de literacia em saúde, particularmente quando se fala de contextos urbanos/rurais. As pessoas que vivem em contextos rurais apesar de serem, na perspectiva dos participantes, mais autónomas e proativas, são também as que frequentemente têm um menor acesso à saúde. De facto, e como indicam Jóluskin e Toldy (2011, p.49) “a impossibilidade ou dificuldade de acesso à informação, em consequência, por exemplo, de um contexto social desfavorável, poderá condicionar o exercício activo e informado da autonomia” e, por sua vez, limitar a literacia em saúde das pessoas. Ora, tendo em conta os princípios da equidade e da justiça social, é uma obrigação de todos, e do Estado em particular, assegurar

o direito de acesso universal e equitativo de todos ao serviço público de saúde, bem como garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde e assegurar os direitos e interesses dos utentes.

A última categoria deste primeiro tema evidencia uma associação positiva entre estilos de vida saudáveis, experiência de saúde, qualidade de vida e níveis de literacia mais elevado. Esta ideia leva-nos, todavia, a questionar se experiências negativas não poderão igualmente contribuir positivamente para a literacia em saúde. Tendo em conta a bibliografia consultada, colocamos como hipótese que esta associação está sobretudo ligada à frequência e qualidade do acompanhamento prestado pelos profissionais, acompanhamento este que, como fomos vendo ao longo da apresentação dos resultados, se detém muito na capacidade de comunicar de forma clara (adequando a linguagem), comedida (seleccionando a informação realmente relevante, não transmitindo informação em excesso), emocional e atenta aos sinais de (in)compreensão do interlocutor.

No que concerne ao Subtema 1.2, características da literacia em saúde na população idosa, este integra oito categorias.

Nas narrativas dos profissionais, as pessoas idosas são percecionadas como um grupo vulnerável, onde impera o desconhecimento e a passividade, e, conseqüentemente, a dependência face a outrem. A agravar este quadro, acrescem as dificuldades e/ou as limitações em aceder, compreender e usar um conjunto de informações ou terminologias médicas, decorrentes de um baixo nível de escolaridade apresentado pela maioria das pessoas idosas da geração atual. O grande desequilíbrio observado entre os conhecimentos do cidadão comum e os dos “especialistas” que, associado à vulnerabilidade socioeconómica dos mais velhos, pode levar a que o exercício da autonomia seja reduzido (Jólluskin, & Toldy, 2011). Todavia, como afirmam as autoras, nem sempre as pessoas desejam ter mais informação, acrescentando que, algumas vezes, as mesmas, nomeadamente “pacientes idosos ou com baixo nível educativo preferem a perspetiva paternalista” (p.46), optam por delegar em terceiros as suas responsabilidades, em vez de as assumir. É de realçar que esta falta de autonomia nem sempre está associada a uma perda de competências e capacidades, mas ao contexto que, em alguns casos, é pautado por uma sobre proteção da pessoa idosa. Exemplo desta realidade são muitas práticas institucionais que, ao invés de promoverem a autonomia e o empoderamento dos sujeitos, favorecem o desconhecimento e a passividade. Saquetto e colegas (2013) refletem acerca desta relação, indicando que “quando se discute a diminuição ou perda da autonomia em contexto gerontogeriatrico, é comum a associação à dependência física ou social, o que muitas vezes pode

induzir uma perspectiva estereotipada em relação à pessoa idosa” (p.522). Neste sentido, os autores são da opinião que “esta compreensão contribui para fortalecer atitudes que desconsideram a pessoa idosa como participante do processo existencial e de tomada de decisões pautadas na autonomia” (p. 522), designadamente no que concerne à sua saúde.

A doença aparece, como vimos, como tema central nos discursos e preocupações das pessoas idosas e determina muitos dos seus comportamentos, quer em relação a si próprios quer em relação aos outros. A ênfase dada à doença pode espelhar não só as suas preocupações com o declínio da sua condição física e psicológica, real ou temido, mas também com experiências vividas em contexto de sistema de saúde, de concentração exclusiva nos parâmetros biomédicos (Davis, & Fallowfield, 1994; Silverman, Krutz, & Draper, 2005). De notar que em relação aos outros, emergem, na perspectiva dos profissionais, frequentes discursos de incompreensão relativamente às doenças dos mesmos, sendo, em geral, a doença mental (por exemplo, a doença de Alzheimer) alvo de maior estigma e discriminação, o que vem ao encontro da literatura neste âmbito (Graham et al., 2007). Assim, para melhorar a literacia em saúde importa criar estratégias que, como referem os autores, se centrem numa informação clara acerca das especificidades deste tipo de doenças e na promoção de atitudes de tolerância. E, uma vez que, como referiram os participantes, os idosos revelam grande interesse em relação ao tópico saúde/doença em geral, e ao seu estado de saúde em particular, é importante que este interesse seja potenciado, de variadas formas e com diferentes meios, para aumentar a literacia em saúde e, conseqüentemente, o bem-estar pessoal e coletivo. Os mass media podem desempenhar um papel crucial no processo de disseminação de informação essencial à tomada de decisão dos cidadãos em matéria de saúde (Ruão, Lopes, & Marinho, 2012).

Uma das categorias mais referidas pelos profissionais entrevistados foi a rigidez de hábitos/falta de hábitos saudáveis. Esta refere-se ao facto de as pessoas idosas terem dificuldades em agir de forma saudável, através de alterações do estilo e condições de vida (OMS, 1998). Em alguns casos, embora se consiga, através de um trabalho de sensibilização, que as pessoas alterem determinados comportamentos em prol de um estilo de vida mais saudável, noutros casos, as pessoas parecem assumir uma atitude de defesa e de preocupação, decorrente do desconhecimento anteriormente referido e, por vezes, da inexistência de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, nomeadamente o médico. Assim sendo, a intervenção a este nível parece passar muito por um acompanhamento próximo e frequente à pessoa idosa, procurando não só a mudança de atitudes, de crenças e de comporta-

mentos, mas a sua manutenção ao longo do tempo.

Antes de concluir a discussão da presente subcategoria, urge, ainda, refletir acerca do que o envelhecimento comporta nesta fase da vida. A velhice surge frequentemente associada a uma etapa em que o indivíduo perde papéis e capacidades, enfrenta a doença assim como a morte daqueles que consigo envelheceram. Esta visão mais negativa exalta a importância da motivação como propulsora de vida, indo ao encontro da necessidade de inclusão do idoso na sociedade. A falta de motivação poderá acarretar diminuição da autoestima, apatia, isolamento social e, portanto, um envelhecimento precoce que, em muito, prejudicará estes indivíduos, levando-os, por exemplo, à vivência do dia-a-dia como um compasso de espera pela morte. Esta atitude favorecerá, como se percebe, baixos níveis de literacia em saúde nesta população. Neste sentido, promover a literacia em saúde na população idosa, poderá passar pela promoção da sua saúde física e mental (Rootman, & Ronson, 2005), da sua vontade de viver e do seu sentimento de autoeficácia (Antunes, 2014), através da partilha de responsabilidades e da gestão bem-sucedida da saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012).

O Subtema 1.3 remete-nos para as fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa

De acordo com os participantes, são os profissionais de proximidade, no âmbito da saúde, as fontes privilegiadas de informação das pessoas idosas. Não obstante, outros profissionais, designadamente de intervenção psicossocial, podem assumir igualmente um papel de relevância, a par dos vizinhos e dos meios de comunicação social.

Quanto aos constrangimentos, uma das categorias emergentes é a dificuldade na compreensão da terminologia associada à doença/saúde. Se atendermos a que a maioria das pessoas não domina a terminologia médica e que os termos utilizados pelos profissionais de saúde têm significados diferentes para o cidadão comum (por exemplo, no que diz respeito ao termo depressão), facilmente se entende que as informações escutadas podem desencadear reações emocionais desadequadas, podendo até contribuir para o agravamento dos quadros clínicos (Grilo, 2011). Não é assim de estranhar que o foco de maior atenção dado pelos profissionais tenha sido a comunicação assimétrica utente-profissional. A literatura é ampla no que diz respeito à comunicação em saúde e aos processos transacionais que ocorrem entre indivíduos sobre assuntos relacionados com a saúde (Northouse, & Northouse, 1998). De acordo com Mårtensson e Hensing (2012), o distanciamento ao nível da linguagem utilizada leva, muitas vezes, a que o indivíduo, ao não compreender bem o que lhe é dito, se iniba de questionar e opte por “acatar” as ins-

truções que lhes são dadas. Os resultados do estudo de Benavente e colegas (1996) são no mesmo sentido. Estes autores constataram que os indivíduos parecem conscientes do seu baixo grau de literacia, preferindo naturalizar a dependência de competências de terceiros, por possuir “sentimentos de impotência para lhes fazer frente” (p. 168). Com vista a alterar a situação, parece-nos importante trazer a perspetiva de Silverman e colegas (2005). Esta atenta que na relação entre profissionais de saúde e utente devem ser desenvolvidas várias competências relacionadas com o conteúdo, que traduzem o que os profissionais de saúde comunicam (por exemplo, quando escolhem a informação a recolher, qual o tratamento que sugerem); relacionadas com o processo, isto é, com a forma como os profissionais de saúde comunicam (por exemplo, como estabelecem a relação com o paciente, como organizam informação); e percetivas, relativas àquilo que os profissionais pensam e sentem (por exemplo, quanto ao processo de tomada de decisão, atitudes, perceção dos sentimentos e pensamentos do paciente).

A tendência, descrita pelos participantes, de muitos profissionais se dirigirem ao acompanhante, ao invés de ao próprio idoso, pode potenciar sentimentos de desqualificação e desvalorização deste, inibidores da sua autonomia e empoderamento, situação essa que urge alterar. De facto, ninguém melhor do que o próprio conhece e sente o seu estado de saúde/doença, e, por isso, tantos os profissionais, como a família ou outros acompanhantes, deverão respeitar e valorizar o saber do mesmo, incentivando-o a assumir o seu papel de decisor, não se permitindo assumir esse papel em vez do primeiro.

As categorias dificuldade em perceber quais os informantes mais indicados e em filtrar a informação surgem relativamente às fontes de informação utilizadas pelas pessoas idosas para aceder à informação. Os participantes referem que a informação passada pelos meios de comunicação social, e tantas vezes pelos vizinhos, é imediatamente apreendida pelo idoso, mesmo sendo incorreta. A dificuldade em filtrar a informação e em perceber quais os informantes mais indicados vai ao encontro de alguma ausência de pensamento crítico por parte desta população, o qual é essencial a um pleno exercício da cidadania (Santos, 2010). Associada também à limitação deste exercício da cidadania surge a iliteracia digital. Ora, o problema da infoexclusão na terceira idade tem de ser alvo, como referem Gil e Amaro (2011), de uma intervenção urgente, havendo já um conjunto de iniciativas nacionais e europeias para que este grupo de cidadãos possa desenvolver a literacia e as competências digitais que lhes permitam utilizarem as Tecnologias /TIC em prol da melhoria da sua qualidade de vida.

Mas que culturas e práticas profissionais residem nas instituições que trabalham junto dos idosos, com vista à promoção da literacia em saúde (Tema 2). A análise das respostas permite constatar que as práticas profissionais com vista à promoção da literacia dão prioridade ao acesso à informação e ao conhecimento sobre saúde. Santos (2010) adverte, no entanto, que tão importante como dotar as pessoas de conhecimento acerca da sua saúde, é motivá-las a procurar e a gerir a sua saúde, o que depende da postura dos profissionais de saúde neste processo. Monteiro (2009) reconhece a melhoria da literacia em saúde na comunidade como um imperativo na saúde pública. Perspetivando a terminologia de Nutbeam (2000), é possível denotar o predomínio de uma tendência das práticas profissionais patentes para uma conceção da literacia como sendo funcional, ou seja relacionada com o acesso à informação e o conhecimento sobre saúde nas pessoas idosas. No entanto, a comunicação eficaz utente-profissional, amplamente mencionada pelos profissionais de saúde, destaca a valorização da componente interativa/comunicacional, nomeadamente na forma como a informação e o conhecimento são transmitidos à pessoa idosa. Nutbeam (2000) destaca a importância da comunicação no processo de melhorar a literacia em saúde numa população, cabendo ao profissional ajudar os idosos a desenvolver confiança para agir de acordo com os conhecimentos. De facto, construir literacia em saúde é mais do que fornecer informação em saúde, já que o acesso a uma informação correta e confiável é a pedra angular da literacia em saúde, mas não é suficiente. De algum modo temos de construir os canais de comunicação certos de modo a que a informação em saúde se traduza realmente em comportamentos saudáveis (Monteiro, 2009).

A segunda categoria mais referida aponta para a sensibilização/formação dos prestadores de cuidados, tanto formais quanto informais. Promover um bom nível de literacia em saúde da população idosa, passa por fortalecer algumas competências específicas associadas a esta, nos profissionais, nas famílias ou noutros cuidadores, as quais terão impacto direto, como referem Bennett, Chen, Soroui e White (2009), na primeira.

Apesar de serem categorias menos mencionadas, há uma referência à promoção da autonomia e proatividade na tomada de decisão e resolução de problemas relacionados com a saúde e o empoderamento dos idosos/comunidade.

Quanto aos desafios à promoção da literacia em saúde da população idosa (Tema 3) 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: 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, como referimos, para a importância de as pessoas idosas mudarem hábitos, crenças e comportamentos, muitos deles de uma vida inteira, em prol da sua saúde. Ora, sabendo-se que a literacia em saúde apela para a capacidade de se tomarem decisões de saúde seguras no contexto do dia-a-dia (Forum Europeu de Saúde, 2005 citado por Monteiro, 2009), percebe-se que a educação para a literacia em saúde surge como um forte instrumento de mudança de atitudes e, como diz Monteiro (2009), de ampliação de recursos e ganhos de autonomia e bem-estar nos e para os idosos. O autor refere, neste sentido, a importância das instituições criarem ambientes de literacia em saúde, tendo subjacente a filosofia de empoderar as pessoas idosas e promover a sua autonomia, de forma constante e perante situações diversas no contacto com os profissionais.

Além dos serviços já existentes na nossa sociedade, é 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, como refere a Entidade Reguladora da Saúde (2009), o consentimento informado reflete uma manifestação de respeito pela pessoa doente, enquanto ser humano, e constitui o garante de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos da autorresponsabilização e da liberdade de escolha. Não podemos no entanto esquecer que uma tomada de decisão livre e responsável é muitas vezes difícil para indivíduos que estiveram sempre habituados a um modelo de saúde mais autoritário. A tomada de decisão não é um ato unicamente racional, contendo aspetos emocionais como o medo, que devem ser tidos em conta pelos profissionais, de forma a favorecer o envolvimento, a responsabilização e a autorregulação dos indivíduos. A atenção atribuída à interação comunicacional impera, uma vez mais, nos discursos dos entrevistados, tanto no que se refere à informação que o profissional recolhe (competências relacionadas com o conteúdo), como também na relação que estabelece com a pessoa idosa (competências relacionadas com o processo) (Silverman et al., 2005). Não é, assim, de estranhar que os profissionais tenham apontado a necessidade de promoção do modelo deliberativo e de humanização da saúde. Estas aparecem como as categorias centrais deste tema.

De acordo com os entrevistados, o estatuto de superioridade atribuído aos profissionais de saúde e tantas vezes por eles assumido, a par de práticas institucionais protetoras, remete para a necessidade de mudar práticas e condições inibidoras da ação e do empoderamento das pessoas idosas. É nesta ordem de ideias que emerge a necessidade de substituir o modelo paterna-

lista, 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).

A par do desenvolvimento do modelo Deliberativo, urge promover a humanização da saúde. Esta, como afirma Rios (2009, p. 10), fundamenta-se “no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à 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”. Reconhece-se, segundo esta autora “o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção” (p. 11). De facto, 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.

Após este enfoque nos desafios à promoção da literacia em saúde da população idosa, refletir-se-á, por fim, sobre as boas práticas neste domínio (Tema 4).

No que concerne ao papel e responsabilidades dos profissionais na melhoria da literacia em saúde das pessoas idosas, os entrevistados apontam a educação como sendo a área de maior responsabilidade, seguindo-se a mediação e a relação de ajuda. Também para Nutbeam (2007), e como referido anteriormente, a intervenção ao nível educacional revela-se fundamental, sendo, todavia, influenciada pelo contexto específico e pelas interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia. Assim, a responsabilidade educativa associada à relação de ajuda referida pelos participantes evidencia a importância de os profissionais criarem um contexto de confiança e de respeito pelo utente (Antunes, 2014), que permite informá-lo e esclarecê-lo, bem como empoderá-lo a tomar decisões e a resolver problemas acerca da sua saúde (Monteiro, 2009). Após a exploração do papel e das responsabilidades que os profissionais consideram ter neste âmbito, coloca-se uma questão: como melhorar a literacia em saúde em pessoas idosas? Na resposta a esta questão serão analisadas as recomendações dos profissionais ao nível das práticas de promoção da literacia em saúde. Estas apontam na direção de uma melhoria das práticas já existentes, não só em relação ao papel que os profissionais podem ter na promoção da literacia em saúde, mas também relativos a outros desafios de outros níveis (Serrão, Veiga, Vieira, Almeida, Ribeiro et al., 2014).

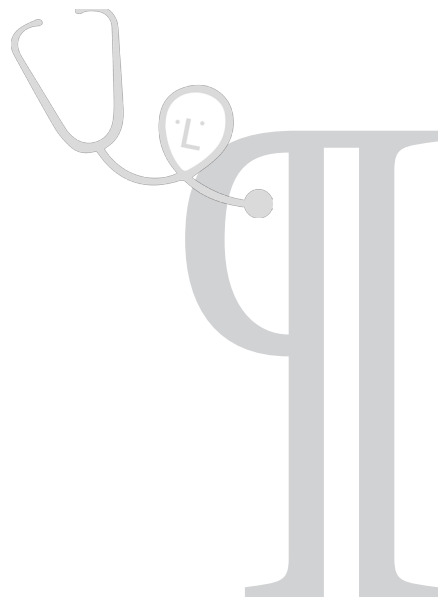
A abordagem centrada na pessoa (cf., Rogers, 1985) é uma das recomendações mais referidas pelos profissionais, corroborando o seu papel na relação de ajuda com o utente. Tal sustenta a importância da promoção do modelo deliberativo, contrariando o modelo paternalista vigente, e a humanização da saúde, que foram os desafios mais importantes na ótica dos profissionais. Este modelo deliberativo e a abordagem centrada no idoso, enquanto agente ativo, exigem, do profissional, competências como a sensibilidade, a escuta ativa, o respeito pelo timing do utente, a flexibilidade e a abertura (Serrão et al., 2014). Só assim, as barreiras entre ambos poderão ser esbatidas de modo a que todos se envolvam num objetivo comum, empoderar o idoso na gestão da sua saúde e doença. De facto, “um sistema de saúde centrado no doente exige um papel ativo por parte dos indivíduos, tornando-os parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que têm a ver com a saúde. É assim fundamental equipar o doente para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença” (Santos, 2010, p. 128).

As práticas de promoção e educação para a saúde de cariz comunitário, apesar de já existentes, como referem alguns profissionais, são de investir, já que potenciam o empoderamento dos idosos e da comunidade. A comunicação social pode ter neste aspeto, e como vimos anteriormente, um papel significativo (Serrão et al., 2014).

A intervenção em rede é também referida como uma prática que deve ser enfatizada, nomeadamente através da constituição e funcionamento efetivo de equipas multidisciplinares (Monteiro, 2009), inter e intra-organizacional. A intervenção em rede é considerada um excelente recurso no que diz respeito à transmissão de conhecimentos, mas também no desenvolvimento de competências associadas à saúde.

É, ainda, de destacar a referência à requalificação dos serviços e à criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso, enquanto estruturas importantes, não só no acesso à informação, como no empoderamento e autonomia das pessoas idosas. No caso dos Serviços de Apoio ao Domicílio, estes podem desempenhar um papel importante na promoção da literacia em saúde no meio natural dos idosos, o seu domicílio. Num clima de maior tranquilidade e conforto, as pessoas podem sentir-se mais confortáveis para colocar questões variadas e para interiorizar a informação transmitida. No caso do Gabinete de Apoio ao Idoso, este poderia constituir um serviço fundamental, não só no acesso à informação, mas sobretudo no encaminhamento, facilitação e suporte das pessoas idosas na gestão da sua saúde, assim como no recurso aos serviços disponíveis no Sistema Nacional de Saúde. Note-se que este Gabinete, na ótica dos profissionais, deveria ser agregador de outros serviços de outros âmbi-

tos (ex, serviço jurídico), à frente dos quais deveriam estar profissionais competentes para lidar com idosos e com as questões que lhes dizem respeito. Para concluir salientamos que as recomendações sugeridas pelos profissionais são uma base para que a literacia em saúde possa ser fomentada, particularmente nos segmentos da população que evidenciam maior vulnerabilidade no acesso e integração da informação sobre saúde. É importante aludir que muitas práticas referidas constam já da cultura organizacional de diversas instituições e que novas práticas devem ser implementadas em prol de uma efetiva literacia em saúde. Como refere Monteiro (2009), investir na literacia em saúde, é também investir na melhoria da saúde da população. Ora, considerando as previsões, pelo Instituto Nacional de Estatística, de 40,4% de idosos até 2050 em Portugal, esta problemática tem de ser, de facto, cuidada. Importa, assim, conhecer e compreender os níveis de literacia em saúde dos idosos atuais, desenvolvendo intervenções ajustadas às suas necessidades, mas perspetivar já o perfil dos idosos vindouros, traçando atempadamente estratégias adequadas e efetivas de promoção de uma boa literacia em saúde em prol da sua autonomia, empoderamento e melhoria de qualidade de vida.



CONCLUSÕES

A literacia em saúde é uma temática de particular relevância para a promoção da saúde. A sua avaliação permitirá concretizar estratégias que visem a adequação das políticas e o desenvolvimento de medidas em termos de Saúde Pública, conforme defende Luís (2010).

O NVS é um instrumento de fácil utilização e que permite efetuar a avaliação do grau de literacia em saúde do sujeito. Esta avaliação é fundamental, uma vez que o nível de literacia em saúde de um indivíduo influencia diretamente o acesso a informação crucial em termos de saúde (e.g., Baker et al., 1996; Baker et al., 2007; Williams et al., 1998). Embora seja um teste de rápida aplicação, a sua utilização nesta amostra, evidenciou algumas dificuldades, pois vários sujeitos recusaram-se, num momento inicial, a responder às questões ou afirmaram não compreender a pergunta. Assim, consideramos, e concordando com Fernandes (2012), que “as dificuldades comunicacionais encontradas na aplicação no NVS poderão relacionar-se com o sentimento de vergonha dos participantes quando não compreendem as informações que lhes são dadas. Estas dificuldades de comunicação podem assemelhar-se às experienciadas pelos técnicos de saúde quando os pacientes não conseguem compreender e atender às informações médicas que lhes são instruídas e, por sua vez, não comunicam, por vergonha, as dificuldades que estão a sentir (Baker et al., 1996; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Rudd, Anderson & Nath, 2007; Speros, 2005; citados por Fernandes, 2012, p. 39).

No estudo realizado, verificámos que o nível de literacia em saúde dos participantes é baixo. O facto de 80% dos inquiridos apresentarem uma baixa literacia em saúde é deveras preocupante, uma vez que ultrapassa, de forma substancial, o nível de prevalência de literacia funcional da população apontada pela OCDE (Nutbeam, 2008).

Em termos gerais, concluiu-se que o grau de literacia em saúde tende a ser menor: nas mulheres, nas pessoas mais velhas; nas pessoas viúvas quando comparadas com as pessoas casadas; nas pessoas com um nível de escolaridade mais baixo; nas pessoas que apresentam/reportam algum tipo de doença física; e nas pessoas que autoreportaram uma menor perceção de qualidade de vida geral. Assim, é necessário, aquando da transmissão da informação, atender a este conjunto de variáveis sociodemográficas, pois este associa-se a uma maior ou menor capacidade dos indivíduos acederem, compreenderem e usarem a informação (Serrão et al., 2014).

O estudo qualitativo desenvolvido junto de um grupo de profissionais da saúde e de intervenção psicossocial sobre a temática da literacia em saúde evidenciou: a existência de conhecimentos rigorosos e amplos sobre a temática literacia em saúde; o reconhecimento de um conjunto de determinantes que favorecem a literacia em saúde, nomeadamente os de ordem individual (autonomia, proatividade, grau de escolaridade, fatores motivacionais), mas também os de ordem cultural e social. Ficou também patente uma perceção de que, na geração atual de pessoas idosas, predomina a baixa literacia em saúde, tendo este fenómeno sido associado à atitude e postura das pessoas assente num paradigma tradicional paternalista e a um acesso limitado à informação.

No que se refere aos constrangimentos associados à literacia em saúde, emergiram discursos que se situam ao nível das dificuldades na seleção de informações na área da saúde por parte das pessoas idosas, das dificuldades na compreensão da terminologia médica e na predominância de uma comunicação assimétrica entre profissionais de saúde e pessoas idosas. Apesar de tudo, reconhecem a pertinência e a intencionalidade das ações desenvolvidas nas instituições, com vista a aumentar o acesso das pessoas idosas a informações sobre saúde e em promover a sua autonomia na tomada de decisões e na resolução de problemas associados ao seu estado de saúde/doença.

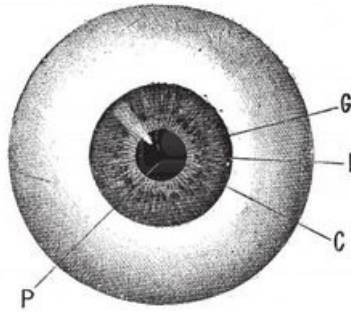
Estes profissionais atribuem um elevado significado ao seu papel nesta matéria, funcionando como agentes de mediação (entre serviços, por exemplo), mas também de educação.

Quanto aos desafios no âmbito da promoção da saúde, destaca-se a necessidade de criar contextos e desenvolver práticas efetivas que concretizem a igualdade de oportunidades, a todos os sujeitos. A humanização da saúde surge como tema e como prática. Neste sentido, os valores como a participação, a autonomia e a responsabilidade caracterizam o modo de fazer saúde, o que resulta, em mais qualidade na atenção. Em suma e como defende Rios (2009), a essência da humanização reside na “aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (p.10).

Perspetivar a literacia em saúde, enquanto fenómeno abrangente e dinâmico, exige, de facto, uma intervenção que não se coaduna com o recurso exclusivo a estratégias informativas. Tão importante como dotar as pessoas de conhecimentos acerca da saúde é motivá-las a procurarem informação e utilizarem, de modo eficiente e eficaz, os serviços disponíveis, no sentido de gerirem com sucesso a própria saúde. Contudo, motivar as pessoas para ação, empoderando e aumentando o seu sentido de autoeficácia, depende também da perceção delas acerca do suporte e do apoio proporcionados pelos profissionais de saúde, pelo que promover os níveis de literacia em saúde implicará também o desenvolvi-

mento das competências sociais e comunicacionais desses profissionais. Salienta-se, uma vez mais, que a literacia em saúde, em termos de benefícios de saúde, não implica somente vantagens individuais, como escolhas associadas a estilos de vida mais saudáveis ou o uso efetivo e bem-sucedido dos serviços de saúde. Implica, igualmente, benefícios sociais, contribuindo para uma verdadeira ação comunitária de promoção de saúde e o desenvolvimento de capital social (Nutbeam, 2000), ao reduzir os custos de saúde (Somers, & Mahadevan, 2010), ao diminuir o número e a duração das hospitalizações (Baker et al., 2002) e ao melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que, através do aumento do conhecimento em saúde e de uma maior e melhor comunicação com os profissionais de saúde, tendem a melhorar o seu estado geral de saúde autorreportado (Nutbeam, 2000; Speros, 2005). Como sugestão de trabalhos futuros e de estratégias a desenvolver, considera-se importante alargar a aplicação do NVS a outras amostras da população portuguesa tendo em vista contribuir para o conhecimento da realidade a nível nacional; incluir na formação inicial/ contínua, a temática da comunicação da saúde e competências interpessoais, pois a “falta de formação dos profissionais de saúde pode constituir um obstáculo à qualidade da comunicação e assim comprometer a segurança dos cuidados e eficácia dos resultados” (Alves, 2011, p. 57); e aumentar a colaboração entre as áreas da medicina, da psicologia da saúde e da educação, investindo na formação destes profissionais para desenvolverem ações concordantes com as necessidades específicas da população, em particular das pessoas que apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos, reforçando aspetos como a comunicação e a motivação que se revelam fundamentais para a saúde.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. C. F. d. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos - Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa
- Almeida A. B. A., & Aguiar M. G. G. (2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Revista Bioética*, 19(1), 197-217.
- Alves, A. I. A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Escola de Saúde Pública.
- An, S., & Muturi, N. (2011). Subjective health literacy and older adults' assessment of direct-to-consumer prescription drug ads. *J Health Commun*, 16(3), 242-255.
- Andrus, M., & Roth, M. (2002). Health Literacy: a review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302.
- Antunes, M. H. (2012). Os Projetos Europeus LARA, PEER, VINTAGE e ForAge: A Aprendizagem e o Envelhecimento. In Colóquio, "A arte de bem envelhecer: perspectivas do envelhecimento ativo". Lisboa: Centro de Formação e Investigação em Psicologia.
- Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In APDIS (Ed.), *XI Jornadas APDIS - as bibliotecas da saúde: que futuro?* (pp. 123-133). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Baker, D. W., Gazmararian, J.A., Sudano J. & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 368-374.

- Bennett, I., Chen, J., Soroui, J. & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calado, D. F. (2004). Velhice-Solidão ou a vida com sentido. In M. L. Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 51-72), Lisboa: CESDET.
- Carmo, H. (2007). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*. 112(1), 155-159.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Davis, H. & Fallowfield, L. (1994). *Counseling and communication in health care*. London: John Wiley & Sons.
- Díaz, J., Barreto, P., Galleto, J., Barbero, J., Bayés, R. & Barcia, J. (2009). Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochirurgica*, 151, 357-362.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Circular normativa, n.º13/DGCG.
- 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, 130.
- Grilo, A. I. R. M. (2011). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências*. Tese de doutoramento não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Hammerschmidt K. S. A., & Lenardt M. H. (2010). Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 19(2), 358-65
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, 11(2), 113-122.
- Jólluskin, G., & Toldy, T. (2011). Autonomia e consentimento informado: um exercício de cidadania? *ANTROPOlógicas*, 12, 44-51.

- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V. & Marinkovic J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health (Oxf.)*, 31(4), 490-495.
- Kim, S. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337-2343.
- Kim, S., & Yu, X. (2010). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: A short report. *Aging & Mental Health*, 14(7), 870-873.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Lima, L. C. (2011). Crítica da educação indecisa: A propósito da pedagogia da autonomia de Paulo Freire. *Revista e-curriculum*, 7(3), 1-12.
- Loureiro, L. M. J., Rodrigues, M. A., Santos, J. C., & Oliveira, R. A. (2014). Literacia em saúde – breve introdução ao conceito. In L. M. J. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental – capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp.13-26). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Educ Res*, 27(6), 947-960.
- Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.
- Mark, L. (2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician*, 1(3), 64-69.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 151-160.
- Martins, R.M.L. & Rodrigues, M.L.M (2004). Estereótipos Sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica. *Millenium – Revista do ISPV*, 29, 249-254.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, M. M. M. C. F. (2009). *A literacia em saúde*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Northouse, L., & Northouse, P. (1998). *Health Communication. Strategies*

- for Health Professionals*. Connecticut, Appleton & Lange Editores.
- Nunes, R. (s/d). *Consentimento informado*. Retirado em <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Consentimento%20Informado-RuiNunes.pdf>, a 12 de setembro de 2014.
- 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.
- OMS (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.
- Oswaldo, S., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., Charondiêre, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa.
- Ownby, R. L., Waldrop-Valverde, D., & Taha, J. (2012). Why is health literacy related to health? An exploration among u.s. national assessment of adult literacy participants 40 years of age and older. *Educational Gerontology*, 38, 776-787.
- Portugal, S. (2007). Contributos para a discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina CES*, n.º 271.
- Reis, L. A. S. B. (2011). *O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa*. Tese de mestrado em Saúde e Desenvolvimento não publicada. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde. Prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora.
- Santos, B. S., Meneses, M. P. G., & Nunes, J. A. (2004). Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In B. S. Santos (Org.). *Reinventar a emancipação social: para novos manifestos*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(3), 127-134.
- Santos, O., Oliveira, A., Lunet, N., Azevedo, A., Paiva, D., Carvalho, C., & Carmo, I. (2010). *Newest Vital Sign – Adequação da escala para auto-admi-*

- nistração em adolescentes portuguesas*. Observatório Nacional da Obesidade e Controlo do peso. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E. L. S., Yarid, S. D., & Filho, D. L. G. (2013). Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, 21(3), 518-524.
- Sequeira, S. S., Eggermont, L. H., Silliman, R. A., Bickmore, T. W., Henault, L. E., Winter, M. R., . . . Paasche-Orlow, M. K. (2013). Limited health literacy and decline in executive function in older adults. *J Health Commun*, 18 Suppl 1, 143-157.
- Serrão, C., Paulo, A. L., & Lopes, B. (2014). A rede social como instrumento de mudança. In P. Delgado, S. Barros, C. Serrão, S. Veiga, T. Martins, A. J. Guedes, F. Diogo, & M. J. Araújo, *Pedagogia / Educação Social - Teorias & Práticas. Espaços de investigação, formação e ação* (pp. 29-33). Porto: Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto.
- Shapiro, S., Lancee, W. & Richards-Bentley, C. (2009). Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Medical Education*, 9, 11.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communication with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing Editor's.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc*, 54(5), 770-776.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Thorne, S., Bultz, B., & Baile, W. (2005). In there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14, 875-884.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., 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.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S.,

- Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHO-QOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Veiga, L. & Gondim, S.M.G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15.
- Veras, R. (2007). Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *CADERNOS de Saúde Pública*, 23(10), 2463-2466.
- Wallace, L. S. (2004). The Impact of Limited Literacy on Health Promotion in the Elderly. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 1-4.
- Weiss, B.D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A, Pignone, M. P., Mockbee, J. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Wilson, P., Leitner, C., & Moussalli, A. (2004). *Mapping the Potential of eHealth: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services*. Maastricht: European Institute of Public Administration.
- Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*, 165, 1946-1952.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (2001). Innovative care for chronic conditions. Meeting report. Geneva: WHO.



ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS

Projeto Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade

Literacia em saúde: pessoas idosas

1. Na vossa opinião, em que consiste a literacia em saúde?
2. Na vossa opinião, quais são as características da literacia em saúde das pessoas idosas?
3. Como consideram que as pessoas com mais de 65 anos acedem à informação sobre a sua saúde? Quais são os desafios que consideram que as pessoas idosas têm no acesso a esta informação? Quais são os desafios que consideram que as pessoas idosas têm na compreensão desta informação?

Práticas profissionais

1. Que cultura e práticas existem na organização em que trabalham, com vista a potenciar a literacia em saúde? (profissionais e pessoas idosas)
2. Pensam que essas práticas ajudam as pessoas idosas a tomarem decisões sobre a sua saúde e a manterem-se elas próprias como membros ativos da sociedade?

Literacia em saúde:

Para a OMS (2004), literacia em saúde *integra um conjunto de competências cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos sujeitos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida.*

1. Com base nesta definição, que comentários tecem relativamente ao grau de literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos, com base na vossa experiência profissional?
2. Quais são os desafios que levantam no cumprimento do objetivo de aumentar a literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos?

Soluções/ recomendações/ boas práticas

1. Como profissionais, quais são as vossas responsabilidades e papéis no aumento da literacia em saúde das pessoas idosas?
2. Que boas práticas conhecem?
3. Que recomendações/ soluções podem ser encontradas para concretizar este objetivo?
4. Que mudanças estruturais poderiam ser realizadas para a concretização deste objetivo?

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO IPPORTO
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DO IPPORTO

Projeto Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade
Projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian,
no âmbito do Programa Inovar em Saúde

fev 2014 > fev 2015

EQUIPA DO PROJETO

Doutora Carla Serrão ♦ Coordenadora

Doutora Sofia Veiga ♦ Investigadora

Dr.^a Isabel Vieira ♦ Investigadora

Dr.^a Vera Almeida ♦ Investigadora

Dr.^a Sara Ribeiro ♦ Investigadora

Dr.^a Daniela Santos ♦ Investigadora

Doutora Joana Cadima ♦ Investigadora

Dr.^a Sara Ralha ♦ Investigadora

Dr.^a Patrícia Fonseca ♦ Investigadora

Doutor António Marques ♦ Investigador

ESE | POLITÉCNICO
DO PORTO

ESTSP | POLITÉCNICO
DO PORTO



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN



LITERACIA EM SAÚDE

FICHA TÉCNICA

título	Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade
autores	Carla Serrão [Coord.] Sofia Veiga Isabel Vieira Vera Almeida Joana Cadima Sara Ralha Patrícia Fonseca António Marques
edição	Projeto Literacia em Saúde
ISBN	978-972-8969-08-0
design gráfico	Sara Botelho & Gil Maia
data	dezembro 2014

Projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian

