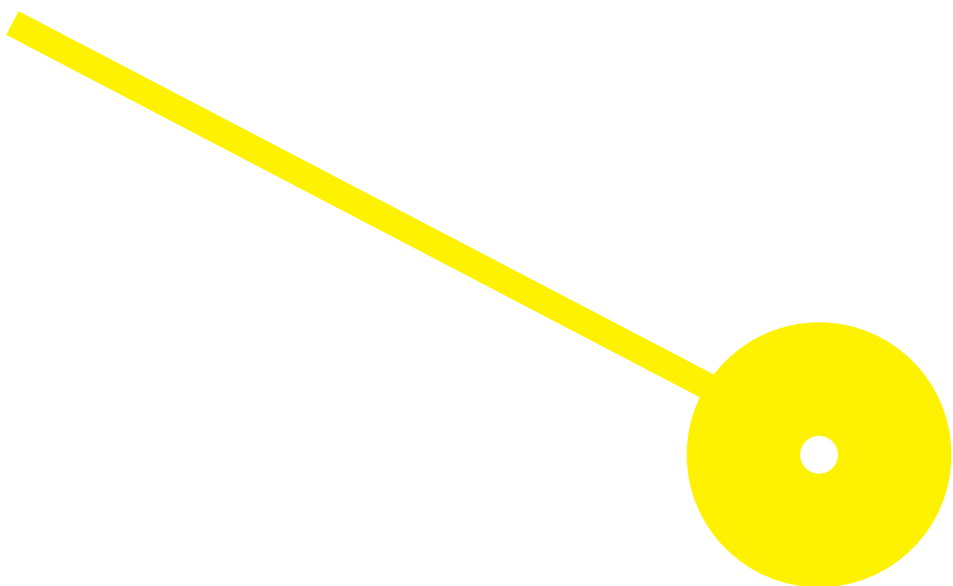




A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais

Iolanda Daniela Teixeira Vaz

12/2020



Literacia em saúde dos cuidadores formais e informais

Autora

Iolanda Daniela Teixeira Vaz

Orientador(es)

Doutora Luciana Oliveira, ISCAP

Doutor Rui Pimenta, ESS

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Gestão de Organizações** – Ramo de Especialização em **Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Através de uma longa caminhada de desafios, trabalho e dedicação quero agradecer a todos aqueles que permitiram de uma forma direta ou indiretamente, a concretização da presente dissertação.

Em primeiro lugar, e eternamente grata, a todas as pessoas e instituições que participaram e colaboraram no estudo de investigação criando as condições necessárias para que o mesmo fosse realizado, caso contrário sem eles não seria possível.

Não poderia deixar de agradecer de maneira alguma, à minha orientadora, Prof. Luciana Oliveira, pela sua disponibilidade, orientação científica, apoio, atenção, colaboração, o rigor prestado ao longo deste trabalho de uma forma incansável e pela ajuda em todas as dificuldades que foram surgindo ao longo do trabalho, na qual eu expresso um enorme obrigado.

Ao Prof. Rui Pimenta também expresso a minha gratidão e a sua ajuda na colaboração no tratamento e análise estatística dos resultados e disponibilidade.

E, ao Dr. Sérgio Moreira pela ajuda na leitura ótica dos inquéritos e toda a sua colaboração e disponibilidade prestada.

Quero ainda agradecer ao meu namorado principalmente pela amizade, amor, compreensão, carinho, apoio e por todos os seus conselhos em prol das melhores decisões e escolhas. A ele que nunca duvidou e desistiu de mim e que sempre esteve presente em todo o meu percurso académico, incluindo nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas, em especial à Carina, e colegas pela preocupação, amizade e espírito de entreajuda na concretização deste trabalho.

E, finalmente e não menos importante, aos meus pais por pensarem sempre em mim e me proporcionar a continuidade da minha formação, de forma a ter futuro melhor e próspero e à minha irmã pela ajuda, suporte e por todas as conversas que me transmite pleno conforto.

Mais uma vez e a todos, o meu profundo e sincero obrigado!

Resumo

A literacia em saúde traduz-se num conjunto de competências e conhecimentos fundamentais para avaliar e compreender toda a informação em saúde. O cuidador é o pilar fundamental para a assistência e ajuda na vida quotidiana de uma pessoa de terceira idade. Portanto, quanto maior for a competência do cuidador em literacia em saúde mais capacidades têm para a tomada de uma decisão autónoma e informada sobre a sua saúde e daqueles que dele depende. Deste modo, o objetivo da presente dissertação é avaliar a literacia em saúde dos cuidadores formais e informais de idosos, de forma a identificar se existem níveis de literacia suficientes para o exercício das suas funções.

O instrumento de avaliação utilizado para a concretização do estudo foi o European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT) que se encontra validado e traduzido para a população portuguesa. A amostra final do estudo foi constituída por 212 cuidadores na zona de influência de Felgueiras. Os resultados da investigação mostram que 51,2% dos cuidadores apresentam níveis problemáticos e 19,6% níveis inadequados de literacia em saúde. De certa forma permite-nos concluir que 70,8% dos cuidadores têm níveis baixos de literacia em saúde. No entanto, os cuidadores informais apresentam níveis mais baixos em comparação com os cuidadores formais ($\chi^2=18,05$; $p<0,001$). O nível de escolaridade bem como a formação em saúde são alguns fatores que registam uma associação significativa com a literacia em saúde ($\chi^2=53,55$; $p<0,001$) ($\chi^2=21,53$; $p<0,001$).

Assim, a literacia em saúde é essencial para que os cuidadores possam auxiliar a pessoa cuidada e, tendo em conta os valores apresentados torna-se necessário uma intervenção a nível nacional através de políticas e/ou formação para obter uma rápida melhoria dos níveis de literacia.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Cuidador Formal, Cuidador Informal, Idoso.

Abstract

Health literacy translates into a set of fundamental skills and knowledge to assess and understand all health information. The caregiver is the fundamental pillar for assistance and help in the daily life of an elderly person. Therefore, the better the health literacy of the caregiver the more capable they have will be in making autonomous and well-informed decisions about their own health and those who depend on them. In this context, this study aims to evaluate the health literacy of formal and informal caregivers of the elderly, in order to identify whether they have sufficient levels of literacy to perform their duties.

The evaluation tool used to carry out the study was the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT), which has been validated and translated for the Portuguese population. The final sample of the study consisted of 212 caregivers in the area of influence of Felgueiras.

The research results show that 51.2% of the caregivers have problematic literacy levels and that 19.6% have inadequate levels of health literacy. In a way, it allows us to conclude that 70.8% of caregivers have low levels of health literacy. However, informal caregivers have lower literacy levels when compared to formal caregivers ($\chi^2=18,05$; $p<0,001$). The level of education as well as the health training are some of the factors that have a significant association with health literacy levels ($\chi^2=53,55$; $p<0,001$) ($\chi^2=21,53$; $p<0,001$).

Provided that health literacy is essential for caregivers to be able to help the person being cared for and, and considering the obtained results, an intervention at the national level through policies and/or training is requiring immediate attention to improve literacy levels.

Keywords: Health Literacy, Formal Caregiver, Family Caregiver, Elder.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Literacia em saúde.....	4
2.1.	Conceito de literacia em saúde.....	4
2.2.	Importância e implicações da literacia em saúde.....	6
2.3.	Promoção da saúde no âmbito da literacia	9
2.4.	Literacia em saúde dos cuidadores.....	10
2.5.	Medição da literacia em saúde	13
2.5.1.	European Health Literacy Survey (HLS-EU)	14
3.	Cuidadores formais e informais	19
3.1.	Área de intervenção: envelhecimento.....	19
3.2.	O ato de cuidar da pessoa idosa.....	20
3.3.	Tipo de prestação de cuidados.....	21
3.3.1.	Cuidadores formais.....	21
3.3.2.	Cuidadores informais	23
3.3.3.	Iniciativas de apoio para os cuidadores informais	24
3.4.	A importância de um cuidador na terceira idade.....	25
4.	Avaliação da literacia em saúde dos cuidadores formais e informais.....	27
4.1.	Metodologias de investigação.....	27
4.1.1.	Objetivos do estudo	27
4.1.2.	Hipóteses de investigação.....	27
4.1.3.	Tipo de estudo.....	27
4.1.4.	População alvo e amostra.....	29
4.1.5.	Instrumento da recolha de dados.....	30
4.1.6.	Recolha de dados.....	30
4.1.7.	Tratamento e análise de dados.....	31
5.	Apresentação de resultados.....	33
5.1.	Dados sociodemográficos.....	33
5.2.	Literacia dos cuidadores formais e informais	37
5.3.	Literacia em saúde dos cuidadores formais	38
5.4.	Literacia em saúde dos cuidadores informais	42

5.5. A relação da literacia em saúde com os dados sociodemográficos dos cuidadores	46
6. Discussão de resultados	50
7. Conclusão, limitações e trabalho futuro.....	57
8. Referências Bibliográficas.....	60
9. Apêndice	69
Apêndice A Questionário europeu sobre a literacia em saúde.....	69
Apêndice B Autorização da utilização do questionário HLS-EU.....	73
Apêndice C Consentimento informado das instituições.....	74

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo concetual da literacia em saúde	15
Figura 2: Processo Hipotético-dedutivo	28
Figura 3: Literacia em saúde dos cuidadores.....	38
Figura 4: Literacia em saúde dos cuidadores formais.....	42
Figura 5: Literacia em saúde dos cuidadores informais	46

Índice de Tabelas

Tabela 1: Instrumentos de medição da literacia em saúde	13
Tabela 2: As doze dimensões resultantes dos três domínios e dos quatro modos de lidar com a informação.....	16
Tabela 3: Dados sociodemográficos: idade	33
Tabela 4: Dados sociodemográficos: sexo, nível de escolaridade, estado civil e nível económico	34
Tabela 5: Dados sociodemográficos: situação profissional.....	35
Tabela 6: Dados sociodemográficos: duração do cuidado, grau de parentesco, formação e área em saúde	36
Tabela 7: Alpha Cronbach	37
Tabela 8: Média e desvio-padrão dos quatro índices de literacia dos cuidadores	37
Tabela 9: 1º Índice: Cuidados de saúde dos cuidadores formais	39
Tabela 10: 2º Índice: Prevenção da doença dos cuidadores formais	40
Tabela 11: 3º Índice: Promoção da saúde dos cuidadores formais.....	41
Tabela 12: 1º Índice: Cuidados de saúde dos cuidadores informais.....	43
Tabela 13: 2º Índice: Prevenção da doença dos cuidadores informais.....	44
Tabela 14: 3º Índice: Promoção da saúde dos cuidadores informais	45
Tabela 15: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com as classes etárias.....	47
Tabela 16: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com o nível de escolaridade.....	47
Tabela 17: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com a formação na área da saúde	48
Tabela 18: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com a duração do cuidado.....	48
Tabela 19: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com o nível económico	49
Tabela 20: Comparação do alfa de Cronbach com os 2 estudo nacionais de literacia em saúde	53

1. Introdução

A literacia em saúde é vista como um meio que proporciona à população exercer um maior controlo sobre a sua saúde e, conseqüentemente, sobre os fatores pessoais, sociais e ambientais da saúde (Nutbeam, 2008). No entanto, a literacia não afeta apenas a qualidade de vida do próprio indivíduo, mas também daqueles que nos são mais próximos e que dependem de nós (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015).

A associação médica americana definiu, em 1999, literacia em saúde como uma constelação de habilidades como a capacidade de leitura e numérica num ambiente de cuidados de saúde, a compreensão da receita médica e outros materiais essenciais e relacionados com a saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999).

Em Portugal, o plano de ação para a literacia em saúde 2019–2021 refere que a literacia é um desafio na saúde pública e a consequência de melhoria deste indicador conduz a uma promoção de ganhos em saúde e o bem-estar da população. Menciona ainda que 5 em cada 10 portugueses apresentam níveis baixos de literacia, e que para combater o problema torna-se necessário a implementação de campanhas para o público em geral e ajuda de todos os profissionais de saúde, de forma a contribuir com os seus conhecimentos (Direção Geral da Saúde, 2019b). Com os baixos níveis de literacia presentes em Portugal, o conceito torna-se fundamental para a efetividade e eficiência na prestação de cuidados e para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), (Despacho nº 3618-A/2016, 2016).

Importa salientar que, na Europa, a procura por informações online relativas a temas de saúde aumentou em quase o dobro em menos de uma década. Mais concretamente, passou de 28% em 2008 para 51% em 2017, segundo os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Moreira, 2018).

Para uma elevada literacia torna-se necessário conhecimento, motivação e competências para avaliar toda a informação em saúde de modo a possibilitar a tomada de decisões quanto aos cuidados de saúde, à sua promoção e prevenção, com o objetivo de garantir e melhorar a qualidade de vida da população (Direção Geral da Saúde, 2019b). A literacia em saúde integra ainda fatores psicológicos como a motivação, perceção e fatores sociais e ambientais que influenciam as escolhas e comportamentos relacionados com a saúde (Loureiro, 2015).

Para complementar e apoiar a literacia em saúde de todos os cidadãos, o ministério da saúde e a Ordem dos Médicos assinaram um protocolo, a 4 de setembro de 2018, através do qual

disponibilizaram a acesso gratuito a plataformas digitais internacionais, com informação clínica e cientificamente validada com o objetivo de aumentar a literacia dos cidadãos, doentes e seus familiares (Governo da República Portuguesa, 2018). Torna-se, pois, importante a disponibilização de ferramentas que possam ajudar o cidadão comum a tomar decisões de forma consciente, no domínio da saúde (Direção Geral da Saúde, 2019a).

O programa nacional para a saúde, literacia e autocuidados teve como objetivo capacitar o indivíduo para a tomada de decisões informadas sobre a sua saúde. Este programa apoia ainda os cuidadores informais em cuidados domiciliários no âmbito de um envelhecimento saudável através do desenvolvimento de técnicas que permitem a promoção de literacia em ambiente residencial, tratando-se de um projeto-demonstração (Despacho nº 3618-A/2016, 2016).

No que diz respeito aos cuidadores, tanto os formais como os informais devem ter um conjunto de competências mínimas para apoiar e ajudar no desenvolvimento de cuidados (World Health Organization, 2000).

Garantir o apoio para os cuidadores torna-se fundamental, dado que o número de idosos está cada vez mais a aumentar e surge a necessidade de um cuidador. A todos os cuidadores deve ser assegurado o acesso a recursos, informações e tudo o que é necessário para o desempenho das suas funções (World Health Organization, 2017).

A população idosa apresentam níveis de literacia em saúde bastante baixos e tal facto reflete-se diretamente na questão de ganhos em saúde e no comportamento quanto à promoção da saúde (Sharifirad et al., 2014).

De forma a complementar toda esta matéria, em Portugal, a população com idade igual ou superior a 65 anos representa 21,8% da população total referente ao ano 2018 e ainda assim, estes valores tendem a aumentar (INE, 2019). Contudo, não é só o envelhecimento demográfico que apresenta um valor significativo, quanto aos cuidadores informais o número remete para 827 mil cuidadores no país (RTP, 2019).

Com o objetivo de medir e avaliar a literacia em saúde, oito países europeus juntaram-se e criaram um questionário, designado por European Health Literacy Survey HLS-EU (HLS-EU Consortium, 2012). A sua tradução e validação para português foram realizadas pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, através de uma rede académica nacional, o que permitiu o primeiro estudo nacional de literacia em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Assim, a presente dissertação tem como objetivo avaliar a literacia em saúde dos cuidadores formais e informais de pessoas de terceira idade, analisar os quatro índices que compõem o instrumento de medição (HLS-EU-PT) e relacionar o nível de literacia em saúde com os dados sociodemográficos. A amostra foi recolhida na zona de influência de Felgueiras e a escolha deste estudo deve-se ao facto de estar em causa a saúde da pessoa cuidada e, por isso é fundamental avaliar a literacia de um cuidador. Além disso, trata-se de um tema com um elevado impacto social, sendo que os seus efeitos são diretamente visíveis sobre a qualidade de vida dos cidadãos idosos e dos seus cuidadores. Quanto à área de intervenção, o envelhecimento demográfico cresce exponencialmente e têm sido cada vez mais os idosos que precisam de cuidados, devido ao surgimento de doenças crónicas, à diminuição da capacidade física e funcional, entre variadíssimos outros, pelo que emerge a necessidade de avaliar a literacia dos cuidadores deste grupo, para que seja possível proporcionar-lhes as necessárias condições de apoio.

A presente dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos: os primeiros dois abordam toda a sua fundamentação teórica relativa à literacia em saúde e aos cuidadores formais e informais de idosos. Os três últimos são referentes à parte empírica, isto é, à metodologia de investigação utilizada, bem como a apresentação de resultados e a sua discussão seguida de uma conclusão do estudo.

2. Literacia em saúde

2.1. Conceito de literacia em saúde

O conceito de literacia em saúde surge pela primeira vez nos anos 70 no âmbito no ensino escolar (Simonds, 1974), contudo é na década de 90 que surgem as primeiras definições sobre o tema e, desde então têm vindo a ser refinadas (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995; Pedro et al., 2016). Nos últimos 25 anos o interesse pelo tema aumentou devido ao impacto que o mesmo pode causar nos resultados sociais e em saúde. Evidentemente, a literacia pode ser melhorada através de informação, comunicação e educação, sendo que essas melhorias podem ser avaliadas com medidas de mudança nos conhecimentos e capacidades que permitem a tomada de uma determinada decisão informada e autónoma. Logo, é fácil perceber a evolução constante do conceito, devido à lógica e conveniência na definição e o risco que pode explicar os resultados e doenças na área da saúde (Nutbeam, McGill, & Premkumar, 2018).

Porém, antes de avançamos para as suas definições, torna-se importante distinguir os termos “literacia” de “literacia em saúde”. A literacia é definida como a capacidade de ler, escrever, calcular, compreender, interpretar, criar e comunicar nas resoluções de problemas e em função do trabalho e na sociedade, referente à vida quotidiana num mundo cada vez mais digital e em constante mudança (Peerson & Saunders, 2009).

Nutbeam (1998) definiu literacia em saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que um indivíduo tem para aceder e compreender o uso da informação de forma a manter e promover uma boa saúde.

No entanto, apesar da sua evolução ao longo da história não há nenhuma definição aceite por unanimidade, mas uma das características presentes em todas elas são as competências individuais, isto é, as capacidades específicas que giram em torno da saúde de um indivíduo para obter, processar e entender as informações e serviços de saúde (Berkman, Davis, & McCormack, 2010; Sørensen et al., 2012).

Numa análise de 17 definições, Sørensen et al. (2012) retiraram a essência de cada uma delas, propondo uma nova definição agregadora, que resultou em:

“Literacia em Saúde está ligada à literacia e exige dos indivíduos conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de

fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre saúde, doença, prevenção e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida". (p.3)

De modo mais específico, Nutbeam (2000) distingue o conceito em três níveis que permite uma maior autonomia e empoderamento pessoal (*empowerment*), que são:

1. "Literacia básica/funcional: competências básicas para a leitura e escrita de modo a utilizar no quotidiano;
2. Literacia comunicativa/interativa: competências cognitivas e mais avançadas que permitem extrair e aplicar informações e significados de diferentes formas de comunicação para uma participação ativa no dia a dia;
3. Literacia crítica: competências mais avançadas que permitem analisar criticamente as informações e usá-las de uma melhor forma, isto é, competências cognitivas e sociais de nível superior". (pp. 263-264)

Contudo, vários autores definem literacia funcional como a capacidade de leitura e numeracia num ambiente de assistência médica, fazendo parte: a leitura de formulários de consentimentos, a bula de medicamentos, entender informações orais e escritas dadas pelos profissionais de saúde e agir de acordo com os procedimentos e instruções necessárias. Por outras palavras, é entendido como o bem estar físico, mental e social que permite navegar e aplicar todo o conhecimento (Kickbusch, 2001).

Assim, a literacia em saúde é o conhecimento, motivação e competências para a tomada de decisões relacionadas com os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida da população com o apoio dos profissionais de saúde. O termo desenvolveu-se a nível social e político, porque ficou claro a sua mensuração, viabilidade e contribuição para o bem estar público (Sørensen, 2018).

Na literacia em saúde destacamos ainda duas abordagens que se tornaram visíveis: a primeira incide sobre as competências pessoais que permitem saber se um indivíduo apresenta, ou não, um bom nível de literacia em saúde, enquanto que na segunda abordagem está presente uma interação com os contextos sociais e culturais, tornando-se mais complexa (Mårtensson & Hensing, 2012).

O conceito é ainda fundamental para que o indivíduo possa gerir com sucesso a sua própria saúde e possa participar efetivamente nos cuidados de saúde (Antunes, 2014).

A literacia em saúde é um tema complexo e com um rápido desenvolvimento (Berkman et al., 2010). Em pleno século XXI assume-se ainda como uma competência profissional crucial para a saúde (Sørensen, 2019).

2.2. Importância e implicações da literacia em saúde

A literacia em saúde é a capacidade de ler, entender e usar as informações em saúde de forma a tomar as decisões necessárias e seguir com os devidos tratamentos (Weiss, 2003). Capacita os indivíduos para uma melhor prevenção da doença e na adesão ao tratamento verificando-se uma associação entre os conceitos (Maragno, & Luiz, 2016; Pedro et al., 2016).

É através do contacto direto com os profissionais que os portugueses conseguem obter informação em saúde. A informação é também obtida através de amigos e familiares, seguindo-se da televisão, leitura de folhetos ou bulas de medicamentos, ao contrário da leitura de artigos ou livros que são os menos frequentes (Espanha et al., 2015).

Só um indivíduo com um nível relevante de literacia em saúde é capaz de usar todas as informações, aplicá-las em situações novas e participar em diálogos públicos e privados sobre saúde, com o propósito de fazer as melhores escolhas informadas, reduzir os riscos e consequentemente aumentar a qualidade de vida. Nesse caso, a literacia em saúde afeta as atividades da vida: casa, trabalho, sociedade e cultura (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005).

Através de um nível elevado de literacia em saúde é que um indivíduo é capaz de:

1. “Aceder à informação e pensar criticamente sobre a mesma;
2. Navegar no sistema de saúde e interagir com os diferentes profissionais de saúde;
3. Ter uma participação eficiente no processo de tomada de decisões” (Serrão, Veiga, Vieira, Almeida, & Marques, 2014, p. 15).

No entanto, além da interação com os profissionais, torna-se necessário perceber se o doente compreendeu todas as instruções que lhe foram fornecidas para a sua posterior reabilitação (Antunes, 2014).

O aumento do nível de literacia em saúde confere autonomia, utilização consciente e informada dos serviços e capacidade para comunicar sobre saúde, o que eleva a responsabilidade e proatividade do cidadão. Mas mesmo os indivíduos com mais altos níveis de literacia em saúde

geral podem não ser capazes de aplicar o seu conhecimento em determinadas situações que exigem conhecimentos mais específicos. Porém, atingir elevados níveis de literacia só traz benefícios para a saúde pública (Direção Geral da Saúde, 2019a; Nutbeam, 2009), em que esses níveis de literacia em saúde acabam por estarem associados a um maior nível de escolaridade (Erickson & LeRoy, 2015).

Por sua vez, os baixos níveis de literacia estão associados a um maior número de internamentos, uma maior procura e utilizações dos serviços de urgência, uma menor preocupação e ação para a prevenção de doenças e promoção da saúde, uma má autoperceção da saúde e a um baixo nível de escolaridade, o que conseqüentemente conduz à diminuição da qualidade de vida da população (Direção Geral da Saúde, 2019a; Espanha et al., 2015).

Para dar resposta aos baixos níveis de literacia, torna-se necessário melhorar o acesso à educação e fornecer programas de educação/formação/informação para adultos (Nutbeam, 2009).

A melhoria da comunicação com os profissionais de saúde também é um meio que pode ajudar a melhorar a literacia em saúde (Nielsen-bohlman, Panzer, & A. Kindig, 2005), contribuir para uma mudança comportamental e influência nas decisões (Direção Geral da Saúde, 2019a) e aceder e avaliar melhor os recursos em saúde (Almeida, 2018).

Através de um estudo realizado constata-se que os indivíduos com um nível abaixo do básico ou básico frequentaram mais vezes as consultas médicas, tiveram custos mais elevados em saúde e nos medicamentos prescritos, em comparação com indivíduos acima do básico de literacia (Rasu, Bawa, Suminski, Snella, & Warady, 2015). Assim, a baixa literacia associa-se ao aumento de custos, não apenas pelo descontrolo de processos patogénicos, mas também devido à má utilização de fármacos (Santos, 2010).

Utentes com baixos níveis de literacia precisarão de mais ajuda para entender tudo sobre a sua doença, os medicamentos que devem tomar e as conseqüências na falta de doses recomendadas, pelo facto de serem indivíduos que podem parar intencionalmente com a toma de um medicamento, por apenas não confiarem no plano de tratamento do médico ou não entenderem a importância dos efeitos colaterais e as preocupações a que esse ato possa levar (Baker, 1999).

Conjuntamente, a nível internacional, verificou-se que 30% a 65% das populações estudadas enfrentam problemas com a literacia, o que provoca desigualdades quer a nível do utente quer a

nível económico (Sørensen, 2018), permitindo presenciar que o conceito tem um forte impacto económico (Loureiro, 2015).

Assim, grupos e redes por todo o mundo, como a OMS, a OCDE e a CE, juntaram-se com o objetivo de criar sociedades com um nível significativo em literacia em saúde, tendo vários fins:

- fazer mudanças na experiência e prestação de cuidados de saúde;
- melhorar a experiência dos indivíduos com doença, deficiências ou enfermidades;
- promover estilos de vida saudáveis;
- abordar os determinantes socioeconómicos e políticos da saúde;
- democratizar a produção e difusão do conhecimento;
- alterar normas culturais e sociais;
- e, propor novos processos em inovação e formulação de políticas em saúde (Sørensen, 2018, p. 2).

A baixa literacia em saúde relaciona-se com um menor conhecimento e compreensão dos cuidados de saúde, em que a população apresenta um pior estado de saúde e resulta no aumento de custos para o sistema de saúde (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Weiss, 2003). Contudo, se os sistemas de saúde se apresentarem de forma estruturada, podem contribuir para melhorar a literacia em saúde na sua prestação de cuidados, de forma a produzir ganhos positivos em saúde, e colaborar para encontrar, entender, avaliar e comunicar usando informações sobre saúde (Pleasant, 2011).

A razão pela qual existe uma constante preocupação com o conceito prende-se com o facto de permitir os indivíduos desenvolverem os seus conhecimentos, participarem na sociedade e alcançarem os seus objetivos pessoais, visto que tudo se constrói através dos resultados em saúde (Nutbeam, 2009).

Portanto, para investir na literacia em saúde é necessário: (i) a utilização de uma linguagem clara e acessível, com uma maior capacidade de lidar com a doença; (ii) utilizar os serviços de saúde de forma adequada; (iii) compreender e controlar as situações da vida e (iv) participar e tomar decisões na sociedade (Loureiro, 2015).

A literacia influencia assim os resultados em saúde em três aspetos importantes: o acesso aos cuidados de saúde, a interação entre utentes e profissionais e o autocuidado (Paasche-Orlow &

Wolf, 2007). E implica a aquisição de informação, tratamento, competências e integração no contexto. Este processo é tão mais eficiente quanto mais segmentado para grupos específicos. (Antunes, 2014).

Portanto, a literacia em saúde constitui um fator que condiciona a capacidade de um indivíduo tomar decisões acertadas relacionadas com a sua saúde e daqueles que dele dependem (Espanha, 2018).

2.3. Promoção da saúde no âmbito da literacia

A promoção da saúde é um processo que potencia a autonomia na tomada de decisão sobre saúde do próprio indivíduo e daqueles que dele dependem. (Kickbusch, 2001).

A carta de Ottawa foi apresentada na conferência internacional sobre a promoção da saúde. Esta permite à população controlar e melhorar a sua saúde e com isso alcançar bem-estar físico, mental e social (World Health Organization, 2016).

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na promoção da literacia. Contudo, podem existir profissionais que desconhecem tal importância e por vezes não têm a perceção das dificuldades que o utente apresenta na compreensão das informações em saúde. Com isto, a capacidade de um indivíduo interpretar a informação em saúde não depende apenas das habilidades pessoais e das condições sociais, mas também da forma como a informação é apresentada (Moreira, 2018).

Promover a literacia em saúde contribui para a qualidade de vida dos cidadãos e para a redução dos gastos associados a decisões e comportamentos prejudiciais à saúde (Serrão et al., 2014). Como solução desses problemas, a adoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção da doença são consequências positivas nessa promoção, a qual pode ser feita através do próprio cidadão, das instâncias políticas, da ação dos serviços de saúde e de outros setores com um objetivo final: benefícios para a sociedade (Direção Geral da Saúde, 2019a).

A educação foi uma ferramenta essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo dos anos. Nos países desenvolvidos, durante a década de 70, surgiram muitos programas de educação em saúde, gerando impacto naqueles que eram mais instruídos e economicamente mais favorecidos na sociedade. Contudo, o conceito de educação em saúde foi essencial para a prevenção de doenças durante os anos 80. Os indivíduos começaram a desenvolver habilidades

personais e sociais nas suas decisões, com o objetivo de um comportamento positivo em saúde (Nutbeam, 2000).

A educação permite aumentar os conhecimentos da população e a melhoria a nível de saúde pessoal (Serrão et al., 2014).

Para melhorar a literacia de uma população precisaremos de reconhecer e entender os aspetos políticos da educação de forma a superar todas as dificuldades. Melhorar a literacia envolve procedimentos que irão muito mais do que a simples transmissão de informação sobre saúde (Nutbeam, 2000).

Quanto ao nível de escolaridade, este indicador apenas mede o número de anos que um indivíduo frequentou a escola, e não avalia as suas competências e aprendizagens, por isso, perguntar a um indivíduo quantos anos frequentou a escola não se traduz diretamente numa avaliação de literacia (Weiss, 2003), isto é, a educação ajuda realmente a melhorar a literacia, mas nem toda a população apresenta níveis elevados (Parker, Ratzan, & Lurie, 2003). Apesar de um utente ter formação e estudos noutra área, não significa que tenha conhecimentos e habilitações em saúde, ou seja, a sua escolaridade pode não ser suficiente ou relevante (Ezebuihe & Sigley, 2016).

Naturalmente, a educação permite melhorar o conhecimento, compreensão e ação da população e deve ser direcionada para o aumento da consciencialização sobre os determinantes sociais de saúde (Nutbeam, 2008).

No nosso entender, considera-se que se existir uma maior promoção da saúde, poderá existir uma melhor utilização dos serviços de saúde, uma diminuição de comportamentos de risco e consequentemente de gastos em saúde (Antunes & Lopes, 2018).

2.4. Literacia em saúde dos cuidadores

O nível inadequado de literacia em saúde é um problema pouco estudado entre os cuidadores de pessoa de terceira idade. São poucos os estudos que analisam o impacto que a literacia do cuidador (formal/informal) tem na garantia de melhores resultados em saúde de quem recebe esses cuidados. Efetivamente, verifica-se uma escassez de artigos publicados quanto aos antecedentes e capacidades do cuidador (Lindquist, Jain, Tam, Martin, & Baker, 2011; Yuen, Knight, Ricciardelli, & Burney, 2018).

Torna-se premente avaliar a literacia em saúde entre os cuidadores de pessoas de terceira idade. A maioria dos idosos precisa de um cuidador, ou por um período curto de tempo, ou até ao fim das

suas vidas (Sudore & Covinsky, 2011). Sudore & Covinsky (2011) apuraram que 55% das pessoas com mais de 85 anos sofreram alterações cognitivas, 63% precisaram de ajuda para tomar banho, 43% para se vestirem, 67% não podiam andar mais do que o portão de casa e 50% precisava de ajuda com os medicamentos.

A preocupação com a literacia em saúde tem vindo a aumentar uma vez que no Japão, Eslovênia, Turquia, Portugal, República Checa, Suíça, Itália, Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha e Áustria mais de 50% da amostra têm um nível baixo de literacia, sobretudo entre os idosos. Este baixo nível está associado a um alto risco de mortalidade de idosos, com uma menor capacidade de tomar os medicamentos ou interpretar rótulos e mensagens de saúde (Moreira, 2018). Por isso, um idoso com baixos níveis de literacia necessita de um cuidador com níveis apropriados (Lindquist et al., 2011).

O cuidador normalmente tem como principais funções: (i) comprar os devidos medicamentos e dar ou lembrar o idoso para a toma dos mesmos; (ii) agendar compromissos, transportar e ir com o idoso às consultas médicas; (iii) seguir as instruções dos profissionais de saúde; (iv) interpretar as informações em saúde e (v) aprender e executar procedimentos técnicos. Estas atividades requerem conhecimentos de saúde adequados, caso contrário o cuidador poderá por em causa o idoso e o plano médico, devido a erros que, mesmo inconscientes podem afetar negativamente a saúde do idoso (Garcia, Espinoza, Lichtenstein, & Hazuda, 2013; Lindquist et al., 2011).

Os estudos disponíveis reportam que mais de um terço dos cuidadores não familiares remunerados apresentaram níveis reduzidos de literacia e que 85% realizam as devidas tarefas independentemente das suas capacidades, sendo que a baixa literacia ficou associada à pior gestão de comportamentos para quem recebe os cuidados (Lindquist et al., 2011; Yuen et al., 2018).

Uma família, ao contratar um cuidador, não sabe que a supervisão de muitas instituições prestadores de serviços é limitada quanto à literacia em saúde ou desempenho específico para o exercício das suas funções, em que em muitas situações essa vertente nem sequer é avaliada. Perante a sociedade estas contratações são viáveis, mas geralmente de baixa qualidade, pois junto do idoso e da família é criada uma falsa sensação de segurança em relação às capacidades dos cuidadores. Portanto, as agências deveriam oferecer formação ou programas de educação para os seus funcionários cuidadores (Lindquist et al., 2012).

Apesar da contratação feita através de agências, grande parte dos cuidadores conseguiram o seu emprego através de contactos familiares. Outro aspeto importante a considerar é que a maior

parte das contratações de cuidadores são feitas tendo em conta as vantagens económicas (baixos custos) sem existir a preocupação com as competências ou experiência no ramo da saúde (Bonaccorsi et al., 2019).

Há falta de estudos que determinem as diferenças de literacia em saúde entre cuidadores formais e informais (Yuen et al., 2018). Num estudo realizado recentemente 65,3% dos cuidadores informais apresentaram níveis insuficientes de literacia em saúde (Li et al., 2020). No entanto há cuidadores formais que também cometem erros, por exemplo na gestão de medicamentos quando esta é complexa (Yuen et al., 2018). Verifica-se assim a necessidade de oferecer formação específica continuada quer a cuidadores formais quer a informais.

Com a baixa literacia é necessário tomar as devidas precauções quer para os cuidadores quer para os beneficiários, focando a prioridade das políticas de saúde nestas situações (Bonaccorsi et al., 2019; Garcia et al., 2013).

A baixa escolaridade pode ser encarada como um indicador avançado dos níveis inadequados de literacia em saúde dos profissionais de saúde (Almeida et al., 2019; Sudore & Covinsky, 2011).

Contudo, e contrariamente ao que verifica na maioria das investigações, Garcia et al. (2013) avaliou a literacia em saúde dos cuidadores em duas situações: clínicas e centros seniores. Conclui através do instrumento de medição S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults) que 88,6% dos cuidadores clínicos e 55,8% dos centros seniores apresentavam níveis adequados de literacia, ou seja, neste estudo mais de metade da amostra obtiveram resultados significativos.

É fundamental e essencial o cuidador ter um nível adequado de literacia em saúde para que possa cuidar de outro indivíduo. Porém, os baixos níveis de literacia são um constante problema e, de forma a combatê-lo é necessário estratégias para desenvolver as competências individuais do cuidador e, conseqüentemente melhorar os resultados em saúde (Bonaccorsi et al., 2019; Yuen et al., 2018). Torna-se necessário que os cuidadores tenham uma literacia adequada, pois fornecem uma assistência aos idosos que lhes permite manter a sua independência (Lindquist et al., 2011).

Os cuidadores relevaram a necessidade de ter mais informação sobre a doença, sobre a etiologia, o diagnóstico e prognóstico geral e sobre os tratamentos em geral de forma a entender os benefícios que poderiam esperar e os seus riscos, sendo que o fornecimento da informação é extremamente importante para a perceção e compreensão dos vários estágios da doença (Mastel-Smith & Stanley-Hermanns, 2012; Washington, Meadows, Elliott, & Koopman, 2011).

O cuidado é muitas das vezes compartilhado por ambos os cuidadores, quer formais quer informais, tudo em prol da pessoa cuidada. Não é possível garantir o cuidado adequado de um idoso sem saber quais as competências de quem cuida dele (Sudore & Covinsky, 2011).

2.5. Medição da literacia em saúde

Construir um instrumento para medir a literacia em saúde é uma tarefa crítica e fundamental para a saúde (Pleasant, McKinney, & Rikard, 2011).

Para Pleasant et al. (2011), um instrumento deve refletir várias situações como: (i) construir uma teoria estável ou uma estrutura concetual; (ii) ser multidimensional em conteúdo e metodologia; (iii) usar vários métodos; (iv) distinguir literacia em saúde de comunicação; (v) tratar a literacia como um variável latente; (vi) respeitar o princípio da compatibilidade, (vii) priorizar aplicações de pesquisa social e de saúde pública e triagem clínica entre outros. (pp. 14-15)

Existem vários instrumentos disponíveis para medir a literacia em saúde conforme apresentados na Tabela 1, que se segue:

Tabela 1: Instrumentos de medição da literacia em saúde

Instrumentos de Medição da Literacia em Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> • Clear Communication Index • Diabetes Numeracy Test Scale • EC-17 (Effective Consumer Scale) • ED-MHL (Eating Disorder Mental Health Literacy) • Health Literacy Management Scale • HEIQ (Health Education Impact Questionnaire) • HILM (Health Insurance Literacy Measurement) • HLQ (Health Literacy Questionnaire) • HLS-EU (European Health Literacy Survey) • HLUPTK (Health Literacy Universal Precautions Toolkit) • METER (Medical Term Recognition Test) • Million Hearts HTN Control: action steps for clinicians • NAAL (National Assessment of Adult Literacy) • NALS (National Adult Literacy Survey) • NLAI (National Literacy Assessment Instrument) • NVS (Newest Vital Sign) 	<ul style="list-style-type: none"> • PEMAT (Patient Education Materials Assessment Tool) • PDCA (Plan do Check Act) • PMOSE/iKIRSCH formula • REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry) • REALM (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine) • REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised) • REALM-F (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine-Short Form) • SCONUL (Seven Pillars of Information Literacy Framework) • SILS (Single Item Literacy Screener) • S-FHL (Short Teste of Functional Health Literacy) • S-TOFHILA (Short Teste of Functional Health Literacy in Adults) • TOFHILA (Test of Functional Health Literacy in Adults)

Fonte: (Antunes & Lopes, 2018, p. 50).

Em qualquer instrumento é necessário entender as lacunas entre as capacidades individuais e as situações atuais, de forma a ajudar e orientar a população no que diz respeito à área da saúde e, por isso, é bastante importante um instrumento que possa abranger o público em geral. É realmente desafiador medir o conhecimento geral de saúde (Baker, 2006).

Perante todos estes instrumentos de avaliação/medição, pode afirmar-se que o interesse por este fator crítico aumentou, o que tornou a literacia numa prioridade (Antunes, 2014).

Assim, os instrumentos devem favorecer o desenvolvimento das melhores soluções e intervenções no campo da literacia em saúde (Pleasant & McKinney, 2011).

2.5.1. European Health Literacy Survey (HLS-EU)

Um grupo de peritos europeus juntou-se com o objetivo de desenvolver um instrumento que fosse capaz de aferir os níveis de literacia e, coordenados pela universidade de Maastricht deram origem ao consórcio Health Literacy Survey–EU. European Health Literacy Survey (HLS-EU) é um instrumento que avalia os níveis de literacia em saúde, isto é, permite perceber a capacidade que cada indivíduo tem para aceder, compreender, analisar e utilizar a informação em saúde (Pedro et al., 2016).

O HLS-EU providenciou o primeiro estudo que fornece dados a nível da União Europeia e permite uma comparação dos níveis de literacia, o que ampliou os dados em relação ao conceito, permitindo uma aprendizagem e identificação dos pontos fortes e fracos entre os vários países. O questionário possibilita uma medição confiável e válida de literacia e ao alongar esta ferramenta aos vários países permite no futuro um apoio na tomada de decisões políticas e profissionais para melhorar a literacia e, conseqüentemente a saúde da população (Sørensen et al., 2015). O estudo decorreu em 2011 nos seguintes países da Europa: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha (Sørensen et al., 2013).

Portugal juntou-se a esta iniciativa em 2015, sendo que o inquérito sobre literacia em saúde foi desenvolvido com o projeto “Inovar em saúde”, da fundação Calouste Gulbenkian, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde bem como combater os principais problemas/obstáculos (Espanha et al., 2015).

O instrumento mede a dificuldade de: (i) entender o que o médico diz; (ii) avaliar as informações sobre as doenças nos meios de comunicação; (iii) encontrar informação sobre problemas

mentais; (iv) entender informações sobre embalagens de alimentos e (v) participar em atividades que melhoram o bem estar da comunidade (World Health Organization, 2013, p. 5).

A fim de combater as falhas, o consórcio HLS-EU criou um modelo conceitual que capta as principais dimensões dos vários modelos, dado que poucos modelos conceituais foram validados empiricamente. Esse modelo (cfr. Figura 1) mostra os fatores próximos que têm impacto na literacia bem como os caminhos que vinculam os resultados em saúde (Sørensen et al., 2012).

Neste modelo conceitual podemos distinguir três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, sendo também considerados quatro modos para lidar com a informação: aceder, compreender, avaliar e utilizar ou aplicar essa mesma informação (Espanha, 2018; Espanha et al., 2015).

De uma forma mais abrangente, esses quatro modos de processar a informação referem-se ao acesso como capacidade de encontrar e obter informações em saúde, compreender as informações em saúde a que teve acesso, avaliar essas mesmas informações e aplicá-las e usá-las de forma a tomar uma decisão para melhorar a saúde (Sørensen et al., 2012).

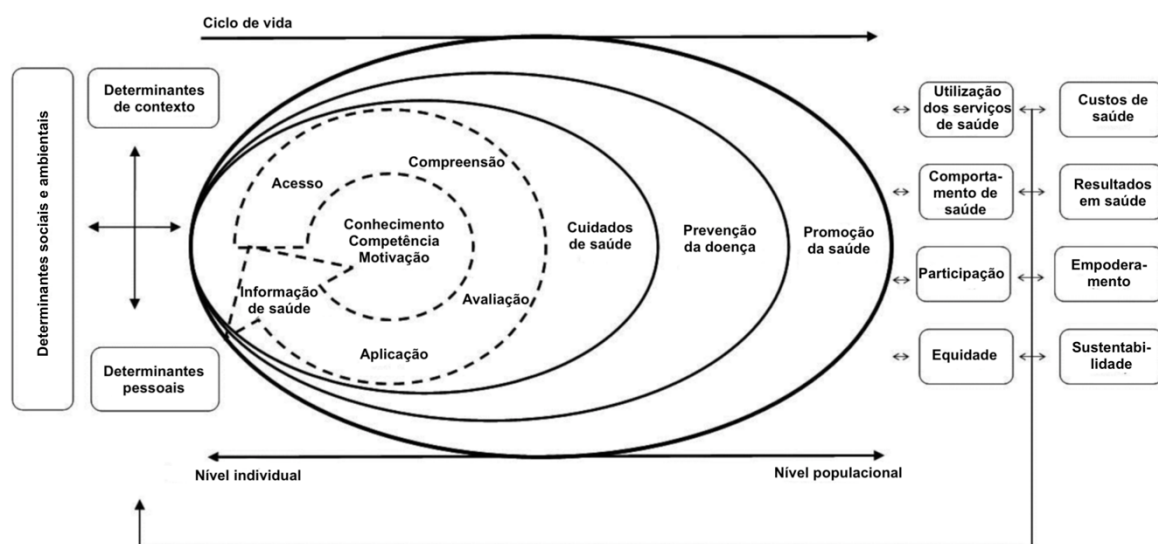


Figura 1: Modelo conceitual da literacia em saúde

Fonte: (Sørensen et al., 2012).

Dos três domínios e dos quatro modos de lidar com a informação resultaram doze dimensões que orientaram a construção do inquérito que resulta da Tabela 2 (Espanha, 2018).

Tabela 2: As doze dimensões resultantes dos três domínios e dos quatro modos de lidar com a informação

	Acesso/obtenção de informações relevantes de saúde	Compreender informação relevante para a saúde	Avaliar/apreciar informação relevante para a saúde	Aplicar/usar informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	Habilidades para aceder a informação médica ou assuntos clínicos	Habilidade para compreender informação médica e significado	Habilidade para interpretar e avaliar informação médica	Habilidade para tomar decisões informadas em assuntos médicos
Prevenção da doença	Habilidade para aceder a informação sobre fatores de risco	Habilidades para compreender informação sobre fatores de risco e significado	Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco	Habilidades para formar opinião sobre fatores de risco
Promoção da saúde	Habilidade para se atualizar sobre determinantes sociais, físicos e ambientais de saúde	Habilidades para compreender informação sobre os determinantes sociais, físicos e ambientais de saúde e significado	Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre determinantes sociais, físicos e ambientais de saúde	Habilidade para formar opinião sobre determinantes sociais, físicos e ambientais de saúde

Fonte: (Sørensen et al., 2012).

Portanto, da construção do questionário resultaram 16 questões para os domínios de cuidados de saúde e outras 16 questões para a prevenção da doença e para a promoção da saúde resultaram 15 questões, dando origem a um total de 47 questões, cuja sua tradução sofreu uma adaptação cultural de forma a poder obter uma versão portuguesa (HLS-EU Consortium, 2012; Pedro et al., 2016).

Como referido anteriormente, e para uma melhor compreensão da informação recolhida, existem quatro índices da literacia: índice geral de literacia, que compreende as 47 questões, índice de cuidados de saúde, índice de prevenção da doença e o índice de promoção da saúde (Espanha et al., 2015).

Para a resposta de cada item do questionário, o público alvo inquirido classifica a dificuldade de uma determinada tarefa como: muito fácil, fácil, difícil e muito difícil, o que permite medir também a auto percepção (Espanha et al., 2015; Sørensen et al., 2015).

A tarefa mais fácil, relatada pelos entrevistados, era seguir as instruções dos profissionais de saúde, enquanto que a mais complicada era compreender como as decisões políticas afetam a saúde, saber se as quantidades de informações são credíveis/fiáveis ou decidir sobre diferentes tipos de tratamento (HLS-EU Consortium, 2012).

Para permitir os cálculos foi usada a seguinte fórmula:

$$\text{Index} = (\text{mean} - 1) * (50/3)$$

Index: é o índice específico calculado

Mean: é a média de todos os itens de cada indivíduo

1: é o valor mínimo possível

50: é o valor máximo

3: é a gama da média/elemento de standardização

Quanto aos quatro índices (índice geral, cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde) dividiram-se em quatro categorias:

1. inadequada (0 a 25 pontos);
2. problemática (26 a 33 pontos);
3. suficiente (34 a 42 pontos) e;
4. excelente (43 a 50 pontos). Assim, o valor 0 representa o nível mínimo e 50 representa o nível máximo de literacia em saúde (HLS-EU Consortium, 2012).

Ainda na construção deste inquérito foi usado o teste Newest Vital Sign (NVS), por razões de validação e comparação, dado que estamos perante uma medida objetiva que mede a literacia funcional em saúde (HLS-EU Consortium, 2012).

Contudo, como todos os instrumentos de medição existem limitações e, as apontadas para este inquérito que passaram por (i) o domínio promoção da saúde tem menos itens do que restantes (cuidados de saúde e prevenção da doença); (ii) os *focus group* foram apenas realizados em três países e o teste em dois, sendo que o ideal seria em todos os países, o que não foi possível devido às restrições financeiras; (iii) o alfa de Chronbach foi de 0,51 a 0,91 o que torna necessário mais pesquisas devido aos baixos valores e (iv) aplicar o instrumento de uma forma mais abrangente só traria benefícios, porque seria aplicado em diferentes culturas (Sørensen et al., 2013).

Apesar das limitações, a nível europeu, a rede de ação para medir a literacia em saúde da população e das organizações estão fazendo progressos de forma a enfrentar os desafios, expandindo e melhorando o HLS-EU, na qual vários países europeus querem aderir a esta iniciativa o que trará novos dados e que podem estar disponíveis em 2021 (Moreira, 2018).

No entanto e tendo em conta tudo que foi mencionado, é um inquérito bastante amplo que circunscreve os possíveis determinantes sociais em saúde, os efeitos na saúde sobre os resultados (comportamentos de saúde, estado de saúde), o uso de serviços em saúde e a

identificação de grupos vulneráveis que realmente precisam melhorar a sua literacia (HLS-EU Consortium, 2012).

A título conclusivo, e para um melhor entendimento, o HLS-EU é composto por:

- Um índice geral compreendendo todos os itens em que fornece uma visão geral;
- Três sub-índices específicos: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde;
- Quatro formas de lidar com o processamento da informação: aceder, compreender, avaliar e aplicar;
- Doze sub-índices secundários específicos de acordo com as células únicas na matriz de dados (HLS-EU Consortium, 2012).

O HLS-EU-PT será o instrumento de recolha de dados utilizado para o presente trabalho de investigação.

3. Cuidadores formais e informais

3.1. Área de intervenção: envelhecimento

Em Portugal, o envelhecimento demográfico acentuou-se nos últimos dez anos, sendo que este se evidenciará entre 2018 e 2048, época em que a população idosa atingirá um valor mais elevado, segundo as projeções do INE (2019). Perante esse cenário, os custos com as pensões, cuidados de saúde e apoios em situações de vulnerabilidade e dependência revelam uma constante preocupação a nível nacional (Serrão et al., 2014).

Este fenómeno está cada vez mais presente a nível mundial e não afeta somente Portugal, mas todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento, trazendo alterações à vida pessoal, familiar, social e profissional (Fragoso, 2008).

Portanto, o envelhecimento é acompanhado por um conjunto de perdas: físicas, sensoriais (visão, audição) e cognitivas, em que colocam uma pessoa idosa na iminência da necessidade de apoios adequados para promover a sua autonomia e assegurar as condições necessárias na sua atividade diária. O envelhecimento exige assim cuidados para melhorar a qualidade de vida dos idosos, tendo em conta as suas condições físicas, económicas e sociais, o que torna indispensável o apoio de cuidadores (Faleiros et al., 2015; Romão, Pereira, & Geraldo, 2008).

Todas estas limitações podem ser alteradas e melhoradas pelo meio ambiente, pelos recursos pessoais e interpessoais ou pelas ajudas técnicas (Romão et al., 2008).

Assim, o incremento da longevidade coloca novos desafios à sociedade relativamente à prestação de cuidados, porque o idoso comporta maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência (Sequeira, 2010). O conceito de dependência é definido como a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, que resulta de uma doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em que o indivíduo em causa fica impossibilitado, por si só, de satisfazer as suas próprias necessidades básicas humanas cfr. consagrado no artigo nº 3 al. h) (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006). Desta dependência emerge a necessidade de ajuda de terceiros para sobreviver, sendo este o motivo pela qual surge a necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).

A necessidade de cuidados para idosos aumentou de forma exponencialmente nos últimos anos devido:

- ao envelhecimento demográfico;
- ao aumento da esperança média de vida;

- e, aos progressos da medicina (Sequeira, 2010).

Dado ao envelhecimento demográfico em Portugal, tornam-se necessárias medidas políticas, sociais e económicas de forma a responder às preocupações atuais e futuras. Medidas que devem garantir a qualidade de vida dos idosos, satisfazendo todas as suas necessidades básicas e de prestação de cuidados com o intuito de reduzir as desigualdades sociais (Romão et al., 2008). É também necessário repensar nas políticas de assistência e cuidado ao idoso e seus familiares (Fragoso, 2008).

Evidentemente, nas últimas décadas, os direitos pessoais em situações de dependência e o envelhecimento têm vindo a ser reconhecidos por organizações internacionais como a OMS com o objetivo de assegurar a manutenção da qualidade de vida da pessoa cuidada (Romão et al., 2008; World Health Organization, 2002).

3.2. O ato de cuidar da pessoa idosa

O termo “cuidar” pode ser entendido como a ajuda que um indivíduo presta ao idoso para a realização de tarefas que o mesmo não consegue realizar autonomamente e, que são fundamentais para a manutenção e promoção do seu bem-estar. A prática de cuidar consiste em ajuda na realização de atividades diárias, atividades instrumentais, resolução de problemas de natureza emocional, supervisionar cuidados prestados por terceiros e mostrar compreensão com as preocupações que o idoso possa ter (José, 2012).

“Cuidar do outro” é central na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada pressupondo a atenção na individualidade e nas suas necessidades (Fragoso, 2008). Nos EUA cerca de 30 a 38 milhões de adultos prestam cuidados a outro indivíduo (Friedemann, Newman, Buckwalter, & Montgomery, 2014).

As necessidades do idoso e a sua situação clínica irão determinar o tipo de cuidados e a natureza do cuidador (Sequeira, 2010).

De acordo com Morais (2012), as atividades de autocuidado do indivíduo podem ser classificadas de acordo com o seu grau de complexidade, a saber:

- “Básicas: caracterizadas como atividades fundamentais para a sobrevivência do indivíduo e autopreservação (higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ...);

- Instrumentais: são atividades mais complexas do que as básicas e referem-se à capacidade de o idoso viver sozinho na sociedade (lidas domésticas, ir às compras, preparação de alimentos, uso correto na toma dos medicamentos ...);
- Avançadas: atividades relacionadas com a integração social, produtivas, recreativas e sociais (serviço voluntário, uso de tecnologias, gestão financeira, condução de um veículo, uso da internet ...)”. (pp. 12-13)

Assim, cuidar é um processo complexo que altera também a vida dos cuidadores exigindo apoio e as devidas intervenções (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011).

3.3. Tipo de prestação de cuidados

3.3.1. Cuidadores formais

Philip Abrams encontra-se entre os primeiros a definir o conceito de cuidador formal, referindo que são indivíduos específicos que exercem a sua atividade de acordo com as exigências e as qualificações profissionais que em contrapartida recebem uma remuneração (Romão et al., 2008). Por outras palavras, o cuidador formal é reconhecido como um profissional que mediante formação e remuneração exerce as suas funções numa residência, instituição ou em unidades de saúde (Born, 2008).

Sequeira (2010) aponta para outra definição, mencionando que os cuidadores formais são predominantemente profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de saúde ...) que exercem as suas funções no âmbito da sua atividade profissional e auferem de uma remuneração. Ainda do ponto de vista deste autor, os cuidadores formais podem também ser voluntários num hospital, instituições comunitárias, lares de terceira idade entre muitos outros.

No ponto de vista de Faleiros et al. (2015), os cuidadores formais prestam cuidados remuneratórios, pois são profissionais que contribuem de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas tendo, em geral, formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, orientada para o cuidado em saúde de portadores de patologias físicas ou mentais.

O aumento da esperança média de vida conduz a um acréscimo da procura de respostas sociais devidamente qualificadas para responder às necessidades dos idosos, permitindo manter e melhorar a sua qualidade de vida. A qualidade destas respostas depende fortemente da qualificação dos seus profissionais, que devem deter preparação específica para o desempenho das suas atividades (Barbosa et al., 2011).

A institucionalização surge como uma forma de substituição dos cuidados informais quando se verificam duas situações: a primeira prende-se com o facto de a rede informal deixar de existir pelos seguintes motivos: (i) competitividade laboral; (ii) incompatibilidades quanto ao horário laboral; (iii) condições socioeconómicas, isto é, necessidade de um rendimento; (iv) longevidade do local de residência e (v) falta de políticas públicas que visam o seu apoio. A segunda situação remete para os casos em que o idoso necessita de cuidados especializados que só podem ser satisfeitos por profissionais de saúde (Fragoso, 2008; Pereira, 2012; Sequeira, 2010). A institucionalização por vezes também é vista como uma forma de rejeição, associada ao abandono e exclusão social (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso, & Vale, 2008).

Atualmente, em Portugal, a taxa de ocupação nos lares de idosos é elevada e em muitos dos casos os idosos são transportados para o interior do país, sendo que nem nestas regiões existem vagas sobranes (Pereira, 2018).

No contexto de procura crescente de cuidado ao idoso surgem serviços médicos vocacionados para o mesmo, nomeadamente através do desenvolvimento da formação em geriatria, que permite formar profissionais com competências específicas para o cuidar desta faixa etária (Romão et al., 2008).

Contudo, existem instituições em que a prestação de cuidados ao idoso é feita por profissionais com baixo nível de escolaridade, de qualificações e formação, sendo urgente encontrar soluções para o problema nacional de falta de qualificação certificada e formação orientada à melhoria dos cuidados e, conseqüentemente a qualidade de vida do idoso (Pinheira & Beringuilho, 2018).

A qualificação dos cuidadores formais numa instituição é condição fundamental para a qualidade do idoso, sendo que em muitas instituições falta informação adequada sobre o envelhecimento e formação adequada para o exercício das suas funções (Born & Boechat, 2013).

No caso por exemplo da demência, a formação dos cuidadores na prestação de cuidados e na própria intervenção junto dos idosos é escassa, ou seja, não têm formação especializada e, por isso é necessário proporcionar aos cuidadores formação específica para a prestação desses cuidados (Barbosa et al., 2011).

Apesar da falta generalizada de formação, competências e domínios específicos, os cuidadores formais são vistos como fontes diferenciadas de conhecimento e são indivíduos fulcrais na prestação de cuidado ao idoso e aos seus familiares (Fragoso, 2008).

3.3.2. Cuidadores informais

Tradicionalmente, o papel de cuidador pertencia apenas à família do idoso (Romão et al., 2008), com destaque para a figura “feminina” que se inicia na década de 80 do séc. XX no Reino Unido (José, 2012).

Os cuidadores informais consistem, na maioria das vezes, em elementos da família, amigos e vizinhos, e a prestação de cuidados é executada no domicílio da pessoa cuidada (Sequeira, 2010). De acordo com Faleiros et al. (2015) define cuidador informal os familiares, amigos, vizinhos ou outros indivíduos da comunidade que se voluntariam, sem formação profissional específica a cuidar de um pessoa idosa, demonstrando disponibilidade e boa vontade.

Em Portugal, muito recentemente foi publicado o estatuto do cuidador informal, (Lei nº100/2019 de 6 de setembro, 2019), que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como as medidas de apoio e as alterações nas respetivas leis.

Perante o estatuto (Lei nº100/2019 de 6 de setembro, 2019) conforme consagrado no seu artigo 2º, a figura do cuidador informal pode assumir duas vertentes:

- Cuidador informal principal: que se define por ser o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau em linha reta ou colateral da pessoa cuidada que vive com ela em comunhão de habitação não auferindo de qualquer remuneração, sendo que a pessoa cuidada precisa de cuidados permanentes;
- Cuidador informal não principal: que também se define por ser o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau em linha reta ou colateral da pessoa cuidada, mas apenas acompanhando-a de forma regular e não permanente, podendo auferir de remuneração quer pelos cuidados prestados ou por qualquer tipo de atividade profissional.

Vários estudos mostraram que é o cônjuge que primeiramente cuida do idoso, seguido da sua filha, sendo que predomina a figura da mulher como cuidadora. Atualmente, devido à participação da mulher no mercado de trabalho e à diminuição do número de elementos que constituem as famílias verifica-se um aumento de cuidados prestados pela figura masculina (Nascimento et al., 2008; Sequeira, 2010; World Health Organization, 2017).

Na verdade, a maioria dos cuidadores informais já tem uma idade avançada, com um baixo nível de escolaridade, sem atividade profissional, sem perspectivas positivas face aos idosos e com pouca informação sobre a situação da dependência e prestação de cuidados. Em contrapartida, um cuidador informal com conhecimentos sobre a doença, com uma capacidade de intervenção e boa perceção permite que o idoso tenha uma melhor satisfação de cuidados o que demonstra que a literacia em saúde é um fator fundamental na figura de um cuidador (Sequeira, 2010).

Os cuidados informais podem ser desempenhados em três grandes áreas, em função das necessidades do indivíduo que está a seu cargo:

- “apoio na informação e orientação: ajudar os indivíduos a obter conhecimentos para saber “lidar com” os vários obstáculos que possam surgir;
- apoio emocional: consiste em relacionar-se com outro e partilhar todas as suas emoções;
- apoio instrumental: a pessoa cuidada não consegue satisfazer as suas necessidades sozinho e por isso recorre à prestação de cuidados” (Sequeira, 2010, p. 179).

Por estes motivos, os cuidadores desejam ser informados e envolvidos no cuidado dos seus entes queridos (Washington et al., 2011).

Na Europa, os cuidados informais correspondem a 80% de todos os cuidados prestados, incluindo cuidados pessoais, de gestão financeira, e de apoio emocional entre de muitos outros (Eurocarers, 2020). Efetivamente, os cuidadores são fontes de informação importantes para os idosos, porque são esses mesmos indivíduos que interagem com os profissionais de saúde e acabam por ajudar a representá-los nas várias instituições de saúde (The National Academies of Science, 2016).

3.3.3. Iniciativas de apoio para os cuidadores informais

Em Portugal, com a entrada em vigor do estatuto do cuidador informal (Lei nº100/2019 de 6 de setembro, 2019), o cuidador informal passa a beneficiar de várias medidas de apoio na prestação de cuidados, nomeadamente:

- Um subsídio por assistência de terceira pessoa. A sua atribuição depende que o rendimento do agregado familiar do cuidador informal não seja superior a uma percentagem do indexante dos apoios sociais (IAS), como consagrado no seu artigo 13º;

- A participação ativa no plano de intervenção específico, isto é, um programa entre profissionais de saúde, segurança social, o cuidador e sempre que possível a pessoa cuidada tendo um planeamento nos cuidados no que respeita às suas necessidades (Portaria nº 64/2020 de 10 de março, 2020);
- Formação e informação específica por profissionais de saúde e apoio psicossocial;
- Aconselhamento e orientação nas competências que envolvam os cuidados a prestar, bem como os direitos e responsabilidades do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- Assegurar o descanso do cuidador informal;
- Entre outras medidas previstas no seu artigo 7º (Lei nº100/2019 de 6 de setembro, 2019).

Todas estas medidas vão ser concretizadas através, primeiramente, de um projeto piloto que visa a sua aplicabilidade em 30 concelhos do país tendo a duração de 12 meses (Portaria nº 64/2020 de 10 de março, 2020).

Complementarmente, existem iniciativas privadas, podendo destacar-se o Centro de Recurso de (In) Formação destinada a prestadores de cuidados informais da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, com o objetivo primordial de responder a todas as necessidades dos cuidadores informais (Associação Portuguesa de Psicogerontologia, 2018).

3.4. A importância de um cuidador na terceira idade

Com o avanço da idade, os idosos tornam-se cada vez mais dependentes devido às suas perdas funcionais, passando a necessitar de um cuidador, quer formal ou informal, para ajudar no processo de saúde/doença, apoio às atividades quotidianas e permitir uma melhor integração com a sociedade e família a fim de melhorar a sua qualidade de vida (Born, 2008).

O cuidador desempenha funções de acompanhamento e auxílio na mobilidade da pessoa idosa, na realização das rotinas de higiene pessoal, ambiental e de nutrição e presta assistência ao idoso nos cuidados preventivos de saúde, apoio emocional, administração de medicamentos entre muitos outros procedimentos de saúde (Faleiros et al., 2015).

Para o desempenho dessas mesmas funções, o cuidador deve apresentar as seguintes competências:

- Saber-saber: competências relacionadas com o saber, como aprender, adquirir e/ou desenvolver os conhecimentos necessários para cuidar. Estes conhecimentos permitem

identificar as necessidades dos cuidados, estratégias para a adoção de um exercício seguro e com qualidade;

- Saber-fazer: competências relacionadas com a habilidade instrumental, isto é, o saber fazer;
- Saber-ser: e, competências que tenham em conta o desenvolvimento pessoal, ou seja, o saber relacionar-se e o saber cuidar-se (Almeida , & Rebelo, 2004; Sequeira, 2010).

A escolha do cuidador dependerá da necessidade da pessoa cuidada, mas ainda assim é importante estabelecer alianças entre os dois (formal e informal) em termos económicos, sociais e familiares que permite a junção das habilidades de cada um deles (Sequeira, 2010).

A tendência é manter os cuidados informais e complementar com os cuidados formais com o objetivo de reduzir custos com a institucionalização. Essa complementaridade tem como objetivo o bem estar do utente através do serviço de apoio domiciliário, cuja serviço é recente sendo que o seu grande impulso ocorreu nos anos de 1986 a 1995 (Pereira, 2012). O cuidado domiciliar é um privilégio para a não institucionalização do idoso, dado que os profissionais estão disponíveis para ir ao seu encontro (Gonçalves et al., 2005). Contudo, os cuidadores formais apenas apoiam e complementam a prestação de cuidados, mas não substituem os cuidadores informais em cuidados no domicílio (World Health Organization, 2000).

Para a concretização de todos os cuidados, é essencial garantir que a informação sobre saúde é facilmente acessível para aqueles que necessitam de cuidados, para os prestadores de cuidados informais e membros da comunidade em geral para que possam tomar decisões informadas (World Health Organization, 2000).

4. Avaliação da literacia em saúde dos cuidadores formais e informais

4.1. Metodologias de investigação

4.1.1. Objetivos do estudo

O presente estudo de investigação tem como objetivo geral avaliar a literacia em saúde dos cuidadores formais e informais de idosos do litoral norte de Portugal.

De uma forma mais específica, os objetivos da parte empírica visam:

1. Identificar as diferenças entre os níveis de literacia dos cuidadores formais e informais;
2. Analisar a literacia com os quatro índices do instrumento de medição HLS-EU-PT: o geral, os cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde;
3. Relacionar o nível de literacia com os dados sociodemográficos (idade, nível de escolaridade, formação na área da saúde, duração do cuidado e situação económica), para apurar a associação existente com a literacia em saúde.

Mencionados os objetivos, o estudo pretende contribuir para aprofundar o conhecimento no tema tão fundamental quanto é a literacia em saúde.

4.1.2. Hipóteses de investigação

Uma hipótese é uma suposição e apresenta-se como uma reflexão dos resultados, ou seja, é o espírito de descoberta que caracteriza o trabalho científico (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Na presente investigação elaboraram-se as seguintes hipóteses:

- H1: Os cuidadores apresentam maioritariamente níveis suficientes de literacia em saúde;
- H2: Os cuidadores formais têm níveis de literacia em saúde superiores aos cuidadores informais;
- H3: Os cuidadores formais apresentam maioritariamente níveis de literacia em saúde suficientes;
- H4: Os cuidadores informais têm significativamente idade superior dos cuidadores formais;
- H5: Os cuidadores formais são detentores, no mínimo, do ensino secundário.

4.1.3. Tipo de estudo

Este trabalho orienta-se por uma investigação de natureza quantitativa, com recurso à medição numérica, à contagem e à estatística para estudar padrões de comportamento de uma população

(Sampieri, Collado, & Lucio, 2018). Trata-se de um estudo descritivo, onde é empregue o método de inquérito por questionário autoadministrado, para recolha de dados, com vista à medição da literacia dos cuidadores formais e informais. O questionário autoadministrado é fornecido diretamente aos participantes, para que respondam autonomamente, evitando qualquer tipo de influência do investigador (Sampieri et al., 2018).

Para efeitos de análise, as subamostras de cuidadores formais e informais são consideradas de forma independente, recorrendo-se à lógica da comparação para avaliar os seus níveis de literacia. Os estudos comparativos têm como vantagem permitir uma melhor compreensão dos fenómenos estudados, uma vez que estes são analisados à luz de dois casos ou situações contrastantes (Bryman, 2016).

O desenho da investigação assenta num processo hipotético-dedutivo, com recurso ao método descritivo. Freixo (2012) esclarece que o método descritivo “assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular”. (p.106)

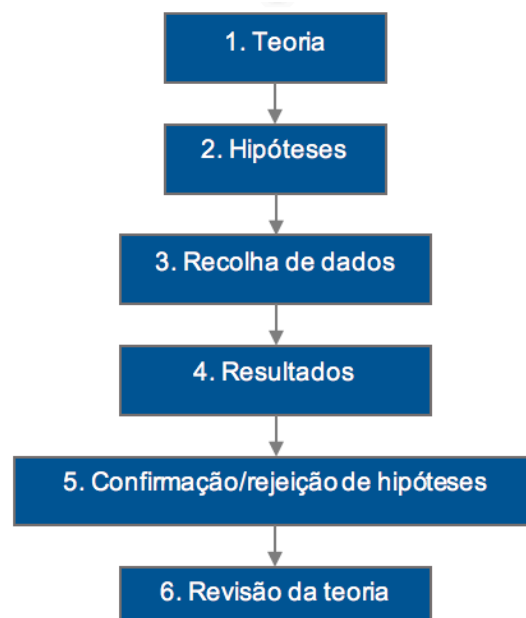


Figura 2: Processo Hipotético-dedutivo

Fonte: Adaptado de Bryman (2016).

De acordo com Bryman (2016), num processo hipotético-dedutivo investigador baseia-se no que se sabe sobre um domínio particular e em construtos teóricos relevantes para deduzir hipóteses,

que são posteriormente sujeitas a escrutínio empírico. Trata-se de um processo estruturado em seis fases, tal como ilustrado na Figura 2.

4.1.4. População alvo e amostra

De forma a realizar este estudo de investigação, a amostra foi constituída por cuidadores formais e informais de indivíduos da faixa etária envelhecida, para um conjunto de organizações cuja cooperação foi possível assegurar (num total de 6 instituições das 18 contactadas). Por conseguinte acreditamos que possui as características necessárias para responder aos objetivos do presente estudo. Entendemos que o processo de seleção de amostra possa não ter sido ótimo, contudo adotou-se a melhor estratégia possível de acesso a instituições de cuidadores formais e informais na zona de influência de Felgueiras. No entanto, o acesso aos cuidadores formais e informais encontra-se crescentemente dificultado, não apenas pelos mecanismos legais de proteção de dados e privacidade, mas também por estes se encontrarem em circunstâncias que, naturalmente, limitam a sua disponibilidade e propensão para cooperar com investigadores jovens, a título individual.

De modo a selecionar as instituições para o presente estudo, o critério utilizado para a escolha de instituições foi a dimensão, a composição, estarem integradas na zona de influência de Felgueiras e possuírem um serviço de apoio ao domicílio ou centros de dia, permitindo recolher inquéritos dos cuidadores formais e cuidadores informais. Num total foram contactadas 18 instituições, contudo, apenas 6 responderam positivamente.

Assim quanto aos cuidadores formais beneficiámos da cooperação daqueles que integram as seguintes organizações:

- Lar Nossa Senhora da Conceição, Felgueiras;
- Centro Social Paroquial Padre António Mendonça, Airães;
- Lar Torres Soares, Vizela;
- Centro Comunitário Bento XVI, Celorico de Basto.

Em relação aos cuidadores informais foi possível obter a colaboração das seguintes instituições:

- Centro de dia da Santa Casa de Misericórdia de Felgueiras;
- Serviço de apoio ao domicílio do Lar Torres Soares, Vizela;
- Centro de dia da Santa Casa de Misericórdia de Vizela;
- Unidade de Cuidados Continuados de Vizela;

- Serviço de apoio ao domicílio do Centro Comunitário de Solidariedade e Integração Social: Fraterna, Guimarães;
- Outros cuidadores (cuidadores não integrados nas instituições acima referidas).

Na amostra foram incluídos todos os cuidadores (formais e informais) com idade igual ou superior a 18 anos e que teriam de ser cuidadores de uma pessoa idosa, isto é, a pessoa cuidada tem de ter uma idade igual ou superior a 65 anos. Quanto aos critérios de exclusão apenas foram excluídos os que não sabem ler. No total obtivemos uma amostra de 212 indivíduos, estratificada em dois grupos: 106 cuidadores formais e 106 cuidadores informais.

4.1.5. Instrumento da recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Apêndice A), que se encontra validado para a população portuguesa (Gonçalves, 2015; Pedro et al., 2016) e descrito e apresentado pormenorizadamente no capítulo 2.5.1. A autorização para a sua utilização está presente no apêndice B.

A abordagem ao tema e a utilização do instrumento deve-se principalmente ao grande impacto que emerge nas duas figuras descritas: o cuidador e a pessoa cuidada e a importância da literacia em saúde no processo de tomada de decisão. Quanto à parte dos cuidadores é um assunto considerado recente e um dos fatores que motivou toda esta inquietação foi a entrada em vigor do estatuto do cuidador informal (Lei nº100/2019 de 6 de setembro, 2019) e, nada mais sensato que versar sobre este tema logo após a sua publicação, isto é, toda a recolha de dados da presente dissertação foi realizada no ano 2020. Para além disso, é um tema com poucas pesquisas de investigação a nível nacional e todo este trabalho pretende contribuir para aprofundar mais sobre a matéria e eventualmente para investigações futuras.

4.1.6. Recolha de dados

A recolha de dados é conduzida e impulsionada pela revisão do quadro teórico e do trabalho relacionado, bem como pelos métodos e instrumentos de recolha de dados já empregues para o estudo das dimensões que se pretende analisar. Conforme na Figura 2, as etapas 1 e 2 podem representar um processo iterativo, de diversos ciclos, onde: (1) é definido um problema ou questão de partida, (2) é realizado um estudo exploratório onde se recolhem informações acerca do tema,

com vista à (3) definição da problemática, das hipóteses de investigação (ou gerais) e hipóteses estatísticas (ou operacionais), bem como a definição do modelo de análise. Recorre-se à produção teórica já existente sobre o tema para definir os conceitos que a ele estão associados e estabelecer relações entre eles. Após a seleção/construção e aplicação dos instrumentos de recolha de dados, procede-se à verificação empírica, ou seja, à análise dos dados, procurando-se confirmar ou rejeitar as hipóteses de investigação. A última etapa corresponde à discussão do quadro teórico vigente à luz dos resultados obtidos, podendo resultar num “refinamento” da teoria, incorporando motivos para o seu enriquecimento, ou conduzir à sua concretização/confirmação. Esta última fase pode alimentar a primeira (1. Teoria), fechando o ciclo.

Anteriormente à distribuição do inquérito, foi assinado com todas as instituições o consentimento informado voluntário para a participação no estudo (Apêndice C). Depois deste, foram contactados todos os cuidadores, com o objetivo de os informar sobre o estudo e pedir a colaboração para o preenchimento do questionário. A participação de todos os cuidadores foi voluntária, procedendo-se à codificação e anonimato dos questionários distribuídos, não sendo recolhidos dados que permitam a identificação individual. Foi solicitada a sua autorização para o armazenamento do tratamento das respostas, para fins de investigação.

Após a recolha de dados, os questionários foram processados via leitura ótica (Teleform composto por 4 módulos: Teleform, Designer, ScanStation e Verifier) e foi gerada uma base de dados.

4.1.7. Tratamento e análise de dados

Com a recolha de dados foi gerada uma base de dados trabalhada no SPSS (versão 26) utilizando o software num Mac OS para o devido tratamento.

O HLS-EU-PT permitiu medir o nível de literacia em saúde dos cuidadores formais e informais em que para classificar e quantificar os resultados foram utilizados os cálculos e as respetivas categorias classificadas como inadequada, problemática, suficiente e excelente descritas e apresentadas no capítulo 2.5.1 (European Health Literacy Survey HLS-EU).

No que respeita ao tratamento estatístico dos dados, a estatística descritiva permitiu caracterizar a amostra aplicando-se frequências, medidas de localização (média, moda, mediana) e medidas de dispersão (valor máximo, valor mínimo, desvio padrão). A estatística inferencial também foi

utilizada no respetivo tratamento de dados, em que avalia a significância da verificação de hipóteses como o teste t (teste paramétrico) e o teste qui quadrado (χ^2) (teste não paramétrico). Um instrumento deve ainda ser medido de acordo com dois critérios de qualidade de medida: (1) validade e (2) fiabilidade. Relativamente ao primeiro critério, a validade do instrumento já foi realizado por Pedro et al. (2016), em relação ao segundo, para analisar a fiabilidade da amostra recorreremos à consistência interna (alfa de Cronbach). Para a realização dos testes foi considerado um nível de significância de 0,05. Por fim, optou-se pela utilização dos gráficos de barras, porque possibilita uma fácil visualização e uma melhor comparação entre os dados.

5. Apresentação de resultados

5.1. Dados sociodemográficos

A amostra, como já foi referido anteriormente é constituída por 212 indivíduos, estratificada em 106 cuidadores formais e 106 cuidadores informais.

De seguida apresentamos os dados sociodemográficos como a idade, o sexo, nível de escolaridade, estado civil, nível económico, a situação profissional, a sua duração do cuidado, grau de parentesco, formação em saúde e a área de formação dos cuidadores formais e informais.

Em relação à idade, a maior percentagem no que respeita aos cuidadores formais prevalece entre as idades dos 26 aos 35 anos de idade (36,5%), enquanto que nos cuidadores informais verifica-se a maior percentagem de 32% nos cuidadores entre 46 a 55 anos de idade, conforme apresenta a Tabela 3. Através da média também apuramos que os cuidadores informais são significativamente mais velhos do que os cuidadores formais. E para confirmar tal facto foi efetuado o teste de Levene para a igualdade das variâncias ($p=0,007$), em que se concluiu que as variâncias não são homogéneas ($t=10,669$), ou seja, a idade é significativamente inferior nos cuidadores formais.

Tabela 3: Dados sociodemográficos: idade

		Cuidadores Formais			Cuidadores Informais			t	p
		n	%	Média	n	%	Média		
Idade	Menos que 26 anos	23	22,1	35,07	1	0,9	53,84	10,67	0,007
	26-35 anos	38	36,5		6	5,8			
	36-45 anos	24	23,1		23	22,3			
	46-55 anos	14	13,5		33	32,0			
	56-65 anos	5	4,8		16	15,5			
	Mais de 66 anos	0	0,0		24	23,3			
Total		104	100		103	100			

Conforme a Tabela 4, em ambos os grupos de cuidadores o sexo feminino predomina com uma percentagem média de 79,3%. Existem ainda evidências que o sexo e o tipo de cuidador se encontram significativamente associados, sendo que nos cuidadores informais a percentagem do sexo masculino é significativamente superior à percentagem do sexo masculino dos cuidadores formais ($\chi^2= 23,96$; $p<0,001$).

De forma a ser possível realizar o teste qui-quadrado, no nível de escolaridade juntou-se o ensino básico e o ensino superior, na categoria do estado civil a variável viúvo uniu-se à variável divorciado e separado e, por fim, no nível económico adotou-se o valor superior a 1000€ não fazendo outra divisão. Tudo isto pelo facto de cada uma das respostas possuírem um número reduzido de indivíduos.

Tabela 4: Dados sociodemográficos: sexo, nível de escolaridade, estado civil e nível económico

		Cuidadores Formais		Cuidadores Informais		χ^2	p
		n	%	n	%		
Sexo	Feminino	96	93,2	69	65,7	23,96	<0,001
	Masculino	7	6,8	36	34,3		
Nível Escolaridade	1º, 2º e 3º ciclo	25	23,5	77	72,6	53,92	<0,001
	Ensino Secundário	69	65,1	20	18,9		
	Licenciatura/Mestrado/ Doutoramento	12	11,3	9	8,4		
Estado Civil	Solteiro	38	35,8	23	21,7	5,19	0,075
	Casado/União de facto	57	53,8	70	66,0		
	Divorciado/Separado/ Viúvo	11	10,3	13	12,3		
Nível Económico	< 500€	1	0,9	40	37,7	54,26	<0,001
	500€ a 700€	87	82,1	43	40,6		
	800€ a 900€	15	14,2	15	14,2		
	> 1000€	3	2,8	8	7,6		

Portanto, o nível de escolaridade apresentado na Tabela 4 permite-nos observar uma grande discrepância na formação entre ambos os grupos, em que 65,1% dos cuidadores formais concluíram o ensino secundário enquanto que nos cuidadores informais só se verificaram 18,9%. Importa salientar que 72,6% dos cuidadores informais apenas têm o ensino básico, o que significa que os familiares da pessoa cuidada têm uma limitada formação. Existem evidências que o nível de escolaridade e o tipo de cuidador se encontram significativamente associados ($\chi^2= 53,92$; $p<0,001$).

A maior parte dos resultados referentes ao estado civil dos cuidados é similar, isto é, a grande maioria dos indivíduos são casados ou unidos de facto, não existindo evidências que o estado civil e o tipo de cuidador estejam associados ($\chi^2= 5,9$; $p<0,075$).

Por fim e ainda na Tabela 4 obtivemos o nível económico dos cuidadores em que predomina a categoria entre os 500€ a 700€ em ambos os grupos, verificando-se uma associação significativa entre o tipo de cuidador e o nível económico ($\chi^2= 54,26$; $p<0,001$).

Quanto à situação profissional, 104 cuidadores formais trabalham a full-time (98,1%), isto é, encontram-se a exercer a sua profissão. No caso dos cuidadores informais, 56,6% também se encontram a full-time e existem 28 indivíduos reformados (26,4%) (Tabela 5).

Tabela 5: Dados sociodemográficos: situação profissional

		Cuidadores Formais		Cuidadores Informais	
		n	%	n	%
Situação	Full-time	104	98,1	60	56,6
Profissional	Desempregado	0	0,0	10	9,4
	Trabalhador Estudante	1	0,9	0	0,0
	Reformado	0	0,0	28	26,4
	Dono de casa	0	0,0	2	1,9
	Cuidador sem remuneração	0	0,0	3	2,8
	Inativo	0	0,0	1	0,9
	Outro	1	0,9	2	1,9

Em relação ao tipo de cuidador, apenas 45,3% dos cuidadores informais apresentam o seu cuidado de forma integral, ou seja, 54,7% mantêm simultaneamente uma atividade profissional. Assim, 54,7% da amostra é composta por cuidadores informais não principais, segundo a lei 100/2019 de 6 de setembro, porque o cuidador presta o seu cuidado e concilia com a sua atividade profissional. O cuidado de forma integral é prestado por 92,5% dos cuidadores formais, em que através do teste qui-quadrado podemos afirmar que existem evidências significativas entre o tipo de cuidador e a sua duração quanto ao cuidado prestado ($\chi^2= 55,00$; $p<0,001$) (Tabela 6).

Ainda na presente tabela, podemos analisar o grau de parentesco com a pessoa cuidada, sendo que 94,3% dos cuidadores formais não o apresentam, pois estão no exercício das suas funções profissionais. Contrariamente, nos cuidadores informais existe grau de parentesco, pois estão em causa laços familiares, logo em 22,6% dos casos é o cônjuge cuidador, em 61,3% predomina a/o filha/o, 4,7% a/o irmã/ao e por fim em 10,4% são atribuídos a outros graus de parentesco. O tipo

de cuidador e o grau de parentesco encontram-se significativamente associados ($\chi^2= 192,5$; $p<0,001$).

Tabela 6: Dados sociodemográficos: duração do cuidado, grau de parentesco, formação e área em saúde

		Cuidadores Formais		Cuidadores Informais		χ^2	p
		n	%	n	%		
Duração do cuidado	Integral	98	92,5	48	45,3	55,00	<0,001
	Parcial	8	7,5	58	54,7		
Grau de Parentesco	Cônjuge	0	0,0	24	22,6	192,5	<0,001
	Filha/o	0	0,0	65	61,3		
	Irmã/ao	0	0,0	5	4,7		
	Não tem grau de parentesco	100	94,3	0	0,0		
	Outro	6	5,7	11	10,4		
Formação em Saúde	Sim	70	66,0	12	10,4	69,54	<0,001
	Não	36	34,0	95	89,6		
Área de formação	Enfermagem	5	4,7	3	2,8	69,08	<0,001
	Auxiliar de saúde	35	33,0	5	4,7		
	Auxiliar de geriatria	25	23,6	4	3,8		
	Outro	5	4,7	0	0,0		

No que se refere à formação em saúde, 66% dos profissionais de saúde apresentam-na, sendo que a área de formação que prevalecem são os auxiliares em saúde (33,0%), seguida de auxiliares de geriatria (23,6%) . Ainda assim, verifica-se que 34,0% dos cuidadores formais não têm qualquer tipo de formação em saúde. Quanto aos cuidadores informais, 89,6%, isto é, 95 dos cuidadores não apresentam qualquer tipo de formação na área da saúde (Tabela 6). Existem ainda evidências que a formação em saúde bem como a área de formação e o tipo de cuidador se encontram significativamente associados ($\chi^2= 69,54$; $p<0,001$). ($\chi^2= 69,08$; $p<0,001$).

5.2. Literacia dos cuidadores formais e informais

Neste capítulo estudamos a literacia como um todo, isto é, a literacia em saúde no âmbito dos cuidadores, quer sejam formais ou informais. Nos próximos capítulos abordaremos cada estrato de uma forma individualizada.

Primeiramente observamos o alfa de Cronbach presente na Tabela 7, que permite concluir que o instrumento de medição apresenta uma consistência interna muito boa (0,96) (Marôco, 2011), o que garante a fiabilidade da escala. No entanto, e na divisão dos três índices, no índice de cuidados de saúde, a consistência interna apenas é classificada de boa, pois os valores não ultrapassam os 0,9, como acontece no índice de prevenção da doença e na promoção da saúde.

Tabela 7: Alpha Cronbach

	Alpha de Cronbach
Índice Geral	0,96
Índice de Cuidados de Saúde	0,89
Índice de Prevenção da Doença	0,91
Índice de Promoção da Saúde	0,93

De seguida foram calculadas as médias e o desvio-padrão dos quatro índices de literacia em saúde. Deste cálculo podemos observar que a média é superior no índice de prevenção da doença, ainda que pouco significativo em relação ao índice de cuidados de saúde, sendo que é na promoção da saúde que o desvio de padrão se encontra mais elevado com 9,12 (Tabela 8).

Tabela 8: Média e desvio-padrão dos quatro índices de literacia dos cuidadores

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Índice Geral Literacia em Saúde (47 itens)	209	47,00	188,00	134,51	24,09
Índice de Cuidados de Saúde (16 itens)	211	15,00	64,00	46,13	8,11
Índice de Prevenção da Doença (16 itens)	211	16,00	64,00	46,43	8,60
Índice de Promoção da Saúde (15 itens)	211	11,00	60,00	42,28	9,12

Deste modo, de forma a obter os resultados quanto à literacia em saúde dos cuidadores, foi utilizada a fórmula e as devidas categorias (inadequado; problemático; suficiente; excelente) já descritas na metodologia que consta no capítulo 2.5.1.

No geral, 70,8% dos cuidadores apresentam uma literacia em saúde problemática e inadequada, ou seja, os restantes 29,2% refere-se a níveis suficientes e excelentes de literacia em saúde. Relativamente aos seus índices é na prevenção da doença que constam os melhores resultados (30,8%) e na promoção da saúde os piores resultados (73,5%) (Figura 3).

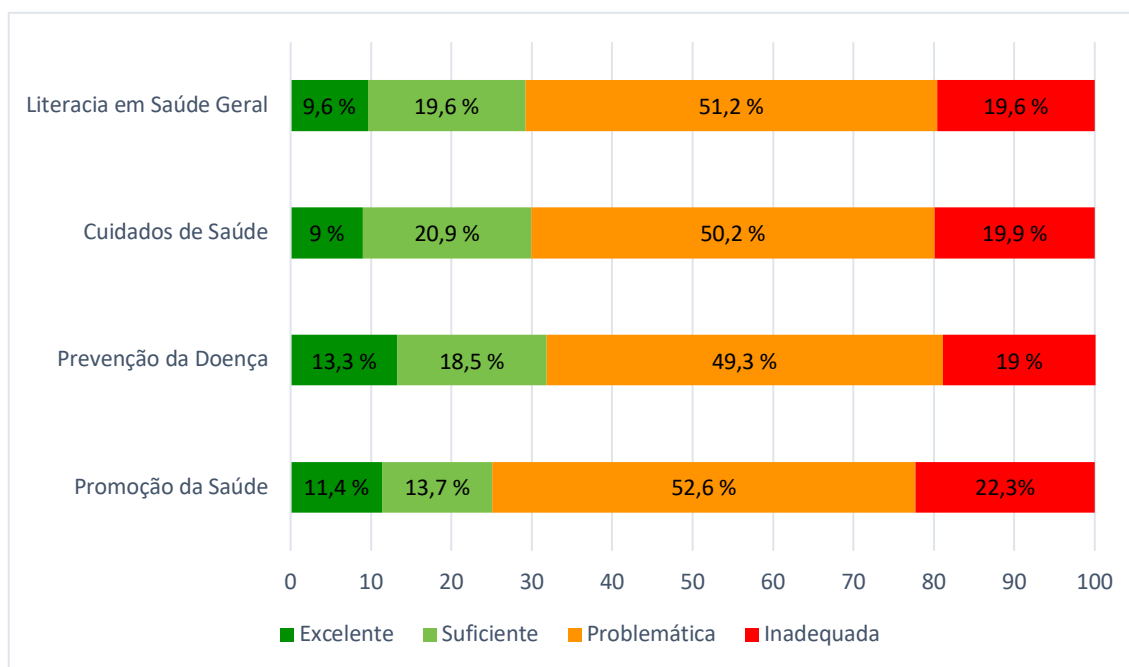


Figura 3: Literacia em saúde dos cuidadores

5.3. Literacia em saúde dos cuidadores formais

Antes de efetuar uma análise geral da literacia em saúde dos cuidadores formais, primeiro analisaremos os três índices (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) de forma pormenorizada.

Quanto ao índice de cuidados de saúde, presente na Tabela 9, verificamos que 43,3% dos cuidadores formais consideram uma tarefa muito fácil “8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de um medicamento que lhe foi receitado?”. A situação em que 29,2% dos cuidadores acham difícil prende-se com a questão nº12 que consiste em “Avaliar se a informação da doença, nos meios de comunicação, é de confiança?”. Além disso, os cuidadores não sabem quando necessitam de uma segunda opinião de outro médico (5,7%).

Tabela 9: 1º Índice: Cuidados de saúde dos cuidadores formais

Item	n	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	106	1,9	22,6	41,5	30,2	3,8
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	106	3,8	23,6	44,4	27,4	0,9
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de emergência médica?	106	4,7	22,6	48,1	22,6	1,9
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	106	2,8	19,8	50,9	23,6	2,8
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	106	1,9	17,0	59,4	18,9	2,8
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	106	2,8	14,2	56,6	23,6	2,8
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	106	2,8	15,1	58,5	19,8	3,8
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	106	0,9	2,8	50,9	43,3	0,9
9. Avaliar como é que a informação do médico se aplica ao seu caso?	106	0,9	13,2	58,5	23,6	3,8
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	106	1,9	15,1	55,7	26,4	0,9
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	106	2,8	16,0	55,7	19,8	5,7
12. Avaliar se a informação da doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	106	3,8	29,2	45,3	19,8	1,9
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença?	106	0,0	16,0	59,4	19,8	4,7
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	106	0,0	8,5	58,5	32,1	0,9
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	106	0,0	7,5	47,2	40,6	4,7
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	106	0,0	3,8	56,6	35,8	3,8

No índice da prevenção da doença, a situação muito difícil para os cuidadores formais acaba por ir ao encontro da situação que consideraram difícil no índice de cuidados de saúde, isto é, 2,8% dos cuidadores consideram muito difícil em “28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?”. No que diz respeito ao item que acharam fácil foi “20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?” (59,4%), e o item muito fácil foi “23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?” (39,6%) (Tabela 10).

Tabela 10: 2º Índice: Prevenção da doença dos cuidadores formais

Item	n	Muito Dificil (%)	Dificil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	1,9	16,0	48,1	33,0	0,9
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	106	0,9	21,7	50,9	23,6	2,8
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	106	0,9	21,7	50,9	25,5	0,9
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	106	0,0	12,3	59,4	26,4	1,9
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	0,9	17,9	50,9	29,2	0,9
22. Compreender porque precisa de vacinas?	106	0,9	12,3	48,1	35,8	2,8
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	106	1,9	9,4	44,3	39,6	4,7
24. Avaliar quão fiáveis são os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	0,9	16,0	50,9	31,1	0,9
25. Avaliar quando precisa de ir ao médico fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	106	0,9	9,4	58,5	28,3	2,8
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?	106	0,9	17,0	50,9	27,4	3,8
27. Avaliar os exames que precisa fazer?	106	0,0	17,9	52,8	28,3	0,9
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	106	2,8	16,0	52,8	25,5	2,8
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	105	1,0	10,5	52,4	34,3	1,9
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	106	1,9	17,9	50,9	27,4	1,9
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	106	1,9	17,9	56,6	20,8	2,8
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	106	0,9	8,5	50,9	37,7	1,9

“35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde” é o item em que 30,2% dos cuidadores formais mostraram dificuldade relativamente à promoção da saúde. Contudo, “41. Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem estar” e “45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar” foram as tarefas consideradas mais fáceis, com uma percentagem igual de 28,6%. Os cuidadores formais simplesmente não sabem como as suas condições de habitação os podem ajudar a manter-se saudáveis (5,7%) (Tabela 11).

Tabela 11: 3º Índice: Promoção da saúde dos cuidadores formais

Item	n	Muito Dificil (%)	Dificil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
33. Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem estar mental?	106	0,0	15,1	56,6	23,6	4,7
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	106	1,9	23,6	49,1	23,6	1,9
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	106	2,8	30,2	47,2	17,9	1,9
36. Saber mais sobre as formas para promover a sua saúde no trabalho?	106	2,8	17,0	54,7	23,6	1,9
37. Compreender os conselhos sobre saúde vindos de familiares e amigos?	106	2,8	15,1	59,4	21,7	0,9
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	106	3,8	14,2	60,4	18,9	2,8
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	106	1,9	7,5	64,2	25,5	0,9
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	106	1,9	14,2	54,7	26,4	2,8
41. Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem estar?	105	1,0	12,4	55,2	28,6	2,9
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	105	1,0	8,6	61,0	23,8	5,7
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a saúde?	105	0,0	11,4	62,9	24,8	1,0
44. Tomar decisões que podem melhorar a saúde?	105	0,0	11,4	59,0	27,6	1,9
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	105	1,9	11,4	54,3	28,6	3,8
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a saúde e bem estar?	105	0,0	13,3	58,1	25,7	2,9
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem estar?	105	1,0	8,6	64,8	24,8	1,0

Exposta a apreciação dos três índices que compõem o instrumento de medição, podemos concluir que, de uma forma geral, os cuidadores formais sentem mais dificuldade em “35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?” que se encontra no índice da promoção da saúde e mais facilidade em “8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado” situando-se nos cuidados de saúde.

Assim, através da Figura 4, 51% dos cuidadores formais apresentam uma literacia em saúde problemática, isto é, essencialmente metade dos indivíduos. Dos restantes, apenas 39,4% apresenta níveis suficientes e excelentes. É no índice da promoção da saúde que os cuidadores apresentam piores resultados (51,4% problemáticos e 13,3% inadequados), enquanto que na prevenção da doença apresentam os melhores resultados (19%).

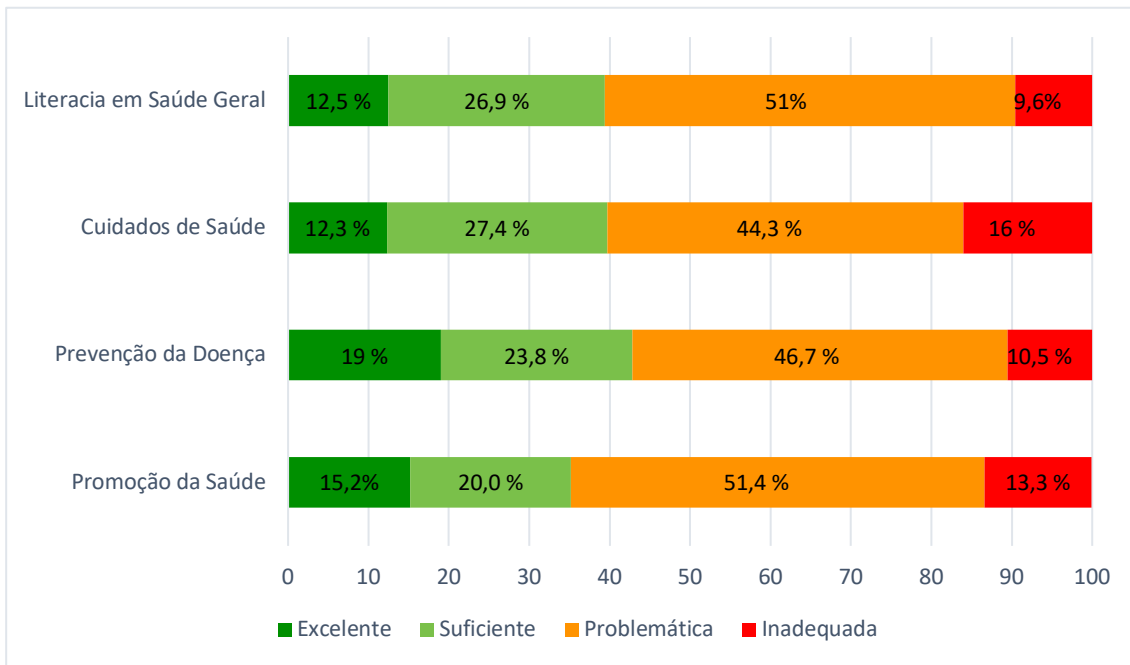


Figura 4: Literacia em saúde dos cuidadores formais

5.4. Literacia em saúde dos cuidadores informais

Tal como efetuado para a literacia em saúde dos cuidadores formais, nos cuidadores informais analisaremos também os três índices antes de avaliar a sua literacia de forma generalizada.

No índice de cuidados de saúde podemos observar que 48,1% considera difícil “12. Avaliar se a informação da doença, nos meios de comunicação, é de confiança?”, tal como se verificou nos cuidadores formais, ou seja, ambos os grupos partilham a mesma dificuldade. Acresce que 8,5% dos cuidadores não sabem avaliar este item. Verifica-se ainda que 39,6% dos cuidadores acham muito fácil “15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?”, seguindo de “14. Cumprir as instruções sobre a medicação?” (30,2%) (Tabela 12).

Tabela 12: 1º Índice: Cuidados de saúde dos cuidadores informais

Item	n	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	106	5,7	24,5	60,4	8,5	0,9
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	106	5,7	27,4	57,5	7,5	1,9
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de emergência médica?	106	4,7	34,9	48,1	11,3	0,9
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	106	2,8	23,6	57,5	15,1	0,9
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	106	4,7	23,6	56,6	15,1	0,0
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	106	9,4	21,7	53,8	14,2	0,9
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	105	4,8	35,2	46,7	12,4	1,0
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	106	0,9	6,6	64,2	27,4	0,9
9. Avaliar como é que a informação do médico se aplica ao seu caso?	106	0,9	22,6	63,2	11,3	1,9
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	106	4,7	47,2	35,8	8,5	3,8
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	106	1,9	27,4	57,5	10,4	2,8
12. Avaliar se a informação da doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	106	8,5	48,1	26,4	8,5	8,5
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença?	106	2,8	29,2	56,6	8,5	2,8
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	106	0,9	8,5	60,4	30,2	0,0
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	106	0,9	10,4	49,1	39,6	0,0
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	106	1,9	7,5	66,0	24,5	0,0

Em relação à prevenção da doença as tarefas mais complicadas verificam-se em dois itens: (1) “18. Encontrar a informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress e a depressão” (8,5%); (2) “30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos” (8,5%). Contudo, 71,7% dos cuidadores consideram fácil: “23. Compreender porque precisa de fazer rastreios” e 21,7% consideram muito fácil: “17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool” (Tabela 13).

Tabela 13: 2º Índice: Prevenção da doença dos cuidadores informais

Item	n	Muito Dificil (%)	Dificil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	3,8	16,0	55,7	21,7	2,8
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	106	8,5	37,7	38,7	10,4	4,7
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	106	1,9	28,3	58,5	11,3	0,0
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	106	3,8	20,8	56,6	17,9	0,9
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	4,7	14,2	63,2	17,0	0,9
22. Compreender porque precisa de vacinas?	106	1,9	10,4	67,9	18,9	0,9
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	106	0,9	6,6	71,7	19,8	0,9
24. Avaliar quão fiáveis são os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	106	1,9	20,8	54,7	18,9	3,8
25. Avaliar quando precisa de ir ao médico fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	106	1,9	17,0	65,1	15,1	0,9
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?	106	3,8	33,0	50,0	12,3	0,9
27. Avaliar os exames que precisa fazer?	106	5,7	34,0	48,1	9,4	2,8
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	106	5,7	38,7	43,4	9,4	2,8
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	106	3,8	18,9	59,4	16,0	1,9
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	106	8,5	31,1	46,2	11,3	2,8
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	106	7,5	38,7	38,7	8,5	6,6
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	106	2,8	23,6	57,5	16,0	0,0

Por último, no índice da promoção da saúde, 21,7% dos cuidadores informais consideram que “45. Integrar um clube desportivo ou numa aula de ginástica se desejar?” é a tarefa mais fácil. Porém, o item que acham difícil e apresenta uma percentagem significativa (50,0%) comparada com as restantes foi “35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?”. Neste mesmo item 8,5% dos cuidadores informais não souberam responder a esta questão. Quanto à tarefa que dizem ser muito difícil, 7,5% dos cuidadores apontam dois itens: “36. Saber mais sobre as formas para promover a sua saúde no trabalho” e “38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos” (Tabela 14).

Tabela 14: 3º Índice: Promoção da saúde dos cuidadores informais

Item	n	Muito Dificil (%)	Dificil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não sei (%)
33. Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem estar mental?	106	3,8	27,4	50,9	14,2	3,8
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	106	5,7	37,7	41,5	8,5	6,6
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	106	5,7	50,0	28,3	7,5	8,5
36. Saber mais sobre as formas para promover a sua saúde no trabalho?	106	7,5	33,0	45,3	6,6	7,5
37. Compreender os conselhos sobre saúde vindos de familiares e amigos?	106	2,8	21,7	61,3	11,3	2,8
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	106	7,5	23,6	52,8	14,2	1,9
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	106	5,7	29,2	50,9	13,2	0,9
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	106	4,7	26,4	51,9	12,3	4,7
41. Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem estar?	106	0,9	21,7	60,4	13,2	3,8
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	106	0,9	18,9	58,5	17,9	3,8
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a saúde?	106	2,8	16,0	65,1	11,3	4,7
44. Tomar decisões que podem melhorar a saúde?	106	2,8	21,7	61,3	12,3	1,9
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	106	1,9	25,5	46,2	21,7	4,7
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a saúde e bem estar?	106	1,9	23,6	58,5	11,3	4,7
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem estar?	106	6,6	23,6	53,8	12,3	3,8

Conjuntamente com os três índices, no geral, os cuidadores informais sentem mais dificuldade em “6. Compreender o folheto que vem com o medicamento” (9,4%) e mais facilidade em “15. Chamar uma ambulância em caso de emergência” (39,6%), sendo curioso que ambos itens se encontram no índice de cuidados de saúde.

Depois de realizados os devidos cálculos, quanto ao nível de literacia em saúde, 80,9% dos cuidadores informais apresentam níveis problemáticos e inadequados, isto é, apenas 19,1% dos cuidadores apresentam níveis suficientes e excelentes (Figura 5).

Tal como se verificou nos cuidadores formais, é no índice da promoção da saúde que os cuidadores informais apresentam também os seus piores resultados (31,1%) e os seus melhores

no índice da prevenção da doença fazendo um total de 20,7% conjuntamente com o nível suficiente e excelente (Figura 5).

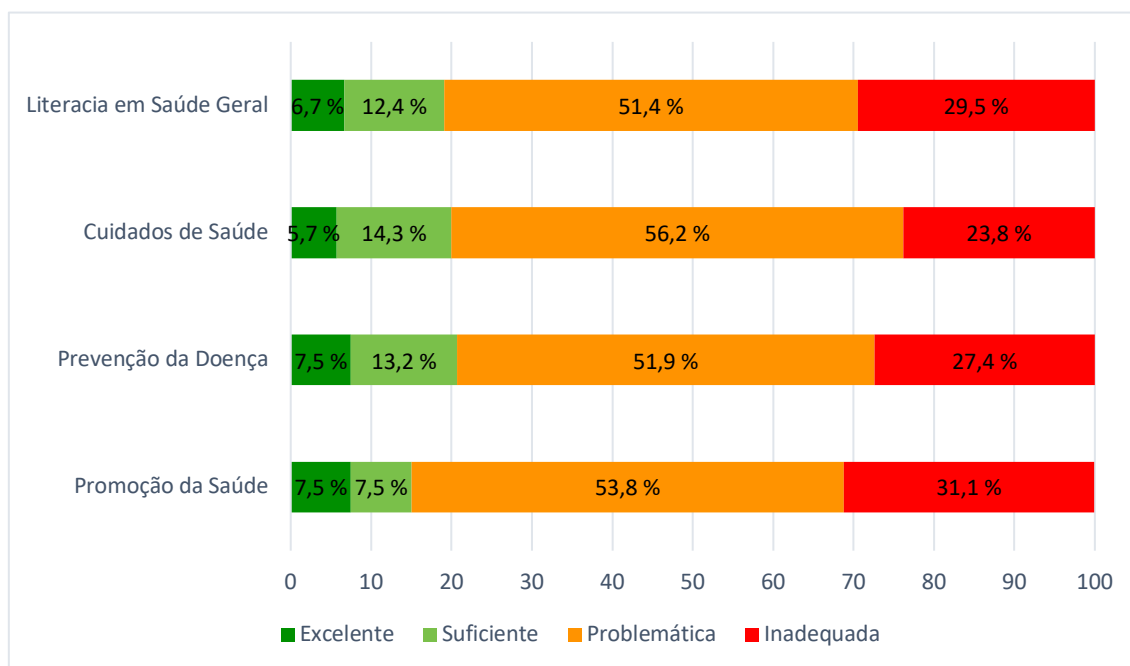


Figura 5: Literacia em saúde dos cuidadores informais

Em resumo, a literacia em saúde dos cuidadores apresenta-se na sua maioria como problemática. Contudo a maior percentagem de níveis inadequados verifica-se nos cuidadores informais.

5.5. A relação da literacia em saúde com os dados sociodemográficos dos cuidadores

No que diz respeito às classes etárias, de acordo com os resultados, quanto maior for a idade mais é o nível de literacia em saúde inadequado. É nos indivíduos com 46 a 55 anos que predomina o nível inadequado (7,8%) e nos indivíduos dos 26 aos 35 anos o nível problemático (12,7%). Em contrapartida, os níveis suficientes e excelentes imperam nas classes dos 36 aos 45 anos, isto é, faixas etárias mais jovens. Através do teste qui-quadrado podemos verificar que existe uma associação significativa entre as classes etárias e o índice geral da literacia em saúde ($\chi^2= 69,41$; $p<0,001$) (Tabela 15).

Tabela 15: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com as classes etárias

		Classes Etárias						χ^2	p
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>=66		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
IGLS	Inadequada	2(1,0)	2(1,0)	2(1,0)	16(7,8)	3(1,5)	15(7,4)	69,41	p<0,001
	Problemática	12(5,9)	26(12,7)	20(9,8)	25(12,3)	14(6,9)	6(2,9)		
	Suficiente	8(3,9)	8(3,9)	16(7,8)	4(2,0)	2(1,0)	3(1,5)		
	Excelente	2(1,0)	7(3,4)	9(4,4)	1(0,5)	1(0,5)	0(0,0)		
	Total	24(11,8)	43(21,1)	47(23,0)	46(22,5)	20(9,8)	24(11,8)		

Na Tabela 16, é analisada a relação entre a literacia em saúde e o nível de escolaridade e, constata-se que a percentagem que predomina em todos os níveis se situam no nível problemático. Contudo, 15,8% dos cuidadores que possuem o ensino básico tem uma literacia em saúde inadequada, contrariamente aos cuidadores que possuem o ensino superior, em que não se verifica nenhum caso com esse nível (0,0%). Quanto ao nível excelente de literacia em saúde, 6,2% concluíram o ensino secundário e 3,4% o ensino superior. Existem assim evidências que o nível de escolaridade e a literacia em saúde se encontram significativamente associados ($\chi^2=53,55$; $p<0,001$).

Tabela 16: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com o nível de escolaridade

		Nível de Escolaridade			Total	χ^2	p
		1º,2º e 3º ciclo n (%)	Secundário n (%)	Ensino Superior n (%)			
IGLS	Inadequada	33(15,8)	8(3,8)	0(0,0)	41(19,6)	53,55	p<0,001
	Problemática	58(27,8)	41(19,6)	8(3,8)	107(51,2)		
	Suficiente	10(4,8)	25(12,0)	6(2,9)	41(19,6)		
	Excelente	0(0,0)	13(6,2)	7(3,3)	20(9,6)		
	Total	101(48,3)	87(41,6)	21(10,0)	209(100)		

Em relação à formação na área da saúde, na amostra verifica-se que o número de cuidadores com formação (37,8%) é menor do que o número de cuidadores sem formação (62,2%). Portanto,

31,6% dos cuidadores sem formação e 19,6% dos cuidadores com formação têm níveis problemáticos de literacia em saúde. Dos restantes, 13,4% dos cuidadores sem formação e 15,8% dos cuidadores com formação apresentam níveis suficientes e adequados (Tabela 17), existindo uma associação significativa entre a formação em saúde e o índice geral da literacia em saúde ($\chi^2= 21,53$; $p<0,001$).

Tabela 17: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com a formação na área da saúde

		Formação na área da Saúde		χ^2	p
		Sim n (%)	Não n (%)		
	Inadequada	5(2,5)	36(17,2)		
IGLS	Problemática	41(19,6)	66(31,6)	21,53	$p<0,001$
	Suficiente	19(9,1)	22(10,5)		
	Excelente	14(6,7)	6(2,9)		
Total		79(37,8)	130(62,2)		

Na duração do cuidado existe uma associação significativa entre a literacia em saúde ($\chi^2=9,09$ e $p=0,028$), pois o nível de significância é menor que 0,05. No entanto, qualquer uma das quatro categorias (inadequado, problemático, suficiente e excelente) apresenta uma percentagem maior a tempo integral, perfazendo um total de 68,4%, tal como demonstra a Tabela 18.

Tabela 18: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com a duração do cuidado

		Duração do Cuidado		χ^2	p
		Integral n (%)	Parcial n (%)		
	Inadequada	33(15,8)	8(3,8)		
IGLS	Problemática	65(31,1)	42(20,1)	9,09	,028
	Suficiente/Excelente	33(15,8)	8(3,8)		
	Excelente	12(5,7)	8(3,8)		
Total		143(68,4)	66(31,6)		

Por fim, e relativamente ao nível económico predomina em quase todas as categorias o nível problemático, excluindo o nível inferior a 500€ que prevalece o nível inadequado (11%). Através

do teste qui-quadrado verifica-se que há uma associação significativa entre estas duas variáveis ($\chi^2=64,99$ e $p<0,001$) (Tabela 19).

Tabela 19: Relação entre o índice geral da literacia em saúde com o nível económico

	Nível Económico				Total	χ^2	p
	<500€ n (%)	500€ a 700€ n (%)	800€ a 900€ (n%)	>1000€ (n%)			
Inadequada	23(11,0)	14(6,7)	3(1,4)	0(0,0)	40(19,1)		
Problemática	15(7,2)	75(35,9)	27(12,9)	11(5,3)	128(61,2)		
Suficiente	3(1,4)	15(7,2)	8(3,8)	4(1,9)	30(14,4)	64,99	p<0,001
Excelente	0(0,0)	3(1,4)	3(1,4)	5(2,4)	11(5,3)		
Total	41(19,1)	107(51,2)	41(19,6)	20(9,6)	209(100)		

6. Discussão de resultados

A literacia em saúde dos cuidadores é uma área de investigação com interesse crescente, nomeadamente em virtude da nova regulamentação inserida em Portugal (Estatuto do Cuidador Informal – Lei 100/2019 de 6 de setembro) e das crescentes preocupações com a saúde decorrentes do estado pandémico. Efetivamente, os estudos sobre a literacia em saúde e sobre as medidas necessárias à sua melhoria tem potencial efetivo de melhorar o ato de cuidar (Yuen et al., 2018).

Os resultados deste trabalho evidenciam que, quer os cuidadores formais quer os informais são na sua maioria constituídos pelo sexo feminino, atingindo um total de 79,3% em ambos os grupos. A figura feminina sempre foi de destaque no desempenho dessas funções e, na presente investigação o desfecho não é diferente. O sexo feminino exerce significativamente uma posição de cuidadora acima dos 80% na maioria das investigações, o que deixa sem margem para dúvidas que os cuidadores são sobretudo mulheres (Bonaccorsi et al., 2019; Lindquist et al., 2011). A literacia em saúde tem ainda uma forte ligação com o nível de escolaridade, pois estão em causa os conhecimentos, as competências, as avaliações que um indivíduo é ou não capaz de efetuar perante todas as informações em saúde.

Num estudo levado a cabo por Erickson & LeRoy (2015) avaliou-se a literacia em saúde de cuidadores formais e informais de adultos com deficiência intelectual na supervisão e responsabilidade no uso de medicamentos. Apesar de não estar em causa cuidadores de pessoas de terceira idade é possível verificar através deste estudo que o nível de escolaridade se encontra fortemente associado à literacia em saúde. Não obstante, para os cuidadores informais, apesar de não serem “obrigados” a terem formação, contrariamente a um profissional de saúde, a quem a sua formação é exigida, os resultados foram bastantes positivos, ou seja, revelaram um nível de literacia em saúde adequado. O principal motivo apontado para estes resultados foi sobretudo o nível de escolaridade, sendo que 80,9% dos cuidadores formais e informais possuíam mais do que o ensino secundário. Assim, a formação de nível superior está associada a um maior nível de literacia em saúde, para a amostra estudada.

A maioria dos cuidadores não familiares remunerados de idosos, contratados pelas famílias, não possuíam altos níveis de escolaridade. Apenas 42,9% tinham o ensino secundário enquanto que 29,8% não tinham concluído esse nível de ensino, o que resultou numa literacia em saúde limitada. Essa limitação encontra-se relacionada com a baixa escolaridade, sendo necessária a intervenção de um profissional de saúde para o cuidado da pessoa idosa (Bonaccorsi et al., 2019).

Fica claro que um profissional de saúde tem melhor conhecimento em saúde do que a restante população. Deste modo, a educação devia ser uma exigência necessária na contratação de cuidadores por parte das entidades empregadoras, para que uma família ao contratar um prestador de cuidados remunerado possam esperar, por exemplo, que o ajude no acompanhamento e administração de medicamentos (Sudore & Covinsky, 2011).

Na nossa investigação, apesar de 65,1% dos cuidadores formais terem o ensino secundário, 72,6% dos cuidadores informais possuem apenas o ensino básico. Esses valores acabam por se refletir quanto à formação na área da saúde, ou seja, 66% dos cuidadores formais têm formação na área da saúde, enquanto que 89,6% dos cuidadores informais não têm qualquer tipo de formação.

Assim, no presente estudo, tal como nos restantes já mencionados (Bonaccorsi et al., 2019; Erickson & LeRoy, 2015), existe uma associação significativa que indica que um nível de escolaridade mais elevado pode resultar numa literacia em saúde adequada. Portanto, como podemos comprovar através da Tabela 16, nos cuidadores que possuem o ensino básico predomina o nível inadequado, enquanto que para aqueles que possuem o secundário e ensino superior o nível é problemático. Existe uma tendência clara que expressa que quanto mais baixo for o nível de escolaridades mais baixo é o nível de literacia dos cuidadores. Esta é uma associação com significância estatística ($\chi^2=81,00$ e $p<0,001$).

Ainda assim, os valores mais positivos de literacia em saúde adequada são conseguidos entre os cuidadores que detêm o ensino secundário e superior.

A mesma situação acontece com a formação na área da saúde, sendo que os cuidadores sem formação têm níveis de literacia em saúde mais baixos do que os cuidadores com formação em saúde.

Contrariamente a estes resultados, Lindquist et al. (2011) constatou que 26,5% dos cuidadores possuíam o ensino secundário e 61,2% o ensino superior e no entanto a baixa literacia esteve presente em 35,7% dos cuidadores.

Acreditamos que a literacia em saúde é o resultado de uma educação e pode ser melhorada através dela, visto que esse fator pode influenciar os resultados (Nutbeam, 2008).

A influência do nível de escolaridade num nível de literacia em saúde agrava-se quando se considera também a idade dos cuidadores. De facto, os níveis de literacia tendem a revelar-se particularmente críticos para os indivíduos com baixa escolaridade e idade avançada (Bonaccorsi et al., 2019; Pedro et al., 2016).

No caso da idade, os cuidadores mais jovens (18 aos 45 anos) são os que apresentam níveis suficientes e excelentes da literacia em saúde, logo a afirmação referida anteriormente também se aplica neste estudo, sendo que os indivíduos com uma idade superior apresentam níveis mais baixos de literacia existindo uma associação entre estes dois fatores ($\chi^2=69,41$ e $p<0,001$).

Outra análise realizada nos estudos atuais é relativa ao grau de parentesco dos cuidadores informais, sendo que os cônjuges e os filhos são o que ocupam esse papel fundamental na vida de uma pessoa de terceira idade (Boeiro-Gonçalves, 2017; Yuen et al., 2018). No presente estudo, essa posição é sobretudo exercida pelos filhos (61,3%), seguido do cônjuge da pessoa cuidada (22,6%).

Para além desse facto, a maior parte dos cuidadores informais não exerce o seu cuidado a tempo integral, isto é, uma parte ainda se encontram em idade ativa exercendo a sua profissão (Boeiro-Gonçalves, 2017). Na amostra, o cuidado a tempo parcial (54,7%) ultrapassa o cuidado a tempo integral (45,3%) e são os cuidadores que exercem o seu cuidado a tempo integral que apresentam melhores níveis de literacia em saúde (Tabela 18), isto talvez porque dispõe de mais tempo para o cuidado, enquanto que um cuidador a tempo parcial terá de conciliar o seu tempo com outra atividade. Mas nem em todos os estudos esta é a realidade vigente. No estudo de Bonaccorsi et al. (2019) na sua primeira amostra aponta para 63,1% dos cuidadores a exercerem o cuidado a tempo integral.

Em suma, considerando os dados sociodemográficos constatamos semelhanças entre a nossa investigação e os vários estudos apontados, verificando-se que os cuidadores são predominantemente do sexo feminino e o nível de escolaridade encontra-se associado à literacia em saúde, permitindo aos cuidadores tomarem as melhores decisões.

Relativamente ao instrumento de medição, em Portugal, o Health Literacy Survey foi o primeiro estudo que proporcionou uma informação sustentada da população portuguesa sobre os seus níveis de literacia em saúde (Pedro et al., 2016).

Antes de avançar para o resultado da nossa pesquisa a Tabela 20 compara o alfa de Cronbach entre a presente investigação com dois estudos nacionais (Gonçalves, 2015; Pedro et al., 2016) sobre literacia em saúde.

De um modo geral, o alfa de Cronbach apresenta uma consistência interna muito boa nos três estudos, o que garante a fiabilidade do instrumento.

Tabela 20: Comparação do alfa de Cronbach com os 2 estudo nacionais de literacia em saúde

	Alfa de Cronbach		
	Vaz (2020)	Pedro et al. (2016)	Gonçalves (2015)
Índice Geral	0,96	0,96	0,93
Índice de Cuidados de Saúde	0,89	0,90	0,92
Índice de Prevenção da Doença	0,91	0,90	0,91
Índice de Promoção de Saúde	0,93	0,91	0,91

Contudo, os estudos análogos que utilizaram o HLS-EU-PT foram aplicados à população portuguesa no geral, não havendo estudos representativos relativamente aos níveis de literacia em saúde de cuidadores formais e informais em Portugal.

Após a aplicação deste instrumento cumprimos o objetivo fundamental da investigação: Quais são os níveis de literacia em saúde apresentados pelos dois grupos de cuidadores?

Considerando os dois grupos, a percentagem de cuidadores que apresentam níveis problemáticos e inadequados de literacia em saúde é de 70,8%, restando apenas 29,2% com literacia adequada. Estamos perante um grave problema, pois o cuidador não tem competências para exercer o seu cuidado perante a pessoa de terceira idade. Quanto a questões de saúde, os cuidadores não estão preparados para fazer face aos obstáculos e problemas que possam surgir no quotidiano.

No que diz respeito à presente investigação, os resultados acabam por ir ao encontro dos estudos nacionais sobre literacia em saúde. No estudo realizado por Pedro et. al (2016) podemos constatar que em geral, apenas 38,5% da população portuguesa apresenta níveis de literacia em saúde excelentes e suficientes e a restante, isto é, mais de metade da população (61,4%) tem níveis problemáticos e inadequados. O mesmo acontece no estudo de Gonçalves (2015) em que constatamos que 22% dos portugueses apresentem níveis inadequados e 42% níveis problemáticos, o que perfaz um total de 64%, com uma literacia em saúde reduzida.

Em comparação ainda com Pedro et al. (2016), no que diz respeito aos três índices (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), é na última que os valores são mais alarmantes sendo que 60,2% da população tem um nível problemático e inadequado de literacia. Porém, os níveis mais elevados de literacia em saúde destacam-se no índice prevenção da doença, com um total de 44,8% dos indivíduos classificados nos níveis suficiente e excelente. O mesmo acontece na presente investigação, sendo que os piores resultados apresentam-se no

índice da promoção da saúde (22,3%) e os melhores resultados encontram-se no índice da prevenção da doença (13,3%).

Perante estes resultados, podemos concluir que a população portuguesa apresenta mais dificuldade quanto ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação dos determinantes sociais, físicos e ambientais de saúde e consideram mais fáceis assuntos relacionados com a informação sobre os fatores de risco na prevenção da doença.

Estes valores não deixam de ser preocupantes, pois mais de metade da população portuguesa não apresenta níveis adequados, e a literacia não é um problema individual, mas um determinante sistémico, isto é, é influenciada por indicadores sociais, demográficos e económicos e a sua promoção deve estar ligada aos aspetos relacionados diretamente com a saúde e com as condições de vida (Pedro et al., 2016).

Contrabalançando as hipóteses de investigação elaboradas com os resultados finais da nossa investigação podemos concluir que:

- H1: Os cuidadores apresentam maioritariamente níveis suficientes de literacia em saúde;
H3: Os cuidadores formais apresentam maioritariamente níveis de literacia em saúde suficientes;

Estas duas hipóteses não se verificam, pois, 51,2% dos cuidadores apresentam uma literacia em saúde problemática. Logo, a percentagem de indivíduos com literacia em saúde adequada é reduzida. E, no que alude aos cuidadores formais não era um resultado esperado, dado que os cuidadores formais são profissionais de saúde qualificados para o exercício das suas funções.

Contudo, no presente estudo nem todos podem ser considerados profissionais de saúde, pois 34% dos cuidadores não têm qualquer tipo de formação em saúde, o que leva a concluir que as instituições contratam indivíduos sem formação específica para exercer as suas funções.

- H2: Os cuidadores formais têm níveis de literacia em saúde superiores aos cuidadores informais;
H4: Os cuidadores informais têm significativamente idade superior dos cuidadores formais;

Foram verificadas a H2 e a H4, sendo que os cuidadores formais apresentam níveis de literacia em saúde ligeiramente superiores aos dos cuidadores informais. Tanto nos cuidadores formais como nos cuidadores informais a literacia em saúde é considerada problemática para mais de metade dos inquiridos (51% e 51,4% respetivamente). Contudo, principal distinção entre os dois grupos reside no facto de 39,4% dos cuidadores formais e 19,1% dos cuidadores informais

apresentarem níveis de literacia adequada. A percentagem de casos inadequados é maior nos cuidadores informais. Relativamente à idade, os cuidadores formais pertencem sobretudo a classes etárias mais jovens, predominando a faixa etária dos 26 aos 35 anos, ao contrário dos cuidadores informais onde predomina a faixa dos 46 aos 55 anos.

- H5: Os cuidadores formais são detentores, no mínimo, do ensino secundário.

Apenas 65,1% dos cuidadores formais são detentores do ensino secundário, logo, não atingiu o seu total. Recuperando o estudo de Pedro et. al (2016) e Gonçalves (2015), como já foi mencionado, o nível de literacia da população reportado é também na sua maioria problemático, sendo que em ambos os estudos os indivíduos não possuem todos o nível secundário, apenas 36,3% no primeiro estudo e 21,8% no segundo. Portanto, na presente investigação os resultados apontam para um cenário mais positivo quanto ao nível de escolaridade apresentado pelos inquiridos.

De uma forma global, são preocupantes os resultados obtidos nesta pesquisa, mas relativamente aos cuidadores formais a situação é particularmente alarmante, pelo facto de estarmos perante profissionais de saúde que deveriam ter as devidas qualificações para o exercício das suas funções. O mesmo acontece noutros estudos em que há cuidadores que exercem a sua profissão e não têm formação em saúde (Lindquist et al., 2011). Na amostra que estudamos, 34% dos cuidadores formais não detêm formação em saúde.

Cuidadores com uma literacia em saúde inadequada cometem significativamente mais erros quanto à dosagem de medicação (60,2%) (Lindquist et al., 2011). Contudo, independentemente da literacia em saúde e da sua formação, os cuidadores cometem erros quando estão em causa instruções complexas de prescrição (Lindquist et al., 2011).

De um modo global, a grande parte da literatura internacional concluiu que os cuidadores apresentam níveis baixos de literacia em saúde (Bonaccorsi et al., 2019; Lindquist et al., 2011; Rahman, 2014). Contrariamente, no estudo de Garcia et al. (2013) foi avaliada a literacia em saúde dos cuidadores em clínicas e centros seniores que nos permitiu observar que 88,6% dos cuidadores clínicos e 55,8% nos centros seniores apresentam níveis adequados de literacia, ou seja, mais de metade dos cuidadores em ambos os grupos tem níveis adequados de literacia em saúde. Desde modo, 11,4% dos cuidadores em clínicas e 44,2% nos centros seniores apresentam níveis inadequados e, perante os resultados verifica-se que é nos centros seniores que o nível de literacia em saúde inadequado é mais acentuado. Estes resultados foram associados à baixa escolaridade, sendo que 24,3% no primeiro grupo e 49,0% no segundo não possuíam o ensino

secundário e associados à idade, ou seja, uma grande parte dos cuidadores em ambos os grupos (40% e 74,1%) tinham mais de 65 anos. Os cuidadores referidos neste estudo são maioritariamente cuidadores informais, sendo que no segundo grupo, isto é, nos centros seniores, esse papel é desempenhado sobretudo pelo cônjuge com 81,7%. Há apenas uma pequena percentagem de cuidadores formais nos dois grupos (5,7% e 3,9%).

Outra característica apontada é que 95% dos cuidadores não fizeram nenhum curso de preparação para a função que desempenham na vida de um idoso (Almeida et al., 2019), apesar de que 81,6% dos cuidadores afirmam ter tido uma experiência anterior no cuidado de idosos (Lindquist et al., 2011).

Esta questão dos níveis inadequados de literacia em saúde não é um problema atual. Um estudo feito por Rahman (2014), permite-nos observar que é um problema que se prolonga já alguns anos, e que apenas 25% dos cuidadores de idosos apresentam nível de literacia adequada; os restantes 75% dos cuidadores tem uma literacia em saúde inadequada.

Contudo, os indivíduos com acesso à informação em saúde online são beneficiados com iniciativas de educação e prevenção de forma a desenvolverem competências que lhes permitam fazer as escolhas mais informadas e fundamentadas (Antunes, 2014).

Em suma, na maior parte dos estudos constatamos que a literacia em saúde apresenta resultados preocupantes (Bonaccorsi et al., 2019; Gonçalves, 2015; Li et al., 2020; Pedro et al., 2016; Rahman, 2014). Nos estudos em que a literacia em saúde é considerada adequada os níveis encontram-se no limiar dos 50% (Almeida et al., 2019; Garcia et al., 2013; Lindquist et al., 2011).

Assim, os baixos níveis de literacia em saúde estão presentes na maioria dos estudos, o que releva uma grande preocupação a nível da saúde pública, sendo necessário efetuar uma mudança, isto é, políticas e formação que permitam melhorar os níveis de literacia em saúde dos cuidadores.

O aumento do nível de literacia em saúde requer um duplo esforço: a nível individual, apostando na educação e formação e numa transformação nos sistemas de saúde. Do ponto de vista de Sørensen (2019) torna-se necessário uma transformação nos sistemas de saúde quanto ao nível de atendimento das pessoas, na qual um tratamento personalizado, uma compreensão do contexto mais amplo e das condições de vida em os doentes se encontram deveriam ser avaliadas de uma forma mais específica. Desta forma, resultaria uma satisfação de resultados e uma maior confiança trazendo qualidade de vida para a população e por sua vez equidade e sustentabilidade.

7. Conclusão, limitações e trabalho futuro

A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais é um tema com um elevado impacto social, que permite verificar se os cuidadores são capazes de tomar decisões de saúde pelos indivíduos que deles dependem, sendo que os seus efeitos são diretamente visíveis sobre a qualidade de vida e o seu bem-estar da pessoa cuidada.

O conceito está positivamente associado a uma melhor experiência do doente, melhores práticas de autocuidados e melhores resultados para a saúde, assentando na premissa de que só um indivíduo com uma capacidade de agir com base nas informações em saúde poderá tomar decisões informadas sobre cuidados prestados, ajudando a assumir uma maior responsabilidade sobre a saúde (Moreira, 2018).

No presente estudo, o instrumento de medição Health Literacy Survey (HLS-EU-PT) permitiu aferir os níveis de literacia em saúde de uma amostra de 212 cuidadores de pessoas de terceira idade, estratificada em 106 cuidadores formais e 106 cuidadores informais na zona de influência de Felgueiras. Os resultados indicaram que 51,2% dos cuidadores, formais e informais, apresentam níveis problemáticos de literacia em saúde e 19,6% níveis inadequados, restando apenas 29,2% dos cuidadores com um nível de literacia em saúde adequado. Perante estes resultados excluíram-se duas das hipóteses de investigação: H1: Os cuidadores apresentam maioritariamente níveis suficientes de literacia em saúde e a H3: Os cuidadores formais apresentam maioritariamente níveis de literacia em saúde suficientes.

Fazendo uma distinção entre os dois tipos de cuidadores, podemos constatar que 60,6% dos cuidadores formais apresentam níveis problemáticos e inadequados de literacia em saúde, sendo que os restantes, isto é, 39,4% apresentam níveis suficientes ou excelentes. Quanto aos cuidadores informais, 81% dos indivíduos apresentam níveis problemáticos e inadequados de literacia em saúde, ou seja, apenas 19% dos cuidadores informais apresentam uma literacia em saúde adequada. É neste último grupo de cuidadores que se verificam os maiores níveis inadequados de literacia em saúde e, por isso verificou-se a hipótese de investigação H2: Os cuidadores formais têm níveis de literacia em saúde superiores aos cuidadores informais.

Em relação aos índices que compõem o instrumento (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) os cuidadores sentem mais dificuldades no índice da promoção da saúde em que 22,3% dos cuidadores apresentam níveis inadequados. No entanto, é no índice da prevenção da doença que surgem os melhores resultados, isto é, 13,3% dos cuidadores apresentam níveis excelentes.

Com esta investigação foi possível ainda relacionar o nível de literacia em saúde com os dados sociodemográficos. Constatou-se que o nível inadequado de literacia em saúde é mais acentuado nos cuidadores com uma idade superior (46 a 55 anos) comparados com os cuidadores mais jovens (36 a 45 anos). Os cuidadores informais têm significativamente idade superior aos cuidadores formais, confirmando-se a hipótese de investigação (H4). Quanto à escolaridade, os resultados mais positivos de literacia em saúde são conseguidos pelos cuidadores com um maior nível de escolaridade. Na nossa amostra, nem todos os cuidadores formais e informais possuem o ensino secundário, logo não se verifica-se a última hipótese de investigação deste estudo H5: Os cuidadores formais são detentores, no mínimo, do ensino secundário. O mesmo se verifica quanto à formação na área da saúde, isto é, nem todos os cuidadores possuem formação e os níveis inadequados de literacia em saúde são mais acentuados nos cuidadores sem formação em saúde. O nível de literacia encontra-se significativamente associado à idade, nível de escolaridade, formação na área da saúde, duração do cuidado e nível económico.

Portanto, para melhorar os resultados problemáticos de literacia em saúde torna-se necessário uma estratégia a nível nacional de reforço de formação e políticas que permitam a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cuidadores. Investigação futura neste domínio pode acelerar este processo através do levantamento detalhado de necessidades de formação junto dos cuidadores formais e informais. Uma das alterações mais recentes, dirigida aos cuidadores informais, foi a publicação do Estatuto de Cuidador Informal (Lei 100/2019 de 6 de setembro), que entrou em vigor recentemente em Portugal, e que regula os direitos e deveres do cuidador e pessoa cuidada, de forma a que o cuidador passe a beneficiar de várias medidas de apoio na prestação de cuidados.

Assim, a literacia em saúde é uma ferramenta poderosa para todos os indivíduos, incluindo cuidadores que prestam o cuidado a indivíduos com autonomia progressivamente reduzida com o avanço da idade. O conceito permite melhorar a capacidade de tomada de decisões que possui impacto sobre a qualidade de vida da pessoa cuidada.

Limitações

Uma das limitações apontadas para este estudo foi a delimitação geográfica, isto é, apesar de a distribuição do questionário ter sido realizado em diferentes distritos só alcançou a região litoral norte de Portugal, mais concretamente a zona de influência de Felgueiras. Portanto, não se trata

de um estudo representativo da realidade portuguesa, permanecendo a necessidade de realizar estudos de maior amplitude.

Trabalho futuro

Esta investigação poderá ser um ponto de partida para a realização de mais estudos em diferentes zonas geográficas, dado que a abrangência da presente investigação só incidiu no norte litoral. No que diz respeito às amostras estudadas, podemos optar por recorrer a outro tipo de instituições tais como hospitais e ainda, incluir uma maior diversidade de cuidadores formais e informais, para obter um estudo representativo em Portugal, sendo que há relativamente pouca investigação nesta área.

8. Referências Bibliográficas

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, A. M. A. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *281*(6), 552–557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Almeida, C. V. de. (2018). Literacia em saúde– Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. de Almeida (Eds.), *Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção* (ISPA, pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.
- Almeida, P., & Rebelo, G. (2004). *A Era da Competência: Um novo paradigma para a Gestão de Recursos Humanos e Direito do Trabalho*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Almeida, K. M. V. de, Toye, C., Silveira, L. V. de A., Slatyer, S., Hill, K., & Jacinto, A. F. (2019). Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people. *Dementia & Neuropsychologia*, *13*(2), 180–186. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020006>
- Antunes, M. D. L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *As Bibliotecas Da Saúde: Que Futuro? Actas Das XI Jornadas APDIS*, 123–133. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.21/3582>
- Antunes, M. D. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. de Almeida (Eds.), *Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção* (ISPA, pp. 43–63). Lisboa: Edições ISPA.
- Associação Portuguesa de Psicogerontologia. (2018). Centro de recursos e (in)formação a prestadores de cuidados informais– SCML. Retrieved January 28, 2021, from <http://www.app.com.pt/centro-de-recursos-e-informacao-a-prestadores-de-cuidados-informais-scml>
- Baker, D. W. (1999). Reading between the lines. *Journal of General Internal Medicine*, *14*(5), 315–317. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00342.x>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *12*(1), 119–129.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, *15*(sup2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, *155*(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Boeiro-Gonçalves, P. (2017). Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: estudo transversal observacional. *SAÚDE & TECNOLOGIA*, *17*, 39–46.
- Bonaccorsi, G., Pieralli, F., Innocenti, M., Milani, C., Del Riccio, M., Donzellini, M., ... Lorini, C. (2019). Health Literacy among Non-Familial Caregivers of Older Adults: A Study Conducted in Tuscany (Italy). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193771>
- Born, T. (2008). *Cuidar Melhor e Evitar Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2013). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3º, pp. 1820–1835). Rio de Janeiro.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho*. , Pub. L. No. Diário da República I Série nº 109, 3856 (2006).
- Despacho nº 3618-A/2016*. , Pub. L. No. Diário da República II Série nº 49, 8660(5) (2016).
- Direção Geral da Saúde. (2019a). *Manual de Boas Práticas Literacia em saúde - capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2019b). *Plano de ação para a Literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Lisboa: Autor.
- Erickson, S. R., & LeRoy, B. (2015). Health literacy and medication administration performance by caregivers of adults with developmental disabilities. *Journal of the American Pharmacists Association*, *55*(2), 169–177. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.14101>
- Espanha, R. (2018). A literacia em saúde em Portugal e a importância do ILS-EU: inquérito europeu sobre a literacia em saúde. In C. Lopes & C. V. de Almeida (Eds.), *Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção* (ISPA, pp. 19–31). Lisboa: Edições ISPA.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2015). Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1–16.
- Eurocarers. (2020). About carers: Why carers count? Retrieved March 22, 2020, from

<https://eurocarers.org/about-carers/>

- Ezebuihe, I., & Sigley, C. (2016). Health Literacy: Concept Analysis. *International Journal of Healthcare Sciences*, 4(2), 55–62.
- Faleiros, A. H., Santos, C. A., Martins, C. R., Astrazione De Holanda, R., Souza, N. L. S. A. de, & Araújo, C. L. de O. (2015). Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliográfica, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos. *Janus, Lorena*, (21), 59–68. Retrieved from <http://fatea.br/seer/index.php/janus/article/viewFile/1793/1324>
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT*, 5, 51–61. Retrieved from <http://www.igt.psc.br>
- Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Friedemann, M.-L., Newman, F. L., Buckwalter, K. C., & Montgomery, R. J. V. (2014). Resource need and use of multiethnic caregivers of elders in their homes. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 662–673. <https://doi.org/10.1111/jan.12230>
- Garcia, C. H., Espinoza, S. E., Lichtenstein, M., & Hazuda, H. P. (2013). Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 256–272. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829135>
- Gonçalves, A. M. (2015). *Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde* (Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações- Ramo Gestão de Unidades de Saúde APNOR - Instituto Politécnico do Porto). Retrieved from [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia em Saúde.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia%20em%20Saude.pdf)
- Gonçalves, A. M., Sena, R. R. de, Dias, D. G., Queiróz, C. M., Dittz, É., Vivas, K. L., ... Lopes, T. C. (2005). Cuidadore domiciliar: Por que cuido? *REME- Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 315–320.
- Governo da República Portuguesa. (2018). Portugueses vão ter acesso gratuito a plataformas de saúde com informação validada. Retrieved November 4, 2019, from Governo da República Portuguesa website: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=portugueses-vao-ter-acesso-gratuito-a-plataformas-de-saude-com-informacao-validada>
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative Report on Health Literacy in Eight Eu Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Revised and Extended Version).

- Maastricht University, 1–92. Retrieved from <http://www.health-literacy.eu>
- INE. (2019). Estimativas de População Residente em Portugal. Retrieved January 25, 2020, from Instituto Nacional de Estatística website: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- José, J. de S. (2012). Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, (2), 123–150.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289–297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Lei nº 100/2019 de 6 de setembro. , Pub. L. No. Diário da República I Série nº 171, 3 (2019).
- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Lindquist, L. A., Cameron, K. A., Messerges–Bernstein, J., Friesema, E., Zickuhr, L., Baker, D. W., & Wolf, M. (2012). Hiring and Screening Practices of Agencies Supplying Paid Caregivers to Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1253–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04047.x>
- Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J., & Baker, D. W. (2011). Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 26(5), 474–479. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1596-2>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Maragno, C., & Luiz, P. (2016). Letramento em Saúde E Adesão Ao Tratamento Medicamentoso: Uma Revisão Da Literatura. *Revista de Iniciação Científica*, 14(1), 5–18.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5º). Impressão e acabamentos: Rolos & Filhos II, SA.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Mastel-Smith, B., & Stanley-Hermanns, M. (2012). “It’s Like We’re Grasping at Anything.” *Qualitative Health Research*, 22(7), 1007–1015.

<https://doi.org/10.1177/1049732312443739>

- Moraes, E. N. de. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais*. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Moreira, L. (2018). *Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?* Retrieved from <https://econpapers.repec.org/RePEc:oec:elsaad:107-en>
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R. de, Silva, J. C. e, Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. da C. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(4), 514–517. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>
- Nielsen-bohlman, L., Panzer, A. M., & A. Kindig, D. (2005). Health literacy: a prescription to end confusion. *Choice Reviews Online*, *42*(07), 1–367. <https://doi.org/10.5860/CHOICE.42-4059>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, *13*(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, *54*(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*, *33*(5), 901–911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, *31*(1), 19–26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, *10*(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, *22*(4), 147–153.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.4.147>

- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pereira, A. C. (2018). Os centros de dia atraem cada vez menos idosos, mas os lares estão cheios. Retrieved December 8, 2019, from Público website: <https://www.publico.pt/2018/12/15/sociedade/noticia/centros-dia-atraem-menos-lares-estao-cheios-1854827>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psico & Soma - Livraria, editora, formação e empresa, lda.
- Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2018). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 225–236. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>
- Pleasant, A. (2011). Health literacy: An opportunity to improve individual, community, and global health. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2011(130), 43–53. <https://doi.org/10.1002/ace.409>
- Pleasant, A., & McKinney, J. (2011). Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59(2), 95–106. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.006>
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 11–21. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604392>
- Portaria nº 64/2020 de 10 de março.*, Pub. L. No. nº49, 5 (2020).
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Rahman, T. T. A. (2014). Health Literacy: Prevalence among Elderly Care Givers and Its Impact on the Frequency of Elderly Hospitalization and Elderly Health Related Quality of Life. *Advances in Aging Research*, 03(05), 380–387.

<https://doi.org/10.4236/aar.2014.35048>

- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *International Journal of Health Policy and Management, 4*(11), 747–755. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.151>
- Romão, A., Pereira, A., & Geraldo, F. (2008). *As Necessidades dos Cuidadores Informais: Estudo na Área do Envelhecimento* (SCML, Ed.). Lisboa: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.
- RTP. (2019). Dia do Cuidador. Em Portugal há 827 mil cuidadores informais. Retrieved January 9, 2020, from Rádio e Televisão de Portugal website: https://www.rtp.pt/noticias/pais/dia-do-cuidador-em-portugal-ha-827-mil-cuidadores-informais_v1183849
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2018). *Metodología de Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A.
- 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.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, lda.
- Serrão, C., Veiga, S., Vieira, I., Almeida, V., & Marques, A. (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade - Manual de boas práticas*. Porto: Projeto Literacia em Saúde-Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sharifirad, G., Reisi, M., Javadzade, S., Heydarabadi, A., Mostafavi, F., & Tavassoli, E. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion, 3*(1), 1–8. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.145925>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs, 2*(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K. (2018). Health literacy in four decades: from clinical challenge to a global social movement. *BMJ Global Health, (October)*, 1–3. Retrieved from <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2018/10/31/health-literacy-in-four-decades-from-clinical-challenge-to-a-global-social-movement/>
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In *Literacia em saúde na prática* (pp. 27–32). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health



- literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sudore, R. L., & Covinsky, K. E. (2011). Respecting Elders by Respecting Their Paid Caregivers. *Journal of General Internal Medicine*, 26(5), 464–465. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1667-z>
- The National Academies of Science. (2016). *Families Caring for an Aging America* (R. Schulz & J. Eden, Eds.). <https://doi.org/10.17226/23606>
- Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G., & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.017>
- Weiss, B. D. (2003). *Health Literacy A manual for clinicians*. American Medical Association.
- World Health Organization. (2000). Home-based long term care. In *World Health Organization - Technical Report Series*.
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. In *World Health Organization* (Vol. 5). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2013). *Health literacy The solid Facts*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>
- World Health Organization. (2016). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved November 4, 2019, from WHO website: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. In *Who*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2),

191–206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, *20*(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

9. Apêndice

Apêndice A Questionário europeu sobre a literacia em saúde

	Inquérito sobre Literacia em Saúde	
<p>O inquérito sobre a Literacia em Saúde está enquadrado no projeto "The European Health Literacy Project", no qual se pretende testar a versão portuguesa do Questionário Europeu de Literacia em Saúde.</p> <p>Neste sentido, vamos pedir-lhe que responda a este questionário, sendo que os dados fornecidos serão tratados com a total confidencialidade. Gostaríamos de contar com a sua colaboração e agradecer pela sua disponibilidade.</p>		
<p>Face ao seu processo de tratamento (<i>leitura ótica</i>), o questionário deve ser preenchido de acordo com o exemplo, utilizando caneta azul ou preta e seleccionando a resposta correta.</p>		
		Exemplo assim <input checked="" type="checkbox"/> assim não <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Questionário Literacia em Saúde

GRUPO I - Literacia em Saúde	
Instruções: Considerando a seguinte escala 1 = Muito difícil, 2 = Difícil, 3 = Fácil, 4 = Muito Fácil, 5 = Não sei. indique quão fácil diria que é cada uma das seguintes situações:	
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de emergência médica?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Avaliar como é que a informação do médico se aplica ao seu caso?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento ?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Avaliar se a informação da doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5



17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Avaliar quão fiáveis são os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, alimentação saudável e nutrição?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Saber mais sobre as atividade que são positivas para o seu bem-estar mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Saber mais sobre as formas para promover a sua saúde no trabalho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. Compreender os conselhos sobre saúde vindos de familiares e amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

30170



41. Avaliar a forma como o local onde vive, pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
44. Tomar decisões que podem melhorar a saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a saúde e bem estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

GRUPO IV -Dados Sócio-Demográficos

Instruções: Por favor, nas questões de escolha múltipla, seleccione apenas uma opção.

Dados Sócio-Demográficos

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

3. **Nível/ano de escolaridade:**

1ºciclo (até 4ºano) 2ºciclo (5º e 6ºano) 3ºciclo (7º a 9ºano) Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro

4. **Estado civil:**

Solteiro Casado/ União de Fato Divorciado/ Separado Viúvo Não responde/ Não sei

5. **É cuidador:**

A tempo integral (inteiro) A tempo parcial (algumas horas)

6. **Como cuidador qual o seu grau de parentesco:**

Cônjuge (marido/mulher) Filha/o Irmã/ao Não tem grau de parentesco Outro

7. **Tem alguma formação na área de saúde:** Sim Não

8. **Se respondeu sim, qual?** Medicina Enfermagem Auxiliar de saúde Auxiliar de geriatria Outro



11. Atualmente, qual é a sua situação de emprego?

- Full-time (tempo inteiro)
- Part-time (algumas horas)
- Desempregado
- Estudante
- Trabalhador estudante
- Reformado
- Com incapacidade permanente
- Dono de casa
- Cuidador de uma pessoa de família sem remuneração
- Inativo
- Outro
- Não sei

12. Como se considera a nível económico:

- Muito baixo (menos de 500€) Baixo (500€ a 700€) Médio (800€ a 900€) Alto (1000€ a 2000€) Muito alto (acima dos 2000€)

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice B Autorização da utilização do questionário HLS-EU

09/02/20, 11:35

RE: Inquérito Literacia em saúde

Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

seg, 09/09/2019 15:46

Para: Iolanda Daniela Vaz <iolandadaniela1996@hotmail.com>

Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>

📎 2 anexos (2 MB)

neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf; HLS-EU-PT.pdf;

Cara Iolanda Vaz,

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no trabalho a escala por nós validada.

Envio em anexo a escala que validámos e aplicámos em Portugal. Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível

em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Junto também o relatório completo do instrumento na sua versão original.

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Grupo de Investigação em Políticas e Administração de Saúde

Departamento de Políticas e Gestão de Serviços de Saúde

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz 11600-560 Lisboa | Portugal

rita.pedro@ensp.unl.pt | www.ensp.unl.pt



From: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>

Sent: domingo, 8 de setembro de 2019 21:36

To: Iolanda Daniela Vaz <iolandadaniela1996@hotmail.com>

Cc: Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

Subject: Re: Inquérito Literacia em saúde

Cara Iolanda

Teremos todo o gosto em apoiar e acompanhar. A Professora Ana Rita Pedro vai enviar toda a informação

Cumprimenta

.....
Ana Escoval

Apêndice C Consentimento informado das instituições

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Literacia em Saúde dos Cuidadores formais e informais

O presente estudo de investigação serve para a obtenção do grau de mestre enquadrado no Mestrado em Gestão de Organizações do ramo: Gestão de Unidades de Saúde da APNOR (Associação de politécnicos do Porto).

Para a sua concretização e recolha de dados será distribuído um questionário de modo a avaliar a literacia em saúde dos cuidadores formais e informais. Os cuidadores que se pretende para este estudo são referentes a idosos, isto é, o motivo que nos leva a estudar o envelhecimento prende-se com o seu aumento e pelo facto de essa faixa etária necessitar de um cuidador. Os dados recolhidos serão referentes aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.

Este tema foi aprovado pela comissão de ética da universidade o que permite avançar com o estudo.

Quanto aos dados recolhidos serão de uso exclusivo para o presente estudo, sendo que não é possível a identificação individual de cada participante, o que será preservada a confidencialidade e anonimato dos seus resultados.

Desde já o meu agradecimento por participar no presente estudo de investigação que só assim será possível de realizar.

Identificação da investigadora:

Nome: Iolanda Daniela Teixeira Vaz

Contacto:

Email: iolandadaniela1996@hotmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Iolanda Daniela Teixeira Vaz

- Lar Nossa Senhora da Conceição e Centro de dia da Santa Casa de Misericórdia, Felgueiras;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: Ana Cristina Alves Ferreira
Assinatura: [Assinatura] Data: 17/01/2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Assinatura/s de quem pede consentimento: [Assinatura]

- Centro Social Paroquial Padre António Mendonça, Airões;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: Jandira Centro Social e Paroquial Teixeira
Pe. António Mendonça do Airões
Assinatura: [assinatura] NIF 504 760 610 Data: 28/02/2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

- Lar Torres Soares, Serviço de Apoio ao Domicílio e Centro de dia da Santa Casa de Misericórdia, Vizela;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: Francisca Raquel Oliveira Mendes
Assinatura: Francisca Mendes Data: 04/03/2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

- Centro Comunitário Bento XVI, Celorico de Basto;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: Mania Goneti L. Lopes

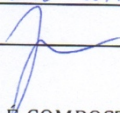
Assinatura:  Data: 4/2/2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

- Unidade de cuidados continuados, Vizela;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: João Miguel Costa Oliveira

Assinatura:  Data: 18 / 06 / 2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

- Serviço de apoio ao domicílio do Centro Comunitário de Solidariedade e Integração Social: Fraterna, Guimarães;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: Virgínia Paula Mendes Macedo
Assinatura: Virgínia Macedo Data: 3/5/2020

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.