

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

CARLA SERRÃO [Coord.]

Prefácio do Prof. Doutor Rui Nunes



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

CARLA SERRÃO [Coord.]



ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	p. 6
PREFÁCIO	p. 7
INTRODUÇÃO	p. 8
CAPÍTULO I	
A LITERACIA EM SAÚDE E OS SEUS IMPACTOS NA TERCEIRA IDADE	
1. Introdução ao conceito de literacia em saúde	p. 11
2. Especificação das implicações da literacia em saúde na população idosa	p. 15
CAPÍTULO II	
GRAU DE LITERACIA EM SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS E REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE À LITERACIA EM SAÚDE	
1. Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas	p. 19
2. Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde	p. 31
CAPÍTULO III	
ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS PSICOSSOCIAIS E DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE	p. 55
CONCLUSÕES	p. 67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 68
ANEXOS	p. 74

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

PREFÁCIO

Este manual subordinado ao título “Literacia em Saúde: Um Desafio Na e Para a Terceira Idade” assume particular relevância na sociedade contemporânea, e por diferentes motivos.

Em primeiro lugar porque uma cidadania plena e responsável só pode ser alcançada quando os cidadãos tenham um nível de formação e de instrução que lhes permita desenhar uma trajetória de vida plenamente realizada. A educação, a cultura o conhecimento, são obviamente ferramentas essenciais para a inclusão de todos independentemente das condições sociais e familiares que existam à partida. A igualdade de oportunidades só se concretiza se existirem elevados níveis de literacia e de cultura cívica. E o nosso país, apesar das contingências, deu enormes passos nos últimas décadas universalizando o acesso ao ensino básico e secundário, e promovendo as condições para que a generalidade dos jovens possam optar pelo ensino superior.

Por outro lado, a estrutura sociodemográfica da sociedade portuguesa, como aliás de todas as sociedades desenvolvidas, encontra-se em profunda transformação, com uma queda acentuada da natalidade e um envelhecimento progressivo, associado a uma esperança de vida média que continua a aumentar sustentadamente. A conjugação destes fatores – diminuição relativa dos cuidadores informais, nomeadamente da família, e aumento da longevidade – implica políticas sociais bem definidas de envelhecimento ativo. Com envolvimento genuíno dos diferentes atores sociais, tal como o Estado central, as autarquias, a academia, as instituições do terceiro setor (economia social), os empreendedores sociais, etc.

Mas a literacia em saúde é também uma responsabilidade individual. De facto, o desenvolvimento de melhores condições de vida ao longo dos últimos anos implica também que a população sénior antecipe alguns dos problemas de saúde previsíveis na terceira idade e prepare sem sobressaltos o estilo de vida mais consentâneo com as suas necessidades e aspirações. Esta ética da responsabilidade – individual e coletiva – exige formas inovadoras de educação para a saúde de modo a que o impacto do envelhecimento, e de condições associadas (como o aumento da prevalência de quadros demenciais), seja otimizado proporcionado uma vida feliz e harmónica na terceira idade.

Esta obra pela sua originalidade, a que se associa a sua enorme oportunidade, é de leitura obrigatória para todos aqueles que tenham este tipo de preocupação, percebendo a importância da literacia em saúde para a construção de uma sociedade próspera e desenvolvida.

Rui Nunes, Diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da FMUP

INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Educação, em colaboração com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, desenvolveu, durante o ano de 2014, o Projeto Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do Programa Inovar em Saúde.

O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual. Estima-se que em 2050 vivam, no mundo, aproximadamente 2 mil milhões de idosos (ONU, 2007). Em Portugal, as projeções do Instituto Nacional de Estatística estimam que em igual período vivam em território nacional cerca de 3 milhões de pessoas idosas (INE, 2008, citado por Serrão, Paulo, & Lopes, 2014, p. 29).

Custos com sistemas de pensões, cuidados de saúde e apoio em situações de maior vulnerabilidade ou dependência, constituem algumas das preocupações políticas atuais que convergem no sentido de acentuar a importância de melhorar e adequar as respostas às necessidades específicas que se colocam nesta fase do ciclo vital. Além disso, sublinha-se a necessidade de encontrar formas de organização da sociedade e de posicionamento individual que otimizem o processo de envelhecimento.

Visar a redução de riscos e maximizar as potencialidades no envelhecimento e na saúde, autonomia, participação e qualidade de vida das pessoas idosas, são algumas das intencionalidades estratégicas enquadradas numa abordagem da promoção da saúde como um “processo de capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre, e para melhorarem, a sua saúde” (WHO, 1986). Não obstante, a abordagem da saúde na população idosa, tanto na literatura nacional, como internacional, tem mantido o foco nos processos patogénicos, na incapacidade e nas variáveis biomédicas.

Perante este quadro, emergiu o nosso genuíno e elevado interesse em compreender o fenómeno da literacia em saúde em Portugal. Moveu-nos estudar, por um lado, o nível de literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos e, por outro lado, investigar, suportados nas narrativas e olhares de um grupo de

profissionais da saúde e da área psicossocial, as representações e as práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde.

Como consequência destes resultados, da bibliografia consultada e dos múltiplos espaços reflexivos que se criaram, construiu-se este Manual que, a par de outros objetivos, pretende contribuir para a requalificação das práticas e das intervenções de promoção da saúde, as quais se devem desenvolver em prol de uma prestação de serviços e de cuidados de saúde de qualidade.

Este Manual inclui um primeiro capítulo, onde é explorado e aprofundado o conceito de literacia em saúde e onde se espelham os benefícios e prejuízos associados à (in)adequada literacia em saúde. Há, como seria de esperar, uma atenção centrada na velhice, fase do ciclo de vida que tanta atenção exige, dadas as múltiplas situações de vulnerabilidade que necessitam de ser cuidadosamente suportadas e sistematicamente analisadas, atendendo à sua elevada complexidade.

O segundo capítulo apresenta os estudos desenvolvidos: um relativo a uma amostra de 433 pessoas idosas, onde fica patente o preocupante nível de literacia em saúde deste grupo específico, e outro relativo às representações e práticas de profissionais no âmbito da literacia em saúde. Neste último estudo, são levantadas recomendações e inventariadas boas práticas, que permitiram consolidar orientações que se pretende que sejam inspiradoras para quem cuida de pessoas idosas.

No último capítulo, e à luz da literatura e dos resultados obtidos nos estudos levados a cabo, são apresentados três eixos prioritários, tendo como plataforma o modelo deliberativo de intervenção.

CAPÍTULO I

A LITERACIA EM SAÚDE E OS SEUS IMPACTOS NA TERCEIRA IDADE

A literacia em saúde, enquanto fenómeno abrangente e dinâmico, tem sido alvo de interesse, por parte de investigadores e de profissionais do campo da saúde. É perspectivada como um constructo mediador para ganhos em saúde associáveis a campanhas de promoção de saúde, em todas as fases do ciclo vital. Assim sendo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde.

1. Introdução ao conceito de literacia em saúde

O termo literacia em saúde é um conceito relativamente recente na literatura em saúde, sendo que, nas duas últimas décadas, conquistou a atenção e o interesse de diversas disciplinas científicas, tais como Medicina, Enfermagem, Psicologia, Sociologia, Serviço Social, Terapias e Reabilitação e Economia. Na resenha bibliográfica efetuada, destacam-se duas abordagens distintas a este conceito, uma centrada nas capacidades cognitivas individuais e outra em que se admite a influência de fatores sociais e culturais.

De acordo com a primeira abordagem, a literacia em saúde é entendida como uma compreensão funcional da informação sobre saúde, requerendo competências básicas ao nível da leitura, da escrita e da numeracia para obter, processar e entender informação e usar eficazmente os serviços de saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012). Esta abordagem espelha uma visão polarizada do conceito, pois sugere que é a existência de diferenças individuais ao nível das capacidades cognitivas que justificam o desenvolvimento de um grau de literacia em saúde adequado ou inadequado. Perspetivada deste modo, a literacia em saúde é entendida como um atributo pessoal, veiculando a ideia de que cada pessoa é responsável pela capacidade de compreender a saúde. Nesta abordagem, não são considerados nem os aspetos culturais nem as competências comunicacionais, ignorando-se o papel dos profissionais (das áreas da saúde, educação e psicossocial) no desenvolvimento da literacia em saúde dos cidadãos.

Já a segunda abordagem, procurando superar as críticas visadas à primeira perspectiva, defende que a literacia em saúde é considerada um constructo abrangente e multideterminado (Mårtensson, & Hensing, 2012). De acordo com a mesma, a literacia em saúde é desenvolvida ao longo da vida, na interação da pessoa com o meio, e vai além da literacia fundamental (representada pelas competências de leitura, escrita e numeracia). Ora, a definição de literacia em saúde veiculada pela Organização Mundial de Saúde, adotada neste trabalho, parece traduzir com relativa clareza esta perspectiva, entendendo-a como “o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida” (WHO, 1998, p.10). Por outras palavras, esta abordagem pressupõe a combinação de competências cognitivas (pensamento crítico, análise, tomada de decisões e de resolução de problemas, num contexto relacionado com saúde) e de competências sociais de comunicação, considerando que é no âmbito de um processo comunicacional bilateral que as pessoas desenvolvem a própria capacidade para usar a informação de saúde de modo eficiente, reforçando a motivação para a ação.

Não obstante o coprotagonismo das duas abordagens acerca da literacia em saúde, a visão polarizada do conceito acaba por limitá-lo às capacidades individuais, falhando no reconhecimento de múltiplas variáveis que também contribuem para a definição do desempenho de cada pessoa no que diz respeito à saúde. A educação, por exemplo, é um dos fatores que mais concorre para a literacia em saúde e, por esse motivo, muitos são os autores que defendem o desenvolvimento de intervenções educacionais. No entanto, será erróneo confinar tais intervenções ao processo de ensino-aprendizagem de competências de leitura, escrita e numeracia, uma vez que, à luz da perspectiva multideterminada de literacia em saúde, o conceito de educação ultrapassa os limites da escolarização (e.g., Loureiro, Rodrigues, Santos, & Oliveira, 2014; Santos, 2010), sendo assumido como um processo emancipatório do ser humano e “uma forma de intervenção no mundo” (Freire, 1997, citado por Lima, 2011, p. 8). Nesse sentido, o desenvolvimento de intervenções educacionais orientadas para a promoção da literacia em saúde visará não apenas o aumento de conhecimento acerca da saúde, mas também, e sobretudo, o desenvolvimento de competências pessoais passíveis de motivar as pessoas para a melhoria de resultados a nível da saúde pessoal e para a realização de mudanças nos determinantes socioeconómicos na saúde.

As diferentes formas de entender o conceito de literacia em saúde influenciam, de forma diferenciada, a promoção da saúde e, de facto, a segunda abordagem evidencia uma evolução e complexificação do conceito, que surge cada vez mais associado ao empoderamento e à participação.

Na literatura, parece ser consensual que a literacia em saúde é uma componente essencial para que os indivíduos sejam capazes de: aceder à informação e pensar criticamente sobre como a mesma se aplica a circunstâncias pessoais; navegar no sistema de saúde e interagir com os diferentes profissionais da área; ter uma participação eficiente no processo de tomada de decisão. Trata-se, portanto, de um conceito que, cada vez mais, assume uma efetiva relevância.

No passado, as pessoas estavam frequentemente limitadas a um pequeno número de fontes de informação médica, a maioria dela dirigida a profissionais de saúde e não à população em geral. Hoje em dia, existe uma grande variedade de informações sobre saúde, mas também uma crescente necessidade em tornar os pacientes consumidores informados dos serviços de saúde. Os mass media - televisão, jornais, revistas e internet - revelam-se instrumento particularmente relevante na divulgação desta informação.

Como referem Santos (2010) e Wallace (2004), apesar da ampla disponibilidade de informações sobre saúde, muitas das mensagens destinadas ao público em geral podem não ser entendidas de forma adequada e não se traduzir em promoção da saúde. A compreensão das instruções médicas ou de saúde fornecidas pelos profissionais, a interpretação dos resultados dos exames, a compreensão e cumprimento do tratamento medicamentoso e o consentimento informado são tarefas que se revelam difíceis para a maioria das pessoas, mesmo para aquelas que apresentam um grau de literacia mais elevado. É assim importante estar-se atento ao nível de literacia das pessoas.

Todavia, muitas pessoas não estão conscientes do seu nível de literacia em saúde, outros têm vergonha ou receio em admitir as suas dificuldades e preferem escondê-las, o que pode obstaculizar a melhoria da literacia em saúde. Além disso, podem não procurar cuidados de saúde por medo do diagnóstico, pelo distanciamento afetivo ou por sentimentos de incompreensão ou desinteresse pelas preocupações que apresentam, por parte dos profissionais (Melo, 2005). Alguns sinais de problemas ao nível da literacia em saúde podem incluir o adiamento da tomada de decisão, o não cumprimento de planos terapêuticos medicamentosos, a recusa de intervenções recomendadas e o inventar de desculpas (Mark, 2009).

Existem vários estudos que demonstram que os profissionais, em particular os médicos, têm dificuldade em reconhecer os níveis baixos de literacia em

saúde nos seus doentes, não adequando a linguagem utilizada a esse nível de literacia. Parece que é esperado que as pessoas aprendam, por elas próprias, a linguagem técnico-científica dos profissionais de saúde, em vez de serem estes profissionais a adequar a sua comunicação ao nível de conhecimento das pessoas (Mårtensson, & Hensing, 2012). Além disso, alguns destes profissionais apresentam dificuldade em compreender o estado de saúde dos doentes devido às dificuldades de expressão que estes últimos apresentam, o que pode resultar numa menor exatidão no estabelecimento de um diagnóstico (e.g., Davis, & Fallowfield, 1994; Santos, 2010; Teixeira, 2000).

Não obstante, claro parece ser o efeito protetor da literacia em saúde na promoção da saúde dos indivíduos. Em termos concretos, há estudos que comprovam que os sujeitos literados em saúde são mais capazes de desenvolver comportamentos efetivamente promotores da sua saúde, tais como: a adoção de uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico com regularidade, o saber onde se dirigir e a quem recorrer em caso de necessidade de assistência médica, a toma adequada da medicação de acordo com a respetiva prescrição médica (e.g., Antunes, 2014; Melo, 2005), uma vez que compreendem com facilidade a informação prestada pelos profissionais relativamente a cuidados preventivos e opções de tratamento. Em contrapartida, constata-se que as pessoas com um menor grau de literacia em saúde tendem a evidenciar maiores dificuldades na adoção de comportamentos preventivos e na gestão dos problemas de saúde, adotando comportamentos de risco, como sejam o uso incorreto de medicação e/ou a transgressão involuntária de normas de segurança em casa e no local de trabalho (Mårtensson, & Hensing, 2012). Tais comportamentos, justificados por alguma literatura científica como decorrentes da dificuldade em interpretar instruções ou sintomas (e.g., Kappel, 1988; Murata, Arkida, & Shirai, 2006; citados por Mårtensson, & Hensing, 2012), potenciam a deterioração do estado de saúde das pessoas e acarretam custos financeiros significativos, quer para os próprios sujeitos, quer para a sociedade: a nível individual, há que considerar o pagamento dos tratamentos a realizar e os custos resultantes da má utilização da farmacologia; já a nível social, consideram-se não apenas as despesas relativas aos recursos humanos e materiais necessários para proporcionar assistência na saúde aos cidadãos, como também os custos decorrentes do absentismo laboral ou do uso excessivo dos serviços de saúde provocados pela degradação do seu estado de saúde (Antunes, 2014).

Se, por um lado, o impacto expressivo da literacia em saúde, na saúde e na qualidade de vida das pessoas, justifica o crescente interesse pelo conceito por parte da comunidade científica, por outro, os gastos associados a bai-

xos níveis de literacia despertam um interesse crescente do tema por parte dos decisores políticos. Assim, promover a literacia em saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, bem como para a redução dos gastos associados a decisões e comportamentos prejudiciais à saúde.

2. Implicações da literacia em saúde na população idosa

O conceito de literacia em saúde assume particular relevância quando se trata da população idosa, já que esta apresenta, por um lado, maior vulnerabilidade ao nível da saúde, e, por outro, níveis de literacia mais baixos, quando comparada com grupos etários mais jovens, com um rápido declínio a partir dos 55 anos de idade (Manafo, & Wong, 2012). Existem estudos empíricos que sugerem que os idosos e as pessoas com educação formal limitada são as populações mais vulneráveis e em risco de apresentarem um nível mais baixo de literacia em saúde (Sudore et al., 2006; Wallace, 2004), e, por sua vez, limitados no acesso a recursos e informação de saúde essenciais na manutenção do seu estado geral de saúde (Kim, 2009; Kim, & Yu, 2010).

Também Fernandes (2012), num estudo desenvolvido em Portugal, junto de uma amostra de setenta e nove pessoas idosas, verificou que o grau de literacia em saúde era inadequado. Comparando estes resultados com os da OCDE (Nutbeam, 2008), em que a literacia em saúde da população oscila entre 7% e 47%, a autora indica que os dados encontrados no seu estudo sugerem que, nos idosos portugueses, a iliteracia em saúde poderá ser bastante mais prevalente.

O baixo grau de literacia em saúde verificado nas pessoas idosas pode condicionar a sua capacidade de obter informações relevantes sobre saúde, assim como a oportunidade e a capacidade de aplicar a informação nas interações com os profissionais de saúde e os serviços de saúde. Além disso, parece estar associado a: altas taxas de hospitalização; maior tempo de internamento; maior utilização dos serviços de saúde, resultando em maiores custos de saúde; dificuldades em seguir as instruções médicas; diminuição da capacidade de navegar no sistema de saúde e menor utilização de serviços preventivos (como mamografia, rastreio do colo do útero, vacinação) (e.g., Almeida, 2009; An, & Muturi, 2011; Andrus, & Roth, 2002; Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2012; Ishikawa, & Yano, 2008; Toçi et al., 2013).

Se uma literacia em saúde limitada afeta negativamente a saúde e os cuidados dos indivíduos e da sociedade em geral, nas pessoas idosas, cujas necessidades são mais profundas e em constante mudança, os efeitos podem ser

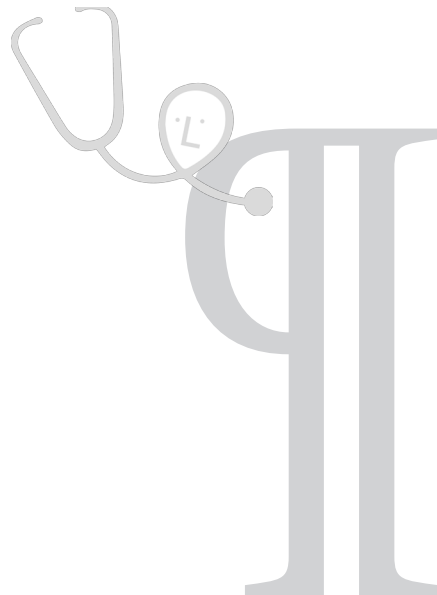
ainda mais preocupantes. Os profissionais, nomeadamente os que desenvolvem ações de promoção da saúde, devem estar conscientes das necessidades das diversas populações, proporcionando informações fiáveis, essenciais a uma tomada de decisão informada. A existência de materiais de educação em saúde, linguisticamente apropriados, pode ser um importante instrumento a utilizar por estes na promoção da saúde (Wallace, 2004).

É, ainda, fundamental que os profissionais de saúde e da área psicossocial, especificamente aqueles que mais diretamente intervêm junto da população idosa, contrariem preconceitos e velhos mitos, tantas vezes enraizados na sociedade e na cultura das instituições em que exercem funções. Sabe-se que estes mitos e estereótipos influenciam a forma como os profissionais interagem com os mais velhos, condicionando ou negando o seu processo de maturidade, já que os impede de reconhecer as suas potencialidades e de procurar soluções para os seus problemas e encontrarem as medidas adequadas (Martins, & Rodrigues, 2004). Designadamente, a crença de que, muitas vezes, as pessoas idosas já não estão capazes de compreender ou de tomar decisões, leva a que os profissionais adotem atitudes pouco potenciadoras da sua autonomia. Ora, promover a autonomia destas pessoas bem como o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, é fundamental para a promoção da sua qualidade de vida (Brasil, 2006). O respeito pela autonomia das pessoas idosas pressupõe a oferta de informações e a obtenção do consentimento informado, através da manifestação da sua vontade, sem coação, influência, indução ou intimidação (Almeida, & Aguiar, 2011). Pressupõe, ainda, que seja levada em consideração que as decisões adotadas pelas mesmas estarão imbuídas dos seus princípios e valores, sendo que o profissional precisa de respeitá-las.

Deste modo, a assistência em saúde deve efetivar-se através de uma avaliação multidimensional das pessoas idosas, visando a sua participação ativa e incentivando a sua autonomia e corresponsabilidade pela gestão bem-sucedida da sua saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012). Essa conduta inscreve-se numa atitude ética, em oposição a uma atitude estereotipada e/ou paternalista que interfere na prestação de cuidados. Assim, a tomada de consciência e a reflexão sobre as barreiras à autonomia da pessoa idosa são essenciais para que se assista, nas instituições e nos profissionais, a um processo gradual de substituição do paternalismo pelo modelo deliberativo (Jólluskin, & Toldy, 2011). Urgem intervenções neste campo, que envolvam simultaneamente as pessoas - no sentido de melhorar os seus níveis de literacia fundamental, científica, cultural e cívica -, os profissionais de saúde e demais serviços - consciencializando-os para a necessidade de encorajarem as pessoas a par-

tilhare as dúvidas acerca das suas condições de saúde, instruções, opções de tratamento -, a fim de, em conjunto, assegurarem uma tomada de decisão efetivamente fundamentada (Antunes, 2014).

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



CAPÍTULO II

GRAU DE LITERACIA EM SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS E REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS RELATIVAMENTE À LITERACIA EM SAÚDE

*No âmbito do projeto **Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade**, levaram-se a cabo dois estudos, um de cariz quantitativo que visou avaliar o grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas com mais de 65 anos, e um de cariz qualitativo que pretendeu analisar as representações e conceções relativas à literacia em saúde de um grupo de profissionais das áreas psicossocial e da saúde. Em seguida, apresentaremos os principais resultados obtidos em ambos os estudos.*

1. Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas

Com vista a avaliar o grau de literacia em saúde das pessoas idosas foi desenvolvido um estudo quantitativo. Este integrou uma **amostra** de 433 adultos, que deram o seu consentimento escrito e mostraram vontade em participar neste estudo. Neste processo, salvaguardou-se, também, a possibilidade de o consentimento ser revogável a qualquer momento a pedido do entrevistado (Anexo 1). Os sujeitos têm **idades** compreendidas entre os 65 e os 97 anos de idade ($M = 76$ anos; $DP = 7.30$), e encontram-se a frequentar Centros de Dia, Centros de Convívio, Universidades Séniores, Grupos Culturais, entre outros.

Nesta amostra, 66% dos sujeitos são do sexo feminino e 34% são do sexo masculino (cf. Figura 1). A **área de residência** dos participantes correspondeu essencialmente à região norte, especificamente ao distrito do Porto (89%), mas foi bastante diversa, abrangendo um total de oito distritos, nomeadamente Viana do Castelo (4%) e Braga (2%), e um total de 31 concelhos (cf. Figura 2).

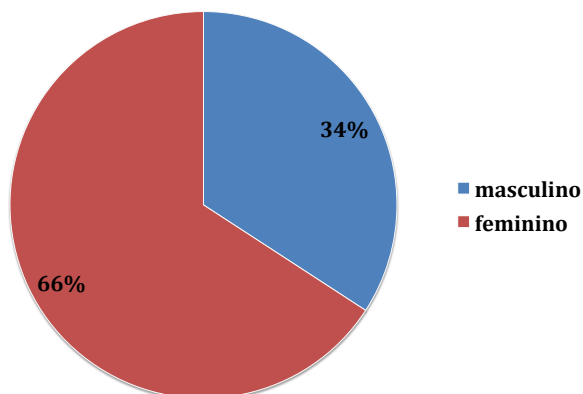


Figura 1. Percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino (N = 433)

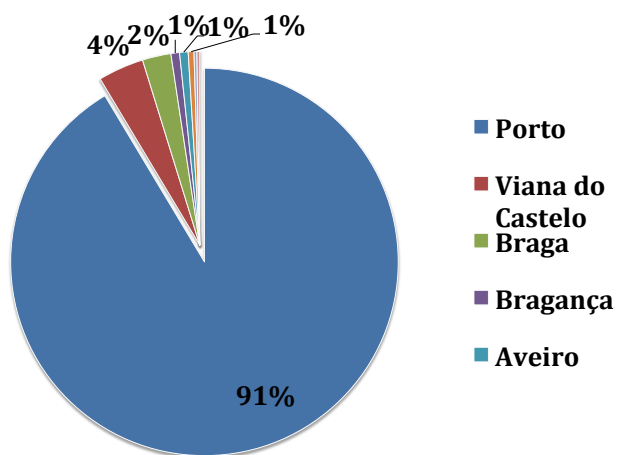


Figura 2. Percentagem de participantes por área de residência (N = 419)

No que se refere às **habilitações académicas**, a maioria dos participantes tem no máximo o 4.º ano de escolaridade (55%), existindo contudo uma percentagem assinalável de participantes com um curso superior (23%), conforme pode ser

visualizado na Figura 3. Os participantes foram questionados acerca da profissão que exerciam antes de se reformarem. As **profissões** dos sujeitos eram bastante variadas, incluindo quadros superiores, técnicos e profissionais e também agricultores e trabalhadores não qualificados. As profissões mais referidas foram professor (10%), doméstica (9%), conserveira (3%), engenheiro (3%), costureira (3%), empregada de limpeza (3%), comercial (2%) e agricultor (2%).

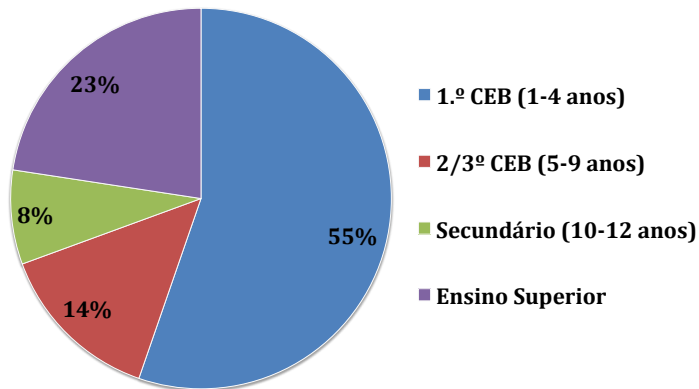


Figura 3. Percentagem de participantes de acordo com as habilitações académicas (N = 425)

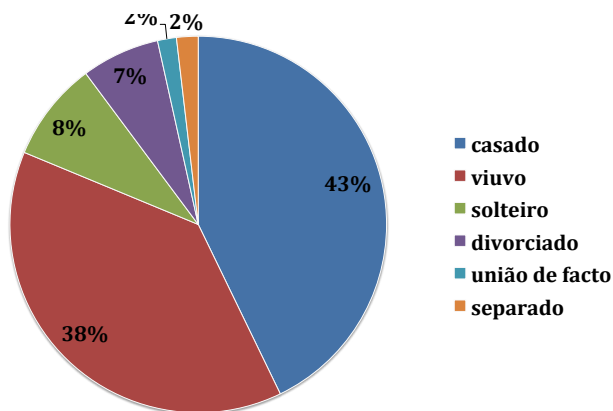


Figura 4. Percentagem de participantes de acordo com o estado civil (N = 432)

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

Em relação ao **estado de saúde** em geral, cerca de metade dos participantes referiu ter algum tipo de doença (45%), sendo as doenças referidas bastante variadas. As doenças mais evidenciadas foram a diabetes (15%), problemas relacionados com o colesterol (9%), hipertensão (8%) e osteoporose (5%). No conjunto destes participantes, a maioria deles referiu estar a ser acompanhada por um médico em consulta externa (74%).

Metodologia

Para avaliar o grau de literacia em saúde, utilizou-se o **Newest Vital Sign (NVS)**, Copyright © Pfizer Inc.). Este instrumento recorre a um cenário, especificamente, a um rótulo nutricional de uma embalagem de gelado, e contempla seis questões. As questões, de resposta fechada, implicam competências de literacia variadas, incluindo competências de leitura e de matemática, nomeadamente a consulta e interpretação da informação disponibilizada (ex., “Suponha que é alérgico a (...). É seguro para si comer este gelado?”; “Se consumir a embalagem inteira, quantas calorias estará a consumir?”) e a realização de inferências e de cálculos mentais (ex. “Se lhe for permitido consumir 60 gramas de hidratos de carbono numa sobremesa, que quantidade de gelado pode comer?”). As respostas são cotadas tendo por base critérios específicos e pré-definidos. O total é obtido através da soma das respostas certas.

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

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

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

- Autoadministrado, em que após a leitura das instruções, o participante preenchia o questionário sem qualquer ajuda.

➤ Assistido pelo observador, em que este lia as instruções e explicava o modo de preenchimento do questionário, mas o respondente lia as questões e assinalava as respostas.

➤ Administrado pelo observador, em que este lia as instruções, as questões e assinalava a resposta dada pelo participante.

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

A recolha de dados realizou-se entre os meses de março e maio de 2014.

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

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

Principais Resultados

As percentagens de respostas certas ao NVS (grau de literacia em saúde) são relativamente baixas, variando entre os 18% (item 6) e os 31%. É ainda de assinalar que 51% não respondeu e 62% dos participantes não responderam ao item 4. De forma similar, a média foi de 1.36 (DP = 1.96), o que indica que os participantes em média acertaram uma resposta em seis, apesar do valor do desvio-padrão evidenciar bastante variabilidade. Adicionalmente, através da análise da Figura 5, podemos constatar que uma elevada percentagem de participantes não conseguiu responder ou optou por não responder a nenhuma questão (58%), enquanto que apenas 7% respondeu corretamente a todas as questões. Verificamos assim existirem níveis de literacia relativamente baixos entre os nossos participantes. Estes resultados são corroborados por vários estudos (e.g., Manafo, & Wong, 2012; Speros, 2005; Sudore et al., 2006; Wallace, 2004), legitimando a urgência de uma intervenção em profundidade neste domínio.

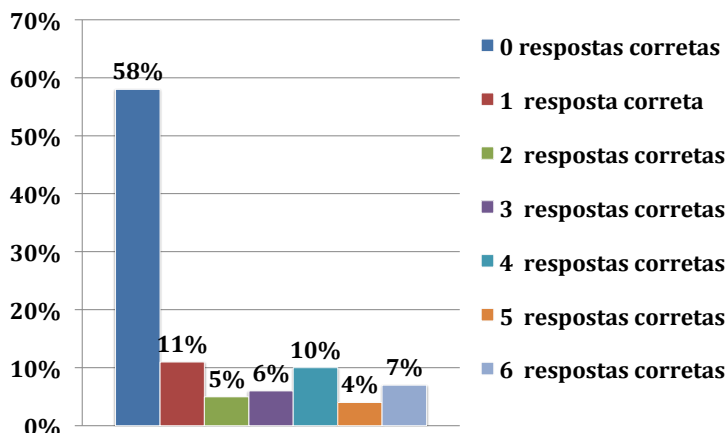


Figura 5. Percentagem de participantes quanto ao número de respostas corretas no Newest Vital Sign (N = 433)

Com vista a perceber se havia diferenças **nos níveis de literacia em saúde de acordo com o sexo**, verificou-se que os participantes do sexo masculino obtiveram notas médias mais elevadas do que os participantes do sexo feminino. Estas diferenças desaparecem, no entanto, quando excluímos os sujeitos com total insucesso na prova, que representam 58% da amostra. Para os 108 sujeitos do sexo feminino e 74 sujeitos do sexo masculino que têm pelo menos um sucesso no teste, as médias são próximas do valor médio de 3, respetivamente, 3.19 e 3.31, não sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(180) = 0.44$, *ns*. De facto, as diferenças a nível do género parecem residir na proporção de homens (50%) e mulheres (62%) com total insucesso no teste, tal como se pode verificar a partir da visualização da Figura 6. Um teste de qui-quadrado parece indicar que estas proporções são estatisticamente significativas, $\chi^2(1) = 5.86$, $p = .016$, pelo que se pode inferir que as mulheres têm maior probabilidade de não responderem corretamente a nenhum item no teste. Nos estudos internacionais desenvolvidos não há concordância nos resultados obtidos nesta variável. Naqueles em que os homens apresentavam uma maior literacia em saúde, os autores associavam-na a uma maior escolaridade das pessoas do sexo masculino neste grupo etário (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, & Marinkovic, 2009); já naqueles em que as mulheres apresentavam resultados superiores, levantou-se como hipótese explicativa o facto de as mesmas serem mais capazes de prestarem cuidados e de cuidarem das pessoas doentes da sua família, tendo, por isso mesmo, maior contacto com os contextos de saúde (Sudore et al., 2006).

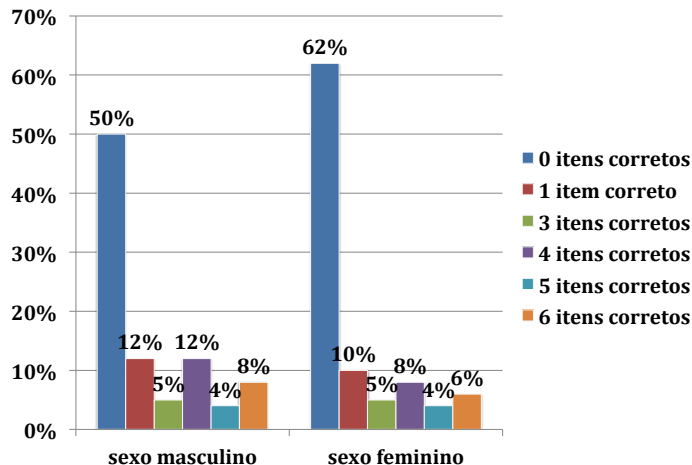


Figura 6. Percentagem de participantes de acordo com o número de respostas corretas no Newest Vital Sign relativamente ao género (N = 433)

Quando se analisou a **associação entre os níveis de literacia em saúde e a idade**, verificou-se uma associação negativa, o que indica que os valores das duas variáveis tendem a variar em sentido inverso, ou seja, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avanço da idade, o que se assemelha aos resultados obtidos noutras pesquisas internacionais (e.g., Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000; Bennett, Chen, Soroui, & White, 2009).

De modo a examinar o **efeito do nível de escolaridade dos inquiridos nos níveis de literacia em saúde**, recorreremos aos quatro níveis criados para descrever a escolaridade dos inquiridos (nível 1 = até ao 4.º ano de escolaridade; nível 2 = entre o 5.º e 9.º anos de escolaridade; nível 3 = ensino secundário e nível 4 = ensino superior). Os resultados obtidos podem ser visualizados no Quadro 2.

					<i>Ensino Secundário</i>		<i>Ens. Universitário</i>		G4 = G3 > G2 > G1
	1.º CEB		2.º/3.º CEB						
	(n = 235)		(n = 60)		(n = 34)		(n = 96)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Literacia em saúde	0.35	0.86	1.13	1.60	2.82	1.88	3.48	2.20	

Quadro 2. Comparação dos resultados obtidos no Newest Vital Sign de acordo com o nível de escolaridade

As análises *Mann-Whitney* permitiram verificar que os indivíduos com o 1.º Ciclo do Ensino Básico – CEB (até 4 anos de escolaridade) apresentaram resultados mais baixos do que todos os outros grupos. Da mesma forma, os indivíduos com o 2.º ou 3.º CEB apresentaram resultados mais baixos do que os grupos de sujeitos com o ensino secundário e o ensino universitário. Porém, não se verificaram diferenças nas médias entre os indivíduos com ensino secundário e ensino superior. Assim, e à semelhança dos resultados obtidos noutras pesquisas (Baker et al., 2000; Bennett et al., 2009), verifica-se que o nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis médios de literacia em saúde. De modo a analisar **o efeito do estado civil nos níveis de literacia em saúde**, consideraram-se as diferenças entre os indivíduos casados ($n = 185$) e os indivíduos viúvos ($n = 166$). Os idosos solteiros ($n = 37$), em união de facto ($n = 7$), separados ($n = 8$) e divorciados ($n = 29$) foram excluídos das análises, dado o número reduzido com que surgiram nesta amostra. Os resultados obtidos podem ser visualizados no Quadro 3.

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

Quadro 3. Testes t para comparação dos resultados obtidos a nível da literacia em saúde de acordo com o estado civil

Os indivíduos casados tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados do que os viúvos. Contudo, os grupos diferem também relativamente à idade, apresentando o grupo dos indivíduos viúvos uma média de idade mais elevada, quando comparados com os sujeitos casados. Assim, procedemos novamente à comparação entre os dois grupos, controlando a idade. Os resultados mostraram que as diferenças entre os grupos se mantinham, mesmo quando controlada a idade. Assim, o estado civil parece desempenhar um papel relevante nos níveis de literacia em saúde entre os sujeitos destes dois grupos. No que se refere à **presença de doença**, como se pode visualizar a partir do Quadro 4, verifica-se que os participantes que referem ter algum tipo de doença obtiveram notas médias mais baixas ao nível da literacia em saúde do que os participantes que referem não ter uma doença. Novamente, estes dois

grupos diferem quanto à idade, tendendo os participantes com algum tipo de doença a ser mais velhos. Comparámos novamente os valores de literacia em saúde, controlando a idade e, mais uma vez, os resultados mostraram que as diferenças entre os grupos se mantinham, mesmo quando controlada a idade. Kim (2009) na sua investigação junto da população idosa coreana verificou que os sujeitos com inadequada literacia em saúde, avaliada através do *Korean Functional Health Literacy Test*, apresentavam maior prevalência de doenças crónicas do que pacientes com adequada literacia em saúde.

Ora, estes resultados são preocupantes, pois aquelas pessoas que poderiam beneficiar mais dos serviços de prestação de cuidados de saúde e do eventual efeito protetor da literacia em saúde (Santos, 2010) são aquelas que apresentam menor grau de literacia em saúde.

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

Quadro 4. Testes *t* para comparação dos resultados obtidos a nível da literacia em saúde de acordo com o estatuto de doença

No que diz respeito à **Qualidade de Vida**, as médias obtidas nos diferentes domínios variaram entre 69.39 (domínio geral) e 73.62 (relações sociais), o que indica níveis moderados de qualidade de vida (Quadro 5).

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

Quadro 5. Resultados obtidos no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)

Num momento posterior, analisamos as **associações entre literacia em saúde e qualidade de vida**. Como se pode visualizar a partir do Quadro 6, as associações encontradas são positivas e fracas, indicando que quanto mais elevada a perceção de qualidade de vida nos diferentes domínios, mais elevados são os resultados no teste de literacia em saúde. Uma vez que, como vimos anteriormente, a idade se associa aos níveis de literacia em saúde, bem como a um dos domínios da qualidade de vida, especificamente, ao domínio físico, $r = -.19$, repetimos as análises de correlação, controlando a idade. Verifica-se que as associações se mantêm, tal como reportado no Quadro 6. Os resultados obtidos são similares aos encontrados por Wolf e colegas (2005) e Kim (2009), o que evidencia a urgência em se desenvolverem intervenções educacionais específicas orientadas para a promoção da literacia em saúde nesta população, que visará, não só, o aumento de conhecimentos acerca da saúde/doença, mas também, a adoção de comportamentos de saúde e de uma maior capacidade de autogestão da doença.

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

Quadro 6. Correlações entre o grau de literacia em saúde (NVS) e os domínios no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) | * $p < .05$

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

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

Assim, para cada bloco, é possível obter a percentagem de variância explicada e a sua importância relativa no modelo. Optámos por introduzir o nível de escolaridade no último bloco, dado tratar-se da variável com maior poder explicativo. Repetimos o mesmo procedimento, excluindo das análises os sujeitos com total insucesso no teste de literacia em saúde. O sumário da análise de regressão é apresentado no Quadro 7.

	<i>Literacia em saúde</i> (<i>N</i> = 416)				<i>Literacia em saúde</i> <i>excluindo total insucesso</i> (<i>n</i> = 175)			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²
Bloco 1				11%				03%
Sexo	-0.39	0.19	-0.09*		-0.17	0.27	-0.05	
Idade	-0.09	0.01	-0.32*		-0.05	0.02	-0.17*	
Bloco 2				10%				11%
Sexo	-0.16	0.19	-0.04		0.06	0.26	0.02	
Idade	-0.07	0.01	-0.27*		-0.03	0.02	-0.12	
Presença doença	-0.66	-0.19	-0.16*		-0.60	0.29	-0.17*	
Qualidade de vida	0.03	0.01	0.21*		0.03	0.01	0.24*	
Bloco 3				26%				25%
Sexo	-0.03	0.15	-0.01		0.06	0.22	0.02	
Idade	-0.02	0.01	-0.08		-0.02	0.02	-0.06	
Presença doença	0.02	0.17	0.01		-0.00	0.26	-0.01	
Qualidade de vida	0.01	0.01	0.09*		0.01	0.01	0.08	
Nível de escolaridade	0.62	0.04	0.62*		0.58	0.07	0.58*	

Quadro 7. Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis que influenciam os níveis de literacia em saúde | * $p > 0.50$

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

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

Em síntese:

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

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

Conclui-se, assim, que o grau de literacia em saúde tende a ser menor:

- ♦ nas mulheres;
- ♦ nas pessoas mais velhas;
- ♦ nas pessoas viúvas quando comparadas com as pessoas casadas;
- ♦ nas pessoas com um nível de escolaridade mais baixo;
- ♦ nas pessoas que apresentam/reportam algum tipo de doença física;
- ♦ nas pessoas que autoreportam uma menor perceção de qualidade de vida geral.

2. Concepções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde

Com o intuito de perceber as concepções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde, foi desenvolvido um estudo de carácter qualitativo junto de um grupo de profissionais das áreas da saúde e de intervenção psicossocial.

Os participantes foram seleccionados através de uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. Participaram neste estudo 26 profissionais nas áreas da saúde e psicossocial ($n = 26$), sendo 22 do sexo feminino (85%) e quatro do sexo masculino (15%), como é possível observar na Figura 7.

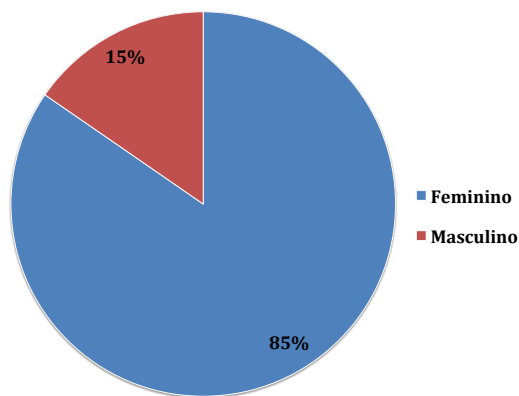


Figura 7. Percentagem de participantes do sexo feminino e do sexo masculino ($N = 26$)

No que concerne à **área de formação** (Figura 8), o grupo é constituído por quatro psicólogos/as clínicos/as (15%), doze enfermeiros/as (46%), uma fisioterapeuta (4%), três assistentes sociais (12%) e seis educadores/as sociais (23%).

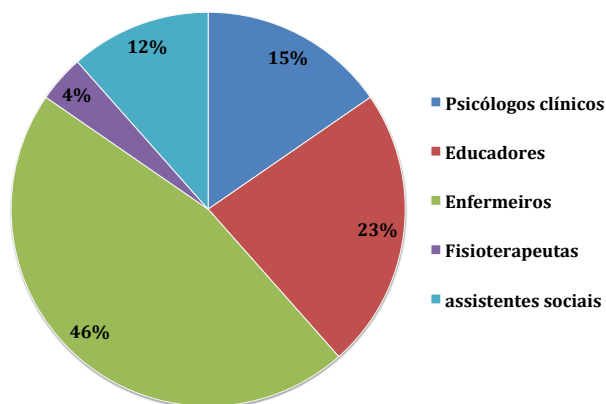


Figura 8. Percentagem de participantes de acordo com a área de formação (N = 26)

Os profissionais desenvolvem a sua atividade profissional em dez instituições do Norte do país (três Centros Sociais/Paroquiais, três Centros de Saúde e outras quatro organizações de apoio à terceira idade), que dispõem de diferentes valências no apoio à terceira idade, nomeadamente: Centro de Dia, presente em cinco das organizações apresentadas, Centro de Convívio, presente em quatro das organizações, Estruturas residenciais, presente em quatro das organizações, Serviço de Apoio Domiciliário, presente em cinco das organizações, Unidade de Cuidados Continuados, presente em quatro das organizações, três das quais Centros de Saúde.

Metodologia

Neste estudo, foi utilizada a **Técnica de Grupos Focais**, já que se constitui um recurso para compreender o processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Veiga, & Gondim, 2001). Para tal, foi elaborado um guião (Anexo 2) que integrou um conjunto de tópicos, orientadores da discussão. Especificamente:

- (1)** Literacia em saúde: conceções sobre literacia em saúde, características da literacia em saúde na população idosa, fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa.
- (2)** Cultura e práticas profissionais e institucionais de promoção da literacia em saúde.
- (3)** Desafios à promoção da literacia em saúde da população idosa.
- (4)** Boas práticas.

Foram desenvolvidos três grupos focais, entre os meses de maio e outubro, cuja duração oscilou entre 1.38h e 2.20h. Seguidamente, caracteriza-se em termos gerais cada um dos grupos:

- ◆ Grupo Focal 1 (**GF1**) – constituído por oito participantes: dois assistentes sociais, dois psicólogos/as clínicos/as e quatro educadores/as sociais;
- ◆ Grupo Focal 2 (**GF2**) – constituído por quatro participantes: dois educadores/as sociais e dois psicólogos/as clínicos/as;
- ◆ Grupo Focal 3 (**GF3**) – constituído por catorze participantes: doze enfermeiros/as, um assistente social e um fisioterapeuta.

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

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

Principais Resultados

Tema 1. Literacia em saúde

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

Subtema 1.1 Conceções sobre literacia em saúde

A entrevista aos profissionais foi iniciada com a questão “Na vossa opinião, em que consiste a literacia em saúde?”. As definições que foram surgindo, ainda

que no início se tivessem mostrado um pouco vagas, acabaram por integrar alguns conteúdos focados na literatura.

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

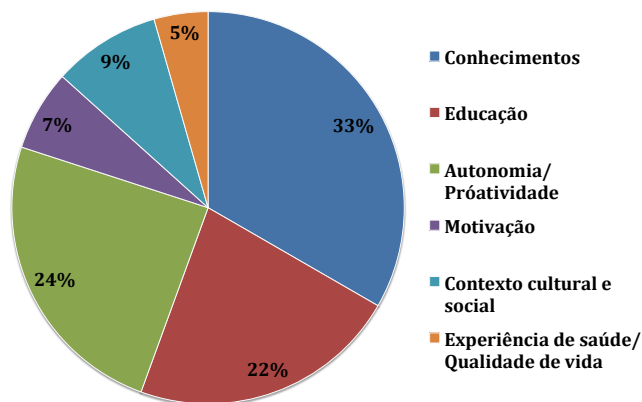


Figura 9. Categorias relativas ao subtema “No que consiste a literacia em saúde?” (N = 26)

No que concerne à categoria **Conhecimentos**, é interessante notar que se trata da categoria mais referida pelos participantes. A presente categoria encontra-se dividida em duas subcategorias: **Conhecimentos em saúde** (fr = 9) e **Autoconhecimento** (fr = 6). As reflexões dos participantes foram mais no sentido da primeira subcategoria, a qual se refere aos conhecimentos básicos que a pessoa detém ou deve deter relativos à saúde em geral. Dentro destes conhecimentos, os participantes referem também, em específico, a importância de deter conhecimentos ao nível da terminologia e dos conceitos científicos utilizados pelos profissionais de saúde e presentes, por exemplo, nas bulas dos medicamentos: “*Ter conhecimentos de toda essa panóplia de nomes esquisitos que muitas vezes são difíceis (...)*” (P4_GF1), “*(...) compreender (...) o vocabulário do médico (...)*” (P10_GF2).

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

A categoria **Educação** (fr=10) uma das mais referidas, engloba as subcategorias **Competências funcionais básicas** (leitura, escrita e numeracia) e **Nível de escolaridade**. Apesar das competências funcionais básicas se mostrarem fundamentais, estas não garantem, por si só, uma boa compreensão/interpretação da informação recebida, estando esta mais dependente do nível de escolaridade. De facto, na ótica dos entrevistados a educação tem um papel fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de competências e à aquisição de conhecimentos imprescindíveis para a mudança de atitudes, crenças e comportamentos (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, citados por Loureiro, Rodrigues, Santos, & Oliveira, 2014). Ainda que não exclusiva, referem que a educação tem um papel direto no processo de desenvolvimento da literacia em saúde, à semelhança do modelo apresentado por Nutbeam (2000).

A categoria que se segue **Autonomia/Proatividade**, a segunda mais referida (fr = 11), surge nos discursos dos profissionais associada à capacidade de o indivíduo agir e de tomar decisões autonomamente, mas também de agir e buscar informação por iniciativa/por vontade própria. Esta aparece quase sempre associada à categoria e subcategorias anteriores, pois os participantes referem que deter conhecimentos em saúde/doença e do próprio corpo, deter competências funcionais e ter um bom nível de escolaridade facilita o nível de autonomia e de proatividade do indivíduo ao nível da saúde. Não obstante, a limitação de competências funcionais básicas pode não ser impeditiva da autonomia do sujeito, desde que o mesmo se mostre proativo, acedendo à informação a partir de informantes-chave. Esta perspetiva é alterada quando os profissionais se referem a pessoas que vivem em estruturas residenciais. De facto, nos seus discursos, fica patente uma representação estereotipada quer da pessoa idosa que reside neste tipo de estruturas, quer da relação entre dependência e falta de autonomia.

Também Saquetto e colegas (2013) refletem acerca desta relação, indicando que “quando se discute a diminuição ou perda da autonomia em contexto gerontogeriátrico, é comum a associação à dependência física ou social, o que muitas vezes pode induzir uma perspetiva estereotipada em relação à pessoa idosa” (p. 522), o que reforça a ideia de que toda a pessoa idosa dependente tem a sua autonomia comprometida. Neste sentido, os autores são da opinião que “esta compreensão contribui para fortalecer atitudes que desconsideram a pessoa idosa como participante do processo existencial e de tomada de decisões pautadas na autonomia” (p. 522).

Segue-se a categoria **Motivação**, que emerge do facto dos participantes considerarem que o grau de literacia em saúde poderá ser superior em indivíduos com maior motivação/interesse (“*Nós não estamos motivados para tudo*

ao mesmo tempo, vamos estando conforme as nossas necessidades”, P21_GF3]. Evidencia-se assim que, a par dos conhecimentos, a motivação é uma variável pessoal imprescindível na adoção de comportamentos de saúde, tais como por exemplo, para a adesão à terapêutica. A este respeito, Reis (2010) defende que as ações em saúde dependem também da motivação. Acrescenta que na fase motivacional “o conhecimento de factos relevantes constitui a base para agir ou intenção de agir em matéria de saúde, modelado pelas crenças e atitudes. Da motivação resulta uma decisão no sentido de realizar ou não determinada acção ou tarefa como administrar o medicamento, realizar um diagnóstico, mudar o estilo de vida” (p. 48).

O **Contexto cultural e social** foi também apontado como exercendo influência ao nível da literacia em saúde e, mais uma vez, esta categoria surge associada a outras, nomeadamente ao nível de escolaridade, autonomia/proatividade e, até, motivação. Curiosamente, as zonas rurais aparecem associadas a uma maior autonomia/proatividade. Contudo, como veremos mais à frente, apesar dos entrevistados considerarem que as pessoas que vivem em contextos rurais serem mais autónomas e mais proativas, são as que frequentemente têm um menor acesso à saúde. De facto, e como indicam Jóluskin e Toldy (2011, p. 49) “a impossibilidade ou dificuldade de acesso à informação, em consequência, por exemplo, de um contexto social desfavorável, poderá condicionar o exercício activo e informado da autonomia” e por sua vez limitar a literacia em saúde das pessoas. Dentro desta categoria destacamos as **Crenças em saúde** como subcategoria, uma vez que aparece de mãos dadas com o tipo de contexto cultural e social.

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

Subtema 1.2 Características da literacia em saúde na população idosa

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

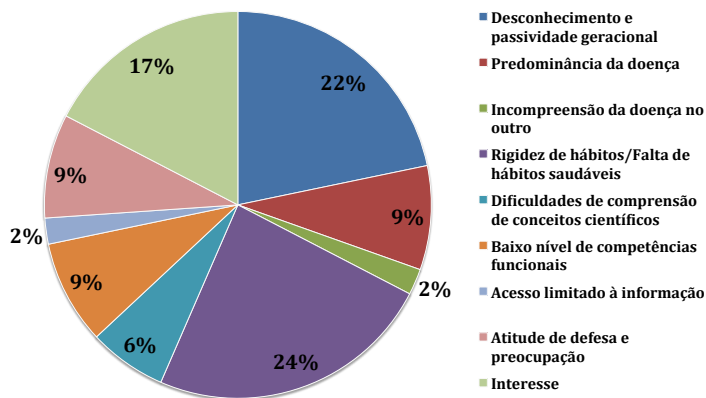


Figura 10. Categorias relativas ao subtema "Características da Literacia em Saúde em pessoas idosas" (N = 26)

Os profissionais caracterizam as pessoas idosas como sendo um grupo onde impera o **Desconhecimento e passividade**. Estas representações aparecem associadas à geração a que os indivíduos pertencem e às suas vivências passadas (*"Eu acho que existe muita passividade também neste momento nas pessoas idosas porque tiveram muita falta de acesso à saúde. (...) e sabem que têm problemas, mas são passivas (...)"*, P24_GF3), mas também ao predomínio de uma atitude paternalista em que a decisão é tomada pelo profissional de saúde sem questionamento por parte do sujeito. Por outro lado, o desconhecimento é também associado a uma má gestão da saúde, má tomada de decisões e vulnerabilidade perante o outro. A presente categoria foi a mais destacada nos grupos focais 1 e 3 (fr =3 – GF3, fr =5 – GF1, fr total= 10) e contém a subcategoria **Dependência**, no sentido em que a falta de conhecimento parece estar relacionada com a falta de autonomia e de poder da pessoa idosa, deixando a tomada de decisões entregue a outros. Além disto, esta dependência surge nos discursos como decorrente da passividade do indivíduo e como uma opção individual de delegar responsabilidades, em vez de as assumir. A este respeito, Jólluskin e Toldy (2011) consideram que nem sempre as pessoas desejam ter mais informação, acrescentando que, algumas vezes, as mesmas, nomeadamente "pacientes idosos ou com baixo nível educativo preferem a perspectiva paternalista (...). Neste sentido parece que alguns pacientes querem ser informados, no entanto outros recusam informação" (p. 46).

A este respeito, Rui Nunes (s/d) citando Barbas (2007), considera que o próprio exercício da autonomia “pode contemplar derrogações à doutrina do consentimento expresso, se for essa a vontade real do paciente” (p. 14).

É ainda importante realçar que esta falta de autonomia nem sempre está associada a uma perda de competências e capacidades, mas ao contexto que, em alguns casos, é pautado por uma sobreproteção do idoso. Mais uma vez, o contexto emerge, assim, como fator determinante da literacia em saúde, assistindo-se sobretudo a práticas institucionais que favorecem o desconhecimento e a passividade, ao invés da autonomia e do empoderamento dos sujeitos.

Outra característica emergente designa-se de **Predominância da doença**. Os discursos, as preocupações, os interesses, os conhecimentos e os comportamentos dos indivíduos idosos centram-se predominantemente na doença. Esta é uma característica própria da fase da velhice, mas que parece ter implicações a vários níveis, não sendo a literacia em saúde uma exceção. De acordo com os participantes, esta predominância na temática doença parece afetar negativamente a literacia em saúde, na medida em que retira o foco da saúde, podendo levar à desmotivação e desinteresse por esta. A ênfase dada à doença pode espelhar, também, as experiências vividas em contexto de sistema de saúde, de centração exclusiva nos parâmetros biomédicos (Davis, & Fallowfield, 1994; Silverman, Krutz, & Draper, 2005).

Segue-se a categoria **Incompreensão da doença no outro**. Baixos conhecimentos em saúde parecem gerar atitudes de incompreensão relativamente à doença que os seus pares possam ter, em particular no que concerne à doença mental (por exemplo: Demência de Alzheimer).

A categoria **Rigidez de hábitos/Falta de hábitos saudáveis** foi uma das mais referidas pelos profissionais entrevistados e refere-se ao facto de as pessoas idosas terem dificuldades ao nível de “agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida” (OMS, 1998). De notar que a dificuldade em alterar hábitos parece residir no desconhecimento, que provoca resistência. No entanto, existem casos em que o idoso parece ter interesse em aceder e compreender a informação, mas ter dificuldade em colocá-la em prática, em adaptar-se. Esta dificuldade pode estar associada a questões culturais, nomeadamente ao nível da alimentação. Em outros casos, os profissionais apercebem-se de que a desmotivação pela vida e a crença de que a mudança de hábitos nesta fase da vida é em vão, também pode levar à manutenção de estilos e condições de vida desadequados.

A categoria **Dificuldades na compreensão de conceitos científicos** refere-se a uma incapacidade/dificuldade em aceder e compreender um conjunto de informações ou terminologias médicas, passando, por exemplo, pela dificuldade

em compreender uma simples receita, em ler as instruções de uma bula. De facto, fica patente a existência de um grande desequilíbrio entre os conhecimentos do cidadão comum e os dos “especialistas” que, em associação às circunstâncias socioeconómicas, pode reforçar a que o exercício da autonomia seja ainda mais reduzido (Jólluskin, & Toldy, 2011).

Como visto anteriormente, os entrevistados consideram a atual geração de idosos como um grupo com um nível de escolarização baixo, logo com um **Baixo nível de competências funcionais**. Tal significa dificuldades ao nível da capacidade para aceder, compreender e usar a informação.

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

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

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

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

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

O acesso e compreensão da informação são importantes componentes da literacia em saúde, pelo que se mostrou importante compreender os constrangimentos que podem estar associados a estes. Segue-se a Figura 11 com as categorias criadas neste subtema.

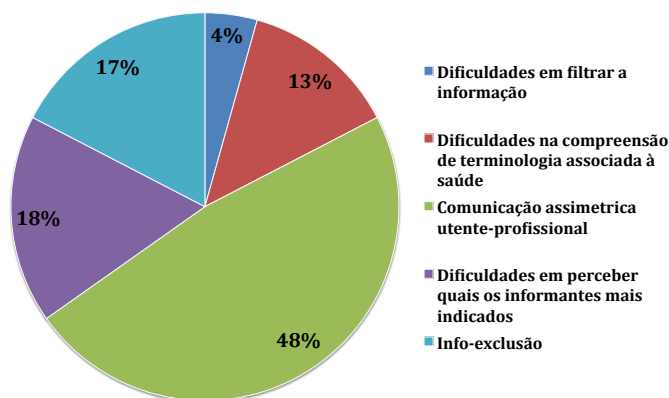


Figura 11. Categorias relativas ao subtema "Constrangimentos no acesso e compreensão da informação" (N = 26)

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

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

Se atendermos que a maioria das pessoas não domina a terminologia médica e que os termos utilizados pelos profissionais de saúde têm significados diferentes para o cidadão comum (por exemplo, no que diz respeito ao termo “depressão”, facilmente se entende que as informações escutadas podem desencadear reações emocionais excessivas, podendo até contribuir para o agravamento dos quadros clínicos (Grilo, 2011).

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

A literatura é ampla no que diz respeito à comunicação em saúde e aos processos transacionais que ocorrem entre indivíduos sobre assuntos relacionados com a saúde (Northouse, & Northhouse, 1998). Silverman, Kurtz e Draper (2005) consideram que na relação entre profissional de saúde e utente devem ser desenvolvidas várias competências: relacionadas com o *conteúdo*, que traduzem o que os profissionais de saúde comunicam (por exemplo, quando escolhem a informação a recolher, qual o tratamento que sugerem); relacionadas com o *processo*, isto é, com a forma como os profissionais de saúde comunicam (por exemplo, como estabelecem a relação com o paciente, como organizam informação); e *perceções*, relativas àquilo que os profissionais pensam e sentem (por exemplo, quanto ao processo de tomada de decisão, atitudes, percepção dos sentimentos e pensamentos do paciente).

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

A categoria **Dificuldades em perceber quais os informantes mais indicados** surge relativamente às fontes de informação utilizadas pelas pessoas idosas para aceder à informação. Os programas televisivos, os vizinhos e até o Psico-

logo, como referido anteriormente, podem constituir-se como recursos para a interpretação de elementos relacionados com a saúde.

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

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

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

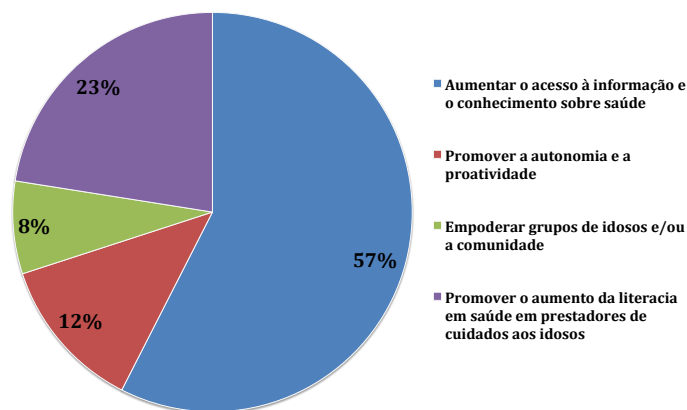


Figura 12. Categorias relativas ao subtema "Cultura e práticas profissionais e institucionais de promoção da literacia em saúde" (N = 26)

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

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

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

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

A segunda categoria - **Promover a autonomia e a proatividade** das pessoas idosas para a tomada de decisão no âmbito da saúde e resolução de problemas (fr=10) – integra: o apoio na autogestão informada e/ou supervisionada da medicação pela pessoa idosa (por exemplo, através da caixa da medicação); orientações sobre questões a fazer e assuntos a abordar com o médico na consulta, assim como sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, com vista à manutenção da autonomia do indivíduo. De facto, é prática comum e transversal a várias respostas sociais dirigidas às pessoas idosas a medicação ser gerida e administrada pelos profissionais. Esta situação pode, no ponto de vista dos entrevistados, favorecer a dependência e concorrer para o

desconhecimento dos sujeitos relativamente à sua situação de saúde/doença atual. É de destacar alguma discórdia entre os entrevistados em torno da autogestão da medicação pelas pessoas idosas. Uns são da opinião que “(...) *cabe à estrutura identificar a autonomia do utente, caso a caso* (...)” (P7_GF1), enquanto outros referem que, dada a dimensão de algumas organizações, é impossível avaliar individualmente as capacidades dos sujeitos nessa tarefa, podendo haver o risco de uma má gestão na toma da medicação, com consequências para a saúde da pessoa idosa.

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

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

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

Quanto aos desafios que se levantam no cumprimento do objetivo de promover a literacia em saúde das pessoas com mais de 65 anos, foram identificadas cinco categorias de resposta, conforme se pode verificar na Figura 13.

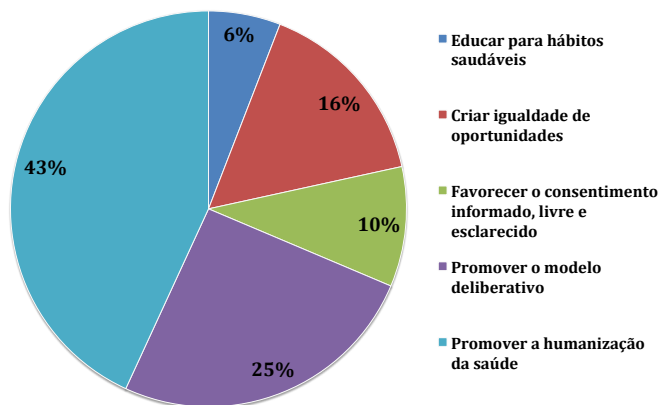


Figura 13. Categorias relativas ao subtema "Desafios à Promoção da Literacia em Saúde em pessoas idosas (N = 26)

A primeira categoria denomina-se **Educar para hábitos saudáveis**. Esta categoria constitui-se como um desafio na medida em que muitas das pessoas idosas viveram saudáveis até esta fase da vida, sem cuidados particulares, e onde o recurso a um profissional ou instituição de saúde se fazia apenas em situação de doença. Além disso, as múltiplas crenças e mitos veiculados na sociedade perpetuam, não raras vezes, comportamentos de risco para a saúde. Adaptar-se à sua atual condição, nomeadamente ao processo de envelhecimento natural ou a uma situação de doença, exige por si só mudança de hábitos e de estilos de vida que, muitas vezes, não estão dispostos a introduzir. Isto porque, segundo os participantes, muitos dos atuais idosos parecem pertencer a uma geração que foi habituada a viver sem recorrer a serviços de saúde e, ao nível da alimentação, a consumir todo o tipo de alimentos, sem restrições: *"(...) nunca tiveram problemas de saúde, portanto viveram a vida toda saudáveis, tiveram montes de filhos, sem hospitais, sem parteiras, sem nada. Portanto, tiveram sempre uma saúde de ferro e, de repente, aparece a diabetes, aparecem os problemas nos ossos (...)"* (P12_GF2).

A categoria **Criar igualdade de oportunidades** refere-se ao facto de pessoas pertencentes a diferentes contextos socioeconómicos e culturais deverem usufruir das mesmas informações, condições e recursos. Nas discussões fica evidente a falta de equidade no sistema nacional de saúde, se olharmos para a condição urbana/rural ou económica das pessoas, realidade esta que urge alterar:

“(...) as pessoas que vivem em zonas rurais estão mais isoladas (...) fecharam centros de saúde, fecharam serviços hospitalares... essas pessoas têm de percorrer vários quilómetros para ir a um hospital, ou então um enfermeiro (...) ou o profissional de saúde terá de percorrer não sei quantos quilómetros para ir a casa do utente. Esta situação vai limitar efetivamente a literacia em saúde” (P15_GF3).

A categoria **Favorecer o consentimento informado, livre e esclarecido** passa, por um lado, pela criação de espaços onde a pessoa idosa possa apresentar os seus receios, as suas dúvidas, os seus medos em relação a determinado tipo de sintomas e de sinais, relativamente a si e aos outros. Por outro lado, passa pela criação de um espaço de esclarecimento sobre a doença mental e/ou física, sobre as terapêuticas medicamentosas, os recursos profissionais e institucionais disponíveis. Nos discursos impera, uma vez mais, a atenção atribuída pelos entrevistados à interação comunicacional, tanto no que se refere à informação que o profissional recolhe (competências relacionadas com o conteúdo), como também na relação que se estabelece com a pessoa idosa (competências relacionadas com o processo) (Silverman et al., 2005).

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

equipa de enfermagem por causa de situações de automedicação” (P7_GF1). Nesta ordem de ideias, fica clara, na perspetiva deste grupo, a necessidade de se substituir o modelo paternalista, que coloca o “acento no bem-estar e na saúde do paciente e não na sua autonomia e capacidade de escolha” (Jólluskin, & Toldy, 2011, p.47) por um modelo que se aproxime “de uma noção de autonomia esclarecida” e “baseada na ideia de uma autodeterminação informada e auto-crítica” (p.48).

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

A humanização da saúde fundamenta-se “no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços” (Rios, 2009, p.10). Reconhece-se, segundo esta autora “o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção” (p.11).

De facto, nas reflexões dos entrevistados, existe unanimidade em considerar que na prestação de serviços há falta de sensibilidade e de disponibilidade: *“Eu não sei, eu tenho uma relação complicada com os médicos do Centro de Saúde, eles não têm muita disponibilidade nem sensibilidade para as questões sociais, não têm” (P1_GF1)*, o que pode comprometer a dignidade humana.

Tema 4. Boas práticas

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

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

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

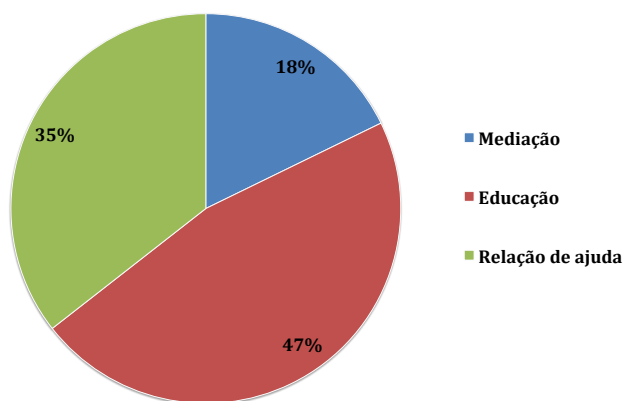


Figura 14. Categorias relativas ao subtema “Papel/responsabilidades do profissional no aumento da literacia em pessoas idosas” (N = 26)

Quanto ao papel, nas discussões emerge de forma transversal a categoria **Mediação**, sustentada na ideia dos profissionais serem agentes de mediação privilegiados. Associadas ao desenvolvimento deste papel, são destacadas duas grandes responsabilidades: mediar o contacto entre o utente e os serviços de saúde: “(...) *somos os olhos dos médicos* (...)” (P7_GF1); encaminhar, facilitar o acesso e esclarecer sobre os serviços e os recursos disponíveis no âmbito da saúde.

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

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

Subtema 4.2. Recomendações

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

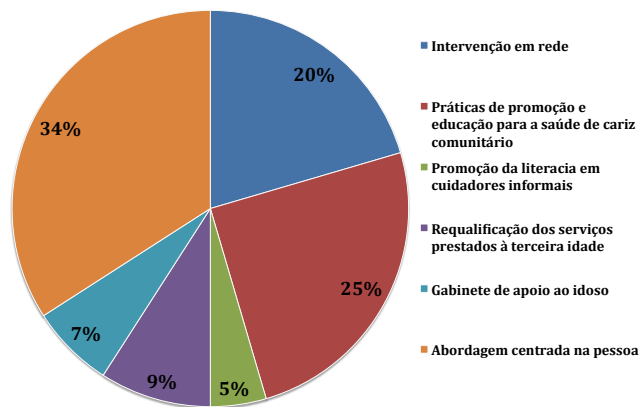


Figura 15. Categorias relativas ao subtema “Recomendações” (N = 26)

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

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

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

Relacionada com a recomendação anterior surge, também, a categoria **Promoção da literacia em saúde em cuidadores informais**. Neste sentido, os participantes são da opinião da necessidade de empoderar estes cuidadores (como a família e os vizinhos), de maneira a que estes constituam um suporte

ativo na transmissão de conhecimento e no incentivo à mudança e à responsabilização da pessoa idosa perante a sua saúde.

São também apontadas recomendações no sentido da **Requalificação dos serviços prestados à terceira idade**, com particular destaque para o serviço de apoio domiciliário. Embora valorizado, este serviço apresenta fragilidades, uma vez que o trabalho que aí se desenvolve se limita quase exclusivamente a práticas de higienização e de alimentação. Nesta ordem de ideias, sugerem que deve ser desenvolvida uma abordagem mais global e humanizada de promoção da saúde, seja física seja psicossocial. Nesta mudança, consideram que devem ser particularmente envolvidos os Ajudantes de Ação Direta, já que são estes profissionais que ocupam a linha da frente do trabalho com as pessoas idosas. Uma formação específica destes profissionais e um trabalho de apoio e supervisão dos mesmos, por parte dos profissionais psicossociais e da saúde, devem ser particularmente cuidados: *“(...) os funcionários das instituições são as pessoas que estão ali (...) de certa forma a levar com as balas. Estão ali no primeiro contacto. Podem ter dúvidas. Podem ter comportamentos que não deviam ter tido. Ao comentar isso, ao falar, ao tirar dúvidas com a psicóloga, com o médico, a enfermeira, estes podem passar-lhes informações que, de outra maneira, nunca lhes seriam passadas e o comportamento desses funcionários pode alterar-se (...)”* (P10_GF2). No âmbito da discussão, surgiu também a necessidade de se criar um **Gabinete de apoio ao idoso**, de modo a constituir um serviço a que as pessoas idosas pudessem recorrer para colocar as suas dúvidas, ter acesso à informação e ser empoderadas a tomar decisões relativamente à sua saúde: *“(...) abrir uma espécie de consulta aberta para os idosos (...) das freguesias, (...) mas a quem quisesse participar (...)”* (P4_GF1); *“(...) um gabinete de apoio onde estivesse alguém especializado e que eles pudessem tirar as dúvidas (...)”* (P2_GF1). A categoria mais predominante refere-se a discursos que pontuam uma **Abordagem centrada na pessoa**. Como visto anteriormente, as atitudes de centralização do profissional de saúde em si próprio contribuem, em grande medida, para as falhas de comunicação deste com o utente, subjacentes às práticas paternalistas tradicionais. Vários exemplos dão conta desta categoria: *“se eu perder algum tempo que vou ganhar futuramente, a explicar o que é, como é que pode controlar e como é que pode gerir ele próprio aquela doença, o profissional só vai ganhar tempo.”* (P21_GF3); *“(...) eu acho que ela [referindo-se a uma utente] tem medo de abordar a própria médica e isso acaba por ser prejudicial, não é? Porque também se tiver perguntas não lhe vai fazer, tem aquele receio...”* (P8_GF1); *“(...) acima de tudo tentar não assumir esse modelo paternalista e perceber que as pessoas têm um papel, têm ideias, sem dúvida, mas que também têm deveres, portanto eles também são parte (...)”* (P13_GF2).

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

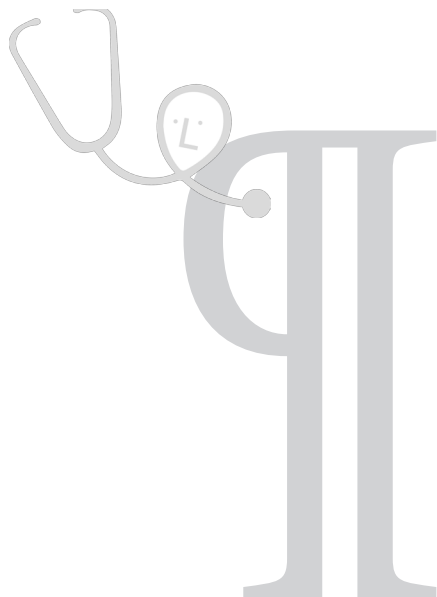
Em síntese:

O estudo qualitativo desenvolvido junto de um grupo de profissionais da saúde e de intervenção psicossocial sobre a temática da literacia em saúde evidenciou:

- ♦ a existência de conhecimentos rigorosos e amplos sobre a temática literacia em saúde;
- ♦ o reconhecimento de um conjunto de determinantes que favorecem a literacia em saúde, nomeadamente os de ordem individual (autonomia, proatividade, grau de escolaridade, fatores motivacionais), mas também os de ordem cultural e social;
- ♦ as perceções de que, na geração atual de pessoas idosas, predomina a baixa literacia em saúde, relacionando este fenómeno à atitude e postura das pessoas assente num paradigma tradicional paternalista e a um acesso limitado à informação;
- ♦ a identificação de uma diversidade de constrangimentos associados ao aumento da literacia em saúde, nomeadamente, associados à dificuldade em selecionar informações na área da saúde, à dificuldade na compreensão da terminologia médica e na predominância de uma comunicação assimétrica entre profissionais de saúde e pessoas idosas;
- ♦ o reconhecimento da pertinência e intencionalidade das ações desenvolvidas nas instituições, com vista a aumentar o acesso das pessoas idosas a informações sobre saúde e em promover a sua autonomia na tomada de decisões e na resolução de problemas associados ao seu estado de saúde/doença;

- ♦ o reconhecimento que os profissionais destacam ao papel que têm nesta matéria, funcionando como agentes de mediação (entre serviços, por exemplo), mas também de educação;
- ♦ a identificação de um conjunto de desafios no âmbito da promoção da saúde, que integram, entre outros, a necessidade de criar igualdade de oportunidades a todos os sujeitos, a desenvolver um modelo de atuação deliberativo com vista a ampliar a autonomia dos sujeitos e a humanizar a saúde;
- ♦ a identificação de um aglomerado de recomendações que passa pela requalificação dos serviços, pela intervenção em rede e práticas de promoção da saúde de cariz comunitário.

É possível concluir que as boas práticas e recomendações dos profissionais se referem, de modo considerável, à literacia em saúde enquanto processo de aprendizagem planeado e intencional que se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e coletivas, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida (Loureiro et al., 2012).



CAPÍTULO III

ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS PSICOSSOCIAIS E DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE

A literacia em saúde, em termos de benefícios de saúde, não implica somente vantagens individuais, como escolhas associadas a estilos de vida mais saudáveis ou o uso efetivo e bem-sucedido dos serviços de saúde. Implica, igualmente, benefícios sociais, contribuindo para uma verdadeira ação comunitária de promoção de saúde e o desenvolvimento de capital social (Nutbeam, 2000), ao reduzir os custos de saúde (Somers, & Mahadevan, 2010), ao diminuir o número e a duração das hospitalizações (Baker et al., 2002) e ao melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que, através do aumento do conhecimento em saúde e de uma maior e melhor comunicação com os profissionais de saúde, tendem a melhorar o seu estado geral de saúde autorreportado (Nutbeam, 2000; Speros, 2005).

Nas últimas décadas, os elevados progressos das ciências da saúde, tiveram um importante papel no aumento da longevidade. Apesar disso, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus, mostrando que os últimos anos de vida são, muitas vezes, “acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção” (DGS, 2004, p. 1). Na senda deste fenómeno, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2004) aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, com o objetivo fundamental de “obter ganhos em saúde, nomeadamente em anos de vida com independência” e melhoria das “práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento” (p. 2).

A promoção da saúde e a prevenção da doença, quando dirigidas às pessoas idosas, “aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade” (p. 7).

É possível viver com mais saúde e por mais anos e, desta forma, é necessário

combater “um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive” (DGS, 2004, p. 8). Em consequência desta representação, negligenciam-se as medidas de prevenção (primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência) junto da população idosa. Além disso, parece não ser clara a ideia de que a diversidade individual se acentua com a idade (WHO, 2002) e, por isso, os cuidados de saúde são tangencialmente relacionados com as necessidades das pessoas idosas.

Porém, não é apenas a forma como as pessoas idosas são percebidas pela sociedade que é motivo de grande preocupação. A maneira como muitas pessoas idosas são tratadas e levadas a comportar-se, exigem pontuação pois, frequentemente, “para serem aceites necessitam de abandonar os seus princípios de autodeterminação e aceitar totalmente a tutela alheia” (Saquetto et al., 2013, p. 523). Ora, este sistema de crenças e valores vai contra os princípios de empoderamento dos sujeitos, preconizados na Carta de Otawa (1986), que perspetiva a educação para a saúde como uma colaboração entre profissionais, visando a construção e reconstrução do conhecimento por parte das pessoas, sobre a saúde/doença e suas consequências, de forma a que estas possam tomar decisões informadas acerca do seu autocuidado. A educação para a saúde constitui-se, assim, como um “processo educativo, relacional e progressista”, que valoriza a experiência, o modo e o contexto de vida, transformando a pessoa em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como protagonista da sua vida (Hammerschmidt, & Lenardt, 2010, p. 364). Empoderar significa promover autonomia pessoal e coletiva, capacitar as pessoas a definirem os seus problemas e a resolvê-los, partindo dos seus próprios recursos. Neste sentido, induzir a sua autonomia, que segundo Cabral (1996, p. 53) “significa a condição de quem é autor da sua própria lei”, é um dever ético que urge sedimentar, em prol do bem-estar e qualidade de vida das populações.

Cidadãos letrados em saúde são mais capazes de desenvolver comportamentos efetivamente promotores da sua saúde (e.g., adotam uma alimentação equilibrada e praticam exercício físico com regularidade; sabem onde se dirigir e a quem recorrer caso necessitem de assistência relacionada com o seu estado de saúde; tomam a medicação de acordo com a respetiva prescrição médica, etc.) (Antunes, 2014), uma vez que compreendem com mais facilidade as informações prestadas pelos profissionais relativamente a cuidados preventivos e opções de tratamento (Mancuso, 2009).

Neste capítulo, partindo da revisão bibliográfica, de evidências empíricas, dos resultados obtidos no estudo quantitativo e no estudo qualitativo, e norteados

por um conjunto de deveres e princípios éticos, é perspectivada a intervenção ao nível da literacia em saúde segundo três eixos prioritários: comunicacional, sociocomunitário e educacional.

Eixo comunicacional

A dimensão comunicacional é a mais enfatizada na literatura, tendo sido também a mais discutida no seio dos grupos focais.

As evidências empíricas não deixam margem a dúvidas relativamente ao papel crucial das competências comunicacionais dos profissionais de saúde no incremento da qualidade dos cuidados de saúde. Especificamente contribuem para “melhorar o processo de entrevista médica”, facilitar “a compreensão e memorização das recomendações médicas” e funcionar como um elemento impulsionador da motivação do sujeito, por exemplo, para a adoção de comportamentos de autocuidado ou adesão a tratamentos (Bennett, Chen, Soroui, & White, 2009; Melo, 2005). A comunicação eficaz tem igualmente implicações na diminuição de sintomas físicos (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, & Greitemann, 2009, citados por Grilo, 2011) e psicológicos (Díaz, Barreto, Galletto, Barbero, Bayés, & Barcia, 2009; Melo, 2005), na adaptação à doença e a uma maior consciencialização dos riscos (Teixeira, 2004) e na satisfação do utente (Dibbelt et al., 2009, citados por Grilo, 2011).

Torna-se, desta forma, imperativo que as competências comunicacionais deixem de ser encaradas como elemento periférico na relação cuidador-pessoa, exigindo tal mudança transformações, também, no paradigma educacional, elemento que será objeto da nossa atenção mais à frente.

Nesse sentido, e a par das competências técnicas, os profissionais de saúde deverão desenvolver competências comunicacionais, sob pena de comprometerem os objetivos da sua intervenção, com custos diretos para os utentes e para o sistema de saúde (Thorne, Bultz, & Baile, 2005).

É no âmbito de um processo comunicacional multilateral que as pessoas desenvolvem a própria capacidade para usar a informação de saúde de modo eficiente, reforçando a motivação para a ação.

A comunicação na saúde constitui um aspeto fundamental na promoção da motivação para usar informações e serviços para melhorar a saúde pessoal, empoderando e aumentando o sentido de autoeficácia das pessoas e das respetivas comunidades (Antunes, 2014). Pressupõe uma partilha de responsabilidade entre cidadãos e profissionais de saúde pela gestão bem-sucedida da saúde (Mårtensson, & Hensing, 2012), entendendo que qualquer intervenção promotora da literacia em saúde deve envolver não apenas as pessoas

(no sentido de melhorar os seus níveis de literacia fundamental, científica, cultural e cívica), mas também os diversos profissionais de saúde e demais profissionais/serviços (no sentido de os consciencializar para a necessidade de encorajarem as pessoas a partilharem dúvidas acerca das suas condições de saúde, instruções, opções de tratamento) a fim de asseverar uma tomada de decisão efetivamente fundamentada (Antunes, 2014).

Como dito anteriormente, as competências e estratégias de comunicação não devem ser utilizadas à margem das características individuais, culturais e ambientais dos sujeitos. Em particular, é necessário perceber qual o nível de literacia em saúde do sujeito, a acuidade visual e/ou auditiva, o estilo cognitivo, a afetação do discurso, os aspetos linguísticos e culturais, para que a informação sobre a saúde/doença, sobre o tratamento, sobre a terapêutica seja abarcada de forma plena. Além destes aspetos, e em sequência dos resultados obtidos no estudo quantitativo, algumas variáveis sociodemográficas mostraram estar diretamente relacionadas com o grau de literacia do sujeito. Assim, é necessário, aquando da transmissão da informação, atender também ao género (as mulheres apresentaram um grau de literacia mais baixo quando comparadas com os homens), à idade (quanto mais idade, menor o nível de literacia em saúde), ao estado civil (as pessoas viúvas apresentaram um nível menor de literacia em saúde quando comparadas com pessoas casadas), à presença de doença (as pessoas que reportaram doença crónica apresentaram um nível mais baixo de literacia em saúde, quando comparadas com as pessoas que não autorreportaram doenças) e à perceção de saúde e de qualidade de vida do indivíduo (pessoas idosas que reportaram menores perceções de saúde e de qualidade de vida apresentaram um grau de literacia em saúde mais baixo). Pois, estas variáveis parecem ter repercussões na capacidade com que os indivíduos acedem, compreendem e usam a informação (WHO, 1998, p.10).

Para que a comunicação seja eficaz e, em consequência, se produzam melhorias significativas nos cuidados de saúde prestados (e.g., Grilo 2011; Kurtz, Silverman, & Drapper, 2005; Shapiro, Lancee, & Richards-Bentley, 2009; Teixeira, 2004), em seguida apresentam-se um conjunto de estratégias:

Aspetos básicos da comunicação

- ♦ Autoapresentação e indicação da sua função profissional.
- ♦ Tratar o utente pelo nome.

Abertura da discussão

- ♦ Permitir que a pessoa verbalize, sem interrupções a sua queixa inicial. A pessoa é a “especialista” dos seus sintomas, logo é essencial escutar a sua história e compreender a sua perspetiva acerca da doença/saúde.
- ♦ Explorar todas as preocupações que a pessoa tem sobre o tema que está a ser analisado.
- ♦ Estar atento a pistas/comentários que a pessoa faz acerca da sua vida, das suas emoções. Embora estas pistas sejam, por vezes, subtis, é necessário explorar os sentimentos que suscitam.

Recolha de informação e compreensão da perspetiva da pessoa

- ♦ Utilizar, de forma apropriada, questões abertas e fechadas. Recolher informações no que concerne às maiores preocupações, crenças e expectativas das pessoas acerca da saúde/doença.
- ♦ Estruturar, clarificar e sumarizar a informação.
- ♦ Utilizar a escuta ativa como forma de encorajar a pessoa a falar.

Partilha de informação

Os profissionais de saúde subestimam o desejo de informação por parte do utente. Os utentes, ao contrário dos clínicos, atribuem uma importância muito elevada à informação que lhes é transmitida (Odgen et al., 2002, citados por Grilo 2011).

- ♦ Utilizar frases curtas e objetivas, dando enfoque somente a uma ideia ou a uma opinião de cada vez.
- ♦ Utilizar imagens para o esclarecimento de conceitos mais complexos.
- ♦ Utilizar recursos visuais, de forma interativa, durante a conversa para garantir que o indivíduo foque a sua atenção sobre os conceitos-chave.
- ♦ Transmitir informação utilizando uma linguagem leiga, simples, evitando as abreviaturas e os jargões médicos. Os profissionais de saúde parecem manter dificuldades em transmitir informação de forma clara (Melo, 2005).
- ♦ Introduzir as informações importantes em primeiro lugar e repeti-las mais do que uma vez.
- ♦ Dar tempo à pessoa para compreender o que lhe foi dito, sem demonstrar

que está com pressa ou desinteressado. A demonstração de falta de tempo e de impaciência (Corney, 2000) induzem um sentimento de insatisfação no utente.

- ♦ Pedir ao indivíduo que repita, por palavras suas, o que entendeu da informação transmitida. Não verificar a compreensão da pessoa acerca do que lhe foi transmitido concorre para as falhas de comunicação (Melo, 2005). Em caso de haver informação imprecisa, deverá repetir a informação, utilizando palavras diferentes.
- ♦ Encorajar constantemente questões por parte dos indivíduos. Estimular o questionamento das pessoas de forma a que expressem os seus entendimentos e dúvidas.

Encontrar acordo em relação aos problemas e planos de ação

- ♦ Fornecer às pessoas informações completas e imparciais sobre os prós e os contras associados a cada opção de tratamento.
- ♦ Encorajar o sujeito a participar na tomada de decisões. Envolver as pessoas no processo de tomada de decisão e planeamento do tratamento torna o atendimento, nomeadamente no que diz respeito às condições crónicas, mais eficaz e eficiente (OMS, 2003).
- ♦ Avaliar a motivação e capacidade do paciente para seguir o plano estabelecido.
- ♦ Identificar e listar recursos e formas de suporte.

Encerramento do encontro

- ♦ Averiguar se a pessoa tem outras preocupações.
- ♦ Sumarizar e reafirmar o acordo em relação ao plano de ação negociado/estabelecido.
- ♦ Simplificar e escrever as instruções de uma forma básica, evitando torná-las demasiado confusas e complicadas que permitam ao utente relê-las mais tarde num ambiente mais securizante, nomeadamente quando as opções de tratamento são complexas.
- ♦ Fornecer ao utente uma lista com os medicamentos que está a tomar e os respetivos procedimentos e encorajá-lo a atualizá-la sempre que ocorrer alguma alteração, referindo também que a deve trazer sempre consigo.

- ♦ Discutir a próxima visita e o plano para resultados inesperados. Silverman e colegas (2005) concluíram que os médicos, aquando da ausência de resultados nos tratamentos, tendem a não considerar a não-adesão como uma causa possível.

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

Eixo educacional

A Educação destaca-se, a nível da literatura, como um dos fatores que concorrem para a literacia em saúde e, por esse motivo, muitos são os autores que defendem o desenvolvimento de intervenções educacionais. No entanto, será erróneo confinar tais intervenções ao processo de ensino-aprendizagem de competências de leitura, escrita e numeracia, uma vez que o conceito de literacia em saúde não se esgota no aumento de conhecimento acerca da saúde, mas incide, sobretudo, no desenvolvimento de competências pessoais passíveis de motivar as pessoas para a melhoria de resultados a nível da saúde pessoal e para a realização de mudanças nos determinantes socioeconómicos na saúde.

A aprendizagem ao longo da vida assume, neste sentido, especial relevância, pois “constitui-se um componente chave do envelhecimento ativo, garantindo o desenvolvimento de competências e conhecimentos atualizados (...) para melhorar o funcionamento e o bem-estar sociais do indivíduo e aumentar o potencial dos adultos de mais idade para contribuir ativamente para a sociedade através de trabalho pago, voluntariado, cidadania ativa e autoajuda para uma vida independente”, conforme defende Antunes (2002, p. 1).

Cabe aos decisores políticos, às organizações e aos profissionais a responsabilidade pelo desenvolvimento de intervenções educacionais promotoras da

literacia em saúde da comunidade e, em particular, das pessoas idosas. Como preconizado no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), “as políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos (...), permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população” (DGS, 2004, p. 4). Para tal, “importa que os grupos cujos interesses são afectados, por qualquer actividade científica estejam bem representados nos processos de tomada de decisão, a nível local” (p. 63). É necessário, nestas políticas nacionais, ter em conta, nomeadamente, o potencial efeito negativo das variações regionais dos recursos em saúde, devendo considerar-se os meios de assegurar a acessibilidade para as pessoas de regiões com recursos abaixo da média (Monteiro, 2009).

Replicando o que se passa no contexto escolar português no âmbito da educação para a saúde, em consequência do Protocolo entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, seria útil a formalização de uma parceria, visando a colaboração ativa entre as instituições que desenvolvem respostas sociais dirigidas à terceira idade e os centros de saúde e a assunção de responsabilidades complementares face à promoção da saúde da comunidade.

No que diz respeito às organizações, e em particular, às organizações do ensino superior, parece essencial que as competências clínicas sejam complementadas com o treino das competências comunicacionais e relacionais em prol da construção de relações de ajuda potenciadoras da valorização, do empoderamento e da autonomia dos sujeitos. Alves (2011) a este respeito sugere a “introdução de um módulo formativo sobre competências interpessoais em saúde e de comunicação clínica nos programas de ensino em escolas/faculdades” (p. 59).

É de salientar também que estes profissionais de proximidade têm um papel fundamental na educação/formação das pessoas idosas, de outros profissionais, bem como da comunidade.

Neste eixo, apresentam-se um conjunto de boas práticas que podem ser concretizadas com vista, a promover o conhecimento sobre saúde, a desenvolver competências pessoais e a capacitar a comunidade:

- ♦ Utilização dos canais existentes (e.g., sessões presenciais de esclarecimento, panfletos informativos, interações com os profissionais de saúde, programas televisivos e radiofónicos específicos sobre saúde e dirigidos em particular às pessoas idosas).
- ♦ Cursos de formação ou de especialização no âmbito da temática relação interpessoal, competências comunicacionais, relação de ajuda.
- ♦ Aconselhamento técnico para apoiar a ação comunitária.

Torna-se pertinente, mais uma vez, acentuar a necessidade de adequar os códigos verbais e visuais na produção de todos os materiais informativos dirigidos especificamente às pessoas idosas (ter letras de tamanho facilmente legível, por exemplo). Logo, é necessária uma atenção pormenorizada a toda a linguagem utilizada, às imagens e aos símbolos, avaliando o seu impacto junto deste público.

Todas estas estratégias implicaram benefícios individuais e coletivos, pois melhoram o conhecimento sobre riscos/benefícios e sobre os serviços de saúde, melhoram a capacidade para agir individualmente, ampliando a motivação e a autoconfiança, melhorando a resistência individual às adversidades económicas e sociais, assim como potenciam a participação da população em programas de saúde/rastreio e a capacidade para influenciar normas sociais. Reforçando uma das ideias anteriores, enfatizamos o valor e o poder dos mass media como ferramenta de equidade e de justiça, já que a estes acede a maioria da população. Apesar de a internet e a “e-saúde” poderem funcionar como facilitadoras do acesso a um conjunto de informações (Wilson, Leitner, & Moussalli, 2004), nomeadamente da saúde, é necessário perceber que a atual geração de pessoas idosas ainda não dispõe, na generalidade, de competências suficientes para aceder a este recurso. Logo, ao invés de este recurso poder funcionar como facilitador da equidade, pode gerar ainda mais exclusão se não acompanhado de outras ferramentas não digitais.

Apesar desta ressalva, considera-se necessário incentivar e facilitar a literacia digital (o recurso ao uso de computadores e da internet), uma vez que se constituem como meios com vantagens potenciais acrescidas para pessoas com limitações de mobilidade ou outras incapacidades. Tal requer, a sensibilização e a formação da comunidade, mas também a garantia no acesso a estes equipamentos.

As políticas podem envolver também o desenvolvimento de métodos para diminuir a burocracia para as pessoas em risco ou com baixa literacia em saúde. Simultaneamente é de realçar o papel de todos os profissionais, em particular os profissionais psicossociais que trabalham com as pessoas idosas no seu quotidiano, no que concerne ao desenvolvimento de ações individuais que tenham como objetivo auxiliar a pessoa idosa a desenvolver um pensamento crítico, a tomar decisões e a resolver problemas relacionados com a saúde. Para este efeito, poderá fazer-se o treino, com as pessoas com baixa literacia em saúde, de modo a que saibam que questões formular, com o recurso, por exemplo, ao *role-playing* ou a situações hipotéticas.

É necessário não descuidar a necessidade de formação/informação dirigida aos cuidadores informais, pois estes funcionam frequentemente como recurso

privilegiado e de potenciação da motivação para a mudança da pessoa idosa. Assim, também este grupo deve ser objeto de ações de literacia em saúde. O cuidado tem de ser visto, sentido e praticado com um desafio ético. Neste sentido, o compromisso dos cuidadores (formais e informais) é o de contribuírem para o “desenvolvimento da autonomia” da pessoa idosa, “devendo incentivar, sempre que possível, a tomada de decisão e a iniciativa nas questões referentes à higiene, saúde, ocupação, relações, mesmo quando o cuidador observa o decréscimo das capacidades e habilidades do idoso” (Jungues, 2004, citado por Saquetto et al., 2013). Parafraseando Saquetto e colegas (2013), “é fundamental que familiares, cuidadores e profissionais de saúde eliminem a infantilização no trato com idosos, fenómeno notoriamente observado, com destaque à forte tendência a tratá-los como dependentes, alguém que não sabe decidir o melhor para a sua vida” (p. 523).

Eixo sociocomunitário

As redes sociais podem apresentar-se como uma estratégia privilegiada de intervenção junto da comunidade. O conceito de rede “é normalmente entendido como um grupo de vínculos que unem entre si os membros de um grupo”, ou seja, um conjunto de relações entre várias pessoas que se configura e, ao mesmo tempo, se tornam densas e se transformam (Calado, 2004, p. 64). As redes podem ser entendidas como estruturas sociais e aqui apresentam-se “como um conjunto de nós (ou de membros do sistema social) e conjuntos de laços que representam as suas interconexões” (Wellman, & Berkovitz, 1991, citados por Portugal, 2007, p. 6).

Segundo Wasserman e Faust (1999, citados por Portugal, 2007), existe um conjunto de princípios que regulam o funcionamento de uma rede social, nomeadamente: “os actores e as suas acções são vistos como interdependentes e não como unidades independentes e autónomas” e que “os laços relacionais entre actores são canais onde circulam fluxos de recursos (materiais e imateriais)” (p. 6-7). Isto é, para que uma rede seja efetiva, é necessário valorizar as competências, os saberes e recursos de cada um dos profissionais/instituições, pois estes são elementos fundamentais para uma ação integrada e qualificada no apoio à comunidade e, em particular, à pessoa idosa.

Considerando também que as pessoas idosas podem apresentar múltiplas patologias crónicas, para as quais o tradicional serviço de saúde se encontra mal preparado, torna-se particularmente relevante a reorganização dos cuidados em função da gestão e da prevenção das situações crónicas. Para tal,

deve criar-se modos de articulação de serviços de saúde, sociais e outros, particularmente, de habitação, e de tecnologias de apoio, de modo a prestar um serviço coordenado de cuidados centrados no indivíduo, adequando-se às suas necessidades e recursos (WHO, 2001).

Como boas práticas para ampliar a utilidade da conferência em rede podem ser úteis:

- ♦ A identificação de um profissional que funcione como gestor de caso.
- ♦ As discussões e análises cuidadas de casos terem por base a identificação das potencialidades, das necessidades e das características particulares dos sujeitos. Pois, como verificámos no estudo quantitativo, há um conjunto de características individuais que parecem ser mediadoras do processo de literacia em saúde. Neste sentido, é necessário atender, por exemplo, ao grau de escolaridade, ao estado civil, à percepção da sua qualidade de vida, etc. dos sujeitos.

No acesso à saúde também é necessário identificar os obstáculos ao mesmo, em sequência, por exemplo, de dificuldades financeiras deste público específico. O custo dos medicamentos, o acesso à saúde oral, ou o acesso a ajudas técnicas/tecnologias de apoio, são exemplos de áreas em que os obstáculos de ordem financeira são potencialmente problemáticos no caso português.

- ♦ A criação de espaços regulares de partilha de informação, de saberes e de recursos (exemplo, equipamentos sociais, materiais, projetos) entre profissionais relativamente à terceira idade.

Também se sugere o desenvolvimento de redes mistas, que incluam profissionais, cuidadores informais e pessoas idosas. Pois, como defendem Boaventura de Sousa Santos e colegas (2004), para se impor uma dinâmica permanente de democratização da ciência é necessário “uma luta por um diálogo cada vez mais amplo e profundo entre cientistas e cidadãos, entre ciência e cidadania” (p. 47). Salienta-se ainda a importância da existência de uma estrutura e/ou Gabinete de Apoio à pessoa idosa que integre respostas de diferentes domínios, como a saúde, finanças, apoio jurídico.

Também Osvaldo Santos e colegas (2007), no estudo sobre a satisfação dos utentes e profissional relativamente aos Centros de Saúde, propõem a existência de “um serviço específico de prestação de apoio aos idosos, nomeadamente, gabinetes de informação e marcação de consultas” (p. 233).

Uma alternativa seria, à semelhança do que acontece nas farmácias de serviço, poder instituir-se nas diferentes instituições da rede social (seja no âmbito da saúde, da intervenção psicossocial e da educação) um serviço rotativo de apoio à pessoa idosa para, por exemplo: auxiliar na leitura de uma receita,

de uma bula, no esclarecimento de uma doença, das condições de saúde, de mudanças de estilos de vida, etc.

Por fim, mas tão importante como as ações anteriormente narradas, é a criação do “Serviço Social de Comunidades” (Carmo, 2007), que se apresenta como uma estratégia que procura suscitar nas pessoas a tomada de consciência das necessidades e recursos, a reflexão crítica e promover a capacidade de organização dos recursos por parte da comunidade para responderem aos seus problemas e necessidades. Este processo implica que, na comunidade, sejam criados espaços onde o cidadão partilhe, reflita e questione sobre os seus problemas e as suas necessidades e, posteriormente, tome decisões para agir e transformar a realidade social. Estes espaços, segundo Saquetto e colegas (2013), configuram-se como uma “estratégia potencializadora para a saúde física e psíquica dos que os integram, ajudando-lhes a assumir, com consciência e autonomia, o processo de senescência e oferecendo-lhes referenciais simbólicos que reforçam sua valorização como pessoa e sua busca de novos sentidos para a vida” (p. 523).

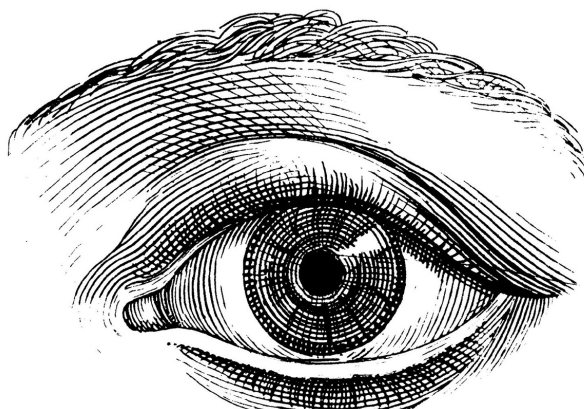


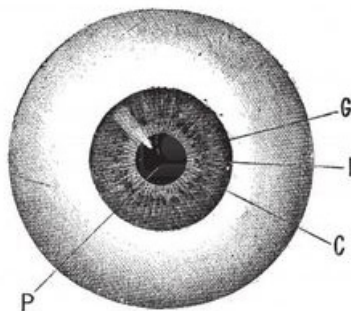
CONCLUSÕES

Este *Manual de Boas Práticas* pretende oferecer um módico contributo para a melhor compreensão da literacia em saúde e das mudanças a imprimir para concretizar os princípios da autonomia, da justiça e da equidade na terceira idade.

Os resultados dos estudos levados a cabo, apesar de não poderem ser extrapolados para a generalidade da população portuguesa, permitiram lançar pistas para a reflexão, nomeadamente, sobre a literacia em saúde das pessoas idosas, sobre os desafios à promoção da literacia em saúde e, desta forma, propor um conjunto de boas práticas. Estas práticas poderão, pois, contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde e social como um todo, mas particularmente, para o grupo de pessoas idosas, grupo etário que mais cresce no país.

Como sublinhado, o acesso à informação e as oportunidades de aprendizagem, numa ótica de aprendizagem ao longo da vida, são fundamentais para facilitar a adaptação das pessoas idosas aos desafios quotidianos, potenciando as capacidades, os recursos e a confiança necessários à manutenção da independência e integral participação social.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. C. F. d. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos - Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa

Almeida A. B. A., & Aguiar M. G. G. (2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Revista Bioética*, 19(1), 197-217.

Alves, A. I. A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Escola de Saúde Pública.

An, S., & Muturi, N. (2011). Subjective health literacy and older adults' assessment of direct-to-consumer prescription drug ads. *J Health Commun*, 16(3), 242-255.

Andrus, M., & Roth, M. (2002). Health Literacy: a review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302.

Antunes, M. H. (2012). Os Projetos Europeus LARA, PEER, VINTAGE e ForAge: A Aprendizagem e o Envelhecimento. In Colóquio, "A arte de bem envelhecer: perspectivas do envelhecimento ativo". Lisboa: Centro de Formação e Investigação em Psicologia.

Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In APDIS (Ed.), *XI Jornadas APDIS - as bibliotecas da saúde: que futuro?* (pp. 123-133). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Baker, D. W., Gazmararian, J.A., Sudano J. & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 368-374.

- Bennett, I., Chen, J., Soroui, J. & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calado, D. F. (2004). Velhice-Solidão ou a vida com sentido. In M. L. Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 51-72), Lisboa: CESDET.
- Carmo, H. (2007). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*. 112(1), 155-159.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Davis, H. & Fallowfield, L. (1994). *Counseling and communication in health care*. London: John Wiley & Sons.
- Díaz, J., Barreto, P., Galleto, J., Barbero, J., Bayés, R. & Barcia, J. (2009). Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochirurgica*, 151, 357-362.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Circular normativa, n.º13/DGCG.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130.
- Grilo, A. I. R. M. (2011). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências*. Tese de doutoramento não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Hammerschmidt K. S. A., & Lenardt M. H. (2010). Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 19(2), 358-65
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, 11(2), 113-122.
- Jólluskin, G., & Toldy, T. (2011). Autonomia e consentimento informado: um exercício de cidadania? *ANTROPOLógicas*, 12, 44-51.

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

Nunes, R. (s/d). *Consentimento informado*. Retirado em <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Consentimento%20Informado-RuiNunes.pdf>, a 12 de setembro de 2014.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 5(3), 259-267.

OMS (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.

Oswaldo, S., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., Charondière, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa.

Ownby, R. L., Waldrop-Valverde, D., & Taha, J. (2012). Why is health literacy related to health? An exploration among u.s. national assessment of adult literacy participants 40 years of age and older. *Educational Gerontology*, 38, 776-787.

Portugal, S. (2007). Contributos para a discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina CES*, n.º 271.

Reis, L. A. S. B. (2011). *O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa*. Tese de mestrado em Saúde e Desenvolvimento não publicada. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde. Prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora.

Santos, B. S., Meneses, M. P. G., & Nunes, J. A. (2004). Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In B. S. Santos (Org.). *Reinventar a emancipação social: para novos manifestos*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(3), 127-134.

Santos, O., Oliveira, A., Lunet, N., Azevedo, A., Paiva, D., Carvalho, C., & Carmo, I. (2010). *Newest Vital Sign – Adequação da escala para auto-administração em adolescentes portugueses*. Observatório Nacional da Obesidade e Controlo do peso. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E. L. S., Yarid, S. D., & Filho, D. L. G. (2013). Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, 21(3), 518-524.
- Sequeira, S. S., Eggermont, L. H., Silliman, R. A., Bickmore, T. W., Henault, L. E., Winter, M. R., . . . Paasche-Orlow, M. K. (2013). Limited health literacy and decline in executive function in older adults. *J Health Commun*, 18 Suppl 1, 143-157.
- Serrão, C., Paulo, A. L., & Lopes, B. (2014). A rede social como instrumento de mudança. In P. Delgado, S. Barros, C. Serrão, S. Veiga, T. Martins, A. J. Guedes, F. Diogo, & M. J. Araújo, *Pedagogia / Educação Social - Teorias & Práticas. Espaços de investigação, formação e ação* (pp. 29-33). Porto: Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto.
- Shapiro, S., Lancee, W. & Richards-Bentley, C. (2009). Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Medical Education*, 9, 11.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communication with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing Editor's.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc*, 54(5), 770-776.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Thorne, S., Bultz, B., & Baile, W. (2005). In there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14, 875-884.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646-1658.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHO-QOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Veiga, L. & Gondim, S.M.G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15.

Veras, R. (2007). Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2463-2466.

Wallace, L. S. (2004). The Impact of Limited Literacy on Health Promotion in the Elderly. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 1-4.

Weiss, B.D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A, Pignone, M. P., Mockbee, J. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.

Wilson, P., Leitner, C., & Moussalli, A. (2004). *Mapping the Potential of eHealth: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services*. Maastricht: European Institute of Public Administration.

Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*, 165, 1946-1952.

World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Switzerland.

World Health Organization (2001). Innovative care for chronic conditions. Meeting report. Geneva: WHO.

ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS

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

Literacia em saúde: pessoas idosas

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

Práticas profissionais

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

Literacia em saúde:

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

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

Soluções/ recomendações/ boas práticas

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

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

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

fev 2014 > fev 2015

EQUIPA DO PROJETO

Doutora Carla Serrão ♦ Coordenadora

Doutora Sofia Veiga ♦ Investigadora

Dr.^a Isabel Vieira ♦ Investigadora

Dr.^a Vera Almeida ♦ Investigadora

Dr.^a Sara Ribeiro ♦ Investigadora

Dr.^a Daniela Santos ♦ Investigadora

Doutora Joana Cadima ♦ Investigadora

Dr.^a Sara Ralha ♦ Investigadora

Dr.^a Patrícia Fonseca ♦ Investigadora

Doutor António Marques ♦ Investigador

ESE | POLITÉCNICO
DO PORTO

ESTSP | POLITÉCNICO
DO PORTO



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN



LITERACIA EM SAÚDE

FICHA TÉCNICA

título	Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade
autor	Carla Serrão [coord.]
edição	Projeto Literacia em Saúde
ISBN	978-972-8969-07-3
depósito legal	
design gráfico	Gil Maia & Sara Botelho
impressão & acabamento	Tipografia Lessa
tiragem	3000
data	dezembro 2014

Projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian

