

LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA 2022

Carlos Lopes & Cristina Vaz de Almeida
Coordenadores

Prefácio
Kristine Sørensen
Global Health Literacy Academy



LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA 2022

TÍTULO: LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA 2022
EDITORES: CARLOS LOPES / CRISTINA VAZ DE ALMEIDA
REVISÃO EDITORIAL: MARIA LUZ ANTUNES

© ISPA, CRL
RUA JARDIM DO TABACO, 34 • 1149-041 LISBOA
1ª EDIÇÃO: DEZEMBRO DE 2022

COMPOSIÇÃO: ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

ISBN: 978-989-8384-85-0

LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA 2022

COORDENADORES:

Carlos Lopes

Cristina Vaz de Almeida

Edições ISPA

2022

Í N D I C E

Lista de autores	9
Prefácio	
Health literacy – A key to social change for better health and well-being Kristine Sørensen	11
Introdução	
O papel da literacia em saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde Carlos Lopes / Cristina Vaz de Almeida	15
I. PERSPETIVAS EM LITERACIA EM SAÚDE	
O modelo ACP e a experiência do paciente como caminho para uma melhor literacia em saúde Cristina Vaz de Almeida	31
II. LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA	
Estatuto do cuidador informal: Aceder, compreender, avaliar e usar	
Um contributo prático da literacia em saúde dirigido ao cuidador informal Carla Nascimento / Clara Jasmims / Isabel Fernandes / Raquel Silva / Rui Nogueira	49
Como posso socorrer o meu amigo? Primeiros socorros:	
Uma estratégia de literacia em saúde nas escolas Beatriz Gonçalves / Eliana Rocha / Helena Sampaio / Mariana Fonseca / Rita Francisco	67
Perceção dos profissionais sobre a perceção que as pessoas com artrite reumatóide têm acerca desta doença Catarina Marques / Graça Feio / Patrícia Macedo Simões	123
Literacia em saúde na prevenção da hipertensão arterial em jovens adultos Carla Bernardes / Diogo Santos / Paula Taborda / Susana Barrambana	175

Lista de Autores

Beatriz Rodrigues Gonçalves | Assistente Social, Município de Albufeira.

Carla Bernardes | Enfermeira na Força Aérea Brasileira e Consultora Técnica Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimentos no Ministério da Saúde do Brasil. Mestre e Doutora em Enfermagem. Membro da IHLA e REBRALS.

Carla Nascimento | Doutora em Educação. Mestre em Enfermagem e em Ciências de Educação. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Carlos Lopes | Professor Auxiliar, Diretor da Pós-Graduação em Literacia em Saúde na Prática, Ispa – Instituto Universitário. Investigador integrado no APPsyCI.

Catarina Marques | Licenciada em Antropologia, com Pós-Graduação em Gestão Executiva de Projetos. Técnica superior na Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, no Ministério da Educação. Vice-Presidente Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas e Coordenadora do Núcleo da Dor.

Clara Jasmims | Médica de Família. Docente afiliada da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar na NOVA Medical School.

Cristina Vaz de Almeida | Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde na Prática, Ispa – Instituto Universitário.

Diogo Santos | Médico Interno de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar do Arco.

Eliana Rocha | Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, Urgência Pediátrica, Hospital Fernando Fonseca.

Graça Feio | Licenciada em Enfermagem. Pós-graduação Enfermagem do Trabalho e em Gestão em Enfermagem. Enfermeira numa Unidade de Saúde Pública.

Helena Alves de Carvalho Sampaio | Nutricionista. Professora Emérita no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará – Brasil.

Isabel Fernandes | Psicóloga Clínica com especialidade em Psicologia da Saúde, Intervenção Comunitária e Psicoterapia.

Kristine Sørensen | Global Health Literacy Academy.

Mariana Fonseca | Fisioterapeuta na Clínica Fisiart em Castelo Branco.

Patrícia Macedo Simões | Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Médica interna de formação específica em Medicina Interna no Hospital Distrital de Santarém.

Paula Taborda | Especialista em Enfermagem Comunitária. Trabalha atualmente na UCSP de Alcochete, pertence ao Aces do Arco Ribeirinho.

Raquel Silva | Doutora em Linguística pela NOVA FCSH. Responsável pela área de Literacia em Saúde no Value For Health CoLAB e investigadora no Centro de Linguística da Universidade NOVA de Lisboa.

Rita Francisco | Investigadora na Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT) e na rede internacional de investigação CDG & Allies-PPAIN, Universidade NOVA de Lisboa.

Rui Nogueira | Presidente da Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Médico de família. Assistente Graduado Sénior.

Susana Barrambana | Especialista em Medicina Geral e Familiar, tendo concluído o seu internato em 2021 na USF Santiago de Palmela.

PREFÁCIO

Health literacy –
A key to social change for better health and well-being

Kristine Sørensen

“Health is not everything but without health everything is nothing”
Schopenhauer

On top of the art museum AROS in Aarhus, Denmark, where I live, there is a gigantic circle-formed rainbow in which you can walk and look out at the city. The multi-colored glass makes you look at the world around us in a new way. Likewise, with health literacy. When you adopt the concept of health literacy and start applying it as a lens to the work we do within health care, disease prevention and health promotion; it becomes clear that we can do so much more to make people thrive, not only survive. During the COVID-19 pandemic, it was apparent how important health is for everything. The pandemic is threatening people’s lives, their health and well-being but also the societal infra-structure, even in well-functioning welfare societies. We needed to quickly adapt to new knowledge and practices to keep the illness at bay.

Health literacy entails the knowledge, motivation, and competencies to access, understand, appraise, and apply information to form judgement and make decisions concerning health care, disease prevention and health promotion in everyday life to maintain and promote quality of life during the life course, often with support of health providers. Amidst the pandemic, we needed to find new ways of keeping ourselves fit, changing the way we interacted with others in order not to get infected, keeping focus on hygiene and physical distances, following the new research that was shared about the virus and the disease, and yet, being aware of fake news and silo-thinking. At times,

it has been tiresome and lonely to be part of the disruptive new ways of living; yet also a reminder about what really matters, namely the good life with work, family and friends. Even before the pandemic, there were threats to the good life. The burden of non-communicable diseases was growing, the adherence to health education was lacking; and new digital habits hampered physical activity, particularly among children and adolescents.

Importantly, health literacy is developed during the life course. It is influenced by personal, situational, and cultural factors and impacts people's health service use, health status and behaviour, engagement in health as well as enabling equity and sustainability. Research has revealed how people with higher education and higher socio-economic status have better opportunities than others. While much has happened in the past decades and especially in the last ten years in Europe; health literacy is still a neglected public health challenge in many countries. Health literacy is content and context specific and can be measured in many ways. The European Health Literacy Survey from 2021 showed the state of the art related to general health literacy in 17 European countries. It confirms that health literacy leads to increased health status, decreased hospitalization, increased preventive measures, increased quality of care, and increased active participation in health hand well-being. However, health literacy is also influenced by the way health is provided from a societal point of view. Some feel empowered when they interact with health systems; while others feel stupid and stressed. Mostly, health services are not designed to meet people's health literacy needs. Instead, they provide standardized solutions that may benefit some but not all.

Health literacy can be a catalyst of change and act as an accelerator of the sustainable development goals by being recognized and promoted actively by all stakeholders involved in the provision of health. While people can be empowered by strengthening their health literacy to match the complexity of health systems today; it is also necessary to redesign health systems to fully comply to people's needs. Many health systems today are compartmentalized and specialized leaving little

opportunity for holistic and people-centered approaches to treatment and prevention. New thinking is needed to make a better match according to people's needs. It means facilitating a new way of distributing resources where some seemingly receive different levels of services than others to cope and grow.

Health literacy can be improved by designing better visuals, signs, and forms. It can also be promoted through communication in clear language and focus on making patient journeys and access to services smoother and comforting. Lastly, it can be advanced through strategic planning and societal values embracing people-centered care. Health literacy is thus a political choice which requires strong leadership and a focus on what is needed. Examples of health literacy actions include health literacy policy goals, health literacy action plans, health literate organizations, and health literate workforces. Health literacy is a multi-sectoral endeavor that includes e.g., building health literacy in schools, designing new health healthy cities and engaging people as co-creators when it comes to personal health and health of communities.

The capacity building needed to enhance health literacy is immense, however, if we succeed, we will be able to save time, costs, and lives. The health literacy movement is constantly growing engaging champions from many fields and sectors. The International Health Literacy Association welcomes everyone to be part of the vibrant community to enhance local and national efforts. Health literacy champions face the challenge of health literacy gaps and strive to be the change to leave no one behind. Thanks for your commitment!

Como citar?

Sørensen, K. (2022). Prefácio. Health literacy: A key to social change for better health and well-being. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 11-13). Edições ISPA [ebook].

INTRODUÇÃO

O papel da literacia em saúde na prevenção da doença
e na proteção e promoção da saúde

Carlos Lopes / Cristina Vaz de Almeida

I

No início de 2020, o mundo viveu uma inesperada crise sanitária. De repente, as nossas vidas mudaram dramaticamente à medida que o novo coronavírus, SARS-CoV-2, se propagou amplamente, levando à declaração da pandemia pela Organização Mundial da Saúde. O início de uma nova ameaça infecciosa, numa época em que as doenças infecciosas já não eram uma preocupação pública, suscitou velhos receios. A atual capacidade tecnológica não era suficiente para proteger as pessoas de doenças e mesmo da morte. O impacto total estendeu-se longe das questões da saúde aos níveis social, económico e político (Silva & Santos, 2021).

O rápido desenvolvimento da doença do coronavírus exigia que as pessoas adquirissem informação de saúde e a aplicassem, adaptando o seu comportamento a um ritmo rápido. Uma vez que a vacinação continua a decorrer, e na ausência de um tratamento específico, a adoção de intervenções de saúde pública não farmacológicas tornou-se realmente importante para combater a COVID-19, retardando a transmissão do vírus (Silva & Santos, 2021).

Neste sentido, a literacia em saúde tornou-se mais relevante do que nunca.

A literacia em saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acederem, compreenderem, avaliarem e aplicarem a informação acerca da saúde, de modo a formarem juízos e a tomarem decisões no quotidiano sobre

os cuidados de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida (Sørensen et al., 2012, p. 23).

Nos últimos anos, a literacia em saúde assumiu um papel importante na comunicação sobre saúde, deixando o aspeto do conhecimento simples para uma perceção mais funcional da ativação dos indivíduos para melhores comportamentos, ativando-os e não apenas ensinando-os (Arriaga, 2019; Nutbem, 2000). Mais do que aquilo que cada pessoa sabe, importa o que cada pessoa faz. Esta maior complexidade levou a uma nova definição proposta por Berkman, separando a literacia de saúde da inteligência, acrescentando importância às capacidades de comunicação oral como componente crítica da literacia em saúde, e eliminando o termo “noções básicas” (Berkman et al., 2010).

A literacia em saúde não é meramente uma função das competências básicas. Inclui a capacidade de comunicar sobre questões de saúde, dependendo de fatores individuais e sistémicos, como crenças, cultura, educação e organização dos serviços de saúde, enquadrados pelas necessidades e exigências do contexto dos cuidados de saúde (Sørensen, 2019). A literacia é um determinante relevante para a saúde, capacitando os indivíduos a participar e a agir nos seus próprios cuidados de saúde (Sørensen, 2019), com um impacto nos resultados em termos de saúde. Além disso, a literacia em saúde melhora a saúde e o bem-estar, aborda as desigualdades na saúde, e constrói a resiliência individual e comunitária (Sørensen, 2019).

A revisão de literatura de Antunes e Lopes (2018) evidenciou o papel da literacia em saúde na promoção e racionalização de custos na saúde: permite aos indivíduos tomar melhores decisões em matéria de saúde e ter um compromisso mais forte e níveis de eficiência mais elevados. Por outro lado, a baixa literacia está associada a maior mortalidade, maior morbidade, maiores taxas de depressão e menor aderência a medicamentos, e geralmente está correlacionada com falta de educação, pobreza, desemprego e baixo estatuto socioeconómico. Não obstante, mesmo aqueles com educação e rendimentos preeminentes

podem ter baixa literacia em saúde quando experimentam algo pela primeira vez (Antunes & Lopes, 2018).

O estudo transversal de Silva e Santos (2021) sobre o impacto da saúde no conhecimento e nas atitudes face às estratégias preventivas contra a COVID-19 evidenciou que desde o início da pandemia se constata a seguinte realidade: uma grande quantidade de novos dados diários foi entregue ao público a partir de numerosas fontes oficiais e não oficiais. Comentários e explicações de muitos peritos e formadores de opinião invadiram as notícias, por vezes de uma forma contraditória. A sobressaturação dificultou a distinção entre informação correta e errada, permitindo a introdução de conceitos errados e crenças erradas, muitas vezes sob a capa de discursos quase científicos. Além disso, a forma como as pessoas acedem à informação tem mudado ao longo dos anos. As fontes de informação são cruciais para enquadrar a forma de chegar às pessoas. Para a população mais jovem, a Internet substituiu os meios de comunicação clássicos como a fonte preferida de informação de massa, com conteúdos facilmente acessíveis e abrangentes. Contudo, a Internet está associada a níveis de literacia em saúde mais baixos, devido à quantidade de informação falsa que é divulgada sem revisão e avaliação técnica. Estudos recentes sobre literacia de saúde digital sobre a COVID-19 mostram que, embora os estudantes geralmente atinjam níveis elevados, são incapazes de fazer julgamentos sobre a fiabilidade da informação de saúde em linha (Silva & Santos, 2021). Sem informação verdadeira não há liberdade real para decidir. Na maioria das vezes, esta falta de autonomia resulta em baixa adesão e mesmo rejeição das medidas preventivas de saúde. Consequentemente, muitas pessoas adotaram comportamentos errados contra a COVID-19 (Silva & Santos, 2021).

A literacia em saúde, tanto no conhecimento como no comportamento, é a chave para uma medicina preventiva eficaz e o caminho para uma maior justiça e equidade na sociedade como medida a longo prazo (Silva & Santos, 2021).

II

A Literacia em Saúde (LS) refere-se ao empoderamento e às competências dos indivíduos e da população em geral para navegar nas várias áreas dos cuidados de saúde, para tomar decisões relativas à sua saúde na vida quotidiana num contexto individual, familiar ou social. Devido ao processo dinâmico da literacia em saúde, os profissionais de saúde necessitam de um conjunto de competências e informação real que lhes permita adaptar-se ao cenário mutável da literacia das pessoas, de forma a capacitá-las nas áreas de que necessitam.

A LS tem vindo a ganhar reconhecimento no panorama nacional e internacional como um fator de impacto nos ganhos em saúde das populações, sendo Portugal, hoje, uma referência internacional neste sentido (ver também Antunes & Lopes, 2018).

A publicação *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*, editada pela Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019a), assinala um decisivo passo de afirmação da literacia em saúde no nosso país. Ambos os documentos visam a capacitação dos profissionais de saúde na melhoria dos níveis de literacia em saúde e na promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde, representando um desafio de saúde pública em Portugal (Lopes & Vaz de Almeida, 2021).

A DGS (2019b) apresentou o *Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021*, que pretende definir uma abordagem ao longo do ciclo de vida, intergeracional, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos. Este Plano é ambicioso, assenta em quatro prioridades e objetivos: (a) adotar estilos de vida saudável (contexto diário); (b) capacitar para a utilização adequada (do sistema de saúde); (c) promover o bem-estar (na doença crónica); e (d) promover o conhecimento e a investigação. A sua concretização será realizada em estreita articulação com os parceiros e com os cidadãos, através do cumprimento de um conjunto alargado de medidas e metas que visam o aumento sustentado dos níveis de LI, promovendo, de forma direta,

a autogestão informada dos processos de saúde e a melhoria dos níveis de saúde da população portuguesa.

Mais recentemente, a publicação *Literacia em Saúde e a COVID-19: Plano, prática e desafios* (DGS, 2020) mostra de forma clara a importância de se considerar na definição de LS, para além do “conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde”, a importância de criar contextos de oportunidade e ativar as pessoas, comunidades e a população a adotar comportamentos de prevenção da doença e proteção e promoção da saúde (Arriaga, 2019). É conhecido o impacto da intervenção da LS no âmbito da melhoria dos indicadores relativos às doenças crónicas não transmissíveis, o que indica que a transversalidade das intervenções e a antecipação dos períodos críticos surgem como condições centrais na capacitação das pessoas para a gestão e controlo da sua saúde, informação-chave para a adequação de intervenções noutros contextos, como a intervenção em doenças transmissíveis. Face a uma situação de pandemia como a que vivemos, o papel da LS na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde, alinhado de forma estreita com a comunicação de risco e a comunicação de crise e o estudo dos *behavioural insights*, surge como sendo a abordagem mais eficaz, tendo como melhor resposta o comportamento adequado das populações (Arriaga, 2019).

A DGS (2021) publicou o estudo *Níveis de Literacia em Saúde*. As conclusões, baseadas numa amostra representativa da população portuguesa, sugerem que sete em cada dez pessoas apresentam altos níveis de LS. A LS relacionada com a promoção de saúde ultrapassou os níveis obtidos no indicador de LS geral. O aspeto da “compreensão da informação” apresentou os maiores níveis de LS, excedendo os 75% categorizados como tendo excelentes e suficientes níveis de LS. Para além disso, a LS associada à vacinação excedeu os 70% de pessoas categorizadas com níveis excelentes e suficientes de LS.

Os estudos portugueses sobre a avaliação em LS (e.g., Arriaga, 2019; DGS, 2021; Pedro, 2018) reforçam a necessidade de apoiar e promover o aumento dos níveis de LS da população portuguesa, sendo

esta uma oportunidade estratégica de ganhos em saúde, numa verdadeira abordagem de *health in all policies* (Arriaga, 2019; DGS, 2019a, 2021).

Em síntese, a problemática da LS não é um problema individual, é sistémica e carece de uma abordagem holística (Vaz de Almeida, 2019), pelo que a concretização de uma estratégia nacional de LS deve ser feita em cinco eixos estratégicos, segundo o estudo realizado por Pedro (2018): (a) incluir a LS no próprio sistema; (b) assegurar o acesso à informação e a sua gestão; (c) assegurar uma comunicação efetiva; (d) integrar a LS na educação; e (e) garantir a sustentabilidade das iniciativas.

III

A formação nesta área apresenta-se como estratégica para contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que delas dependem e à da sua comunidade.

Foi neste contexto que nasceu, em 2018, a pós-graduação em Literacia em Saúde na prática: Modelos, Estratégias e Intervenção, organizada pela Formação Ispa – Instituto Universitário. Esta pós-graduação tem como objetivo capacitar, desenvolver e aprofundar os conhecimentos dos profissionais nesta área emergente, atualmente integrada no Programa Nacional de Saúde. Esta especialização visa proporcionar aos participantes uma compreensão analítica da diversidade de soluções existentes para o desenvolvimento da LS em Portugal, dotando-os de um conjunto de competências e conhecimentos e de instrumentos e ferramentas para aplicação e adaptação a situações específicas em saúde. Procura trabalhar e aplicar novos saberes, novas técnicas, para uma mais eficaz mediação na gestão de conflitos em saúde; técnicas mais adequadas para melhorar os processos de comunicação entre os vários intervenientes na saúde, seja entre os

profissionais e estes e o doente, nomeadamente nas questões da segurança em saúde, seja em organizações públicas ou privadas e intra e entre equipas de trabalho multiprofissionais (Lopes & Vaz de Almeida, 2019, 2021).

Esta formação pós-graduada tem por base uma visão holística da relação humana, através de um plano de estudos com um carácter interdisciplinar, beneficiando de conceitos, modelos, teorias e técnicas de diferentes áreas científicas. Em paralelo, enfatiza uma aprendizagem experiencial, ativa e aberta ao espaço relacional, assente nos seguintes objetivos:

- Capacitar e envolver, influenciar e apoiar decisões em saúde;
- Desenvolver competências para a elaboração de planos e projetos em saúde que promovam a LS;
- Desenvolver ações de promoção de estilos de vida saudável;
- Desenvolver competências na mediação e gestão de conflitos;
- Fomentar as aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde;
- Desenvolver competências e estratégias comunicacionais e de informação para melhoria da literacia em saúde do cidadão;
- Propor soluções de maior interatividade e competências digitais que promovam uma maior LS.

Em suma, o investimento na LS exige um esforço duplo. Ao nível individual, a LS das pessoas poderá ser desenvolvida através da educação e da formação de adultos, através do desenvolvimento comunitário e do fortalecimento da educação, comunicação e participação em contextos de trabalho. No entanto, o impacto mais significativo poderá ser visto através de uma resposta crescente dos sistemas de saúde em relação às necessidades dos cidadãos. Nas palavras de Sørensen (2019), implica uma transformação do sistema de saúde, que se foca no atendimento centrado nas pessoas, num tratamento personalizado e numa compreensão do contexto mais amplo e das condições de vida em que os cidadãos se encontram, garantindo que as suas necessidades são avaliadas de uma maneira

muito mais específica do que a prática atual. O resultado facilitará a confiança, o compromisso, o investimento, a satisfação e os melhores resultados em saúde.

Em síntese, a formação em LS apresenta-se como estratégica para contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que delas dependem e à da sua comunidade.

IV

O livro *Literacia da Saúde na Prática – 2022*, em formato de ebook, apresenta os trabalhos do 2.º Encontro em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias, Intervenção, realizado no Ispa – Instituto Universitário, no dia 27 de novembro de 2021, organizado pela direção da pós-graduação em Literacia em Saúde na Prática, da Formação Ispa. Participaram neste evento a Professora Kristine Sørensen (Global Health Literacy Academy) e todos os profissionais de saúde que frequentaram esta especialização.

Este *ebook*, editado pelo Centro de Edições do ISPA, procura, assim, uma vez mais, testemunhar a importância da prática em LS. É constituído por duas partes. A primeira composta por um conjunto de textos que visam apresentar as novas perspetivas da LS em contexto nacional e internacional. A segunda parte apresenta um conjunto de projetos aplicados que focam diferentes competências a desenvolver em LS na prática, nomeadamente:

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências nas metodologias e técnicas de avaliação em LS;
- Implementação nas organizações de programas de LS, através de metodologias que permitam a conceção, elaboração, monitorização e avaliação de planos de ação;
- Desenvolver técnicas de linguagem assertiva e comportamento positivo para mudar comportamentos e atitudes;

- Potenciar o *empowerment* do cidadão, nomeadamente nas competências digitais e contribuir para melhorar a educação para a saúde;
- Desenvolver estratégias de comunicação e informação em saúde para conseguir maior adesão terapêutica com doentes;
- Desenvolver técnicas para melhorar o relacionamento entre profissionais de saúde;
- Desenvolver competências para tornar executáveis as orientações do Programa Nacional de Saúde, em particular o reforço do papel do cidadão e as estratégias de ativação do cuidador informal.

Numa obra recente, o *International Handbook of Health Literacy: Research practice and policy across the lifespan*, Sørensen (2019) refere tratar-se de uma responsabilidade desafiadora para os profissionais de saúde integrar a LS do cidadão como parte dos cuidados de saúde centrados nas pessoas. Trabalhar num sistema de saúde que está sob pressão financeira e se concentra nos custos dos serviços e não nos custos humanos exige novas perspetivas sobre como trabalhar com os doentes e as pessoas na sociedade em geral. As novas perspetivas incluem assumir a liderança para mudar o *status quo*, conhecer o objetivo e a escala do impacto da LI na vida das pessoas, ser capaz de definir a direção da mudança, reconhecer a importância do diálogo e de como a comunicação e a cultura estão interligadas, e, finalmente, integrar a dignidade humana, como ponto de partida e de compromisso dos profissionais de saúde em garantir o bem-estar dos cidadãos.

Num artigo de opinião recentemente publicado no jornal Público, o médico Jaime Correia de Sousa alerta para a importância crucial da LS em Portugal, enfatizando que a “decisão partilhada entre um profissional de saúde centrada na pessoa e um cidadão informado, com boa LS, aumenta a eficácia dos cuidados de saúde. Acrescenta:

“A necessidade do envolvimento da pessoa nos seus próprios cuidados provém da constatação de que pessoas com maior literacia em saúde, que percebem melhor o que se pode fazer para prevenir doenças, que aderem a estilos de vida mais saudáveis, que são capazes de identificar adequadamente alterações iniciais preocupantes do seu estado de saúde, que, quando doentes, compreendem melhor a natureza da sua doença, a

forma como ela evolui e as suas possíveis complicações, que estão conscientes dos riscos envolvidos no uso inadequado ou na adesão incorreta à medicação, que estão mais capacitadas para lidar com a sua própria doença, obtêm melhores resultados em termos de qualidade de vida, menos complicações, menor recurso a cuidados de saúde e a internamentos hospitalares.” (Sousa, 2022, p. 8).

A LS é uma competência profissional crucial para a saúde no século XXI. É evidente, mensurável, viável e pode fazer a diferença para as pessoas, comunidades e sociedades. É relevante para todos os profissionais envolvidos com a finalidade de melhorar a vida de outras pessoas (Sørensen, 2019).

Destacamos ainda a criação em janeiro de 2022 da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) que veio reforçar a força da literacia em saúde em Portugal, aglutinando capital intelectual nesta matéria e tornando mais transparente e eficaz a disseminação da literacia em saúde, seja através de projetos implementados a nível nacional, incluindo as Ilhas, como a própria visibilidade dos seus especialistas, que, através desta sociedade científica conseguem mais firmemente alavancar intervenções e resultados em saúde e qualidade de vida para o cidadão.

V

Um livro com esta temática tem uma dívida inestimável para com os profissionais da saúde, docentes, investigadores, estudantes e amigos (muitos dos quais se enquadram nestas categorias) que influenciaram e ajudaram os autores. Gostaríamos, em especial, de agradecer o apoio, assim como a todos aqueles que participaram na elaboração desta obra, partilhando connosco os seus saberes, aos profissionais que contribuíram para a edição deste livro e aos seus autores.

Agradecemos à Professora Kristine Sørensen, pioneira a nível mundial sobre a importância de cada um de nós disseminar a LS como vetor de cidadania e de mudança social, a disponibilidade para escrever o

prefácio desta obra, assim como os contributos inestimáveis dos professores que fizeram parte desta 3ª edição da pós-graduação em Literacia em Saúde na Prática.

A revisão de um livro é sempre uma tarefa árdua e de concentração máxima. Gostaríamos de agradecer à doutoranda Maria da Luz Antunes, pela sua disponibilidade e rigor na revisão do manuscrito.

Agradecemos aos Professores José Carvalho Teixeira e Miguel Tecedeiro, Diretores da Formação Ispa, todo o estímulo e suporte na realização desta publicação em formato de *ebook*. Uma palavra de apreço aos docentes que fizeram parte deste projeto nas primeiras edições: Professora Catarina Ramos e o Enfermeiro Fernando Barroso.

Por fim, um agradecimento especial aos nossos formandos-autores desta obra: Beatriz Rodrigues Gonçalves, Carla Nascimento, Clara Jasmins, Eliana Rocha, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Isabel Fernandes, Mariana Fonseca, Raquel Silva, Rita Francisco e Rui Nogueira – especialistas pioneiros na afirmação da literacia em saúde na prática em Portugal.

O nosso profundo agradecimento.

Os Coordenadores

Lisboa, dezembro de 2022

Referências

- Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 43-63). Edições ISPA. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/9232>
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Edições ISPA [ebook]. <http://hdl.handle.net/10400.12/7658>

- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it?. *Journal of Health Communication, 15*, 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019a). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019b). *Plano de ação para a literacia em saúde, 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Literacia em saúde e a COVID-19: Plano, prática e desafios. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/literacia-em-saude-e-a-covid-19-plano-pratica-e-desafios-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). *Níveis de literacia em saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Lopes, C., & Vaz de Almeida, C. (Eds.). (2019). *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção*. Edições Ispa. <http://hdl.handle.net/10400.12/7305>
- Lopes, C., & Vaz de Almeida, C. (2021). Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção. In I. Leal & J. L. Pais Ribeiro (Eds.), *Manual de psicologia da saúde* (Cap. 44, pp. 363-372). Factor.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pedro, A. R. (2018). *Literacia em saúde: Da gestão da informação à decisão inteligente* (Tese de Doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
- Silva, M. J., & Santos, P. (2021). The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against COVID-19: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5421. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>
- Sousa, J. M. (2022, 8 de setembro). *Opinião: Literacia em saúde*. Público. <https://www.publico.pt/2022/09/08/opiniao/opiniao/literacia-saude-2019738>

- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds.), *International handbook of health literacy: Research practice and policy across the lifespan* (pp. 5-20). Policy Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7662>

Como citar?

Lopes, C. A., & Vaz de Almeida, C. (2022). Introdução: O papel da Literacia em Saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 15-27). Edições ISPA [ebook].

PARTE I

Perspetivas em Literacia em Saúde

O MODELO ACP E A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COMO CAMINHO PARA UMA MELHOR LITERACIA EM SAÚDE

Cristina Vaz de Almeida

O esforço de desenvolvimento da literacia em saúde assente no reforço das competências clínicas, através das competências comunicativas permite estruturar de forma mais robusta o acesso, compreensão e uso dos recursos em saúde pelo paciente, assim como a sua navegabilidade no sistema de saúde, proporcionando-lhe uma melhor e mais satisfatória experiência no sistema de saúde num contexto maior em que este se insere.

Seguimos o Modelo de Literacia em Saúde de Sørensen et al. (2012) com ajustamentos no que diz respeito à definição de “competências”.

Conceito de literacia em saúde

Relaciona-se com o desenvolvimento do conhecimento, competências e motivações dos indivíduos para melhor acederem, compreenderem, usarem avaliarem, interpretar o sistema de saúde, por forma a tomarem decisões fundamentadas e adequadas ao seu caso, para manterem a sua saúde no seu ciclo de vida.

A avaliação destes fatores mostra que, o conceito de competências, sendo um constructo (OCDE, 2005) já integra o “Conhecimento” que corresponde ao “saber”; as “Capacidades”, que se relacionam com o “fazer” e os “Atributos Pessoais”, ligados ao “ser” e às características individuais de quem toma decisões.

Assim considera-se que no conceito de literacia em saúde poderia retirar-se a palavra “conhecimento”, uma vez que este conceito se integra no sentido mais amplo das “competências”.

A importância de se considerarem as “decisões fundamentadas e adequadas” pressupõe ainda um grau de responsabilidade sobre as mesmas, estando assim este conceito de LS a referir-se a pessoas adultas, acima dos 18 anos, e sem perturbações cognitivas.

Considera-se assim, na definição, a importância da motivação, que estimula e empurra para a ação, daí os fatores cognitivos da aprendizagem estarem relacionados com os fatores emocionais e afetivos que implicam uma melhor memorização.

As competências de comunicação em saúde

As competências de comunicação integram competências interpessoais, verbais e não verbais baseadas num comportamento assertivo, claro e positivo de autoconhecimento, de saber ouvir e compreender o outro e saber questionar (Beckman et al., 2012; Hargie & Dickson 2004; Peneva & Mavrodiev, 2013).

Face às suas características, estas competências táticas (capacidades específicas) e estratégicas (aptidões conceptuais), podem ser aprendidas e desenvolvidas, como prática integrante e estruturante, dos conteúdos da relação terapêutica, por parte do profissional e com efeitos benéficos para ambos (Cegala, 2011; Cegala et al., 1995; Kripalani et al., 2008; Kripalani & Weiss, 2006; Littlejohn, 1982).

A comunicação tem um grande nível de exigência quando se entra no campo complexo da linguagem utilizada na saúde (Cegala, 2003), fortemente dominada pelo seu caráter muito técnico e, muitas vezes, hermético (Jackson, 1992).

Evidenciam-se assim, benefícios assentes no mútuo respeito, partilha de decisão, maior satisfação e eficiência na comunicação entre o profissional e o paciente (Goode et al., 2006, p. 1; Rungapadiachy, 1999). Nestes públicos, incluem-se sujeitos com baixa literacia, sujeitos com incapacidades e migrantes.

Numa dimensão axiológica e valorativa, a comunicação é percebida pelos médicos como “fundamental” e pelos enfermeiros como “o pilar

de tudo” (Vaz de Almeida, 2020, p. 178). Quando lhe foi solicitado que explicassem este sentido, reforçam que a comunicação é o pilar, para que o doente consiga ser informado e entenda os objetivos em vista ao seu tratamento”.

Os profissionais têm evidenciado que “é a comunicação que constrói a relação terapêutica”, e numa valorização de uma necessária interdependência, a comunicação, a confiança, a proximidade e os seus resultados não se podem dissociar”. Entre os seus atributos, reforçam que comunicar é mais do que “muito importante”: “é essencial” (Vaz de Almeida, 2016).

A experiência do paciente

Segundo o Beryl Institute (2021), a experiência do paciente envolve um conjunto vasto de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde. Esta interação é realizada num determinado contexto que vai para além da saúde, integrando aspetos comunicativos, envolvência social, cultural, influência de fatores políticos, económicos e outros.

Numa abordagem dentro da qualidade dos cuidados de saúde, a experiência do paciente inclui vários aspetos da prestação de cuidados de saúde que os pacientes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados, como a obtenção de consultas pontuais, fácil acesso a informações e boa comunicação com os profissionais de saúde (Beryl Institute, 2021).

Quando se procede ao investimento na experiência do paciente, e por isso num cuidado centrado no paciente, os aspetos da literacia em saúde destacam-se em permanência. É por isso preocupação nesta “experiência”, que o paciente, o seu cuidador, família consigam aceder corretamente e facilmente ao sistema de saúde, compreendam as várias fases e conteúdos, e consigam usar esses recursos para, no final saírem satisfeito, e com um entendimento que os leve a tomarem boas ou acertadas decisões em saúde.

Quando se avaliar a experiência do paciente, integrando dimensões como a confiança, a eficácia e segurança, é essencial associar o bom fluido e claro processo comunicativo que estabelece as pontes entre o paciente e o sistema, as organizações e os profissionais.

A importância da experiência do paciente no sistema significa também que, quando um paciente compreende, também tende a agir de forma ativa, se tal lhe for solicitado, como por exemplo seguir instruções específicas sobre a sua saúde.

Quando se constrói essa experiência do paciente, está-se a trabalhar também na criação de expectativas, memórias, histórias, mudança de comportamento. E porque, tudo é comunicação (Watzlawick et al., 1967), tudo comunica, sendo essencial que os recetores de informação em saúde descodifiquem perfeitamente os emissores, mas que estes emitam as mensagens assertivas, claras e positivas.

E nesse sentido foi construído o Modelo ACP, que é um modelo de comunicação em saúde usado e validado para uma melhor literacia em saúde do cidadão.

O Modelo ACP e o contributo para a experiência do paciente

As competências de comunicação dos profissionais de saúde podem decidir bem-estar dos doentes (Vaz de Almeida & Belim, 2020, p. 202) e o profissional de saúde é o elemento mais forte na relação terapêutica (Vaz de Almeida, 2018).

E é através da prática de boas competências de comunicação em saúde entre profissionais e pacientes, que é possível fazer crescer uma relação significativa e fiável na relação terapêutica (Ranjan et al., 2015).

Apesar de alguns estudos sobre a comunicação na relação terapêutica e a elaboração de guíões para melhorar a comunicação, não há um padrão ou consenso definitivo nas profissões de saúde no que diz respeito à natureza das competências de comunicação (Spitzberg, 2013).

Aprender é motivação. Depende dos sinais de recompensa, num equilíbrio contante que fazemos entre a perda e o benefício esperado.

As três fases da motivação, de acordo com a teoria da autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) vão desde a total falta de motivação, em que o indivíduo não possui qualquer motivação para se envolver, possui sentimentos de incompetência ou de falta de compreensão do valor de uma atividade, e podemos dizer que se enquadra num público inativo; a motivação extrínseca, em que o indivíduo é estimulado à ação através de forças externas, como dinheiro, *status*, ou elogios de outras pessoas apenas, e finalmente a motivação intrínseca em que é a sua autoestima, resiliência, estímulos internos que o empurram para continuar a ação, mesmo que existam obstáculos externos que o possam impedir. Para provocar o impulso inicial para o comportamento em saúde, é preciso espoletar essa “intenção de agir” (Ajzen, 1991).

Com o uso do Modelo ACP, os profissionais de saúde ficam mais habilitados a comunicar com os seus destinatários, promovendo uma melhor compreensão e tomada de decisão. A relação torna-se mais compreensiva, participativa e positiva. Este modelo foi testado e comprovado em 487 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) por investigação quantitativa e qualitativa (Inquérito por questionário Q-COM-LIT) e 17 *focus group*, 8 entrevistas aprofundadas, além do resultado da opinião de centenas de profissionais (+ de 1000) que fizeram a formação avançada em Literacia em Saúde de 2012 a 2022 tanto no Ispa – Instituto Universitário, como em outras escolas e Centros Hospitalares do Norte a Sul do País.

A assertividade

A assertividade pressupõe respeito entre as partes e uma cuidadosa gestão de conflito potencial ou real entre as partes. Significa também, de acordo com os resultados obtidos de investigações prévias: agir corretamente; conseguir chegar ao outro; fazer entender o outro sem esquecer o ponto de vista próprio; imparcialidade; não fazer juízos de valor; não invadir o espaço do outro; não ter agressividade; não ter medo; não ser subserviente.

Com a competência da assertividade, assimilada também como um atributo pessoal, de “pessoas assertiva” (Tabela 1).

Tabela 1. *Competência da assertividade como constructo*

Assertividade		
Conhecimento	Capacidades	Atributos pessoais
Saber	Fazer	Ser
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as bases teóricas da gestão de conflitos; • Compreender as dimensões da confiança; • Compreender o compromisso na relação; • Conhecer as normas da organização; • Conhecer e aprofundar as dimensões interculturais; • Conhecer os direitos e os deveres do paciente; • Deter conhecimento teórico sobre as dimensões e composição da assertividade; • Desenvolver conhecimento sobre técnicas para a consulta; • Dominar conhecimento clínico; • Dominar conhecimento sobre a gestão de conflitos; • Dominar conhecimento sobre comunicação assertiva; • Saber planejar (guião). 	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar de forma respeitosa para com o paciente e determinar esse equilíbrio da relação de respeito por parte do paciente; • Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais emocionais relacionados com o seu estado; • Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações; • Comportamento de respeito; • Confirmar que o/a paciente compreende; • Controlar a imposição; • Controlar impulsos individuais; • Controlar os fatores externos; • Dar apoio ao/à paciente (e.g., conversa de cuidado em vez de conversa de cura); • Encorajar o/a paciente a colocar questões; • Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação; • Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente; • Gerir o stress da relação; • Informar o/a paciente sempre de forma atenta; • Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa; • Liderar; • Negociar com o paciente racional e positivamente; • Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa); • Saber dizer não; • Saber gerir momentos de tensão/tristeza; • Saber influenciar; • Saber ouvir o/a paciente; • Saber ter autodomínio; • Usar linguagem assertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocrítico • Comprometido • Confiante • Corajoso/a • Disciplinado/a • Eficaz • Íntegro/a • Líder • Persuasor/a • Resiliente • Respeitador/a • Responsável • Seguro/a

Fonte: Vaz de Almeida, 2020.

A clareza da comunicação

A clareza da linguagem reporta-se à comunicação verbal e não verbal. Significa que deve ser usada pelo profissional uma linguagem que o paciente entenda à primeira. Linguagem simples não é uma linguagem infantilizada, como por exemplo aquela que muitas vezes os técnicos e cuidadores formais e informais utilizam com as pessoas mais velhas (Kripalani et al., 2008; Kripalani & Weiss, 2006).

A clareza significa uma adequação da informação, e por isso uma linguagem acessível, que deve representar uma escuta ativa. A clareza, tal como as outras competências comunicativas deve enquadrar-se no constructo; conhecimento, capacidade e atributos (Tabela 2).

Tabela 2. *A competência da clareza como constructo*

Clareza		
Conhecimento	Capacidades	Atributos pessoais
Saber	Fazer	Ser
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dimensões da literacia em saúde (acesso, compreensão e uso); • Conhecer as diferenças culturais e a representação de algumas linguagens (verbal e gestual); • Conhecer o conceito de linguagem clara; • Conhecer termos em outras línguas representativos da linguagem em saúde; • Dominar conhecimento sobre a linguagem não verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o/a paciente, com linguagem simples, a encontrar informação; • Colocar perguntas abertas; • Confirmar que o/a paciente compreende tudo para a sua própria segurança; • Conhecer o que fez e disse ao/à paciente em consultas anteriores; • Dar informação e esclarecer; • Debater os próximos passos e planos de seguimento com o/a paciente; • Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas); • Desenhar as instruções (fazer gráficos, desenhos); • Escrever as instruções para facilitar a memorização pelo/a paciente; • Escrever de modo facilmente entendível; • Estabelecer a relação com o/a paciente através de linguagem simples; • Estabelecer contato visual com o/a paciente; • Explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames; • Explicar/falar de modo imediatamente entendível; • Informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde; • Perceber as informações sintomatológicas que são dadas pelo/a paciente, de modo a poder prestar alívio rápido; • Preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde; • Traduzir o jargão técnico sempre que é usado (e não compreendido); • Usar frases curtas; • Usar palavras simples; • Usar a primeira pessoa: eu no discurso; • Utilizar verbos; • Utilizar linguagem não verbal; • Verificar a informação que emite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ágil de pensamento • Bom/boa questionador/a • Bom/boa avaliador/a • Bom/boa ouvinte • Coerente • Entendível • Ético/a • Flexível • Objetivo/a • Sintético/a

Fonte: Vaz de Almeida (2020).

A positividade dos atos e da linguagem

A relação terapêutica deve pressupor uma qualidade de reciprocidade e equilíbrio na interação e uma positividade geral no relacionamento.

A positividade está relacionada com a motivação do outro, e, no significado profundo da psicologia positiva, a manifestação da positividade consiste na aprendizagem, que é a base do conhecimento, de uma prática consciente, que se enquadra numa maior capacidade e aplicação dos atributos pessoais. Seligman et al. (2005), falam da apreciação do outro, de um sentido de gratidão (Toepfer et al., 2012) e de bondade (Lyubomirsky & Layous, 2013) (Tabela 3).

Tabela 3. *Competência da positividade como constructo*

Conhecimento	Positividade	
	Capacidades	Atributos pessoais
	Saber	Fazer
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os efeitos da compreensão pelos erros dos outros;• Conhecer a linguagem não verbal e os seus efeitos;• Conhecer a linguagem positiva e como aplicá-la;• Conhecer as bases das relações positivas (forças de carácter);• Conhecer a mente humana (mudança de comportamentos);• Perceber a importância dos efeitos persuasivos positivos;• Saber os contributos para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente;• Saber os efeitos de algumas técnicas como a simetria ou neurónios espelho.	<ul style="list-style-type: none">• Adotar cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente;• Ajudar o/a paciente a criar expectativas positivas;• Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde;• Dar apoio social (perguntas sobre questões não clínicas);• Envolver o/a paciente na tomada de decisão;• Evitar o uso de palavras e frases negativas;• Explicar situações, de modo motivador ao/à paciente, para este desempenhar as suas tarefas diárias;• Incentivar o/a paciente a tomar decisões;• Mostrar ao/à paciente o comportamento positivo e ativo que tem de ter;• Dar palavras de esperança ao paciente;• Saber gerir as emoções negativas do paciente;• Mostrar comunicação não verbal positiva (postura, contato ocular, tom de voz, proximidade);• Mostrar emoção e afeto;• Mostrar estima;• Permitir o/a paciente falar sem interrupções;• Sorrir nos momentos certos;• Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto);• Usar frases positivas.	<ul style="list-style-type: none">• Confiante• Criativo/a• Educado/a• Empático/a• Energético/a• Humorista (em doses certas)• Motivador/a• Otimista• Agradável• Amável• Esperançoso

Fonte: Vaz de Almeida, 2020.

Os resultados do investimento em competências comunicativas para a experiência do paciente

Com o investimento nas competências comunicativas, nomeadamente através do Modelo ACP e nesta experiência do paciente no sistema, que se quer enriquecedora e positiva para todos os envolvidos, é possível atingir um nível de maior literacia em saúde individual (na relação terapêutica), organizacional e pública (resguardando os indivíduos das iniquidades em saúde).

Com o Modelo ACP aplicado pelos vários profissionais de saúde é possível, numa ótica de centralização nas necessidades e cuidados do paciente e na sua experiência, que se consiga fazer um maior reconhecimento e combate às desigualdades e preconceitos, combater as disparidades com cuidados mais equitativos e de qualidade (ver Tabela 4).

Tabela 4. *O caminho da comunicação em saúde como instrumento da literacia em saúde*

-
- Relações fortes entre pacientes e familiares (confiança, relação, respeito, envolvimento da família e dos cuidadores)
 - Intercâmbio de informações eficaz (recolha de informações, sentimento conhecido e compreendido)
 - Validação de emoções (por exemplo, empatia)
 - Reconhecimento, compreensão, e tolerância à incerteza
 - Participação do doente na tomada de decisões
-

Fonte: Elaboração própria, baseado em Epstein e Street, 2007.

A investigação sobre competências comunicativas dos profissionais de saúde (Vaz de Almeida, 2020) permitiu, ainda, que restrita aos 484 profissionais de saúde, “trazer o tema da comunicação para a agenda da saúde” (p. 259), assim como demonstrar que contributo da comunicação implica uma melhoria da literacia em saúde do cidadão.

Se considerarmos o esquema de uma consulta e a necessidade de se usarem competências comunicativas, e estas estiverem, como argumentadas e defendidas, estarem divididas no constructo tripartido – Conhecimento (Saber); Capacidades (Fazer) e Atributos (Ser), podemos considerar as competências ACP – Assertividade, Clareza e Positividade, dentro do seguinte percurso em saúde: (1) construir a

relação; (2) abrir a discussão; (3) juntar a informação; (4) compreender a perspectiva do paciente; (5) partilhar a informação; (6) chegar a acordo; (7) encerrar (Tabela 5).

Tabela 5. *O Modelo ACP aplicado na consulta*

Passos na relação terapêutica	Modelo ACP – Modelo de comunicação em saúde		
	Assertividade	Clareza de linguagem	Positividade
<p>1. Construir a relação</p> <p>Conhecimentos</p> <p>Conhece a importância do <i>rapport</i>.</p> <p>Tem conhecimento da cultura e dos modelos de comunicação.</p> <p>Capacidades</p> <p>Gere o tempo limitado da consulta, cumprindo os passos para a obtenção de resultados.</p> <p>Atributos pessoais</p> <p>Bom/boa gestor/a da pressão, bom/boa gestor/a dos momentos e bom/boa decisor/a.</p>	<p>Olha nos olhos, levanta-se. Gestos suaves, mas firmes.</p> <p>Mantém-se direito e com a roupa arranjada (bata).</p> <p>Tem consciência que o tempo é curto para a tomada de decisões importantes para o paciente.</p> <p>Está envolvido com o momento e dá atenção exclusiva ao paciente que o procura.</p> <p>Tem a noção que depende de si muitos dos resultados daquele encontro.</p> <p>É importante gerar confiança neste momento de abertura.</p> <p>Reconhece que é, na continuidade, que se estabelecem relações de confiança.</p>	<p>Dá as boas-vindas com uma linguagem clara, chamando pelo nome e pela forma que a pessoa gosta de ser tratada.</p> <p>Quando inicia a conversa, coloca perguntas abertas e simples como: o que posso fazer por si? ou que preocupações o/a trazem cá?</p>	<p>Cumprimenta com um sorriso.</p> <p>Incentiva a pessoa a estar confortável</p> <p>Aponta com a mão o local para o paciente se sentar.</p> <p>É agradável no tom de voz (não demasiado alto nem demasiado baixo).</p> <p>Verifica se o paciente ouve e vê bem.</p> <p>Garante que não é interrompido.</p>
<p>2. Abrir a discussão</p> <p>Conhecimentos</p> <p>Conhece os efeitos do uso da assertividade, das perguntas abertas e da comunicação não verbal.</p> <p>Capacidades</p> <p>Faz a relação ser dinâmica e produtiva com a sua ação</p> <p>Atributos pessoais</p> <p>Bom/boa condutor/a do encontro, bem-humorado/a, bom/boa ouvinte.</p>	<p>Ouve com respeito e não interrompe antes do paciente fazer a primeira declaração da sua vinda.</p> <p>Só interrompe se verificar que o tema se desvia do assunto.</p> <p>Evoca uma questão de âmbito social do interesse do paciente.</p>	<p>Quando inicia a conversa, coloca perguntas abertas e simples, como: o que posso fazer por si? ou que preocupações o/a trazem cá?</p> <p>Dá espaço e tempo para a resposta.</p> <p>Repete a pergunta do paciente para confirmar que também percebeu corretamente.</p>	<p>Incentiva, de forma positiva, o paciente através de expressões faciais, postura do corpo, proxiemia.</p> <p>Vai verificando o comportamento do paciente (relaxamento, interesse).</p>

cont. →

Tabela 5. (cont.)

Passos na relação terapêutica	Modelo ACP – Modelo de comunicação em saúde		
	Assertividade	Clareza de linguagem	Positividade
<p>3. Juntar a informação Conhecimentos Tem conhecimentos técnicos para avaliar a situação. Capacidades Conversa para obter resultados. Atributos pessoais Arguto, antecipador do problema, conhecedor das limitações do paciente, respeitador.</p>	<p>Gere a relação – estabelece o ponto essencial da visita com a concordância do paciente. Vai colocando as questões e repetindo e resumizando o que o paciente diz. Atenta ao estado emocional do paciente e vai coordenando e fazendo a gestão do tempo de consulta. Assegura a passagem pelas perguntas-chave dessa interação. Mostra que sabe ouvir (escuta ativa).</p>	<p>Traduz o jargão técnico, quando o usa, e vai averiguando se o paciente compreendeu através da técnica teach-back. Repete palavras-chave âncoras, que o paciente reconhece facilmente no seu vocabulário, tendo em conta o seu contexto social, económico e cultural.</p>	<p>Motiva positivamente o paciente a detalhar alguns aspetos da sua vinda à consulta. Evita questões diretivas. Dá oportunidade de tempo para a conversa. Usa a paralinguagem (pausas, tons) e expressões, como sim, sim.</p>
<p>4. Compreender a perspetiva do paciente Conhecimentos Conhece a cultura e as práticas culturais. Conhece as competências ACP. Capacidades Aplica as competências ACP. Tem responsabilidade individual e social. Atributos pessoais Criativo e flexível.</p>	<p>Assegura os momentos de intervenção do paciente, gerindo qualquer conflito que tenha. Usa gestos suaves, como a palma da mão aberta para cima. Movimenta-se ligeiramente para a frente, demonstrando interesse</p>	<p>Usa uma linguagem clara para perceber as crenças e as barreiras, que impedem o paciente de seguir um determinado tratamento ou instruções. Percebe se o paciente dá importância e se tem eficácia para agir pela sua saúde. Clarifica e dá informação correta.</p>	<p>Coloca perguntas abertas positivas, sem discriminar. Não faz juízos de valor. Encoraja o paciente a colocar questões. Envolve o paciente na resposta, quando a questão é essencial. Ao repetir a resposta e a solução, o paciente vai memorizando.</p>
<p>5. Partilhar informação Conhecimentos Conhece as dimensões da literacia em saúde: acesso, compreensão e uso. Capacidades Usa a persuasão racional. Atributos pessoais Criativo e flexível.</p>	<p>Entra na fase de resolução do problema, sendo assertivo, gerindo as emoções e o estado do paciente. Confirma o entendimento. Ensina o paciente sobre a ação eficaz e orienta-o na sua compreensão. Negoceia com o paciente a ação mais correta, explicando a necessidade e as consequências. Demonstra confiança e certeza.</p>	<p>Explica os passos seguintes, em palavras simples, claras e acessíveis que o paciente compreenda. Usa a técnica chunk & check, para definir o plano terapêutico, e as instruções em saúde claras. Partilha e transmite informação significativa e prioritária com precisão.</p>	<p>Responde ao paciente de forma construtiva e positiva. Recorre à motivação e verifica através das expressões, gestos e silêncios se o paciente está a compreender. Pode usar o humor se for adequado. Evoca momentos significativos da vida do paciente para que ele memorize melhor.</p>

cont. →

Tabela 5. (cont.)

Passos na relação terapêutica	Modelo ACP – Modelo de comunicação em saúde		
	Assertividade	Clareza de linguagem	Positividade
6. Chegar a acordo Conhecimentos Conhece os princípios da negociação. Capacidades Usa argumentos cognitivos e emotivos. Atributos pessoais Congruente no que diz, criativo, decisor, líder, negociador.	Negoceia assertivamente um acordo, usando uma estratégia persuasiva racional, que beneficie o paciente. Faz participar o paciente na decisão. Volta a perguntar se existe mais algum assunto que tenha de ser tratado nessa hora ou se poderá guardá-lo para a próxima consulta.	Desenha, apresenta imagens, faz gráficos e tabelas para que o paciente possa compreender melhor as instruções. Utiliza de novo a técnica teach-back ou show me, para garantir que o paciente compreendeu e vai seguir a informação transmitida.	Motiva à ação e confirma que o paciente tem eficácia para manter o tratamento de forma construtiva. Repete o comportamento positivo que o paciente terá de ter para manter ou ter mais saúde. Incentiva a partilhar o tratamento com alguém de confiança. Mostra calma e integridade.
7. Fazer o encerramento Conhecimentos Conhece a importância da memorização para a compreensão e a eficácia para a ação Capacidades Usa argumentos cognitivos e emotivos Atributos pessoais Adaptável ao momento, confiante, estável, motivador e prestável	Olha nos olhos, levanta-se. Gestos suaves, mas firmes. Dirige-se ao paciente. Marca o follow up.	Sumariza, brevemente, o que foi dito em palavras claras e sem jargão técnico.	Levanta-se, cumprimenta o paciente e despede-se, encerrando a consulta. Incentiva o paciente à relação de continuidade. Pode terminar com um ponto social significativo para a vida do paciente.

Fonte: Vaz de Almeida, 2020.

As competências comunicativas do Modelo ACP permitem ainda o estabelecimento de relações equilibradas entre pares, entre profissionais das várias áreas, combatendo as vulnerabilidades e fazendo uma metódica, e pensada gestão de potenciais conflitos, antecipando-os e diminuindo a sua carga negativa nas equipas.

Ser assertivo, claro e positivo permite, como também é referido pelo Beryl Institute (2021), “reconhecer e manter um foco no que mais importa aos pacientes, aos seus familiares e parceiros de cuidados para garantir cuidados sem precedentes e um compromisso com a saúde e bem-estar” (p. 3).

É assim importante, colaborar através da aprendizagem partilhada dentro e entre organizações, sistemas e o *continuum* de cuidados de saúde mais amplos para forjar um novo caminho para um sistema de saúde mais centrado no ser humano, equitativo e eficaz. Não vamos deixar que o cidadão deixe a literacia em saúde do lado de fora da porta da sua casa.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Beckman, H. B, Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Acad Med*, 87(6), 815-819. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253d3b2>
- Beryl Institute. (2021). *Taking action for the future of healthcare, grounded in the realities of today. The new Existence. A roadmap for action*. Beryl Institute.
- Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: A review with implications for cancer patients. *Patient Education & Counseling*, 50, 91-94. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00087-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00087-9)
- Cegala, D. J. (2011). An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Communication*, 26(5), 427-436. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.552482>
- Cegala, D. J., McNeilis, K. S., & McGee, D. S. (1995). A study of doctors and patients' perceptions of information processing and communication competence during the medical interview. *Health Communication*, 7(3), 179-203. <https://doi.org/10.1080/108107397127743>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. J. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute, NIH Publication.
- Goode, T. D., Dunne, M. C., & Bronheim, S. M. (2006). *The evidence base for cultural and linguistic competency in health care*. Commonhealth Fund.

- Hargie, O., & Dickson, D. (2004) *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice* (4th ed.). Routledge Publishing.
- Jackson, L. D. (1992). Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message. *Health Communication, 4*(3), 197-210. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0403_3
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 888-890. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x>
- Kripalani, S., Bentgtzen, R., Henderson, L. E., & Jacobson, T. A. (2008). Clinical research in low literacy population: Using teach back to assess comprehension on informed consent and privacy information. *Ethics and Human Research, 30*(2), 13-19.
- Littlejohn, S. W. (1982). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Zahar Editores.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current Directions in Psychological Science, 22*(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- OCDE. (2005). *The definition and selection of key competencies executive summary*. OCDE.
- Peneva, I., & Mavrodieva, S. (2013). A historical approach to assertiveness, psychological thought. *Psychological Thought, 6*(1), 1-26. <https://doi.org/10.5964/psyct.v6i1.14>
- Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills?. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9*(3), JE01-JE04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12072.5712>
- Rungapadiachy, D. M. (1999). *Interpersonal communication and psychology for health care professionals: Theory and practice*. Butterworth-Heinemann. <https://trove.nla.gov.au/work/32587657>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychology, 25*(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spitzberg, B. (2013). (Re)Introducing communication competence to the health professions. *Journal of Public Health Research*, 2(3), e23. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e23>
- Toepfer, S. M., Cichy, K., & Peters, P. (2012). Letters of gratitude: Further evidence for author benefits. *Journal Happiness Studies*, 13(1), 187-201. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9257-7>
- Vaz de Almeida, C. (2016, abril). Comunicação e literacia em saúde: Capacitação de profissionais, apresentado nas XII Jornadas Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde – APDIS, Coimbra, Portugal.
- Vaz de Almeida, C. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Eds.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-42). Edições ISPA.
- Vaz de Almeida, C. (2020). *O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica*. Zenodo. <https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.4495585.svg>; <https://doi.org/10.5281/zenodo.4495585>
- Vaz de Almeida, C. (2021). Eureka: A proposal of a health communication model based on communication competences of the health professional! The assertiveness, clarity, and positivity model. In C. Belim & C. Vaz de Almeida (Eds.), *Health communication models and practices in interpersonal and media contexts: Emerging research and opportunities*. IGI Books. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-4396-2>; <https://www.igi-global.com/chapter/eureka/286826>
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2020). Health professionals' communication competences as a light on the patient pathway: The Assertiveness, Clarity, and Positivity (ACP) model. *International Journal of Applied Research on Public Health Management*, 6(1), 1-16. <https://doi.org/10.4018/IJARPHM.2021010102>

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxo da interação*. Cultrix.

Como citar?

Vaz de Almeida, C. (2022). O modelo ACP e a experiência do paciente como caminho para uma melhor literacia em saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 31-46). Edições ISPA [ebook].

PARTE II

Literacia em Saúde na Prática

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL: ACEDER, COMPREENDER, AVALIAR E USAR

– Um contributo prático da literacia em saúde
dirigido ao cuidador informal –

*Carla Nascimento / Clara Jasmims / Isabel Fernandes /
Raquel Silva / Rui Nogueira*

Contextualização

Uma sociedade cada vez mais envelhecida, a elevada prevalência de doenças crónicas e o maior número de pessoas dependentes, vem justificar um aumento significativo das necessidades em saúde. No nosso país, salientamos o aumento da esperança média de vida aos 65 anos; as mulheres com 22,1 anos (PORDATA, 2020a) e os homens com 18,3 anos (PORDATA, 2020b). Paralelamente, sabe-se que nove das dez principais causas de morte são doenças crónicas (PORDATA, 2020c). Ainda no contexto português, sabe-se que os idosos com multimorbilidade vivem uma situação de dependência funcional (Sequeira, 2010), ou seja, frequentemente precisam de ajuda para cuidar de si próprios.

Por outro lado, a pandemia por COVID-19 veio trazer um maior isolamento às pessoas idosas, pelo que esta ajuda, e por força deste fenómeno, cada vez mais é desenvolvida no seio do seu contexto sociofamiliar (família, vizinhos, amigos, membros da comunidade). Doravante, a transformação das estruturas de famílias extensas em famílias monoparentais, a maior mobilidade no trabalho que faz deslocar as famílias do seu contexto, dificultando a interajuda, o desemprego, os recursos financeiros, o nível de estudos de quem cuida, podem ser fatores impactantes neste cuidado informal. Por definição, trata-se de uma prestação de cuidados sem nenhum tipo de preparação ou formação técnica, sem remuneração, com a função de satisfazer as necessidades humanas básicas da pessoa cuidada (Fernandes et al., 2015).

A problemática da situação de dependência física da pessoa idosa, sofrimento físico, psicológico e emocional, descontrolo sintomático, entre outros, tem vindo a atingir números cada vez maiores no nosso país com um apoio insuficiente, inexistente, para os seus cuidadores informais. A metodologia colaborativa na prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, com recurso a uma rede de suporte multidisciplinar parece ser crucial no apoio aos cuidadores informais (Yu, 2016). Neste contexto, é urgente capacitar os cidadãos para “navegarem” nos sistemas de saúde, de forma a adquirirem maior capacidade para acederem, compreenderem, avaliarem e aplicarem informação em saúde (Figura 1).

Figura 1. Pintura de autoria de Rose Wiley que, aos 81 anos de idade recebeu o Prémio de Pintura de muito prestígio, demonstrando que a idade avançada não precisa ser uma barreira para o sucesso, transmitindo-nos o quão inclusivamente pode ser revigorante, imprevisível e inovador



Fonte: Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

O cuidador informal, contexto internacional e nacional

Da experiência relatada em alguns países europeus, como a Holanda, Luxemburgo, Alemanha e França, a maioria dos cuidadores é informada

sobre os serviços disponíveis para o apoio a idosos dependentes, através do seu médico ou do assistente social aquando da alta hospitalar. Nestes países, a informação é oferecida junto de um pacote de cuidados pelo seguro de saúde municipal. Já na Bélgica, a informação e os vários serviços estão mais dispersos tornando o processo mais difícil. Neste caso, os serviços de apoio formal a pessoas dependentes são regulados pela situação financeira e laboral do cuidador informal. Nos casos em que o cuidador ainda está profissionalmente ativo existe um conjunto de medidas protetoras, nomeadamente quanto aos rendimentos, flexibilidade de horário e políticas de gestão de ausências. Mesmo quando o complemento financeiro não se aplica, estas medidas são consideradas importantes na gestão do cuidado informal (Willemse et al., 2016).

Na realidade portuguesa, no ano 2019 foi publicado o Estatuto de Cuidador Informal (Lei nº 100/2019), regulando os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelecendo as respetivas medidas de apoio. Este documento faz a distinção entre o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal. Nesse mesmo ano, a Eurocareers estimava a existência de 800 mil cuidadores informais (8-10% da população), sendo que atualmente é estimado 1 milhão e 400 mil cuidadores informais.

A divulgação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI) tem acontecido através dos meios digitais, à semelhança de outros países (Barbabella et al., 2018), o que faz com que por vezes a informação não seja acessível pelos próprios, uma vez que na sua maioria são pessoas idosas, sem acesso a este meio. Deste modo, a população não sabe sequer da sua existência e/ou não sabe como pode aceder ao ECI, conforme corroborado por Willemse et al. (2016). Por outro lado, na análise do seu conteúdo verifica-se uma linguagem difícil e pouco adequada aos seus destinatários, o que poderá ser mais um fator responsável pelo número reduzido de pedidos do ECI registados até ao momento. Após a aplicação dos critérios apoios e rendimentos foram considerados pela Segurança Social 148 mil cuidadores informais, até ao momento.

Existem atualmente 2300 pessoas com reconhecimento do ECI e, destes, cerca de 700 estão nos 30 concelhos de projeto piloto. No caso

do Projeto Piloto em Évora, a Segurança Social em articulação com as Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade efetuaram visitas conjuntas a potenciais cuidadores com a finalidade de informar sobre o ECI e ajudar no preenchimento do Requerimento da Segurança Social para o reconhecimento do ECI. Esta prática está definida apenas para os concelhos abrangidos pelos projetos piloto (Portaria nº 64/2020). Uma vez mais se percebe o quão este ECI é desconhecido pela população em geral.

Um cuidador informal “invisível”

O desempenho dos cuidadores informais tem vindo a ser descrito como complexo, quer no âmbito pessoal ou social. Uma atividade que pela sua invisibilidade e pelo défice de poder das pessoas que nela estão envolvidas tem sido escamoteada e votada a algum ostracismo, do ponto de vista das políticas sociais, laborais e fiscais. Os cuidadores informais frequentemente referem dificuldades relacionadas com a falta de conhecimento, de recursos, entre os quais económicos, e de suporte social (Figueiredo et al., 2012; Rodríguez-González et al., 2017).

Estes dados configuram uma grande preocupação na área da saúde, sendo prioritária uma estratégia nacional de cuidar de quem cuida. A insatisfação com o nível de apoio está associada a maior *stress* e sobrecarga do cuidador informal (Martins, 2016; Ocampo et al., 2007; Sequeira, 2010). Um bom suporte social diminui o risco de doença do cuidador, nomeadamente depressão, ansiedade ou doenças psicossomáticas e traduz-se em maior qualidade de vida (Lopes-Cerda et al., 2019; Pereira & Carvalho, 2012). Os autores salientam que a deteção precoce de fatores de risco ou sinais de sobrecarga é importante para prevenir a exaustão do cuidador, evitando resultados negativos em saúde.

As redes de cuidados informais de idosos que vivem sozinhos são geralmente escassas e, tendencialmente, os idosos com doenças crónicas e com necessidade de maior apoio são aqueles com menor rede de suporte. De acordo com o Relatório de acompanhamento

trimestral, Implementação das medidas de apoio ao cuidador informal (Instituto da Segurança Social, Serviço Nacional de Saúde e Administração do Sistema de Saúde de 15 de fevereiro de 2021), e num conjunto de 415 requerentes ao ECI, emerge o seguinte perfil:

- 85% mulheres, entre os 50-59 anos, média de idade 52 anos;
- 41 dos requerimentos foram realizados por pessoas com mais de 65 anos;
- 37% são pais e 32% são filhos.

No geral, a maioria dos cuidadores informais são filhos ou cônjuges, mulheres, de meia-idade, a residir em domicílio diferente da pessoa cuidada. As principais necessidades do cuidado passam por ajuda nas compras e na gestão das finanças, na limpeza da casa ou do jardim e nos transportes. São ainda apontadas dificuldades a lidar com equipamentos eletrónicos, resolver assuntos administrativos e necessidade de acompanhamento a consultas médicas (Melo et al., 2014; Verver et al., 2018).

Literacia em saúde

O conceito de literacia em saúde é, na atualidade, um tema de grande relevância para a saúde pública. Desde a introdução deste conceito nos anos 70, a literatura científica sobre literacia em saúde tem crescido exponencialmente em todo o mundo. No entanto, foi essencialmente nos últimos dez anos que se deu uma notória explosão da investigação científica nesta área do conhecimento. Originalmente, o interesse na literacia em saúde estava essencialmente centrado na capacidade do indivíduo em compreender palavras difíceis e dominar a aritmética num contexto médico. Ao longo dos anos, o conceito tem sido gradualmente expandido para incluir capacidades mais complexas e interligadas, como as de compreender informação sobre saúde em geral, enquanto paciente, comunicar as suas necessidades aos profissionais de saúde e aprender a autogerir a sua saúde (Peerson et al., 2009; Sørensen et al., 2012).

Mais recentemente, a literacia em saúde foi reconhecida como um determinante-chave da saúde pública. Refere-se à motivação e capacidades dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação para tomar decisões sobre a sua própria saúde (World Health Organization [WHO], 1998; Sørensen et al., 2012). Estudos recentes aplicados na Europa apontam para uma situação preocupante quanto ao nível de literacia em saúde dos indivíduos, incluindo Portugal.

Os resultados do *European Health Literacy Survey* em Portugal (Pedro et al., 2016) identificaram grupos muito vulneráveis, onde 60% das pessoas registaram níveis de literacia “problemáticos” ou “inadequados”: pessoas com 65 ou mais anos, com rendimento até 500 euros mensais, doenças crónicas, com “má” autoperceção da saúde, que usufruíam dos cuidados de saúde primários e sentiam limitações causadas por doença crónica. No geral, Portugal apresenta um valor mais elevado de pessoas com nível problemático de literacia em saúde (38,1%) do que a média Europeia (35,2%) (Lopes & Vaz de Almeida, 2021).

No *Plano Nacional de Saúde* da Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015) é referida a necessidade de promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos de forma a promover a sua autonomia e responsabilização em relação à sua saúde. Devem ser realizadas ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.

As políticas europeias e internacionais atuais – EU-Citizen Science, UN Sustainable Development Goals, WHO Health Program – vieram demonstrar que a melhoria do nível de literacia em saúde é uma questão de saúde pública, fundamental para que a população possa tomar melhor conta da sua saúde. Para tal, foram criadas estratégias para implementar ações com o intuito de inverter a situação. A estas iniciativas soma-se um grande esforço internacional de investigação para elevar o nível de literacia em saúde do maior número de pessoas possível.

Mas, alguns desafios ainda persistem, como a avaliação do impacto na literacia em saúde dos novos dispositivos de comunicação, provenientes da inovação das tecnologias de informação e comunicação (TIC), ou ainda, por exemplo, a forma como a literacia em saúde poderia ser explorada para medir os resultados da educação para a saúde (Nutbeam, 2000). Como integrar a literacia em saúde nos programas de formação para profissionais de saúde? Como podemos passar de um enfoque na literacia em saúde individual para uma visão mais ampla e societal? Como articular a literacia em saúde face aos meios de comunicação social e às novas tecnologias digitais? Muitas são as perspectivas oferecidas pela investigação em literacia em saúde.

Literacia em saúde dos cuidadores informais

Como anteriormente referido, a literacia em saúde consiste num construto multidimensional que compreende as capacidades individuais, elementos interpessoais, assim como a abrangência aos serviços de saúde e fatores da comunidade. A baixa literacia em saúde em pessoas com patologias crónicas está associada a pior prognóstico, além de um reduzido bem-estar psicológico, aumento da utilização dos serviços de saúde pelos mais idosos e aumento da mortalidade (Broeiro-Gonçalves, 2017; Espanha et al., 2016; Serrão et al., 2015). Este efeito também se repercute no bem-estar do cuidador e nos seus níveis de sobrecarga (Serrão et al., 2015). O reconhecimento clínico da importância da otimização da literacia em saúde do cuidador é recomendado na promoção de resultados positivos em saúde. É importante incluir a literacia em saúde do cuidador como prioridade nas políticas de saúde pública, com potencial benefício na saúde do próprio e nos cuidados prestados (Yuen et al., 2018).

Os estudos internacionais revelam que os cuidadores informais apresentam níveis inadequados de literacia em saúde (Bonaccorsi et al., 2019; Li et al., 2020). Nos estudos em que a literacia em saúde é considerada adequada, os níveis encontram-se no limiar dos 50%

(Garcia et al., 2013; Vaz de Almeida, 2019). A nível nacional existe investigação recente sobre a literacia em saúde nos cuidadores (Vaz, 2020).

Sendo o ECI desconhecido da população em geral, considera-se prioritário, a literacia em saúde na perspetiva de Zarcadoolas et al. (2005) da literacia mediática, enquanto capacidade para fazer avaliação crítica das mensagens veiculadas pela media e a literacia cívica, que pressupõe competências que permitem que o cidadão tenha consciência de questões públicas e ser participativo na comunidade, ou seja, é importante que as pessoas conheçam o ECI e tenham opinião crítica participativa.

Vários estudos revelam que populações com níveis mais elevados de literacia em saúde evidenciam um conjunto de indicadores positivos, nomeadamente: melhor utilização dos serviços de saúde, participação ativa e informada nos cuidados de saúde, diminuição dos gastos com a saúde, redução das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar (Vaz, 2020; Vaz de Almeida et al., 2020, 2021).

A capacitação do cuidador informal está ligada aos seus mecanismos de autoeficácia e controlo, que melhora a gestão do processo de saúde e doença, bem como melhora a sua saúde e bem-estar (Serrão et al., 2015). Contudo, a literacia que se pretende promover não é só ao nível do bem-estar dos cuidadores, mas também ao nível dos seus direitos. Muitos cuidadores não se identificam como tal e, por isso, não estão informados sobre a existência do ECI nem como podem aceder ao mesmo.

Objetivos

Dado o contexto e a caracterização anteriormente expostos definimos os seguintes objetivos de literacia em saúde para a realização deste trabalho de intervenção na prática.

Aceder

Ajudar a divulgar a existência do ECI.

Facilitar o acesso ao texto do ECI, contribuindo para a sua disseminação na sociedade.

Compreender

Esclarecer os cuidadores informais sobre o conteúdo do ECI, aumentando o seu conhecimento e confiança, tendo em vista a melhoria da literacia em saúde.

Usar

Facilitar o exercício dos direitos do potencial cuidador informal, contribuindo para a equidade em saúde.

Avaliar

Verificar que a informação transmitida sobre o teor do ECI foi compreendida, recorrendo a uma amostra de conveniência.

Método

A metodologia desenhada e dinamizada até ao presente momento visou a revisão da literatura, o diagnóstico da situação, a definição do instrumento para a intervenção na literacia em saúde na prática e o público-alvo.

Revisão da literatura

Foi realizada uma pesquisa na PubMed com os termos MeSH *caregiver burden* OR *social support* AND *informal caregiver* AND *elder, frail* e com os termos MeSH *health literacy* AND *caregiver* e selecionado o filtro para trabalhos publicados nos últimos dez anos.

Foram ainda consultadas referências com título relevante entre os artigos publicados, dissertações de mestrado e/ou teses de doutoramento pertinentes, além da consulta da legislação portuguesa e bases de dados com a realidade estatística atual portuguesa.

Diagnóstico da situação

Para conhecer a realidade atual sobre a aplicabilidade e o acesso do ECI foram contactadas várias entidades, nomeadamente a Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI), um médico de família do ACES Alentejo Central, a Presidente de Junta de Freguesia da União de Freguesias de Évora e a GNR de Évora.

Estas entidades foram questionadas sobre as principais dificuldades invocadas relativamente ao ECI e quais as iniciativas a decorrer no momento atual.

É de salientar a colaboração que nos tem prestado a ANCI, tanto na viabilidade do trabalho como na disponibilização de material relevante, como a lista das dúvidas mais frequentes por eles recebida, proveniente dos candidatos a cuidador informal. Material este que será alvo de análise e cujos resultados serão apresentados no trabalho final.

Instrumento para a intervenção na área da literacia em saúde

O instrumento a partir do qual produziremos uma intervenção na área da literacia em saúde será o ECI.

Público-alvo

O público sobre o qual irá incidir o foco deste trabalho será, em primeira instância, o dos potenciais candidatos à obtenção do ECI. Como mencionado anteriormente, e segundo a evidência consultada, será uma população maioritariamente feminina, de meia-idade, na função de mãe, filha ou cônjuge.

No entanto, julgamos que os profissionais de saúde também poderão ser beneficiários dos resultados produzidos, uma vez que eles estão envolvidos de perto no processo conducente à obtenção do estatuto.

Outros públicos poderão também beneficiar desta informação, nomeadamente aqueles que são intermediários no processo e que, por vezes, necessitam de maiores esclarecimentos sobre o ECI para poderem passar a palavra de forma correta.

Planeamento de tarefas futuras

Análise do texto do Estatuto do Cuidador Informal

Após prévia análise do ECI, debruçar-nos-emos, em particular, no artigo 7º do Capítulo II, da Lei n.º 100/2019, considerado como fundamental, na medida em que contém as informações essenciais que devem ser do conhecimento do candidato a cuidador informal. O exercício de análise deverá resultar numa clarificação deste artigo, com base na aplicação de regras, recorrendo às técnicas de linguagem clara (*plain language*) e tendo em conta o Modelo ACP de literacia em saúde (Vaz de Almeida, 2019).

A linguagem clara é a expressão simples e direta de uma informação que se pretende comunicar, quer partindo de textos já existentes, adaptando a sua linguagem técnica aos cidadãos comuns, quer através da produção de textos que, desde a sua origem, são concebidos em linguagem clara, com vista a um maior entendimento por parte do público-alvo: uma comunicação está em linguagem clara quando o texto, a estrutura e o design são tão claros que o público-alvo consegue encontrar facilmente o que procura, compreender o que encontrou e usar essa informação. Federação Internacional de Linguagem Clara [Plain Language Association International (<https://plainlanguagenetwork.org/plain-language/o-que-e-linguagem-clara/>)].

Por sua vez, através do modelo ACP (Vaz de Almeida, 2019), os profissionais de saúde ficam mais habilitados a comunicar com os seus

destinatários, promovendo uma melhor compreensão e tomada de decisão. Pretende-se, desta forma, utilizar a assertividade, clareza e positividade como ferramentas para facilitar o acesso, compreensão e usabilidade do ECI.

Em paralelo, a terminologia de difícil compreensão será identificada e registada, com vista à criação de um glossário, em que os termos do ECI são explicados de forma simples e entendível por todos (ISO, 1087-1:2000).

Análise das dúvidas frequentes dos cuidadores informais

Está já em curso a análise da lista das dúvidas mais frequentemente colocadas pelos candidatos ao ECI. Depois de determinados os critérios de análise, as perguntas serão classificadas, com o objetivo de encontrar indícios de dúvidas sistemáticas e, a partir daí, propor soluções, aplicando as boas práticas da literacia em saúde.

Produção de materiais

O produto a desenvolver envolverá vários formatos, de forma a garantir diferentes vias de disseminação e, dessa forma, tornar-se mais abrangente. Pretende-se a transformação do Artigo 7º do Capítulo II, da Lei n.º 100/2019, tendo em conta também a legislação complementar e as alterações ocorridas até à data, em *plain language* e utilizando o modelo ACP, adaptados a um formato em papel, na forma de folheto e em cartaz para exposição, além da criação de um *podcast*, para uma intervenção de literacia em saúde em formato audível.

Avaliação dos conteúdos desenvolvidos

Após a criação dos produtos de literacia em saúde pretende-se realizar uma avaliação dos mesmos, inicialmente com teste piloto e, de seguida, através de grupos focais com indivíduos do público-alvo. Para a realização dos grupos focais contamos com o apoio da ANCI para o

recrutamento de potenciais candidatos ao ECI, que queiram voluntariamente testar os produtos criados.

Após a obtenção dos resultados da avaliação do conteúdo poderá haver espaço para melhoria do mesmo, antes de uma maior disseminação do produto.

Plano de Marketing

Este será desenvolvido na segunda fase do projeto, após a aprendizagem nas aulas de Marketing em Saúde, que nos permitirão ajudar a conceber, criar e encontrar estratégias de divulgação e de disseminação.

Reflexão crítica e recomendações

No final do projeto apresentaremos uma reflexão crítica sobre o mesmo e a aprendizagem desenvolvida ao longo da sua elaboração, além de um conjunto de recomendações que se considerem pertinentes para reforçar a importância da figura do cuidador informal na sociedade atual, à luz de um ECI mais ajustado à realidade, acessível e compreensível por todos.

Referências

- Almeida, K. M. V. de, Toye, C., Silveira, L. V. de A., Slatyer, S., Hill, K., & Jacinto, A. F. (2019). Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(2), 180-186. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020006>
- Barbabella, F., Poli, A., Hanson, E., Andréasson, F., Salzmann, B., Döhner, H., Papa, R., Efthymiou, A., Valenza, S., Pelliccioni, G., & Lamura, G. (2018). Usage and usability of a web-based program for family caregivers of older people in three european countries: A mixed-methods evaluation. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(5), 232-241. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000422>
- Bonaccorsi, G., Pieralli, F., Innocenti, M., Milani, C., Del Riccio, M., Donzellini, M., Baggiani, L., & Lorini, C. (2019). Health literacy among

- non-familial caregivers of older adults: A study conducted in Tuscany (Italy). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193771>
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 33(1), 6-8. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12018>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, A. M. A., Costa, V. J., Ferreira, M. M., & Girão, R. J. (2015). Factores determinantes na redução dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de utentes com dependência: Artigo de revisão. *Evidências*, 2, 15-22. <http://hdl.handle.net/10400.26/16796>
- Figueiredo, D., Lima, P., & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: Rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doença*, 13(1), 117-129. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36224324011.pdf>
- Garcia, C. H., Espinoza, S. E., Lichtenstein, M., & Hazuda, H. P. (2013). Health literacy associations between Hispanic elderly patients and their caregivers. *Journal of Health Communication*, 18(Sup1), 256-272. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829135>
- Instituto da Segurança Social. (2021). *Estatuto do Cuidador Informal (ECI): Relatório de Acompanhamento Trimestral – Segundo Trimestre*. www.seg-social.pt
- ISO Standards Terminology. (2000). *ISO 1087-1:2000 – Vocabulary ISO/TC 37 technical committee: Language and terminology*. <https://termcoord.eu/terminology-iso-standards/>
- Lei nº 100/2019. Diário da República: I série, nº 171. <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, 41(5), 600-607. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.01>
- Lopes, C., & Vaz de Almeida, C. (2021). Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção. In I. Leal & J. Pais Ribeiro (Coords.), *Manual de*

- psicologia da saúde* (pp. 363-371). Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Lopes-Cerda, E., Carmona-Torres, J. M., & Rodriguez-Borrego, M. A. (2019). Social support for elderly people over 65 years in Spain. *International Nursing Review*, 66, 104-111. <https://doi.org/10.1111/inr.12468>
- Martins, M. F. (2016). *Cuidadores informais de idosos dependentes: Um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa*. [Master's thesis, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Institucional ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/12953>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referência*, IV(2), 143-151.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L., & Garcia, C. A. (2007). Caregiver burden in dependent elderly. *Revista Colombiana Médica*, 38(1), 40-46. <https://doi.org/10.25100/cm.v38i1.473>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=69EF96140DA185F3EF03FA47D52CDECE?sequence=6
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à acção: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285-296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pereira, M., & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20(2), 369-383. <https://doi.org/10.9788/TP2012.2-07>
- PORDATA. (2020a). *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>

- PORDATA. (2020b). *Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino*. <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+aos+65+anos+da+população+do+sexo+feminino+total+e+por+anos+de+vida+saudável+e+não+saudável-2808>
- PORDATA. (2020c). *Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo masculino*. <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+aos+65+anos+da+população+do+sex+masculino+total+e+por+anos+de+vida+saudável+e+não+saudável-2804-315213>
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., & Clavería, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Vaz, I. D. T. (2020). *A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais*. [Master's thesis, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/17502>
- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA [ebook] <http://hdl.handle.net/10400.12/7305>
- Vaz de Almeida, C., Moraes, K. L., & Brasil, V. V. (2020). Questionamento. In C. Vaz de Almeida, K. Moraes, & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 87-88). Novas Edições Académicas.

- Vaz de Almeida, C., Rodrigues, P., Rodrigues, M., Pinheiro, D., & Nunes, C. (2021). *Bem-estar, mindfulness e saúde oral: Benefícios para profissionais e pacientes*. Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4557438>
- Verver, D., Merten, H., Robben, P., & Wagner, C. (2018). Care and support for older adults in The Netherlands living independently. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), e404-e414. <https://doi.org/10.1111/hsc.12539>
- Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., Dilles, T., & Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*, 16(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Yu, D. S. F. (2016). Effects of a health and social collaborative case management model on health outcomes of family caregivers of frail older adults: Preliminary data from a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2144-2148. <https://doi.org/10.1111/jgs.14259>
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e191-e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Como citar

Nascimento, C., Jasmins, C., Fernandes, I., Silva, R., & Nogueira, R. (2022). Estatuto do cuidador informal: Aceder, compreender, avaliar e usar – Um contributo prático da literacia em saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 49-65). Edições ISPA [ebook].

COMO POSSO SOCORRER O MEU AMIGO?

– Primeiros socorros: Uma estratégia de
literacia em saúde para crianças e escolas –

*Beatriz Gonçalves / Eliana Rocha / Helena Sampaio /
Mariana Fonseca / Rita Francisco*

Contextualização

A literacia em saúde é um campo do conhecimento em ascensão. Embora a utilização deste termo tenha mais de 20 anos, ainda não existe hoje um conceito que seja consensual entre os diferentes estudiosos deste campo. Desta forma, podemos descrever a literacia em saúde como um construto em permanente evolução.

Também os termos utilizados diferem entre países, como se constata num levantamento simples no Google. Os três termos mais utilizados como sinónimos são: letramento em saúde, alfabetização em saúde e literacia em saúde. Este último é o termo utilizado em Portugal, como se verifica em publicações oficiais nacionais, como as da Direção-Geral da Saúde (DGS), com o seu *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021* (Arriaga et al., 2018) e o *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde* (DGS, 2019), que será o que iremos adotar neste trabalho.

Uma das definições mais amplamente utilizadas e aceites é a de Sørensen et al. (2012) que, após uma revisão de conceitos publicados, chegou à seguinte proposta: “Literacia em Saúde envolve os conhecimentos, motivação e competências das pessoas em aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, fazendo julgamentos e tomando decisões no dia-a-dia relativas ao cuidado em saúde, prevenção de doença e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida” (p. 23).

Este grupo de trabalho opta por um conceito um pouco mais abrangente, aliando as propostas de Vaz de Almeida (2021), Abrams et al. (2014) e Brach (2020), definindo que: “A Literacia em Saúde é um processo complexo, dinâmico, multidimensional, de educação, comunicação e partilha, que envolve a participação, o empoderamento e a capacitação do indivíduo e das organizações ligadas, direta ou indiretamente, à saúde. Implica o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), que permitem aceder, compreender, avaliar e aplicar vários aspetos relacionados com a saúde, incluindo a área da investigação, e que asseguram a eficácia da tomada de decisão (ação) para melhores resultados em saúde, ao longo do ciclo de vida”.

Nesta perspetiva, o projeto tem como contexto a realização de trabalho educativo baseado na literacia em saúde, promotor do vendo desenvolvimento de competências que permitam que um determinado grupo populacional consiga aceder, compreender, avaliar e aplicar um dado tema num dado cenário. O grupo populacional do ciclo de vida visado são crianças de 8 a 10 anos de idade (3^o/4^o ano de escolaridade do 1^o Ciclo do Ensino Básico em Portugal e o seu equivalente no Brasil), o tema são os primeiros socorros e o cenário é a sala de aula da escola.

Trata-se de um estudo luso-brasileiro, onde o mesmo trabalho educativo será replicado em ambos os contextos (luso-brasileiro) e, por isso, realizado em Portugal, no distrito de Lisboa, e no Brasil, na cidade de Fortaleza.

Para melhor compreender a relevância da proposta é importante explicar a opção pelo grupo etário citado. As crianças podem beneficiar se a formação em saúde for baseada nos princípios da literacia em saúde, por forma a tomarem decisões mais conscientes neste domínio, enquanto cidadãos, algo pouco explorado quando pensamos na escola enquanto *locus* de ação (Marks, 2012).

Numa visão prospetiva evidenciam-se, por um lado, uma carga maior de doenças crónicas, por outro, uma maior longevidade dos indivíduos observando-se no entanto que, apesar deste caminho mais longo de vida feito pelo ser humano, que a adesão às medidas de prevenção e

controle da doença, assim como a qualidade de vida dos indivíduos após os 65 anos das mesmas são a longo prazo, limitadas.

As crianças, o melhor do mundo em modelação

Se as abordagens relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença forem iniciadas na infância poderá ser mais fácil a adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida, sendo primordial o envolvimento de familiares, professores e profissionais de saúde (Marks, 2012). Também, Resende e Figueiredo (2018) destacam que a promoção da literacia em saúde deve começar na infância, ainda no contexto da família, envolvendo pais e outros responsáveis. Bandura (1963) destaca a importância da aprendizagem por modelação. Os hábitos e ações que observam no contexto social e familiar são absorvidos e replicados.

Vieira (2020) reforça a importância de se promover a literacia em saúde nas escolas. A autora desenvolveu um projeto junto a crianças de nove a dez anos de idade, com a finalidade de promover a saúde em meio escolar, considerando os conhecimentos das crianças sobre saúde, à responsabilidade de um enfermeiro. Na revisão da autora, publicações situam a criança de sete a onze anos como a que consegue partilhar informações e experiências e que consegue reconhecer as suas próprias crenças e convicções. Deste modo, as crianças e as escolas destacam-se como uma população com contexto privilegiado para a implementação de medidas promotoras de literacia em saúde.

Ao considerarmos as crianças como parceiros ativos – não apenas como sujeitos passivos de cuidado e proteção – e, ao compreendermos que o processo de aprendizagem não é apenas um processo cognitivo, mas um processo integral, dinâmico e multidimensional, estamos a intervir de forma direcionada para a promoção da saúde e do bem-estar, na educação centrada na criança e em soluções sistémicas na política e na sociedade. Estas são as bases do processo participativo, cimentado na essência da literacia em saúde.

A escola central na promoção da atenção sobre a saúde

A escola é considerada, por excelência, um local privilegiado para a melhoria da literacia. O seu desenvolvimento na primeira infância é, portanto, uma oportunidade para que as crianças consigam adquirir conhecimentos sobre a sua saúde e tomar decisões conscientes, por forma a crescerem mais saudáveis. Este processo deve incluir a interação com os pais e outros membros da família, programas de educação infantil, brincadeiras e outro tipo de aprendizagem em ambiente escolar.

A escola é igualmente um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania, assente nos valores da equidade e universalidade. Deste modo, destaca-se a importância de se criarem escolas promotoras da saúde, como preconizado na publicação SHE – Schools for Health in Europe (Vilaça, 2019), onde se refere que a saúde deve ser priorizada em todas as políticas, incluindo o setor da educação. Nesta perspetiva, conclama-se que os diretores das escolas, os professores, pessoal não docente, os alunos e os parceiros comunitários participem na sua construção. Como consta na compilação do manual da SHE, saúde e educação estão interligadas, tanto porque crianças saudáveis têm maior frequência escolar e possuem maior capacidade de aprendizagem, como têm menor probabilidade de adotar comportamentos de risco em saúde; o que é verdade também para os demais atores do ambiente escolar tenham maior satisfação, menor absentismo e maior interação.

As crianças têm direito à saúde e à educação, pelo que lhes deve ser permitido (e até potenciado) frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar, ou seja, uma Escola Promotora da Saúde (EPS). Estas escolas integram uma parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação, que têm como princípios orientadores a equidade, a sustentabilidade, a participação democrática, educação inclusiva e o empoderamento de toda a comunidade educativa para a saúde e bem-estar. Assim, a promoção da saúde nas EPS tem como ponto de partida uma avaliação das necessidades reais da comunidade escolar, desenvolvendo processos para “elevar o nível de literacia da saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa” (Direção-Geral da

Saúde [DGS], 2015). Este conceito difere nas suas características do modelo de escola tradicional (Tabela 1).

Tabela 1. *Características Escolas Programas Tradicionais vs. Escolas Promotoras de Saúde*

	<i>Escolas Tradicionais</i>	<i>Escolas Promotoras de Saúde</i>
Foco	Doença Cura Comportamento	Condições de vida Estilo de vida Bem-estar
Saúde	Conceito fechado e limitado	Conceito abrangente
Abordagem	Didática Transmissão de informação e prescrição de atividades	Holística Centrada de comunidade escolar
Processo	Diretivo – Mudança de comportamento para evitar a doença	Dinâmico e democrático. Desenvolvimento de competências dos alunos para melhor compreensão da temática da saúde e adoção de um estilo de vida mais saudável Promoção da saúde – avaliação das necessidades reais da comunidade escolar
Professor	Modelo a seguir	Participação ativa entre a comunidade escolar – pessoal docente e não docente, alunos, família
Relação institucional	Restritiva – profissional de saúde visita a escola para a transmissão de informações	Parceria interinstitucional entre a educação e a saúde Difusão da promoção da saúde na comunidade escola Envolvimento da comunidade local Baseado na Literacia da Saúde
Princípios / Promoção da Saúde	Pouco estruturados	Equidade Sustentabilidade Inclusão Empowerment Democracia

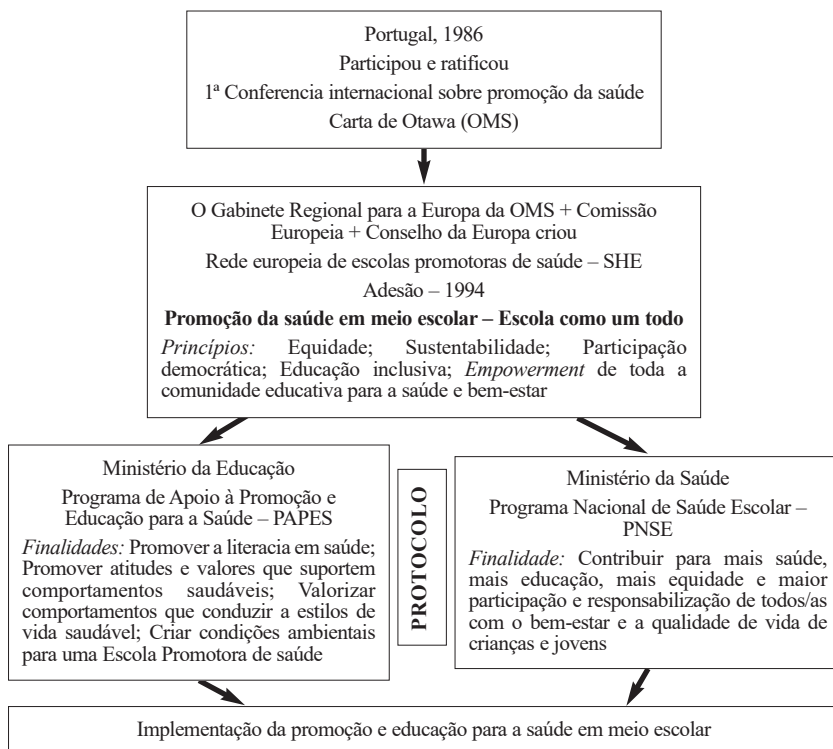
Fonte: Elaboração dos autores, baseado em DGS (2015), Faria e Carvalho (2004).

Uma escola promotora de saúde é uma instituição com foco em proporcionar às crianças e jovens oportunidades de viver, aprender e brincar (World Health Organization [WHO], 1998). É percebida como um sistema dinâmico que afeta de forma mais ampla a experiência educacional dos alunos e, portanto, a sua saúde e bem-estar. Consequentemente, as competências dos alunos e a sua disposição para cuidarem da própria saúde e da dos outros são desenvolvidas não

apenas na sala de aula, mas também no dia-a-dia da escola como comunidade. Neste sentido, as ações desenvolvidas em meio escolar terão impacto na família e nos que se relacionam com a criança, sendo que esta poderá replicar o que aprendeu em diferentes contextos, sendo assim, uma agente promotora da literacia em saúde.

Historicamente, de uma maneira ou de outra, a saúde tem sido um conteúdo presente nas práticas escolares, sendo a saúde e a educação vistas como dialeticamente interligadas. Em Portugal, estas duas áreas, através do estabelecimento de protocolos entre os seus Ministérios e de Programas específicos, convergem para o mesmo objetivo: a implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar (Figura 1).

Figura 1. *Evolução da promoção e educação para a saúde em meio escolar: Portugal*



Fonte: Elaboração dos autores, baseado em DGS (2015), Direção Geral da Educação (DGE, 2014), International Union for Health Promotion and Education (s.d.) e Moreira et al. (s.d.).

As escolas devem, assim, ser promotoras de saúde através de abordagens que combinem uma mudança do comportamento individual com uma mudança nas organizações e políticas. Uma perspectiva ecológica reconhece que desenvolver conhecimentos essenciais e habilidades para a vida (incluindo as necessárias sobre literacia em saúde) faz parte de um sistema socio-ecológico mais amplo. Este modelo enfatiza a ação e a interação individual e social: fatores intrapessoais; fatores interpessoais; fatores institucionais; fatores da comunidade e fatores de política pública. Em anexo encontram-se dois exemplos de EPS, um em cada país alvo deste projeto – Portugal e Brasil (Anexo 1).

É no ambiente escolar que ocorrem muitos dos acidentes com crianças, quer pelas suas características (por serem seres suscetíveis a acidentes pela sua curiosidade inata) quer pelo ambiente da escola (que se torna local propício a acidentes, devido à aglomeração de crianças agitadas, que interagem constantemente) (De Conti & Zanatta, 2014). Deste modo, abordar a temática dos acidentes e primeiros socorros, baseada nos contributos da literacia em saúde, revela-se crucial.

Literacia em saúde para educar e fortalecer comportamentos: O papel da saúde escolar

A literacia em saúde, de acordo com Nutbeam (2000), é um resultado chave da educação para a saúde, ligada à área de ação da promoção da saúde por “desenvolvimento de habilidades pessoais”, refletindo-se em resultados positivos para a saúde, incluindo uma melhor perceção do estado de saúde. Portanto, o desenvolvimento da literacia em saúde ajudará na redução das diferenças em saúde nas crianças, pois apoia o desenvolvimento da autonomia dos alunos, a capacitação e as habilidades para participar na promoção do bem comum. A aprendizagem do ponto de vista da literacia em saúde é um direito de todas as crianças. Quando está inserida nas políticas e práticas escolares, a escola garante que todos os alunos têm oportunidades de praticar e alcançar, ao longo

da sua escolaridade, uma variada gama de competências de literacia em saúde, incluindo: conhecimento teórico; conhecimento prático; pensamento crítico; autoconsciência; cidadania (Paakkari & Paakkari, 2012).

Importa, então, perceber a importância dada a estas questões pelas políticas dos dois países envolvidos neste projeto, em Portugal e no Brasil. Em Portugal, a Saúde Escolar tem sido, ao longo dos seus 113 anos de existência, um referencial para a saúde das crianças e dos jovens, adaptando-se aos desafios da Saúde e à evolução do Sistema de Saúde português (DGS, 2015). Estrategicamente, a melhoria do nível de literacia em saúde e o fortalecimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar.

O *Programa Nacional de Saúde Escolar* (PNSE), de 2015, define como objetivos “promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” (p. 20) “e estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar” (p. 20). Refere o mesmo documento, entre outras ações, que a escola deve estar preparada para lidar com os acidentes e com o que fazer quando eles ocorrem, contemplando a temática da prevenção dos acidentes e primeiros socorros como eixo de intervenção (DGS, 2015, p. 38).

Assim, o PNSE define que “primeiros socorros são o tratamento inicial e temporário ministrado a acidentado e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento”, que depende da situação e da preparação de quem o ministra (DGS, 2015, p. 38).

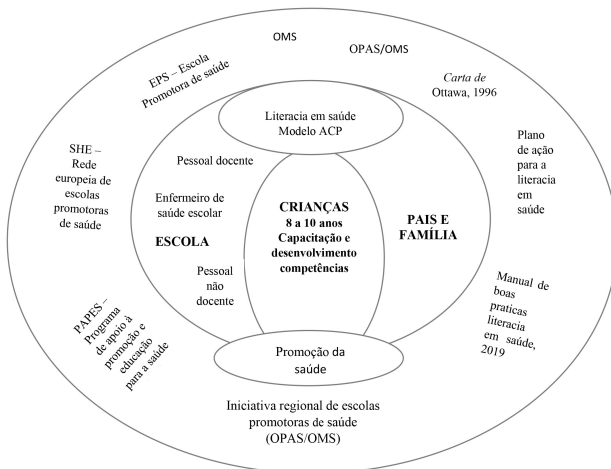
No que se refere à realidade do Brasil, o *Programa Saúde na Escola* (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, de 5 de dezembro de 2007, prevê como base a articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde. Considerando o presente projeto, no artigo 4º do decreto é explicitado que devem ser instituídas ações para a

“redução da morbimortalidade por acidentes e violências” (Decreto-Lei nº 6.286/2007, DOU, p. 2, c. 2). A cada biênio é definido um novo Plano e são definidas novas estratégias para o PSE, sendo que para o de 2021-2022 foram mantidas ações direcionadas para a prevenção da violência e dos acidentes (Brasil, 2021). A escola que adere ao plano aplica as atividades de acordo com a sua realidade e nível de ensino, sendo que no mesmo plano prevê que “as equipas de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas” (Decreto-Lei nº 6.286/2007, DOU, p. 2, c.2).

No entanto, no PSE não são apresentadas diretrizes operacionais para a execução de cada uma das ações propostas. Posteriormente, na série *Cadernos de Atenção Básica* foi lançado o número 24, que trata da *Saúde na Escola* (Ministério da Saúde do Brasil, 2009) que, embora desatualizado no *site* do Ministério da Saúde, não há documento similar posterior a esta data onde são abordadas maiores especificações das ações gerais esperadas. Na citada publicação é recomendado que os estudantes sejam envolvidos nos projetos de educação para o ambiente e saúde, promoção da segurança e que possam contribuir para a prevenção de acidentes – rodoviários, domésticos e de lazer ou trabalho – e intervir em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente para a segurança e prevenção de acidentes. A publicação ressalta a importância da interação entre a direção, corpo docente, profissionais de saúde, estudantes e família. Percebe-se, portanto, que é possível educar sobre primeiros socorros dentro das ações previstas pelo PSE.

Para além do exposto anteriormente, que mapeia a contextualização teórico-conceptual do projeto (Figura 2), os elementos do grupo têm interesse – pessoal e profissional – na exploração da área temática relacionada com os primeiros socorros em ambiente escolar.

Figura 2. Contextualização teórico-conceitual do projeto



Em Portugal, esta temática está contemplada no plano curricular da disciplina de Estudo do Meio do 3º e 4º anos de escolaridade do 1º ciclo do Ensino Básico, com o objetivo de dar a conhecer algumas regras de primeiros socorros (Decreto-Lei nº55/2018, de 6 julho). Adicionalmente, e dado que os acidentes escolares têm uma enorme prevalência e representam um desafio para a saúde pública em ambos os países alvo do desenvolvimento deste projeto (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010; De Conti & Zanatta, 2014), entende-se a pertinência e importância da realização do projeto: *“Como posso socorrer o meu amigo? Primeiros Socorros: uma estratégia de Literacia em Saúde para criança e escolas”*.

Objetivo

O estudo visa desenvolver uma atividade participativa sobre primeiros socorros, fundamentada na literacia em saúde e com base nas necessidades e preferências da comunidade escolar, para a capacitação e desenvolvimento de competências nesta área em crianças dos 8 aos 10 anos (3º/4º anos de escolaridade).

Objetivos específicos

Acesso

- Sensibilizar a comunidade escolar e os enfermeiros de saúde escolar para a importância da temática dos primeiros socorros;
- Disponibilizar, via *online*, os questionários de levantamento de necessidades relacionadas com a temática dos primeiros socorros aos diretores das escolas, professores, enfermeiros de saúde escolar e família;
- Disponibilizar os questionários de levantamento de necessidades relacionadas com a temática dos primeiros socorros para as crianças em formato papel ou digital para serem preenchidos em sala de aula com o auxílio do professor titular da turma.

Compreensão

- Utilizar linguagem assertiva, clara e positiva ao estágio de desenvolvimento da criança na elaboração dos questionários e dos materiais do projeto, com base no Modelo ACP;
- Criar materiais de acordo com o diagnóstico de situação, baseado nas necessidades, preferências e expectativas da comunidade escolar, nomeadamente dos alunos.

Uso

- Desenvolver a atividade educativa planeada de acordo com o diagnóstico da situação, baseado nas preferências da comunidade escolar.

População-alvo

Neste trabalho, a população-alvo são crianças dos 8 aos 10 anos. No entanto, incluímos as visões do diretor da escola, do corpo docente, dos enfermeiros de saúde escolar, dos auxiliares de ação educativa e familiares.

Método

Este trata-se de um estudo transversal, exploratório, de base quantitativa e qualitativa, assente no Modelo teórico-prático “ACP” –

que promove Assertividade, Clareza e Positividade das competências de comunicação – adaptado ao estadio de desenvolvimento da criança.

Ficou garantida a anonimização dos dados recolhidos e estes foram armazenados de forma segura e encriptada (em *pen drive* com *password*), disponíveis e usados exclusivamente para fins académicos pelos investigadores.

A metodologia implementada neste estudo assentou num conjunto de fases e instrumentos de avaliação:

Desenvolvimento de questionários para levantamento de necessidades

Foram construídos dois formulários *online*: um para população adulta e outro para crianças de 8 a 10 anos.

Fase piloto

Foi aplicado o formulário construído a catorze adultos (incluindo diretores, professores, enfermeiro de saúde escolar e família) e a setecrianças de 8 a 10 anos dos dois países para avaliar a necessidade de modificação do instrumento.

Aplicação dos questionários à população alvo

Foram aplicados os dois formulários, após questionário-piloto, aos grupos-alvo em duas escolas: uma em Portugal e outra no Brasil. Em Portugal, o projeto foi desenvolvido numa turma de 3^o/4^o ano de escolaridade da EB1/JI Jorge Mineiro – Queluz de Baixo, inserida no Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas. No Brasil, o projeto foi desenvolvido numa turma do 4^o ano do Centro Municipal de Educação e Saúde Projeto Nascente (CMES Projeto Nascente), que é sediado em Fortaleza, no estado do Ceará, nordeste do Brasil.

Decisão educativa

Analisar a escolha dos temas a abordar e da metodologia a adotar na abordagem educativa, de acordo com os resultados obtidos nos questionários.

Desenvolvimento da estratégia educativa

Produzir e introduzir materiais educativos nas escolas, de acordo com as preferências, necessidades e expectativas, com base nos resultados obtidos pelos questionários *online*, usando, por isso, um método misto, sequencial em que uns dados obtidos ajudam na criação dos seguintes instrumentos e ações (Bryma, 2012). Propor uma atividade aos professores para que os alunos e família verifiquem a importância das crianças enquanto agentes de literacia em saúde.

Avaliação da estratégia educativa

Avaliar a opinião sobre a atividade desenvolvida e a sua incorporação no projeto educativo, através de dois questionários *online* de satisfação: um dirigido aos professores e outro às crianças.

Resultados

Desenvolvimento e refinamento dos inquéritos de opinião: Fase piloto

Os resultados aqui apresentados referem-se à fase piloto. No total participaram catorze adultos e sete crianças. Nesta fase pedimos aos participantes para responderem ao questionário e avaliarem a sua compreensão e adequação. As opiniões dos participantes apontaram a necessidade de modificar o enunciado e o *layout* de algumas questões.

No questionário das crianças:

- Retiramos a introdução porque era extensa e as crianças perdiam-se, chegando ao questionário já cansadas e distraídas. Optámos por enviar em anexo essa informação para os adultos que as acompanharam, obtendo um *feedback* mais positivo;
- Reformulamos a resposta da idade, especificando qual a idade da criança;
- Considerámos que deveríamos reformular a resposta da questão 3, deixando apenas três opções, para que as crianças se posicionassem com maior facilidade;

- Na questão 5, a classificação de nível de interesse pelos temas, tivemos que alterar para “nível de gosto” para melhor compreensão da população-alvo;
- O *feedback* recebido nesta fase permitiu perceber a necessidade das crianças sobre o preenchimento dos questionários ser supervisionado por um adulto.

No questionário dos adultos:

- Retirámos na questão 5 as opções de Suporte Básico de Vida e Posição Lateral de Segurança por inexistência no das crianças. Sendo este um trabalho direcionado para os interesses das mesmas, as opções ficariam assim em concordância.

Em ambos os questionários, segundo as sugestões dos inquiridos:

- As opções temáticas ficaram apresentadas de forma vertical e foram retiradas as perguntas abertas;
- A linguagem foi simplificada, nomeadamente com a remoção de plurais nas questões e adição de instruções mais claras, concisas e precisas.

Considerámos interessante quantificar os dados obtidos com a fase piloto, para ter uma visão inicial da situação que potencialmente será encontrada. Todos os participantes na fase piloto concordaram em participar, tendo preenchido o consentimento eletrónico. Os resultados obtidos nesta fase encontram-se detalhados no Anexo 2.

Preferências e necessidades das populações-alvo sobre primeiros socorros

Após contacto com as duas escolas envolvidas no projeto – EB1 Jorge Mineiro, em Portugal, e Projeto Nascente, no Brasil, os formulários definitivos foram disponibilizados. As versões finais utilizadas encontram-se nos seguintes links:

- <https://forms.gle/8jWDSGW67Pncv8js5> (formulário para as crianças)
- <https://forms.gle/1mV1pTcmck5zhMt6> (formulário para os adultos)

No total participaram no estudo vinte seis crianças (dezoito portuguesas e oito brasileiras) e vinte e cinco adultos (dezasseis portugueses e nove brasileiros), sendo que todos acederam participar e deram o seu consentimento informado eletrónico. Relativamente à distribuição etária das crianças, a maioria dos participantes tinha 9 anos de idade ($n=15$, 76,9%). No que respeita aos adultos, a maioria eram pais, sendo que em Portugal representam 56,3% da amostra e no Brasil 77,8% (Anexo 3).

A análise dos resultados dos questionários, realizados aos alunos de 8 a 10 anos, do Brasil e de Portugal, mostraram-nos que as crianças têm noção do que são primeiros socorros (62,5% e 100%, respetivamente) (Anexo 3). Os temas preferidos foram analisados somando as opções gostar e gostar muito. Entre as crianças, destaque para quedas e picada/mordedura de animal (ambas com 73,1%) (Anexo 3). Quanto à forma como gostariam de ver os temas abordados, as crianças tiveram preferências por aulas (80,9%) e vídeos (73,1%) (Anexo 3).

Nas respostas dos adultos participantes no estudo, de Portugal e do Brasil, verifica-se que também têm conhecimento do que são primeiros socorros (93,8% e 88,9%, respetivamente). Entre os adultos os temas mais escolhidos, ambos *ex aequo* com 84%, foram asma e feridas. Em termos de abordagens preferidas, o vídeo (84%) e os jogos (60%) surgiram no topo das preferências.

Materiais educativos

Considerando os dados obtidos nos diferentes questionários e atribuindo maior peso às preferências dos alunos, foram produzidos vários instrumentos educativos relacionados com a temática dos primeiros socorros. Estes materiais focaram a área da prevenção e tratamento, fundamentados na literacia em saúde e adaptados para português de Portugal e do Brasil. Numa tentativa de melhor ir ao encontro dos interesses dos participantes e propiciar uma aprendizagem mais sólida, o tema queda, devido à sua abrangência, foi subdividido quanto à entorse e fratura. Na mesma perspetiva, o tema picadas e mordeduras foram direcionados para animais específicos. A picada de abelha, mordedura de cão e cobra, entorse e fratura foram os cinco temas eleitos, sendo o vídeo

escolhido como forma de aprendizagem para ser exibido em contexto de sala de aula (Tabela 2).

Tabela 2. *Temas dos vídeos sobre primeiros socorros desenvolvidos para crianças de 8 a 10 anos com os respetivos links de acesso*

Temas	Links	
	Brasil	Portugal
Picada de abelha	https://bit.ly/BRAbelha	https://bit.ly/PTAbelha
Mordedura de cão	https://bit.ly/BRCão	https://bit.ly/PTCão
Mordedura de cobra	https://bit.ly/BRCobra	https://bit.ly/PTCobra
Entorse	https://bit.ly/BREntorse	https://bit.ly/PTEntorse
Fratura	https://bit.ly/BRFratura	https://bit.ly/PTFratura
Playlist (todos os vídeos)	https://bit.ly/PlaylistPSBRPT	

Fonte: Elaboração dos autores com recurso ao <https://app.bitly.com/> para personalização dos links.

Desta forma, foi escolhida a plataforma digital de design Canva por ser grátis, de fácil utilização e versátil. No total foram criados dez vídeos, cinco em Português do Brasil e cinco em Português de Portugal, por forma a garantir a sua adaptação semântica e cultural. Em média, os vídeos têm duração variável de dois a três minutos. Adicionalmente, com o objetivo de facilitar a memorização dos conteúdos foram utilizadas rimas e música de fundo. Por forma a garantir uma maior credibilidade da informação e estabelecer maior proximidade e confiança foram usadas fotografias dos profissionais que fazem a narração dos vídeos.

Os roteiros dos vídeos estão disponíveis em português no Anexo 4*.

As atividades abordadas nestes vídeos referem-se ao tratamento das situações citadas. Aos pais dos alunos foram enviadas cartas para desenvolverem em casa, com os seus filhos, atividades de reforço aos conteúdos dos vídeos (Anexo 5)*. Através do envolvimento da família estimulámos a promoção das competências parentais.

Adicionalmente foram disponibilizadas sugestões e dicas aos professores visando a prevenção das situações referidas para utilização complementar aos vídeos em sala de aula (Anexos 6 e 7)*.

* Versão brasileira em

https://cd.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user6/literaciasaude-2022_anexos-brasil.pdf

Foram construídos dois questionários para avaliar a adequação e a satisfação dos professores e crianças relativamente aos vídeos (Tabela 3).

Tabela 3. *Questionários de satisfação adaptados aos destinatários com os respetivos links de acesso*

Destinatários	Links	
	Brasil	Portugal
Professores	https://forms.gle/Uus4XNvcHgnJzTNI7	https://forms.gle/se1MMzvUVzKy18qC9
Crianças	https://forms.gle/XsTXtFJJ87frUhQ2A	https://forms.gle/jfzuFezyPEztQQoV8

Fonte: Elaboração dos autores.

A atividade educativa deste estudo é inovadora ao incorporar o tema de primeiros socorros fundamentado em literacia em saúde que poderá ser replicado noutras escolas. Além disso, a metodologia desenvolvida, pela sua versatilidade, poderá ser usada noutros contextos e temáticas.

Discussão e conclusões

A abordagem integradora e participativa desenhada para o desenvolvimento dos diferentes materiais educativos incluídos neste estudo é inovadora, pois (1) aborda o tema de primeiros socorros fundamentado em literacia em saúde; (2) consulta e envolve a comunidade escolar – composta por adultos e crianças – em diversas etapas do desenvolvimento do projeto; (3) envolve escolas portuguesas e brasileiras, criando assim uma visão complementar e integrativa; (4) inclui e integra os pais, promovendo a sua participação ativa e o desenvolvimento de competências parentais, como sugerido por Vaz de Almeida (2020a, 2020b); (5) aborda o ensino dos primeiros socorros de forma holística e ponderada, visto os materiais criados abordarem as temáticas eleitas pela comunidade escolar ao nível do tratamento e da prevenção; (6) diversifica e adapta os formatos dos recursos à população-alvo (os recursos desenvolvidos incluem vídeos, sugestões de planeamento de aulas, dicas preventivas e cartas); (7) contempla a avaliação dos recursos desenvolvidos por parte dos professores e alunos, o que permite um refinamento e/ou validação dos

materiais educativos; (8) por último, gera um conjunto de materiais que possibilita a fácil replicação deste projeto e do ensino de primeiros socorros noutras escolas.

Perspectivas futuras

Como possíveis intervenções futuras na sociedade (visando diferentes populações-alvo), deixamos as seguintes sugestões para a disseminação e divulgação deste estudo e dos seus materiais:

- encaminhar o projeto/resultados para o Ministério da Educação e da Saúde, APSI, Criança segura – Safe Kids Brasil, REBRALS, SPLS;
- difundir os vídeos nas redes sociais: YouTube, Facebook, Instagram, TikTok;
- disseminar nos diversos media, como canais de TV, rádios, blogs;
- divulgar no Grupo de Boas Práticas em Literacia em Saúde no LinkedIn;
- difundir nas redes de apoio social, através de parcerias com atividades de tempos livres (ATLs), associação de pais;
- publicação em livros e artigos como exemplo de boa prática.

Além disso, a metodologia desenvolvida, pela sua versatilidade, poderá ser usada noutros contextos e temáticas relacionados com a prevenção e promoção da saúde. De acordo com esta visão de futuro, Sørensen (2021) realçou a importância da educação para a saúde e bem-estar, fundamentada na literacia em saúde, defendendo que esta deverá constar do currículo escolar, constituindo uma disciplina autónoma. Para que tal seja possível foi também realçada a necessidade de formar adequadamente os professores. Por forma a conseguir dar visibilidade e a capacitar para o ensino da saúde, Sørensen (2021) mencionou ainda a necessidade do envolvimento da sociedade nos seus diferentes níveis de impacto e de atuação, ressaltando a importância da sensibilização e colaboração dos decisores políticos e de todos os elementos da comunidade escolar. Sørensen (2021) indicou como ponto de partida a exploração e maior

desenvolvimento das Escolas Promotoras de Saúde, como referido neste estudo. Mais, Sørensen (2021) sublinhou a relevância dos meios de comunicação, incluindo as redes sociais, como plataformas de sensibilização para a saúde e um veículo de capacitação das crianças enquanto agentes promotores de saúde.

Referências

- Abrams, M. A., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., & Savage, B. (2014). *Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change*. <https://coabe.org/wp-content/uploads/2019/09/COABEJournalWinter2015.pdf#page=71>
- Arriaga, M. T., dos Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart and Winston.
- Brach, C. (2020). *Healthy people 2030 health literacy definitions: Historic and historical*.
- Brasil. (2021). *Passo a passo para adesão ao programa saúde na escola, ciclo 2021-2022*. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/PSE_Passoapasso.pdf
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford University Press.
- De Conti, K. L. M., & Zanatta, S. C. (2014). Acidentes no ambiente escolar: Uma discussão necessária. *Cadernos PDE, 1*. http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unesp-paranavai_cien_artigo_kesia_liriam_meneguel.pdf
- Decreto-lei nº 6.286, Ministério da Educação e da Saúde do Brasil. (2007). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Decreto-lei nº 55/2018 do Ministério da Educação de Portugal (2018). *Diário da República* (I série, nº129). https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Curriculo/AFC/dl_55_2018_afc.pdf

- Direção-Geral da Educação [DGE]. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde – PAPES*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Programa nacional de saúde escolar (nº 015/2015)*. http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-emsade-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Faria, U. A., & Carvalho, G. S. (2004). Escolas promotoras de saúde: Fatores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Saúde Pública*, 22(2). https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42387/1/EPS_RevPortSaudePublica2004.pdf
- International Union for Health Promotion and Education. (s.d.). *Construindo escolas promotoras de saúde: Diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/iuhpe_hps_guidelinesii_2009_portuguese.pdf
- Marks, R. (2012). Health literacy: What is it and why should we care?. *Health Literacy and School-Based Health Education*. Emerald Group Publishing Limited.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2009). Saúde na escola. *Cadernos de Atenção Básica*, 24. Saúde na escola (saude.gov.br)
- Moreira, A. M. M., Guerra, A., Ramos, B. E. O., Silva, C. S., Soares, F. J. P., Pedroso, G. C., & Castelo-Branco, V. M. (s/d). Meio ambiente. *Cadernos de Escolas Promotoras em Saúde, 1 – Sociedade Brasileira de Pediatria*. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>

- Resende, A., & Figueiredo, M. H. (2018). Práticas de literacia familiar: Uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. *Portuguese Journal of Public Health*, 36, 102-113. <https://doi.org/10.1159/000492265>
- Sørensen, K. (2021). *Contributo para o avanço da abordagem da literacia em saúde em ambiente escolar (notas de aula)*. Ispa – Instituto Universitário.
- Sørensen, K., Broucke, S. V. D., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Vaz de Almeida, C. (2020a). Competências parentais para uma melhor literacia em saúde. In C. Vaz de Almeida, K. L. Moraes, & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática: Um guia para a saúde* (Vol. II, pp. 38-39). Novas Edições Académicas.
- Vaz de Almeida, C. (2020b). Criatividade, arte e entretenimento para melhor memorização no processo de literacia em saúde do paciente. In C. Vaz de Almeida, K. L. Moraes, & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática: Um guia para a saúde* (Vol. II, pp. 51-53). Novas Edições Académicas.
- Vaz de Almeida, C. (2021). Eureka: A proposal of a health communication model based on communication competences of the health professional! The assertiveness, clarity, and positivity model. In C. Belim & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Health communication models and practices in interpersonal and media contexts: Emerging research and opportunities* (chap. 5). IGI Books. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-4396-2>
- Vieira, M. M. O. (2020). *Literacia para a saúde na perspetiva das crianças de nove e dez anos, em meio escolar* [Unpublished master's thesis]. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Vilaça, T. (2019). *Schools for health in Europe in the world of sustainability – Continuities, changes and challenges in research and practice*. SHE Academy. https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/academy/04.11.19_she_in_the_world_of_sustainability_teresa.pdf
- World Health Organization [WHO]. (1998). Health promoting schools: *WHO's Global School Health Initiative*. https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1

Anexo 1. Escolas promotoras de saúde

Escolas promotoras de saúde: Exemplo em Portugal

O Agrupamento de Escolas de Colmeias: Freguesia – Colmeias e memória, concelho e distrito – Leiria

É constituído por 2 estabelecimentos de educação que integram o jardim de infância e a escola do 1º ciclo, 4 estabelecimentos de educação pré-escolar, 5 estabelecimentos de educação do 1º ciclo do ensino básico, 1 Centro Escolar e por 1 Escola Básica Integrada do 1º, 2º e 3º Ciclos do ensino básico que funciona como a Escola-Sede do Agrupamento, distribuídos pelas seguintes 4 freguesias/união de freguesias.

O Agrupamento de Escolas de Colmeias tem uma população escolar de 837 crianças e jovens, das quais 172 pertencem à educação pré-escolar, 327 ao 1º ciclo do ensino básico, 135 ao 2º ciclo, 203 ao 3º ciclo.

O Agrupamento de Escolas de Colmeias tem 93 docentes, 41 funcionários e 1 técnico superior (dados referentes ao ano 2019).

Com base do Programa de apoio à promoção e educação para a saúde (PAPES), o Agrupamento criou um projeto de educação para saúde (PES) que está incluído no projeto educativo 2018/2021, que se caracteriza por ser transversal, multidisciplinar e operacional em articulação com estruturas do agrupamento de escolas de Colmeias e da comunidade educativa e envolvente.

Objetivos:

- Incentivo à melhoria da qualidade de vida através a execução de atividades de forma contínua e cíclica;
- Incrementação de políticas de saúde – promoção de práticas e comportamentos saudáveis através de atividades diversificadas em áreas prioritárias (ações, palestras informativas e de sensibilização, campanhas, rastreios, comemorações de efemérides, dinamização do Gabinete de apoio ao aluno (GAA), etc.;
- Formação de comunidade educativa (pessoal docente e não docente, encarregados de educação);
- Maior envolvimento dos alunos e encarregados de educação na definição e consecução de atividades;
- Maior articulação disciplinar/ciclos de ensino;
- Pretende o aumento das ligações à comunidade através da contínua articulação com parceiros e outras instituições e de uma maior divulgação das iniciativas e resultados obtidos;
- Apoio o desenvolvimento de atividades a realizar nos Conselhos de Turma no âmbito do programa de educação sexual;
- Desenvolvimento de atividades no âmbito da educação para a saúde tem em conta as seguintes áreas prioritárias:
 - 1) Saúde Mental e Prevenção da Violência (violência em contexto escolar; *bullying* e *ciberbullying*; violência no namoro; violência e discriminação de género);
 - 2) Educação Alimentar e Atividade Física (alimentação saudável; distúrbios alimentares: obesidade, anorexia e bulimia; diabetes e hipertensão);
 - 3) Sexualidade e Afetos (educação sexual em meio escolar nos diferentes ciclos; puberdade em questões de género; adolescência e sexualidade responsável; igualdade de género e orientação sexual);
 - 4) Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (com e sem substância);
 - 5) Segurança e Prevenção de Acidentes (primeiros socorros – suporte básico de vida).

Em setembro de 2019, o Agrupamento foi distinguido com o Selo Escola Saudável.

É atribuído às escolas que integrem e assumam nas suas práticas quotidianas a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade educativa e válida para os anos letivos 2019/20 e 2020/21.

Este Agrupamento foi distinguido com o Selo Escola Saudável em setembro de 2019. Atribuído às escolas que integrem e assumam nas suas práticas quotidianas a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade educativa e válida para os anos letivos 2019/20 e 2020/21.

Fonte: Agrupamento de Escolas de Colmeias. <https://agcolmeias.com/>

1995

Organização Panamericana de saúde, Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS)

Estimular a iniciativa regional de escolas promotoras de saúde.

Objetivo:

Fortalecer a capacidade dos países da América Latina e Caribe na área da saúde escolar.

A iniciativa regional das Escolas Promotoras de saúde tem três componentes relacionados entre si:

- Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
- Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis;
- Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

A iniciativa regional das escolas promotoras da saúde tem as seguintes estratégias:

- Difundir o conceito da escola promotora da saúde na região;
- Criar políticas e mecanismos de coordenação intersectorial (setor educativo-saúde e outros);
- Desenvolver programas de formação de recursos humanos com enfoque integral;
- Formar e fortalecer da rede da latino-americana e da rede caribenha de escolas promotoras de saúde;
- Intercâmbio de experiências entre países;
- Formar alianças estratégicas para a implementação de atividades colaborativas;
- Criar regras e roteiros para apoiar os processos de certificação das escolas promotoras da saúde;
- Criar e divulgar de material didático de escolas promotoras da saúde.

Segundo a OPAS/OMS, todos os países abordam a educação para a saúde em nível curricular; contudo, existe a necessidade de melhorar aspetos deficitários, como o financiamento, recursos humanos, troca de experiências, material didático, coordenação intersetorial e interinstitucional, acompanhamento e supervisão das escolas participantes.

A situação socioeconómica atual da Região da América Latina, com o aumento da pobreza e a iniquidade, exige ações inovadoras e participativas para abordar os problemas de saúde e de educação da população escolar. A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde é uma estratégia voltada para apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade educativa e para contribuir para a garantia dos direitos à saúde e à educação de crianças e jovens. A promoção de saúde no âmbito escolar é responsabilidade de todos e constitui um investimento inadiável.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento Científico de Saúde Escolar. <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/saude-escolar/>

Anexo 2. Figuras dos resultados obtidos na fase piloto

Questionário Crianças

Figura 1. *Idade das crianças*

Que idade tens?

7 respostas



Figura 2. *Opinião das crianças sobre o que são primeiros socorros*

O que achas que significa "primeiros socorros"?

7 respostas

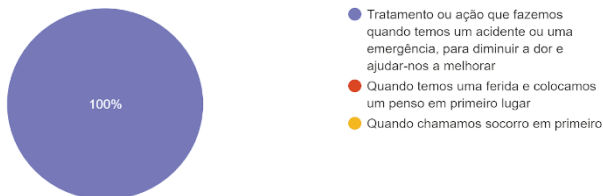


Figura 3. *Auto-avaliação das crianças sobre conhecimento acerca de primeiros socorros*

O que achas que sabes sobre primeiros socorros?

7 respostas

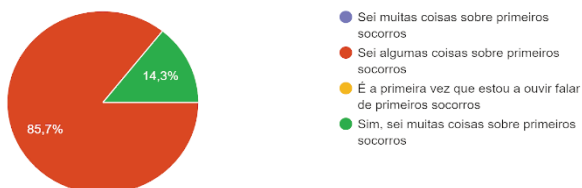


Figura 4. Informação das crianças sobre se há abordagem de primeiros socorros na escola

Já falaste sobre “primeiros socorros” na tua escola?
7 respostas

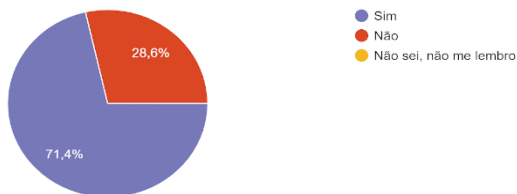


Figura 5. Temas de primeiros socorros preferidos pelas crianças

Dos temas que vês abaixo, diz-nos os que mais gostavas de saber? Escolhe um número em que: 1 = não gosto nada do tema; 2 = gosto pouco do tema; 3 = gosto do tema; 4 = gosto muito do tema

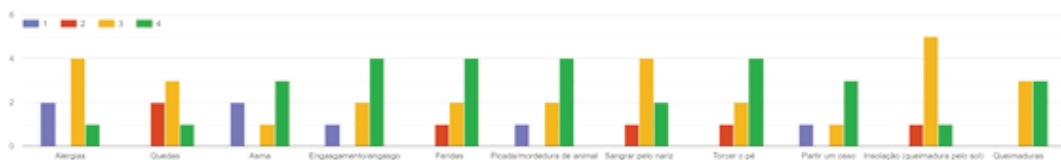
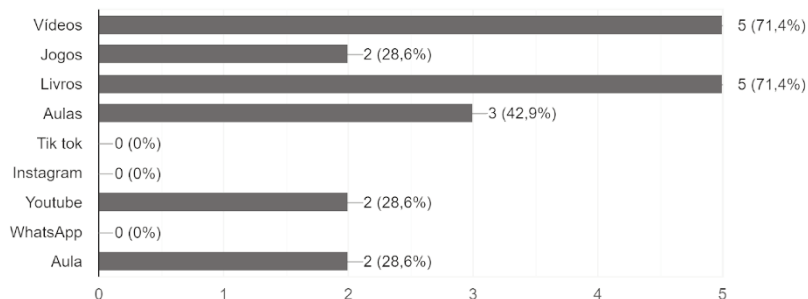


Figura 6. Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelas crianças

Como gostarias de aprender mais sobre “primeiros socorros”? (Podes escolher vários destes exemplos)

7 respostas



Questionário Adultos

Figura 7. *Categorias de identificação dos adultos*

Eu sou:

12 respostas



Figura 8. *Opinião dos adultos quanto ao que sejam primeiros socorros*

O que entende por “primeiros socorros”? (assinale a resposta que considere correta)

12 respostas



Figura 9. *Auto-avaliação sobre conhecimento de primeiros socorros dos adultos*

Como avalia o seu conhecimento sobre “primeiros socorros”? (responda a respeito do seu próprio conhecimento)

12 respostas

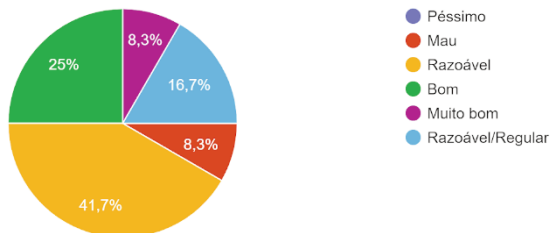


Figura 10. Informação dos adultos sobre a abordagem de primeiros socorros na escola

O tema "primeiros socorros" já é referido na escola (da criança)?

12 respostas

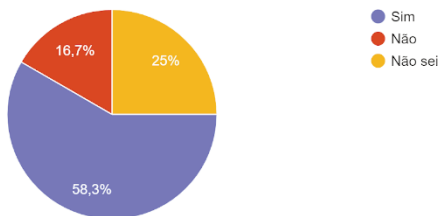


Figura 11. Temas de primeiros socorros preferidos pelos adultos

Classifique por ordem de interesse (1 = nada interessante; 2 = pouco interessante; 3 = interessante; 4 = muito interessante) os temas listados abaixo:

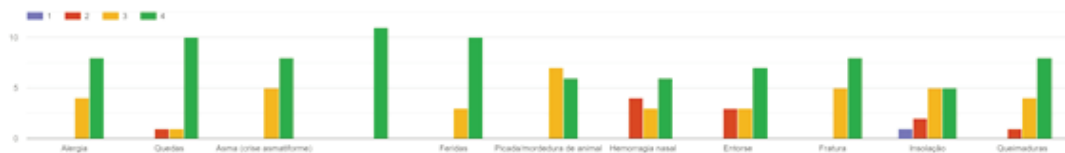
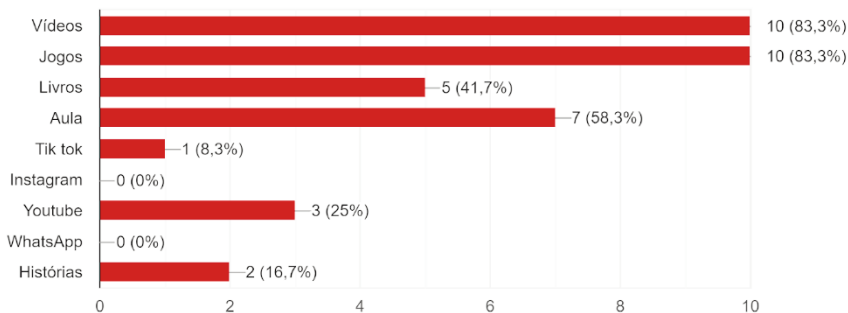


Figura 12. Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelos adultos

Responda à seguinte pergunta de acordo com o que considera ser as preferências da criança:

Como gostaria que a criança recebesse a informa...ocorros"? (Pode escolher mais do que uma opção)

12 respostas



Questionário Crianças: Brasil

Figura 13. Idade das crianças

Quantos anos você tem?

8 respostas

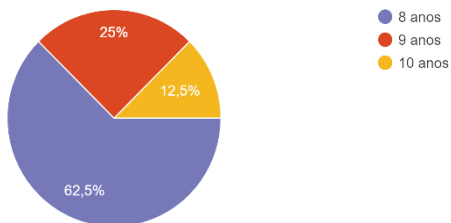


Figura 14. Opinião das crianças sobre o que são primeiros socorros

O que você acha que quer dizer "primeiros socorros"?

8 respostas

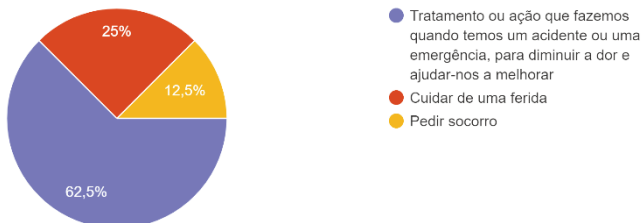


Figura 15. Auto-avaliação das crianças sobre conhecimento acerca de primeiros socorros

O que você acha que sabe sobre primeiros socorros?

8 respostas

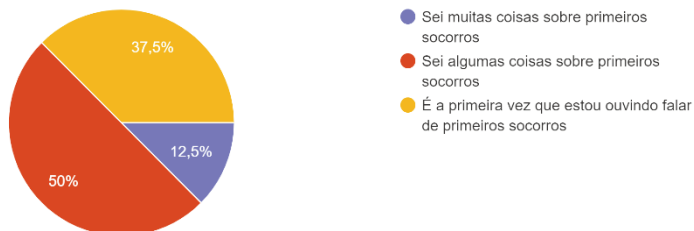


Figura 16. Informação das crianças sobre se há abordagem de primeiros socorros na escola

Já falaram sobre “primeiros socorros” na sua escola?

8 respostas

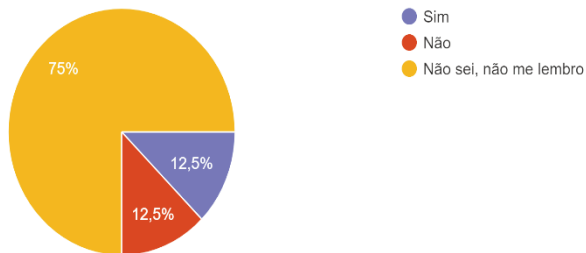


Figura 17. Temas de primeiros socorros preferidos pelas crianças

Dos temas que colocamos abaixo, diga o que mais gostaria de saber? Escolha um número em que: 1 = não gosto nada do tema; 2 = gosto pouco do tema; 3 = gosto do tema; 4 = gosto muito do tema

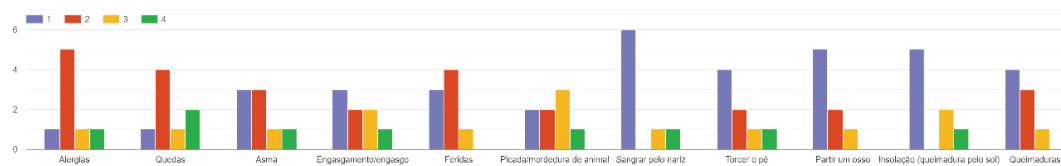
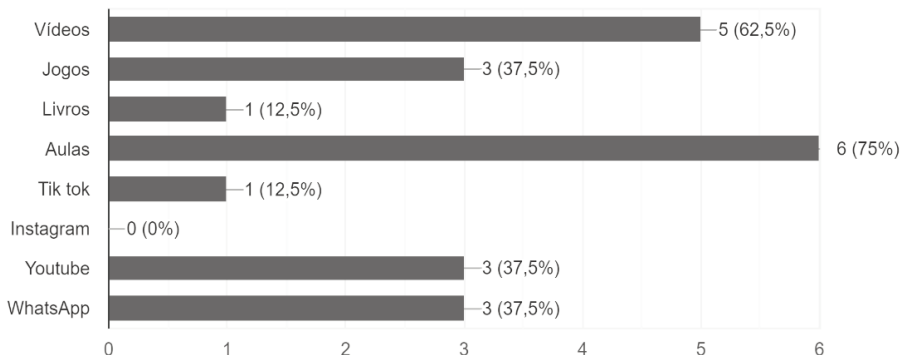


Figura 18. Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelas crianças

Como você gostaria de aprender mais sobre “primeiros socorros”? (Podes escolher vários destes exemplos)

8 respostas



Questionário Crianças: Portugal

Figura 19. *Idade das crianças*

Que idade tens?

18 respostas

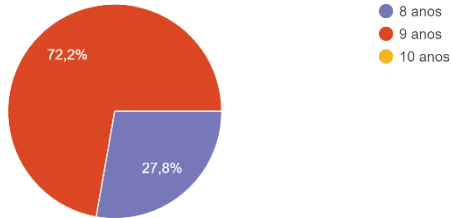


Figura 20. *Opinião das crianças sobre o que são primeiros socorros*

O que achas que significa "primeiros socorros"?

18 respostas

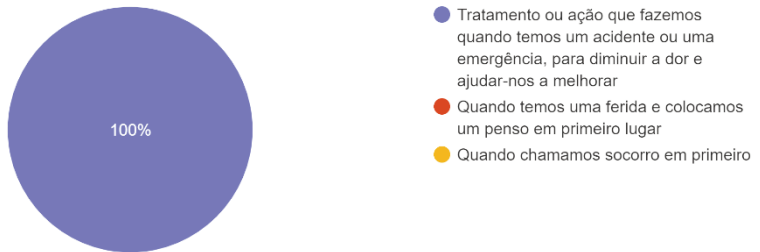


Figura 21. *Auto-avaliação das crianças sobre conhecimento acerca de primeiros socorros*

O que achas que sabes sobre primeiros socorros?

18 respostas



Figura 22. Informação das crianças sobre se há abordagem de primeiros socorros na escola

Já falaste sobre “primeiros socorros” na tua escola?

18 respostas

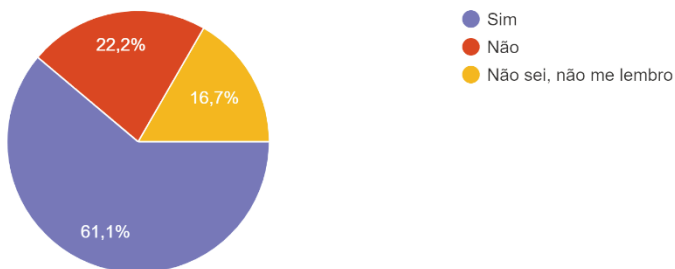


Figura 23. Temas de primeiros socorros preferidos pelas crianças

Dos temas que vês abaixo, diz-nos os que mais gostavas de saber? Escolhe um número em que: 1 = não gosto nada do tema; 2 = gosto pouco do tema; 3 = gosto do tema; 4 = gosto muito do tema

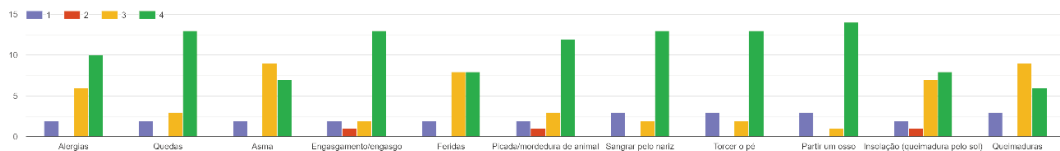


Figura 24. Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelas crianças

Como gostarias de aprender mais sobre “primeiros socorros”? (Podes escolher vários destes exemplos)

18 respostas

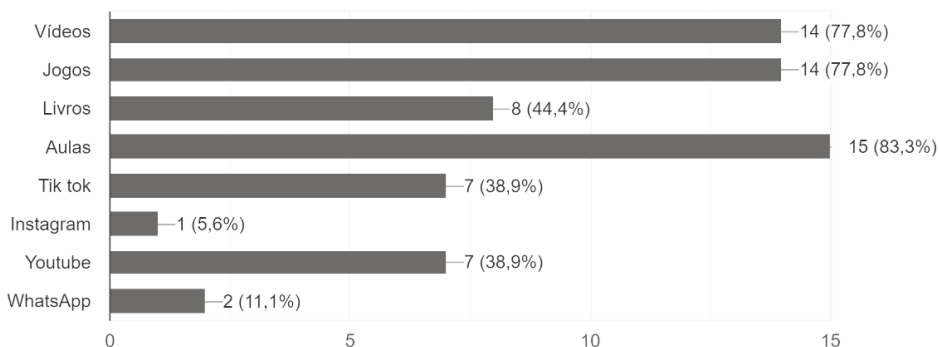


Figura 25. *Categorias de identificação dos adultos*

Eu sou:
9 respostas

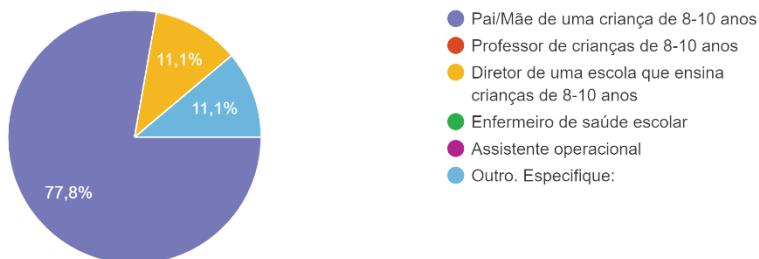


Figura 26. *Opinião dos adultos quanto ao que sejam primeiros socorros*

O que entende por “primeiros socorros” ? (assinale a resposta que considere correta)

9 respostas

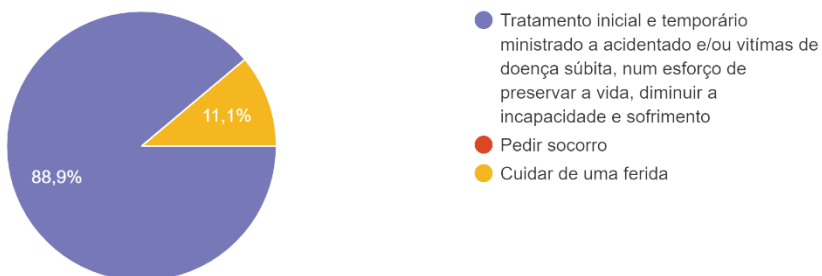


Figura 27. *Auto-avaliação sobre conhecimento de primeiros socorros dos adultos*

Como avalia o seu conhecimento sobre “primeiros socorros”? (dê a sua opinião a respeito do seu próprio conhecimento)

9 respostas

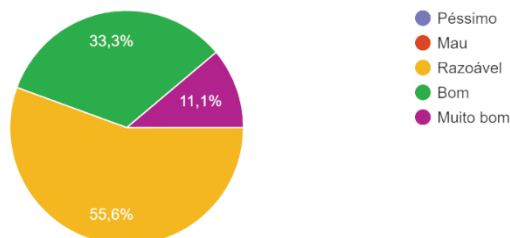


Figura 28. Informação dos adultos sobre a abordagem de primeiros socorros na escola

O tema “primeiros socorros” já é falado na escola (da criança)?

9 respostas

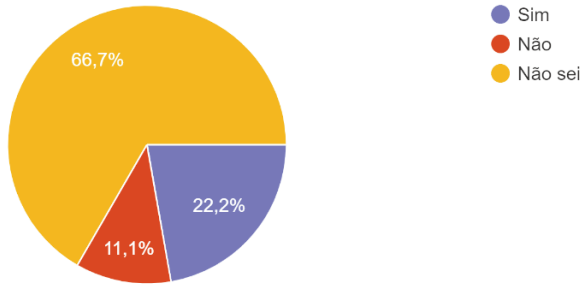


Figura 29. Temas de primeiros socorros preferidos pelos adultos

Classifique por ordem de interesse (1 = nada interessante; 2 = pouco interessante; 3 = interessante; 4 = muito interessante) os temas listados abaixo:

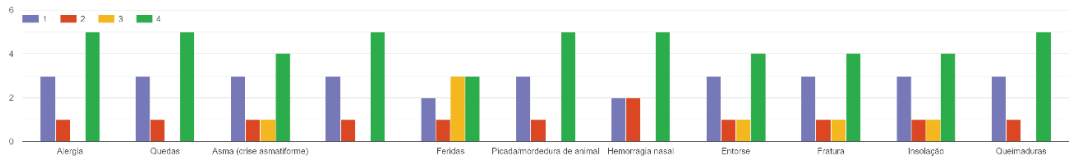
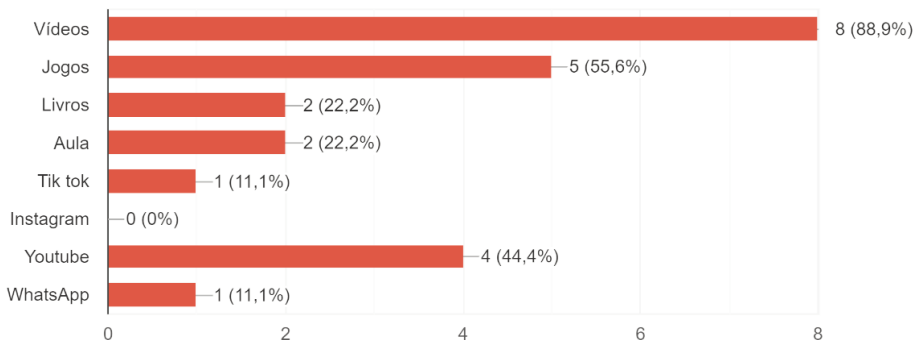


Figura 30. Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelos adultos

Responda à seguinte pergunta de acordo com o que considera ser as preferências da criança:

Como a criança gostaria de receber informação s...ocorros”? (Pode escolher mais do que uma opção)

9 respostas



Questionário Adultos: Portugal

Figura 31. *Categorias de identificação dos adultos*

Eu sou:

16 respostas

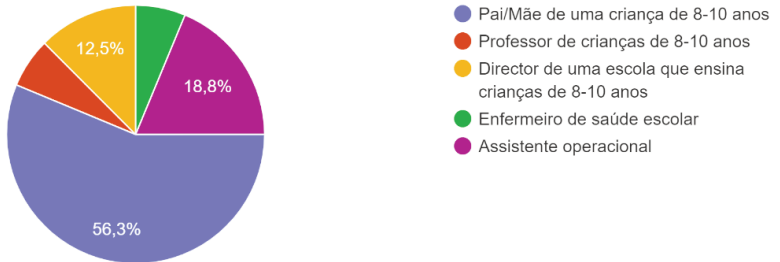


Figura 32. *Opinião dos adultos quanto ao que sejam primeiros socorros*

O que entende por “primeiros socorros”? (assinale a resposta que considere correta)

16 respostas

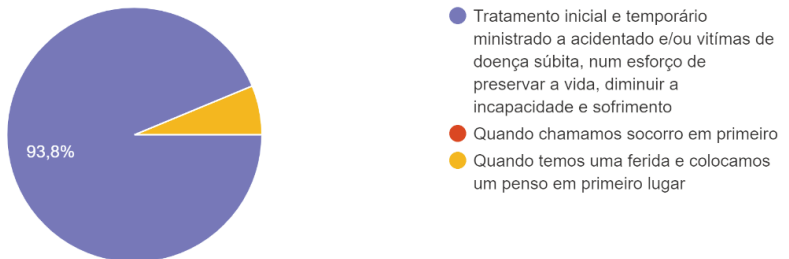


Figura 33. *Auto-avaliação sobre conhecimento de primeiros socorros dos adultos*

Como avalia o seu conhecimento sobre “primeiros socorros”? (responda a respeito do seu próprio conhecimento)

16 respostas

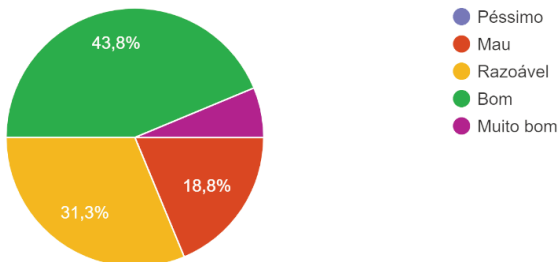


Figura 34. *Informação dos adultos sobre a abordagem de primeiros socorros na escola*

O tema “primeiros socorros” já é referido na escola (da criança)?

16 respostas

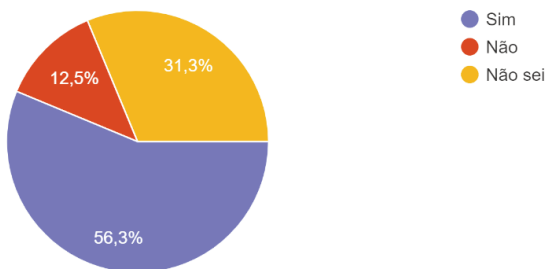


Figura 35. *Temas de primeiros socorros preferidos pelos adultos*

Classifique por ordem de interesse (1=nada interessante; 2= pouco interessante; 3= interessante; 4= muito interessante) os temas listados abaixo:

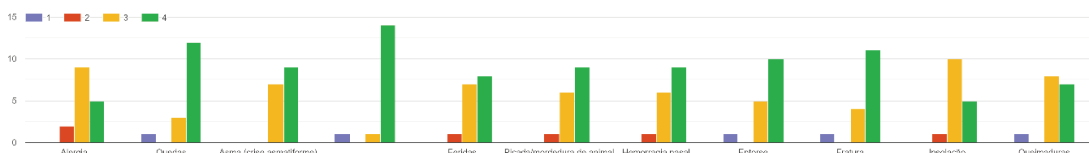
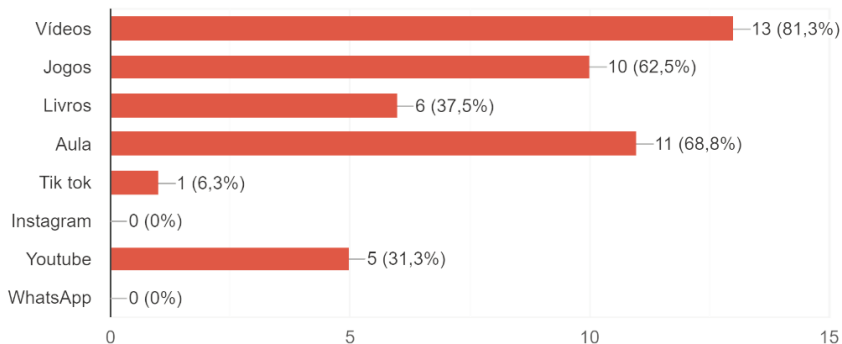


Figura 36. *Estratégias de ensino de primeiros socorros preferidas pelos adultos*

Responda à seguinte pergunta de acordo com o que considera ser as preferências da criança:

Como gostaria que a criança recebesse a informa...ocorros”? (Pode escolher mais do que uma opção)

16 respostas



Vídeo 1 – Picadas de abelha: Portugal

Olá! Tudo bem?

Hoje vamos conversar sobre picada de abelhas.

Alguma abelha já te picou?

Se já picou, sabes que dói um pouco, não é?

Mas nós temos que cuidar do local da picada.

Se cuidarmos direitinho, até a dor vai passar.

Vamos lá. O que vamos dizer é bom para ti.

Mas também pode ajudar o teu amigo ou a tua amiga.

Vais ser o super-herói do cuidado com as picadas de abelha.

A primeira coisa a fazer é ver se ficou um ferrão no lugar da picada.

Sabes o que é um ferrão?

Um ferrão é como se fosse um fio duro de cabelo preto.

Precisamos tirar este ferrão. Não vai doer.

Chama um adulto para te ajudar!

Pede-lhe, para que com a ajuda de uma pinça ele puxe o ferrão.

Agora, sim. Já podes limpar o lugar da picada.

Lava com água e sabão. Enxagua

Aplica um antisséptico que é um líquido que destrói os germes.

Coloca num pedaço de algodão e passa no local da picada.

Podes também passar uma pedra de gelo no local. Fica fresquinho e diminui a dor.

Só mais uma coisa.

Pode acontecer que seja necessário um adulto levar-te ou ao teu amigo ou à tua amiga para o hospital.

Sabes quando isso pode acontecer?

Vou-te dizer:

Número 1: tu ou o teu amigo ou a tua amiga levaram muitas picadas. Havia muitas abelhas.

Número 2: a picada foi na boca ou na garganta. Pode inchar e ficar difícil de respirar.

Número 3: tu ou o teu amigo ou a tua amiga têm alergia a picadas de abelha. Quando temos alergia, o local da picada fica muito inchado e vermelho. Também pode acontecer ficar difícil respirar.

Fica calmo. No hospital eles vão saber o que fazer.

E é isto.

Podes contar para os teus pais. Aprendeste a ser o super herói do cuidado com as picadas de abelhas.

Vídeo 2 – Mordedura de cão: Portugal

Olá,
Tudo bem?
Wow! Esse cão é teu? Que fofo!
Posso fazer-lhe uma festa?
Oh, não. Espera! Ele está a comer.
Tens razão, se lhe tocar ele pode morder.
Pode ficar nervoso e, sem saber o que está a fazer, pode mesmo ferrar.
Se isso acontecer, sabes o que deves fazer?
Em primeiro lugar, a mordedura há que desinfetar.
Como? Perguntas tu?
Começa assim: Lava bem as tuas mãos e calça umas luvas descartáveis.
Depois, toca a lavar com muita água e sabão a ferida feita pela mordedura do cão.
Faz assim, pega numa compressa para te ajudar.
Limpa a tua ferida assim como te vou mostrar, do centro para fora.
Depois vais precisar enxaguar para o sabão tirar.
Pegas numa nova compressa, que vais molhar.
E novamente a ferida vais limpar.
Por fim, só para garantir que essa ferida não infeta passas um antisséptico.
É um líquido sensacional! Não deixa nenhum micróbio ou germe no final.
Vais ver, a tua ferida vai ficar boa a correr!
Ah, e se quiseres, mesmo para finalizar podes um penso rápido colocar.
Antes de me ir embora e de te deixar brincar queria-te só lembrar:
Se fores mordido por um animal que não conheces confirma se ele está vacinado.
Faz assim, vai ter com o dono desse animal e pergunta “Desculpe, senhor, pode dizer-me se o seu cão está vacinado, por favor?”.
Se for uma situação mais grave, e a ferida for grande, deves pedir ajuda a um adulto.
Porque uma mordedura assim deve ser vista no hospital onde os médicos e enfermeiros podem ajudar!
Obrigada por me ouvires! Agora podes contar aos teus amigos e família como de uma mordedura cuidar.

Vídeo 3 – Mordedura de cobra: Portugal

Olá! Como estás?

Pronto para começar?

Hoje vamos conversar sobre como devemos tratar mordeduras de cobras.

Não há razão para teres medo ou ficares assustado.

Se souberes o que fazer, podes ficar descansado.

Se uma cobra te morder, chama um adulto para ajudar.

Guarda também na tua memória os passos que deves dar:

O primeiro passo de todos é lavar bem a ferida. Com muita água e sabão.

Em segundo lugar, há algo que deves fazer para prevenir qualquer complicação.

Um pano ou uma peça de roupa deve ser amarrado um pouco acima da ferida – deve ficar apertado.

Chama-se fazer um garrote. É assim como um laçarote que te pode salvar a vida.

Porque devemos fazer isso? É o que estás a pensar.

É simples, é importante e fácil de lembrar:

Se a cobra for venenosa, quando morde, pode deixar um pouco desse veneno.

Não devemos deixar o veneno espalhar.

É isso que faz o garrote. Mantém o veneno parado.

O terceiro passo é ficar quieto e bem sossegado.

Eu sei que já tens o garrote, mas mesmo assim é importante que fiques sentado.

Depois, devem ligar para o 112. Quando a ambulância chegar vai-te levar ao hospital.

Não te preocupes! É apenas para garantir que não vais ficar mal.

No hospital vão-te poder ajudar.

Se houver necessidade, vão te dar um antídoto.

É um medicamento especial que tira a dor e destrói o veneno.

Vais ficar bestial!

Ah, muito importante:

Se conseguires a cobra fotografar. Isso pode realmente ajudar.

Ficas também a saber.

Nem sempre que uma cobra te morder, ela vai deixar veneno.

Apenas poucas cobras são mesmo venenosas.

Então, a foto vai fazer com que no hospital saibam como te devem tratar.

Agora estás informado. E vês, não é complicado?

Se te acontecer, se uma cobra te morder, já sabes o que fazer.

E até como ajudar alguém que possa precisar!

Vídeo 4 – Fratura: Portugal

Olá!

Hoje vamos falar sobre fratura.

Sabes o que é fratura?

Fratura é quando um osso se parte.

Sabes quando isso pode acontecer?

Acontece quando caímos. Pode acontecer também se formos atropelados por um carro.

Podemos cair a andar de patins ou skate.

Podemos cair de uma escada.

Podemos cair quando estamos a correr.

O mais comum de acontecer é “partir” o osso da perna ou do braço.

Mas nem sempre quando caímos partimos ossos.

Hoje vou te ensinar o que fazer se “partires” um osso.

Mas lembra-te: a primeira coisa a fazer é chamar um adulto para te ajudar.

Conta ao adulto se não consegues mexer o braço ou a perna.

Diz-lhe se o braço ou a perna estão a doer-te muito.

É importante contar essas coisas para ajudar o adulto a saber o que fazer.

Quando os nossos ossos se partem precisamos ir para o hospital.

Lá eles vão fazer tudo para ficares bem.

Mas antes de ir ao hospital há algumas coisas para fazer.

Se tu e o adulto acham que a perna está partida, o adulto precisa pegar-te ao colo. Não é bom tentar andar.

Se o braço estiver partido, é preciso colocar alguma coisa nele para ele não se mexer.

Podes fazer um apoio para o braço com um jornal ou revista ou pano enrolado. Depois passa um pano/lenço grande em volta do braço e passa-o pelo teu pescoço. Assim, o teu braço fica a descansar nesse apoio que fizeram.

Isso mantém o teu braço quietinho até chegar ao hospital.

Pede para o adulto enrolar umas pedras de gelo num pano fino.

Coloca-o em cima da pele, onde está a doer. Isso ajuda a diminuir a dor. Deixa por uns 5 minutos.

Não comas, nem bebas nada até falares com o médico. Ele vai dizer-te se deves e quando o poderás fazer.

Fica bem. Isso já vai passar.

Lembra-te: tu és um super-herói. Vais ajudar o adulto a cuidar do teu braço partido ou da perna partida.

Vídeo 5 – Entorse: Portugal

Olá!

Hoje vamos falar de entorse.

Sabes o que é uma entorse?

A entorse mais comum é a do tornozelo, que é a articulação entre o pé e a perna.

Fazemos uma entorse quando o pé torce ou rola, forçando a articulação a sair da posição normal.

Pisar em falso, virar o pé para fora, dar um jeito ao pé, torcer o pé. Estas são algumas frases que dizemos quando fazemos uma entorse. Já as ouviste antes?

Hoje vou-te ensinar o que deves fazer quando fazes uma entorse ou se precisares ajudar alguém.

A primeira coisa a fazer é chamar um adulto para te ajudar.

Deves explicar o que aconteceu e dizer-lhe onde te dói.

Pode ser que a zona onde te magoaste comece a ficar maior, que é o mesmo que inchada ou com edema, e a pele de cor arroxeadada. Não te preocupes.

Devem colocar gelo num pano fino e pôr em cima do local.

A tua perna deves elevar, apoia-a em cima de um banco ou de uma cadeira, sempre com o joelho apoiado.

Se tiverem uma ligadura elástica também poderás enrolar o tornozelo. Mas atenção não devem apertá-la com muita força.

Podes pedir ao adulto que te dê um remédio para as dores. Ele saberá o que fazer.

Se a dor for muito intensa ou se virem alguma deformidade no osso deves ir ao hospital.

Fica bem. Isso vai passar.

Lembra-te: tu és um super-herói. Vais ajudar o adulto a cuidar do teu tornozelo.

Cartas aos pais: Portugal

I – Picada de Abelha

Caros(as) Encarregados(as) de Educação,

Estamos a começar uma ação educativa na escola sobre primeiros socorros.

Criámos cinco vídeos e vamos passar um por dia na sala de aula do seu(ua) filho(a). Os vídeos são sobre picadas de abelha, mordedura de cão e cobra, e quedas.

O primeiro vídeo é sobre picadas de abelha.

No vídeo falamos como cuidar de uma picada, explicamos como tirar o ferrão e como limpar o local da picada.

Também explicamos o que fazer em situações mais sérias. Damos três exemplos:

- Quando a criança sofre muitas picadas de uma vez;
- Quando a picada é na boca ou garganta;
- Quando a criança tem alergia a picada.

Contamos com a sua ajuda.

No dia do vídeo propomos que faça algumas atividades com a sua criança:

- 1) Mostre abelhas ou figuras de abelhas.
- 2) Faça uma atividade de faz de conta. Vai precisar de um boneco, uma pinça, água (para simular antisséptico) e gelo:
 - a) Primeiro, dê a pinça para a criança fazer de conta que está a puxar o ferrão.
 - b) Depois, diga para ela passar a água (antisséptico de faz de conta) no local da picada.
 - c) Por último, diga para ela aplicar o gelo (deve manter em cima) no local da picada.

Agradecemos a sua ajuda.

A sua criança vai aprender a ser o super-herói do cuidado das picadas de abelhas.

Muito obrigada!

A Professora

2 – Mordedura de cão

Caros(as) Encarregados(as) de Educação,

Continuamos a nossa ação educativa sobre primeiros socorros.

O segundo vídeo é sobre mordeduras de cão.

No vídeo falamos sobre como prevenir e cuidar de uma mordedura de cão.

Também explicamos o que fazer em situações mais sérias, isto é, quando a mordedura é grande e pode requerer atenção médica.

Contamos com a sua ajuda.

Assim, no dia do vídeo, faça uma atividade de faz de conta para cimentar conhecimentos com diversão.

Vai precisar de um boneco, luvas descartáveis, compressa, água (para simular antisséptico), sabão e um penso (opcional).

- a) Primeiro, simule que o boneco foi mordido por um cão. Peça para a sua criança cuidar da ferida.
- b) Depois, peça que ela calce a luvas (e explique que o deve fazer para não deixar micróbios ou germes na ferida, evitando assim que infete).
- c) Em terceiro lugar, diga-lhe que lave a ferida com água e sabão, passando uma compressa húmida.
- d) O passo seguinte é, com uma nova compressa seca, limpar a ferida, secando-a.
- e) Por último, diga-lhe para passar a água (antisséptico de faz de conta) na ferida. Se quiser, pode terminar colocando um penso.

Converse abertamente com a sua criança e desmistifique alguns medos. Relembre que os cães podem ser os nossos melhores amigos, mas que também eles se irritam. E, nesses momentos, podem morder. Além disso, temos de ter cuidado extra quando não conhecemos o cão. Especialmente se não soubermos se está vacinado. Reforce a ideia de que, caso a ferida seja maior ou mais profunda, será necessário ir ao hospital. Acima de tudo descansa a sua criança. Mostre-lhe que, aconteça o que acontecer, se soubermos o que fazer, tudo irá correr bem.

Agradecemos a sua ajuda.

A sua criança vai aprender a ser o super-herói do cuidado das mordeduras de cão.

Muito obrigada!

A Professora

3 – *Mordedura de cobra*

Caros(as) Encarregados(as) de Educação,

Continuamos a nossa ação educativa sobre primeiros socorros.

O terceiro vídeo é sobre mordeduras de cobra.

No vídeo falamos sobre como cuidar de uma mordedura de cobra.

Explicamos como fazer um garrote, que é um laçarote que pode salvar vidas.

Contamos com a sua ajuda para cimentar conhecimentos.

Assim, no dia do vídeo façam algumas atividades curtas em conjunto.

Vai precisar de um pano ou peça de roupa. Sugerimos que:

- a) Treinem juntos o garrote. Pode parecer algo simples, mas fazer um bom garrote pode ser difícil. Revezem-se, sendo que um de vocês irá fazer de vítima da mordida e o outro fará o garrote. Depois invertam os papéis. Lembrem-se que o garrote deve ser apertado. Mas sem exagerar! Não deve causar dor insuportável.
- b) Mostre à sua criança fotos de cobras. Distinga as venenosas das não venenosas.

Converse abertamente com a sua criança e desmistifique alguns medos. Reforce a ideia de que será necessário ir ao hospital. Relembre também qual o número de emergência médica que devemos ligar quando precisarmos de ajuda.

Agradecemos a sua ajuda.

A sua criança vai aprender a ser o super-herói do cuidado das mordeduras de cobra.

Muito obrigada!

A Professora

4 – Fratura

Caros(as) Encarregados(as) de Educação,

Continuamos a nossa ação educativa sobre primeiros socorros.

O quarto vídeo é sobre fratura.

No vídeo falamos que quando caímos ou somos atropelados podemos “partir” um osso do braço ou da perna. Explicamos que podemos cair quando andamos de patins e de *skate*, podemos cair da escada ou podemos cair quando estamos a correr.

Também explicamos o que fazer:

- 1) Chamar um adulto para ajudar.
- 2) Contar para o adulto se a perna ou braço estão a doer muito.
- 3) Se achar que a perna está “partida”, o adulto pega na criança.
- 4) Se achar que o braço está “partido” é preciso manter o braço quieto. Para isso deve enrolar-se um jornal ou revista ou pano em volta do braço. Depois passa-se um pano em volta do braço e pelo pescoço, mantendo o braço imóvel.
- 5) O adulto aplica gelo sobre um pano fino no local onde dói. Isto diminui a dor. Deixa por 5 minutos.
- 6) Levar a criança para o hospital.
- 7) A criança não deve comer ou beber nada até chegar no hospital e ser atendida.

Contamos com sua ajuda.

No dia do vídeo, faça algumas atividades com o seu(ua) filho(a).

- Ajude a criança a procurar fotos de revistas com patins e *skate*.
- Ajude a criança a procurar fotos de crianças com braço ou perna “partidos”.
- Brinque de faz de conta com a criança. Vai precisar de um jornal ou revista, um pano comum, um pano fino e gelo:
 - a) Tente imobilizar o braço dela.
 - b) Peça para ela tentar fazer uma imobilização numa boneca ou boneco ou mesmo em si.
 - c) Enrole gelo no pano fino e peça para ela colocar no braço ou perna do boneco ou boneca.
- Explique que a criança precisa de ter cuidado quando subir escadas, sempre segurando no corrimão. Fale para ela não subir ou descer a escada a correr.
- Diga-lhe que tem que tomar cuidado com os patins e *skates*. Olhar por onde anda. E usar proteção: capacete na cabeça, proteção nos joelhos e nos braços.
- Ter cuidados na rua. Olhar sempre olhar para os dois lados. Só atravessar na faixa de pedões.

Agradecemos a sua ajuda.

A sua criança vai aprender a ser o super-herói do cuidado com as fraturas.

Muito obrigada!

A Professora

5 – Entorse

Caros(as) Encarregados(as) de Educação,

Continuamos a nossa ação educativa sobre primeiros socorros.

O quinto vídeo é sobre entorses.

No vídeo explicamos o que é uma entorse e que cuidados devemos ter quando ocorre.

Contamos com a sua ajuda.

No dia do vídeo propomos que faça a seguinte atividade com a sua criança:

Faça uma atividade de faz de conta.

Vai precisar de um pano, lenço ou ligadura, e gelo.

- a) Primeiro, diga à criança para ela ver o seu tornozelo.
- b) Depois, diga para ela colocar o pano, lenço ou ligadura à volta do tornozelo como viu no vídeo da escola.
- c) Por último, diga para ela aplicar o gelo (deve manter em cima) no local.

Agradecemos a sua ajuda.

A sua criança vai aprender a ser o super-herói do cuidado das entorses.

Muito obrigada!

A Professora

Anexo 6. *Planeamento das sessões*

Planeamento das sessões: Portugal

Como posso ajudar o meu amigo?

Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde em escolas

Sugestão de planificação da atividade: Picada de Abelha

Objetivo geral: Desenvolver atividades na promoção da saúde em contexto de sala de aula

Objetivo específico: Primeiros socorros – Picada de abelha

População-alvo: Turma de 4º ano de escolaridade da Escola Básica/Jardim de Infância Jorge Mineiro – Queluz de Baixo – Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas, em Portugal, e turma do 4º ano do Centro Municipal de educação e saúde Projeto Nascente – Fortaleza – Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Crianças com idade compreendida entre 8 e 10 anos

Calendarização: 1º semestre do ano escolar 2020/2021 (Portugal) e 2º semestre do ano escolar 2021 (Brasil)

Duração da atividade: 20 minutos aprox.

Resultados da aprendizagem:

No fim da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Compreender o conceito de picada de abelha e como tratá-la

Recursos necessários na sala de aula:

- Computador
- Internet
- Vídeo
- Tela
- Quadro

Plano da atividade

Tempo estimado	Atividade	Recurso
5 minutos	Apresentação da atividade pelo docente titular da turma	
10 minutos	Visualização do vídeo sobre primeiros socorros – como tratar uma picada de abelha Esclarecimento de dúvidas	Computador Internet Vídeo Tela Quadro
5 minutos	Inquérito de satisfação	Computador

Fonte: https://www.healthliteracy.co.nz/site_files/13255/upload_files/LessonPlans-Yrs5and6-Lessons1-4.pdf?dl=1

Como posso ajudar o meu amigo?

Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde em escolas

Sugestão de planificação da atividade: Mordedura de cão

Objetivo geral: Desenvolver atividades na promoção da saúde em contexto de sala de aula

Objetivo específico: Primeiros socorros – Mordedura de cão

População-alvo: Turma de 4º ano de escolaridade da Escola Básica/Jardim de Infância Jorge Mineiro – Queluz de Baixo – Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas, em Portugal, e turma do 4º ano do Centro Municipal de educação e saúde Projeto Nascente – Fortaleza – Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Crianças com idade compreendida entre 8 e 10 anos

Calendarização: 1º semestre do ano escolar 2020/2021 (Portugal) e 2º semestre do ano escolar 2021 (Brasil)

Duração da atividade: 20 minutos aprox.

Resultados da aprendizagem:

No fim da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Compreender o conceito de mordedura de cão e como tratá-la

Recursos necessários na sala de aula:

- Computador
- Internet
- Vídeo
- Tela
- Quadro

Plano da atividade

Tempo estimado	Atividade	Recurso
5 minutos	Apresentação da atividade pelo docente titular da turma	
10 minutos	Visualização do vídeo sobre primeiros socorros – como tratar uma mordedura de cão Esclarecimento de dúvidas	Computador Internet Vídeo Tela Quadro
5 minutos	Inquérito de satisfação	Computador

Fonte: https://www.healthliteracy.co.nz/site_files/13255/upload_files/LessonPlans-Yrs5and6-Lessons1-4.pdf?dl=1

Como posso ajudar o meu amigo?

Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde em escolas

Sugestão de planificação da atividade: Mordedura de cobra

Objetivo geral: Desenvolver atividades na promoção da saúde em contexto de sala de aula

Objetivo específico: Primeiros socorros – Mordedura de cobra

População-alvo: Turma de 4º ano de escolaridade da Escola Básica/Jardim de Infância Jorge Mineiro – Queluz de Baixo – Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas, em Portugal, e turma do 4º ano do Centro Municipal de educação e saúde Projeto Nascente – Fortaleza – Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Crianças com idade compreendida entre 8 e 10 anos

Calendarização – 1º semestre do ano escolar 2020/2021 (Portugal) e 2º semestre do ano escolar 2021 (Brasil)

Duração da atividade: 20 minutos aprox.

Resultados da aprendizagem:

No fim da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Compreender o conceito de mordedura de cobra e como tratá-la

Recursos necessários na sala de aula:

- Computador
- Internet
- Vídeo
- Tela
- Quadro

Plano da atividade

Tempo estimado	Atividade	Recurso
5 minutos	Apresentação da atividade pelo docente titular da turma	
10 minutos	Visualização do vídeo sobre primeiros socorros – como tratar uma mordedura de cobra Esclarecimento de dúvidas	Computador Internet Vídeo Tela Quadro
5 minutos	Inquérito de satisfação.	Computador

Fonte: https://www.healthliteracy.co.nz/site_files/13255/upload_files/LessonPlans-Yrs5and6-Lessons1-4.pdf?dl=1

Como posso ajudar o meu amigo?

Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde em escolas

Sugestão de planificação da atividade: Entorse

Objetivo geral: Desenvolver atividades na promoção da saúde em contexto de sala de aula

Objetivo específico: Primeiros socorros – Entorse

População-alvo: Turma de 4º ano de escolaridade da Escola Básica/Jardim de Infância Jorge Mineiro – Queluz de Baixo – Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas, em Portugal, e turma do 4º ano do Centro Municipal de educação e saúde Projeto Nascente – Fortaleza – Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Crianças com idade compreendida entre 8 e 10 anos

Calendarização: 1º semestre do ano escolar 2021/2022 (Portugal) e 2º semestre do ano escolar 2021. (Brasil)

Duração da atividade: 20 minutos aprox.

Resultados da aprendizagem:

No fim da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Compreender o conceito de entorse e como tratá-la

Recursos necessários na sala de aula:

- Computador
- Internet
- Vídeo
- Tela
- Quadro
- Quadro

Plano da atividade

Tempo estimado	Atividade	Recurso
5 minutos	Apresentação da atividade pelo docente titular da turma	
10 minutos	Visualização do vídeo sobre primeiros socorros – como tratar uma entorse Esclarecimento de dúvidas	Computador Internet Vídeo Tela Quadro
5 minutos	Inquérito de satisfação	Computador

Fonte: https://www.healthliteracy.co.nz/site_files/13255/upload_files/LessonPlans-Yrs5and6-Lessons1-4.pdf?dl=1

Como posso ajudar o meu amigo?

Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde em escolas

Sugestão de planificação da atividade: Fratura

Objetivo geral: Desenvolver atividades na promoção da saúde em contexto de sala de aula

Objetivo específico: Primeiros socorros – Fratura

População-alvo: Portugal: Turma de 4º ano de escolaridade da Escola Básica/Jardim de Infância Jorge Mineiro – Queluz de Baixo – Agrupamento de Escolas de Linda-a-Velha e Queijas, em Portugal, e turma do 4º ano do Centro Municipal de educação e saúde Projeto Nascente – Fortaleza – Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Crianças com idade compreendida entre 8 e 10 anos

Calendarização: 1º semestre do ano escolar 2020/2021 (Portugal) e 2º semestre do ano escolar 2021 (Brasil)

Duração da atividade: 20 minutos aprox.

Resultados da aprendizagem:

No fim da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Compreender o conceito de fratura e como tratá-la

Recursos necessários na sala de aula:

- Computador
- Internet
- Vídeo
- Tela
- Quadro

Plano da atividade

Tempo estimado	Atividade	Recurso
5 minutos	Apresentação da atividade pelo docente titular da turma	
10 minutos	Visualização do vídeo sobre primeiros socorros – como tratar uma fratura. Esclarecimento de dúvidas.	Computador Internet Vídeo Tela Quadro
5 minutos	Inquérito de satisfação	Computador

Fonte: https://www.healthliteracy.co.nz/site_files/13255/upload_files/LessonPlans-Yrs5and6-Lessons1-4.pdf?dl=1

Dicas para prevenir as picadas de abelhas: Portugal



Abelhas são insetos. Quando se sentem ameaçadas ou o seu ninho é perturbado ficam agressivas e reagem com picadas.

Não te metas com elas, que elas não meterão contigo!

Prevenção

- Se descobrires que há abelhas perto do local onde estás – não entres em pânico, mantém a calma e afasta-te lentamente;
- Não grites, não mexes o braço – isso só vai agitá-las e torná-las mais agressivas;
- Se descobrires um ninho, afasta-te – mantém-te em segurança;
- Evita as cores brilhantes – padrões florais e brilhantes em roupas e bolsas, pois atraem as abelhas;
- Evita cheiros doces e fortes – fragrâncias muito perfumadas de shampoo, *sprays* de cabelo, desodorizantes, por exemplo;
- Evita pomares ou zonas de plantas frutíferas onde as abelhas vão em busca de alimento;– Mantém sempre a comida e bebida coberta quando fizeres refeições ao ar livre;
- Assegura-te que as tuas mãos e o teu rosto estão limpos depois de beberes ou comeres alimentos doces.

Fonte texto:

<https://www.rentokil.com/br/abelhas-e-vespas/picadas-de-abelhas-e-vespas/>

<https://www.rentokil.com/br/abelhas-e-vespas/como-evitar-abelhas-e-vespas/>

<https://www.msmanuals.com/pt/casa/news/editorial/2018/05/15/14/05/bee-stings>

Dicas para prevenir as mordeduras de cão: Portugal



O cão é um animal que dificilmente ataca uma pessoa sem motivo. Por vezes, ele é agressivo porque:

- Sente ciúmes em relação ao seu espaço ou ao seu dono;
- Tem medo de pessoas, outros cães, trovões, fogos de artifício, etc.;
- Sente dor;
- Quer defender a sua comida;
- As cadelas têm um instinto protetor com os seus filhotes.

Por isso, é importante que:

- Observe o estado de espírito de qualquer cão (brincar, correr, zangado, etc.);
- Não tentes separar cães que estejam à briga;
- Caso o cão esteja agressivo – não lhe toques;
- E, se não conheceres o cão, não lhe toques.

Se o cão atacar, tu deves:

- Ficar parado como uma estátua – se o cão for desconhecido;
- Fica imóvel e calmo;
- Se um cão te derrubar, enrola-te (como um caracol) com a cabeça protegida e as tuas mãos cobrindo as tuas orelhas e pescoço;
- Avisa imediatamente um adulto sobre cães que estão se comportando de forma estranha.

Fonte texto:

https://bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Dog%20Bite%20Prevention/Portuguese_Brochure.pdf

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/lcs%C3%B5es-e-envenenamentos/mordidas-e-picadas/mordidas-de-animais>

Dicas para prevenir as mordeduras de cobra: Portugal



Fonte: Pixabay

Curiosidades

A cobra é um animal que rasteja pelo chão, que se move rojando a barriga. Cerca de 15% das mordeduras são nas mãos ou antebraços. As cobras abrigam-se em locais quentes, escuros e húmidos. Por norma, onde há rato, há cobra. As cobras mudam de pele quatro a doze vezes por ano.

Prevenção

É impossível prever ou prevenir uma mordedura de cobra quando não sabes que há uma cobra por perto. Mas podes precaver-te:

- Em espaços abertos como acampamentos, trilhos e matas faz barulho para anunciar a tua presença, a cobra provavelmente afastar-se-á;
- Nunca andes descalço em trilhos, especialmente à noite;
- Observa onde pisas e colocas as tuas mãos – nunca tentes explorar buracos;
- Quando fizeres caminhadas ou desporto em espaços de ar livre, bosques, áreas montanhosas perto de rios e campos, usa sapatos fortes, botas de cano alto e calças compridas;
- A maioria das cobras é agressiva quando é provocada ou se sente ameaçada; por isso, não perturbes;
- Uma cobra mesmo morta pode causar um envenenamento; por isso, não pegues em cobras mortas;
- Nunca tentes pegar, encurralar ou matar uma cobra;
- Quando vires uma cobra fica quieto. Depois recua lentamente. Muitas cobras podem atingir até a metade do teu comprimento.

Ensina um adulto a:

- Ter cuidado ao mexer em pilhas de lenha, palhada de feijão, milho ou cana;
- Fechar buracos de muros e frestas de portas;
- Evitar a acumulação de lixo ou entulho, de pedras, tijolos, telhas e madeiras.

Fonte texto:

<https://ww11.ceara.gov.br/2019/07/10/secretaria-da-saude-orienta-como-prevenir-acidentes-com-animais-peconhentos/>

Dicas para prevenir as quedas: Portugal



Fonte: Pixabay

Em casa

- Escadas, sacadas e lajes não são locais para brincar;
- Mantém as escadas livres de objetos;
- Cuidado com pisos escorregadios;
- Cuidado com os tapetes;
- Guarda os brinquedos após brincare;
- Usa o corrimão para subir e descer uma escada.

Na rua

- Brinquedos conduzidos por ti, como bicicleta, patins e *skate* não devem ser usados próximo de escadas, estrada, piscina, lago, etc., e sem supervisão de um adulto (pai, mãe, etc.);
- O capacete é um equipamento essencial para andares de bicicleta, *skate* e patins;
- Deves brincar nos parques que conheças: usa os equipamentos apropriados para a tua idade, peso e altura; não uses equipamentos que estão enferrujados, quebrados ou contêm substâncias perigosas;
- No parque brinca tranquilamente, evitando os encontros, empurrar os teus amigos ou evita cair em cima deles.

Na escola

- Usa o corrimão para subires e desceres uma escada – se a escola tiver rampa, utiliza-a;
- Verifica se o piso da escada não é muito liso, pois podes cair;
- Não corras nos corredores e escadas;
- Ata os cordões das tuas sapatilhas, sapatos;
- Se vires o chão do pátio não estar nivelado, com buracos ou outras irregularidades, avisa um adulto.

Quando fizeres desporto, debes:

- Usar calçado e roupa adequados;
- Utilizar equipamento desportivo apropriados para a tua idade;
- Usa um espaço apropriado, como um campo, pista ou ginásio.

Fonte texto:

<https://criancasegura.org.br>; <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoets/13-acabe-com-as-quedas-para-a-desgraca>; <https://blog.maxieduca.com.br>

Como citar

Gonçalves, B., Rocha, E., Sampaio, H., Fonseca, M., & Francisco, R. (2022). Como posso socorrer o meu amigo? – Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde para crianças e escolas. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 67-121). Edições ISPA [*ebook*].

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A PERCEÇÃO QUE AS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE TÊM ACERCA DESTA DOENÇA

Catarina Marques / Graça Feio / Patrícia Semedo Simões

Introdução

No âmbito da frequência da 3ª edição do Curso de Pós-Graduação em Literacia em Saúde na Prática – Modelos, estratégias e intervenção, elaborámos este artigo, como método de avaliação do Curso, em conformidade com as orientações específicas predefinidas para o efeito.

Efetivamente, tendo como foco a aquisição de novas competências e, sobretudo, de resultados de aprendizagem integrados e aplicáveis aos diferentes contextos de intervenção profissional de cada elemento do grupo de trabalho, parece-nos desde logo indispensável reconhecer o valor da utilização dos princípios da aprendizagem em comunicação de saúde, através das suas funções referenciais e performativas e a sua aplicação em contexto real, por forma a garantir estratégias de comunicação que informem e influenciem, as melhores decisões e ações em saúde. Neste sentido, é nosso objetivo com este projeto, identificar boas práticas no âmbito da informação, sensibilização e promoção da saúde e bem-estar nesta área de intervenção.

A literacia em saúde na prática

A importância e o reconhecimento da Literacia em Saúde no contexto da sociedade moderna é indiscutível. O termo foi introduzido pela primeira vez há 50 anos, e desde então tem beneficiado de múltiplos contributos científicos na construção de modelos conceptuais (European Commission, 2007; Freedman et al., 2009; Institute of Medicine, 2004; Nutbeam, 2000; Mancuso, 2008; Organização Mundial de Saúde [OMS], 1998; Paasche-Orlow & Wolf, 2006;

Zarcadoolas et al., 2003, 2005, 2006), no entanto, não existe uma definição única (Sørensen et al., 2012).

O conceito de Literacia é distinto do de Literacia em Saúde, contudo, Sørensen et al. (2012), partindo de uma análise integrada de vários modelos conceituais, nas suas diferentes dimensões, antecedentes e consequências, realçou a presença de duas dimensões comuns, quer em termos de qualidades centrais associadas ao conceito, como no caso da Literacia em Saúde básica ou funcional, interativa e crítica, quer no âmbito e na área de aplicação em contexto. Com base nesta análise, a autora desenvolveu um modelo conceptual integrado e inclusivo de Literacia em Saúde, que combina os determinantes sociais e ambientais, de contexto e individuais, ao nível do indivíduo e da população, com qualidades, dimensões, fatores proximais e distais, caminhos, competências e resultados, ao longo do ciclo de vida, aplicado aos três domínios da saúde, ou seja, aos cuidados de saúde, à prevenção da doença e à promoção da saúde (Sørensen et al., 2012).

Esta variação assenta, sobretudo, na sua complexidade fatorial, nas diferentes dimensões da saúde pública e médica, nas competências cognitivas, capacidades e aptidões funcionais, antecedentes (fatores sociodemográficos, características pessoais e contexto) e consequências. A Literacia em Saúde tem, pois, impacto em todas as atividades da vida do indivíduo (familiar, profissional, social e cultural) e da população, sendo o garante de maior autonomia e empoderamento individual e de equidade e sustentabilidade da mudança na saúde pública (Sørensen et al., 2012).

Em linha com o conceito de Literacia em Saúde desenvolvido por Nutbeam (2000), encarado, não como um fator de risco (Institute of Medicine, 2004), mas como um valor acrescido e uma ferramenta para a educação e comunicação em saúde, salientamos a mais valia da capitalização de benefícios individuais (educação, empoderamento e tomada de decisão) em benefícios comunitários e sociais (mobilização social, *advocacy*), como forma de combater os determinantes de saúde e alcançar melhores resultados em saúde, promover escolhas saudáveis e melhorar a saúde pública (Nutbeam, 2008).

Acompanhando esta tendência, em 2016, Portugal publica o Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março, que determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Consequentemente, entre outros documentos produzidos, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019), alinhada com este Programa e, numa ótica integrada de otimização, publica o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, no qual são definidas prioridades, medidas estratégicas, objetivos e metas promotoras de Literacia em Saúde, com o intuito de incentivar comportamentos saudáveis (O1) capacitar para a utilização e navegação no Sistema de Saúde (O2) ao longo de todo o ciclo de vida e promover o bem-estar dos(as) doentes crónicos portugueses (O3).

Esta foi uma medida particularmente relevante, tendo em consideração os dados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT), realizado em 2016 (Espanha, 2018), em que se verificou que em termos comparativos com países onde foi aplicado o Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU), Portugal foi aquele que apresentou resultados apreensivos, pois, é o país com uma média mais elevada no que toca a pessoas com níveis problemático e insuficiente, de literacia em saúde e, com a média menos elevada, no que concerne a pessoas com o nível excelente de literacia em saúde. Neste estudo evidencia-se ainda, o facto de que as pessoas com doenças crónicas, têm uma autoperceção “má” da sua saúde e reportam sentimentos de limitação devido à sua doença crónica. Estas pessoas enquadram-se num grupo muito vulnerável no que diz respeito à Literacia em Saúde (60% das pessoas que têm níveis de literacia problemático/inadequado).

A temática das doenças reumáticas

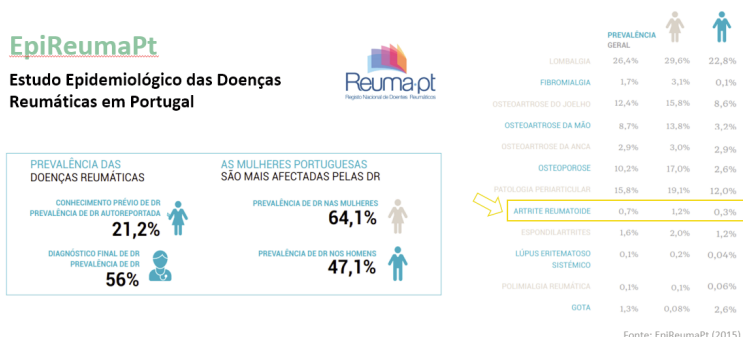
As doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (DRME) fazem parte do grupo de doenças não transmissíveis mais comuns (Branco et al., 2016). Conduzido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa, Universidade Católica e Direção Geral da Saúde, o estudo de preva-

lência das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (EpiReumaPt) e o seu impacto na qualidade de vida, função física e saúde mental em Portugal: concluiu que as DRME têm elevada prevalência em Portugal, abrangendo mais de metade da população (Branco et al., 2016).

Enquanto primeiro estudo nacional, de larga escala, sobre a prevalência das doenças reumáticas em Portugal, o EpiReumaPt, teve ainda, como propósito, identificar os fatores sociodemográficos, socioeconómicos e clínicos das DRME e determinar o seu impacto na qualidade de vida dos doentes, bem como, a respetiva função e capacidade laboral.

Os dados recolhidos revelam que as mulheres são mais afetadas pelas doenças reumáticas, com uma prevalência de 64,1%, quando comparados com 47,1% dos homens, e que, dos 53% de portugueses com doença reumática, apenas 22% auto reportou a existência de, pelo menos, uma manifestação de doença reumática diagnosticada (Figura 1), demonstrando uma taxa elevada de subdiagnóstico (Branco et al., 2016).

Figura 1. A prevalência das doenças reumáticas em Portugal



O EpiReumaPt veio evidenciar o elevado impacto socioeconómico das doenças reumáticas, implicando não só, pior qualidade de vida para as pessoas com doenças reumáticas, mas também uma despesa superior a mil milhões de euros, por ano, para o Estado Português, em custos laborais. O absentismo laboral, corresponde a cerca de 204 milhões de euros gastos por ano. Para a Segurança Social, no que diz respeito a reformas antecipadas, são despendidos cerca de 910 milhões de euros.

No Serviço Nacional de Saúde (SNS), acrescentam custos, pois, estas pessoas, utilizam mais vezes os recursos de saúde, em comparação com pessoas que têm outras patologias crónicas (maior número de internamentos, de necessidade de apoio domiciliário, de sintomatologia ansiosa e depressiva) (GPS Reuma, SPR, 2021b).

Em Portugal, 40-60% das situações de incapacidade física prolongada e perda de autonomia, estão diretamente relacionadas com as doenças reumáticas, assim como, 43% de absentismo no trabalho, e 35-41% de reformas antecipadas devido a doença (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2004).

Do ponto de vista internacional, as doenças reumáticas são também a maior causa de absentismo e de reforma antecipada em todo o mundo. Na Europa, e de acordo com o estudo RheumaMap desenvolvido pela Liga Europeia Contra as Doenças Reumáticas, estas doenças são a principal causa de incapacidade e afetam um quarto da população europeia (cerca de 120 milhões de pessoas) sendo responsáveis por cerca de 30% de anos vividos com incapacidade (AVI) pelos europeus. O seu fardo global é muito elevado nos sistemas de saúde, sobressaindo estas doenças como as mais caras para os sistemas socioeconómicos e de saúde europeus (European League Against Rheumatism [EULAR], 2019).

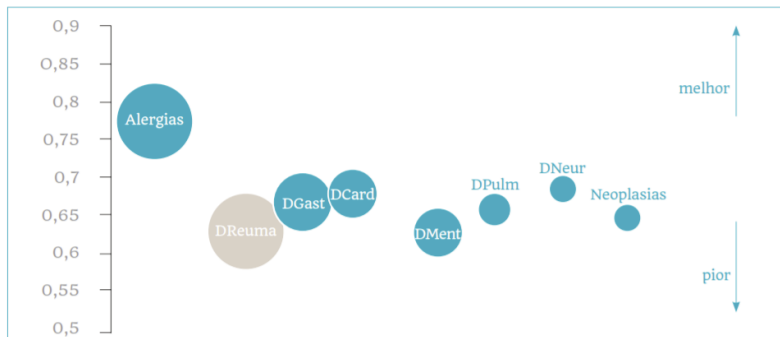
Na sequência dos resultados apresentados por outro questionário (WPAI) desenvolvido por especialistas, investigadores e associações de doentes, no âmbito do projeto PortugalApto.pt, no estudo Doenças Reumáticas: Produtividade, Empregabilidade e Saúde Social, o absentismo nas doenças reumáticas (causado pela dor, rigidez e dificuldades de mobilidade) é superior a 9 horas semanais por doente ativo. São estas mesmas causas que originam o elevado número de baixas médicas por incapacidade temporária e, em situações limite, o recurso à reforma antecipada (situação reportada por 50% dos(as) doentes reformados inquiridos). Por outro lado, as estimativas de despesa individual de saúde dos indivíduos com doença reumática, aponta para custos anuais superiores a 500 euros, o dobro das estimativas de despesa individual de saúde de indivíduos sem doença reumática (Castelo-Branco, 2017).

Conforme caracterizadas pela Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR, 2021), as doenças reumáticas e músculo-esqueléticas podem afetar pessoas de todas as idades, incluindo crianças e bebés e têm um enorme impacto na qualidade de vida das pessoas que têm estas doenças e nas vidas das suas famílias. Se não forem tratadas de forma adequada, atividades diárias, como caminhar, subir escadas, cozinhar e a higiene pessoal são afetadas. Também podem ter um efeito profundo sobre a capacidade de trabalho nas pessoas em idade ativa. Podem causar deficiência física, devido a sintomas como dor intensa e fadiga. A prevalência de ansiedade e depressão clínica nas pessoas com doenças reumáticas e músculo-esqueléticas é cerca de duas vezes o observado na população geral. No entanto, cuidados e tratamentos adequados podem fazer uma enorme diferença. O diagnóstico e tratamento atempado dos sintomas pode impedir lesões permanentes, aliviar a dor e melhorar a mobilidade (LPCDR, 2021).

Contrariamente à melhoria dos índices nacionais de saúde alcançados nos últimos anos, que nos aproxima, em termos de esperança de vida, dos países do Norte da Europa, os portugueses com doença reumática, são os que reportam pior qualidade de vida (EQ5D), quando comparados com outras pessoas com doenças crónicas não transmissíveis, como as neoplasias, doenças do foro respiratório, doenças cardiovasculares ou doenças mentais, conforme se pode verificar na Figura 2 (EpiReumaPt).

Figura 2. Impacto na qualidade de vida em Portugal (EQ5D) – Doentes com DRME

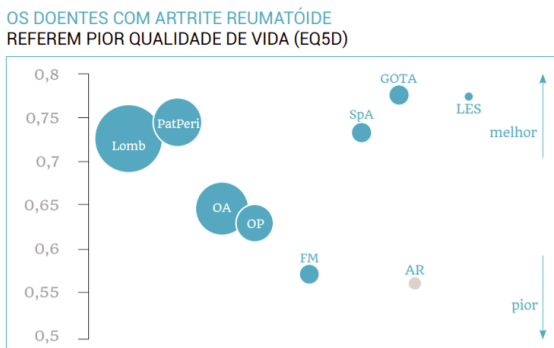
OS DOENTES REUMÁTICOS SÃO OS DOENTES CRÓNICOS QUE REPORTAM PIOR QUALIDADE DE VIDA (EQ5D)



Fonte: Imagem adaptada de EpiReumaPt (p. 9).

De entre as pessoas com doença reumática, os doentes com AR são aqueles que apresentam os piores indicadores (Figura 3). As maiores lacunas existentes ao nível dos apoios sociais, para as pessoas com doenças reumáticas com incapacidade associada, são mais evidentes nas zonas limítrofes dos grandes centros urbanos (Canhão, 2015).

Figura 3. Impacto na qualidade de vida em Portugal (EQ5D) – Doentes com AR



Fonte: Imagem adaptada de EpiReumaPt (p. 8).

Numa ótica global, as doenças reumáticas e músculo-esqueléticas, enquadram-se, efetivamente, nas doenças não transmissíveis, as quais de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), implicam cada vez mais um forte investimento no diagnóstico, prevenção e controlo dos fatores de risco associados, de modo a reduzir o seu enorme impacto económico e social.

Quando analisadas as doenças não transmissíveis, verifica-se a mesma tendência para a longa duração e cronicidade, bem como a combinação de diversos fatores associados (genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais), afetando indivíduos de todas as faixas etárias, países e regiões. Estas doenças, são impulsionadas, entre outros fatores, pelas condições de habitação, globalização dos estilos/hábitos de vida não saudáveis e pelo envelhecimento da população, conduzindo à morte prematura de 85% de indivíduos entre os 30 e os 69 anos, em países com baixo ou médio rendimento (OMS, 2021).

Identificados que estão os fatores de risco, a OMS (2021) liderou e desenvolveu um Plano Global de Ação para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020, com o objetivo de reduzir,

para um terço, as mortes prematuras, a nível mundial (OMS, 2021). Este investimento reveste-se da maior importância, quando se enquadra também nos objetivos e metas globais da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030 (ODS 2030), da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015a). Assim, no âmbito do ODS 3 – Saúde de Qualidade/Garantir o acesso à Saúde qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, pretende-se que até 2030, se verifique a referida redução para um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, através da sua prevenção e tratamento, e da promoção da saúde mental e do bem-estar (ONU, 2015b).

De acordo com o Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017 (OMS), registaram-se 86% de mortes causadas por doenças não transmissíveis em Portugal, correspondendo o risco de morte antecipada a 11% da população nacional.

Doenças reumáticas em contexto de literacia em saúde

Em contexto de literacia em saúde, abordar o tema das doenças reumáticas assume grande pertinência, considerando que as pessoas com estas doenças também podem ser enquadradas na categoria dos grupos muito vulneráveis, conforme descritos no ILS-PT (Espanha et al., 2016). Em linha com o grupo acima referido, os doentes reumáticos também não compreendem a informação relativa à sua saúde, e não adotam comportamentos de saúde autoeficazes e saudáveis, não melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar.

Se acrescentarmos ainda que a maioria das cerca de 200 doenças reumáticas e músculo-esqueléticas, se enquadram, efetivamente, no grupo de doenças crónicas, podemos entrever o seu impacto, *per si* e conjuntamente, como um enorme desafio de saúde pública, nomeadamente, no contexto do O3 do Plano de Ação 2019-2021.

A Literacia em Saúde pode desenvolver estratégias de intervenção eficientes e eficazes, junto desta população e dos profissionais de saúde que os acompanham em contexto clínico, de maneira a assegurar melhores índices de informação em saúde, de controlo e autogestão da doença, e de satisfação e navegabilidade no SNS (SNS+ Proximidade) (Serviço Nacional de Saúde, 1996).

Este desafio, é tanto ou mais importante, quando nos deparamos com a existência de outras fontes de informação científica, que vêm demonstrar que os níveis de literacia das pessoas com doenças reumáticas, são muito limitados, como evidencia um estudo sobre o nível de literacia em saúde e identificação das áreas de intervenção, das pessoas que têm estas doenças, e que recorrem à consulta de reumatologia no Hospital Sousa Martins, na Guarda (Martins et al., 2020), que foi apresentado no Congresso Português de Reumatologia.

Este estudo, aponta claramente para a necessidade de haver um maior investimento na educação e capacitação destes doentes, na ótica da promoção de estratégias de melhoria da sua saúde e consequente qualidade de vida, com o envolvimento fundamental dos profissionais de saúde, entre os quais, destacadamente, com o apoio do(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem comunitária, mas também, das entidades públicas, da comunidade e da sociedade em geral.

Face ao exposto, e perante a necessidade de encontrar instrumentos e ferramentas de análise e avaliação de Literacia em Saúde, é nosso objetivo medir a capacidade de acesso, compreensão e utilização da informação em termos de literacia em saúde, de forma integrada e integradora (Figura 4), com vista à aquisição de competências de autoeficácia na gestão da doença crónica (Leventhal et al., 1980) e de responsabilização e navegabilidade no sistema de saúde por forma a garantir a manutenção e compromisso com a promoção da sua saúde, de acordo com Vaz de Almeida e Belim (2021).

Figura 4. *Literacia em Saúde – proposta integrada de aplicação em contexto*



Fonte: Autoras do estudo.

Para tal, será ainda necessário considerar o MindMap da Literacia em Saúde, Vaz de Almeida (2018), o qual vem, sem dúvida, reforçar e contribuir para uma análise sistémica e capilar do conceito, em termos do próprio posicionamento dos indivíduos e grupos, em contexto, no seu ciclo de vida, no que concerne ao acesso, compreensão, avaliação e uso da informação e serviços de saúde.

Neste contexto, parece-nos igualmente essencial, perceber como é desenvolvido o processo de conhecimento e desempenho comunicacional na relação terapêutica com os profissionais de saúde e na interação em saúde, segundo Vaz de Almeida e Belim (2021), é nossa intenção compreender de que forma o processo comunicacional utilizado na relação terapêutica, designadamente, a influência do(a) emissor(a) sobre o(a) recetor(a) e respetivas perceções associadas, no encalce de verificar a possibilidade de aplicação do modelo de comunicação assertiva, clara e positiva (ACP), Vaz de Almeida (2016, 2019), como medida a implementar e promover neste contexto.

Fundamentalmente, interessa-nos perceber como pode ser melhorada e ajustada, no quotidiano, a interação social, a linguagem com sentido e a intersubjetividade (Berger & Luckmann, 1993) e a comunicação junto destes utentes, nomeadamente, como se desenvolve a comunicação na relação terapêutica entre o médico(a)/enfermeiro(a) e o(a) doente reumático(a), de modo a garantir aumento da literacia em saúde, melhoria da sua saúde e bem-estar e, desta feita, melhores resultados em saúde (Vaz de Almeida & Belim, 2021).

Método

Este trabalho tem como objetivo principal identificar pontos chave de comunicação entre profissionais e doentes com Artrite Reumatóide (AR), na ótica da literacia em saúde e da sua aplicação funcional, interativa e crítica.

Neste sentido, pretende-se com este estudo, valorizar a aplicação da Literacia em Saúde no contexto das doenças reumáticas – de acordo com o modelo integrado e inclusivo de Sørensen (2018) e European Health Literacy Consortium (WHO, 2013) – e identificar boas práticas no âmbito da informação, sensibilização, prevenção da Artrite Reumatóide (AR) e promoção da saúde e bem-estar dos(as) doentes reumáticos.

Para tal, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as perceções individuais dos(as) doentes sobre a Artrite Reumatóide (AR);
- Caracterizar a interpretação que os profissionais de saúde têm sobre a perceção que os(as) doentes com AR têm da sua doença;
- Analisar os aspetos convergentes entre aquelas que são as perceções dos(as) doentes acerca da AR e a interpretação dos profissionais de saúde, do ponto de vista da análise e descodificação da informação sobre esta doença;
- Analisar os aspetos divergentes entre aquelas que são as perceções dos(as) doentes acerca da AR e a interpretação dos profissionais de saúde, do ponto de vista da análise e descodificação da informação sobre esta doença;
- Identificar estratégias de comunicação dos profissionais com as pessoas com AR, de modo a potenciar o acesso, compreensão, interpretação e avaliação da informação sobre a AR.

Com base nos resultados do estudo, poderemos considerar novas áreas de investigação neste domínio, avançando, futuramente, para uma análise exploratória e orientada para a deteção de técnicas e ferramentas passíveis de ser aplicadas, com vista a melhorar o nível de literacia em saúde dos(as) doentes com AR – através da sua capacitação (conhecimento, confiança, autogestão e autoeficácia da doença), bem como, paralelamente, identificar estratégias de melhoria dos processos de informação, de comunicação e relação profissional-doente, dos resultados de saúde e consequente otimização de recursos, de modo a contribuir para o aumento do nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde, produzindo ganhos evidentes para todo o sistema de saúde.

Este é um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Para a recolha de dados, optou-se pela abordagem metodológica de solicitação, pela técnica de questionário.

Considerou-se este método adequado ao objetivo do estudo, pois pretende-se descrever duas populações-alvo: doentes diagnosticados com AR e profissionais de saúde. Neste sentido optou-se por selecionar e adaptar ao estudo o questionário “Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)”, uma ferramenta fiável e extensamente utilizada e validada (Moss-Morris et al., 2002) em diferentes contextos (Moss-Morris et al., 2002), como o IPQ-R HP (Arat, 2015a, 2015b; Arat et al., 2016a), e IPQ-R (Arat et al., 2016b). De igual modo, no âmbito de diversas patologias, “Illness representations of systemic lupus erythematosus and systemicsclerosis: a comparison of patients, their rheumathologists and their general practioners” (Arat et al., 2017), o questionário previamente traduzido para português e validado para população portuguesa, “The Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) adaptation and validation on cancer patients” (Santos & Pais-Ribeiro, 2003), e ainda “Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy People” (Figueiras & Alves, 2007).

Tendo em consideração a necessidade de adaptação dos referidos questionários ao âmbito de intervenção e escala do estudo, foram contactadas as investigadoras, Professora Seher Arat, Professora Maria João Figueiras, e Professora Célia Santos, tendo sido obtidos os respetivos consentimentos para utilização e adaptação desta ferramenta, por parte das mesmas.

Os critérios de elegibilidade para responder ao IPQ-R – Pessoas com AR, foram: pessoas residentes em Portugal, diagnosticadas com AR, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de elegibilidade para responder ao IPQ-R HP foram ser médico(a) e enfermeiro(a), a exercer a sua atividade em Portugal, conforme se apresenta nos Anexos 1 e 2.

Considerou-se para o estudo uma amostra representativa correspondente a, pelo menos, 80 questionários, distribuídos por 40 questionários para cada grupo-alvo em análise.

A amostra final ficou então constituída por 53 profissionais de saúde, 43 enfermeiros(as) e 10 médicos(as).

Quando às pessoas diagnosticadas com AR, só se tendo obtido 9 respostas, não se considerou a amostra representativa, pelo que se protelou a análise deste braço do estudo para uma fase futura.

Os questionários estruturam-se em 3 secções principais que incluem perguntas abertas de resposta curta, perguntas fechadas de “sim” e “não”, e perguntas fechadas com respostas de escolha múltipla sob a forma de escala de Likert. Neste caso, optou-se por considerar quatro categorias de resposta (discordo completamente, discordo, concordo, concordo completamente), sem incluir uma opção moderada ou neutra, evitando deste modo um possível enviesamento.

A primeira secção do questionário é constituída por questões com o intuito de fazer uma avaliação sociodemográfica da amostra:

- IPQ-R Pessoas com doença reumática: género, idade, nível de escolaridade, distrito, concelho, local de residência, tem doença reumática (7 itens).
- IPQ-R-HP Profissionais de saúde: género, idade, profissão, especialidade, local de trabalho, distrito onde trabalha, concelho onde trabalha (7 itens).

A segunda secção diz respeito a dados de caracterização da AR:

- IPQ-R Pessoas com doença reumática: que idade tinha quando começou a ter os primeiros sintomas, qual a doença reumática que lhe foi diagnosticada, que idade tinha quando foi diagnosticada a sua doença reumática, tem artrite Reumatóide/outra (4 itens).
- IPQ-R-HP Profissionais de saúde: não aplicável (0 itens)

Esta secção corresponde ao questionário IPQ-R, propriamente dito, o qual é constituído por 3 grupos de questões sobre causas, percepção e sintomas da AR:

- IPQ-R Pessoas com doença reumática: sintomas da doença reumática (19 itens), percepção sobre a doença reumática (36 itens), causas da doença reumática (17 itens), indique o n.º que considera ser a principal causa da sua doença reumática (selecção de 1 item).

Saliente-se que este questionário prevê, ainda, a possibilidade de os inquiridos indicarem o seu interesse em participar noutro(s) estudo(s) sobre (outras) doenças reumáticas – “Caso esteja interessado(a) em participar num outro estudo sobre doenças reumáticas, deixe-nos o seu e-mail para posterior contacto. Muito obrigada.”

- IPQ-R-HP Profissionais de saúde: quais os sintomas que as pessoas com AR associam à sua doença reumática (19 itens), percepção que as pessoas AR têm sobre a sua doença reumática (36 itens), as causas que as pessoas com AR relacionam com a origem da sua doença (17 itens).

Após a redação dos questionários, procedeu-se à sua transcrição para a plataforma *Google Forms* tendo em vista uma maior facilidade de divulgação por meios digitais.

De acordo com Vasconcellos e Guedes (2007), a utilização de questionários online traz vantagens para a equipa de investigação, nomeadamente a redução do custo de elaboração a valores mínimos ou mesmo nulos; um maior alcance populacional sem restrições geográficas; o registo automático e direto dos dados imediatamente após as respostas; uma maior facilidade em agrupar e apresentar percentual e graficamente os dados, o que se reflete em maior facilidade na análises e redução dos erros e tempo de escrita.

Também do ponto de vista dos inquiridos, os questionários online representam vantagens, como seja uma maior flexibilidade e conveniência, pela possibilidade de responder consoante a sua disponibilidade sem local ou horário predefinido; ausência de entrevistador, deixando o inquirido mais à vontade para responder com maior sinceridade; possibilidade de incluir novos estímulos e meios didáticos (como sons, imagens, vídeos, animações) com vista a atrair atenção e a obter maior número de respostas (Hayslett & Wildemuth, 2004; Kays et al., 2012).

No entanto, importa também ter em atenção algumas desvantagens inerentes a estas ferramentas, como alertam Evan e Mathur (2005) e Vasconcellos e Guedes (2007): limitação do alcance apenas a pessoas com acesso a internet e com dispositivos e competências tecnológicas

para utilização dos meios digitais, o que pode levar a amostras não representativas da população; carácter impessoal do processo e questões relacionadas com a privacidade dos dados; dificuldade em incluir incentivos à participação; formulários pouco atrativos e pouco *user friendly* por deficiências de formatação ou rigidez do *layout*; fraca adesão por parte dos inquiridos, que podem considerar os questionário como invasão de privacidade ou *spam*; baixo índice de resposta relativamente a outros métodos de aplicação de questionários; baixa confiabilidade dos dados, na medida em que a identidade dos inquiridos é desconhecida, e estes podem interpretar incorretamente as perguntas ou ser desonestos nas respostas.

Salvaguardando estas considerações, os questionários redigidos e utilizados no âmbito deste estudo foram submetidos a validação em pré-teste. O questionário dirigido a profissionais de saúde foi validado com 8 respostas em pré-teste. O questionário dirigido a doentes com AR foi sujeito a reformulação, após 7 respostas em pré-teste.

De salientar que, a referida reformulação prendeu-se com a necessidade de clarificar a escolha das entidades de referência, tendo o grupo de investigadoras optado por considerar, desta feita, a necessidade de seleccionar apenas uma entidade de referência, a Artrite Reumatóide, pelo seu carácter mais prevalente e mais conhecido junto da população portuguesa.

Esta decisão metodológica implicou assim a retirada da entidade de estudo anteriormente prevista, Síndrome de Sjögren (SSj), assumindo-se aqui um momento fulcral de viragem no desenvolvimento do estudo. Deste modo, e na sequência dos relevantes argumentos apresentados pela Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas (LPCDR), nesta fase, garantiu-se a não sobreposição de duas entidades (AR e SSj) que, pelas suas características poderiam causar enviesamentos de partida e limitações científicas.

Procedeu-se à divulgação dos dois questionários, em simultâneo, a partir de 29 de setembro de 2021, com recurso a contactos diretos por correio eletrónico e divulgação em diversas redes sociais (LinkedIn,

Facebook, Instagram, Twitter e WhatsApp). Contou-se ainda com a participação e reencaminhamento dos profissionais de saúde que se encontram a frequentar a Pós-Graduação de Literacia em Saúde, no ISPA (ano letivo 2020-2021).

No caso do questionário dirigido a pessoas com doença reumática, este foi ainda submetido a aprovação prévia por parte da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas (LPCDR), tendo sido divulgado em parceria com esta instituição, por meio dos seus canais oficiais (*mailing list*, Facebook e Twitter). A divulgação encontra-se ainda em curso.

Do ponto de vista dos critérios que estiveram na origem da escolha das redes sociais mencionadas, destaca-se o LinkedIn por ser uma rede dirigida a profissionais, em coerência com o público-alvo do inquérito: os profissionais de saúde. No que toca ao Facebook, sendo atualmente a maior rede social online, é responsável pela reunião de quase 3 mil milhões de utilizadores ativos mensalmente (Clement, 2019), encontrando-se quase todos os utilizadores de media sociais nesta rede (Influencer Marketing Hub, 2019).

Conforme já demonstrado por George et al. (2013), a utilização de redes sociais online não estão isentas de inconvenientes para este efeito, nomeadamente, no que concerne aos perigos da sua utilização em temas relacionados com a saúde. Esse perigo consubstancia-se, por exemplo, na probabilidade de transformação dos assuntos tratados e na reutilização do questionário para outras práticas ou informações erradas (p. 2).

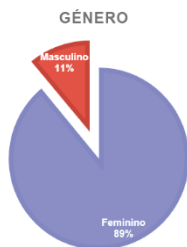
Neste estudo, o acesso ao conteúdo do questionário (quer no que toca à sua construção, quer relativamente às respostas dos inquiridos) está limitado às investigadoras, o que garante maior segurança e confiabilidade no que toca aos dados obtidos. Importa ainda referir que, do ponto de vista da recolha dos dados, foi bloqueada a possibilidade de resposta a mais do que um questionário por parte do mesmo inquirido.

Finalmente, optou-se por proceder ao tratamento e análise estatística dos dados recolhidos com recurso ao Microsoft Excel.

Resultados

Segue-se a apresentação dos dados recolhidos entre 18 de setembro e 31 de outubro de 2021, relativamente aos profissionais de saúde que responderam ao questionário IPQ-R HP. Esta amostra contou com a participação de 43 enfermeiros(as) e 10 médicos(as), perfazendo um total de 53 profissionais de saúde. No que diz respeito à caracterização da amostra, os participantes são na sua maioria do género feminino, 89%, o que é justificado pela população a quem foi aplicado o questionário – enfermeiros(as) e médicos(as).

Figura 5. Distribuição da amostra



Em relação à idade dos participantes, verificou-se uma variação entre os 25 anos e os 74 anos. A média de Idades situa-se nos 44 anos, a mediana nos 41 anos e a moda nos 41, 47 e 53 anos.

Figura 6. Distribuição da amostra por profissões

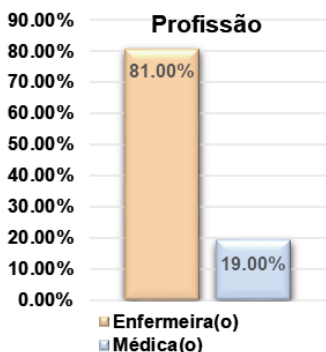
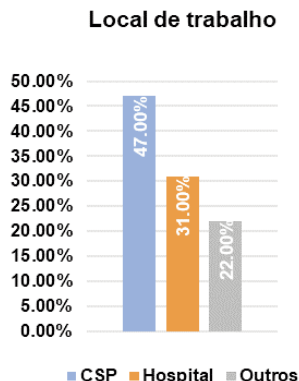


Figura 7. Distribuição da amostra por local de trabalho



Oitenta e um por cento dos participantes no estudo são enfermeiros(as). Dos profissionais que responderam, 49% tinha especialização, sendo a maior parte dos(as) enfermeiros(as) especialistas em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária e os(as) médicos(as), especialistas em Medicina Geral e Familiar. Dos respondentes, 47% trabalham nos Cuidados de Saúde Primários, 51% deles no Distrito de Setúbal, 38% nos Concelhos de Almada e Seixal, no entanto, obtivemos respostas de vários pontos do país, incluindo das ilhas.

Em relação ao questionário IPQ-R HP, propriamente dito, na primeira parte do questionário, pedimos aos profissionais de saúde que de uma lista de vários sinais e sintomas, nos indicassem quais aqueles que consideram que as pessoas diagnosticadas com AR, associam à sua doença.

Os resultados com maior incidência revelam que, 100% dos participantes responderam dores musculares/articulares/mãos e pés; 94% rigidez; 89% inflamação; 85% falta e perda de forças, 79% fadiga/cansaço/astenia. A insónia/dificuldade em dormir, teve uma percentagem muito equilibrada entre uma resposta concordante (Sim) com 53% e uma resposta não concordante (Não), escolhida por 47% dos participantes.

Na segunda parte do questionário quisemos saber qual a opinião que os(as)médicos(as) e enfermeiros(as) têm acerca da perceção que as pessoas com AR têm sobre a sua doença.

Na segunda e terceira parte do IPQ-R HP colocámos várias afirmações, tendo solicitado aos inquiridos que as classificassem, utilizando uma escala de Likert, de acordo com 4 níveis de opção, com variação entre o “Concordo completamente” e o “Discordo completamente”, passando pelo “Concordo” e “Discordo”. De salientar que foi nossa opção adaptar a escala de Likert, com apenas 4 itens de resposta, no sentido de permitir aos inquiridos especificar qual o seu nível de concordância relativamente a cada afirmação por nós proposta, sem, contudo, terem a possibilidade de optar por respostas neutras – evitando, assim, possíveis enviesamentos.

Figura 8. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença muito grave”

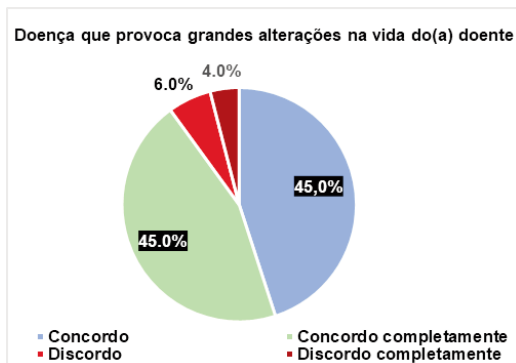
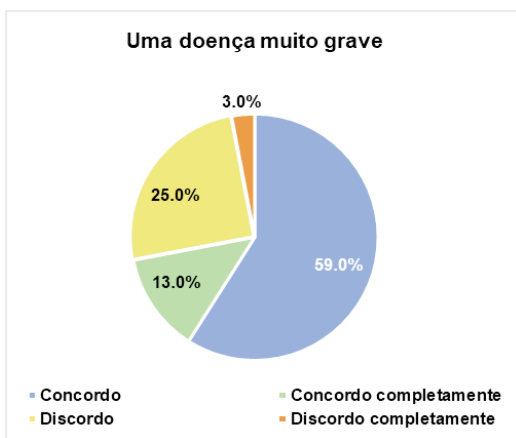


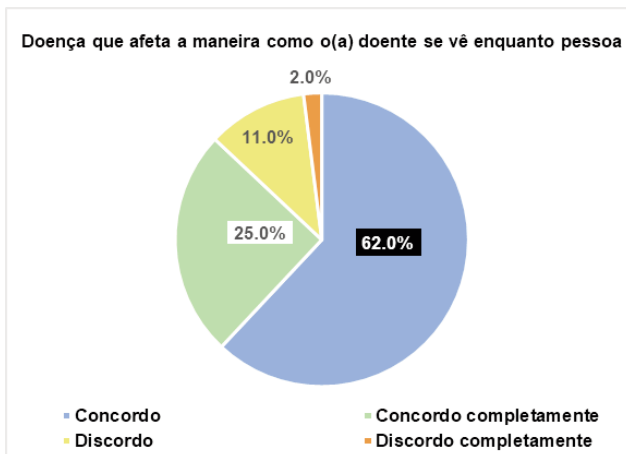
Figura 9. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que provoca grandes alterações na vida do(a) doente”



Em relação à afirmação: “é uma doença pouco grave” – 87% dos profissionais de saúde *Discordam* ou *Discordam Completamente*. Setenta e dois por cento *Concordam* ou *Concordam Completamente* que é “uma doença muito grave”.

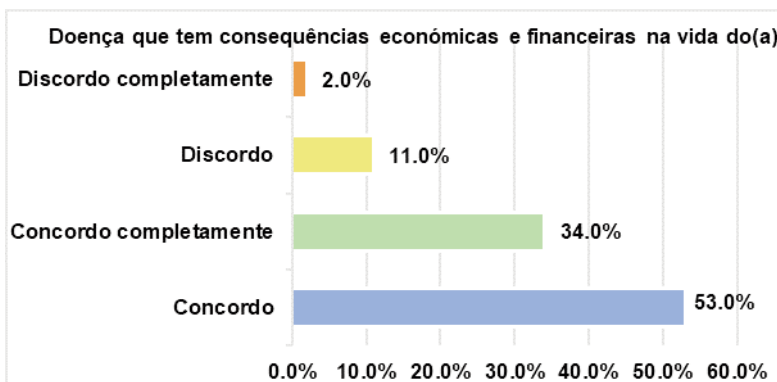
Noventa por cento dos profissionais de saúde responderam, *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que as pessoas com AR, consideram que a sua doença lhes provoca grandes alterações à vida.

Figura 10. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que afeta a maneira como o(a) doente se vê enquanto pessoa”



Oitenta e sete por cento consideram que afeta a maneira como se veem enquanto pessoa e 71% que afeta a maneira como os outros os vem.

Figura 11. Distribuição das respostas à questão “A AR trata-se de uma doença que tem consequências económicas e financeiras na vida do(a) doente”



Oitenta e sete por cento dos profissionais de saúde *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que as pessoas com AR consideram que a sua doença afeta económica e financeiramente a sua vida.

Figura 12. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que tem influência na vida familiar do(a) doente”



Figura 13. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que tem influência na vida profissional do(a) doente”



Oitenta e nove por cento dos profissionais inquiridos pensam que as pessoas com AR consideram que a sua doença tem influência na sua vida familiar e 92% na sua vida profissional.

Figura 14. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que tem influência no bem-estar físico dos doentes”

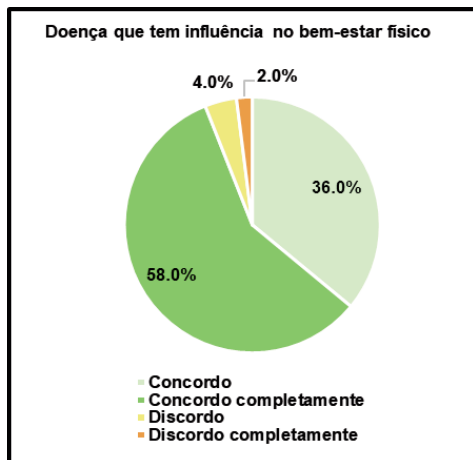
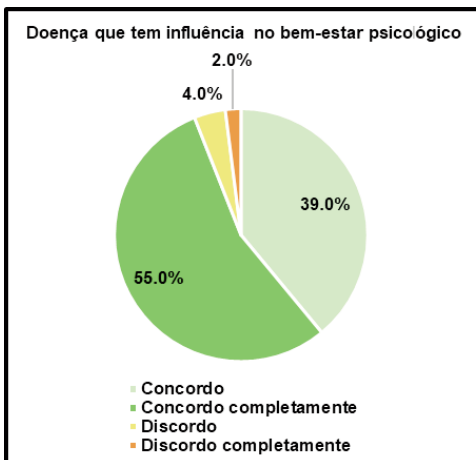
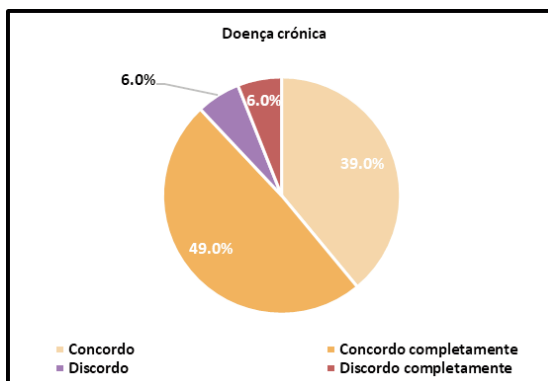


Figura 15. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que tem influência no bem-estar psicológico dos doentes”



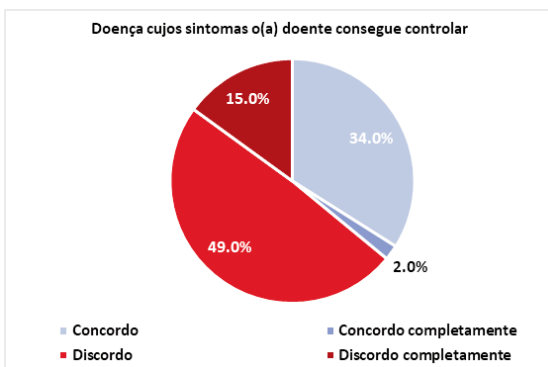
Em relação ao bem-estar da pessoa com AR: 94% dos profissionais de saúde que responderam, têm a percepção que esta doença reumática tem influência no bem-estar físico e psicológico da pessoa e 89% no bem-estar emocional.

Figura 16. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença crónica”



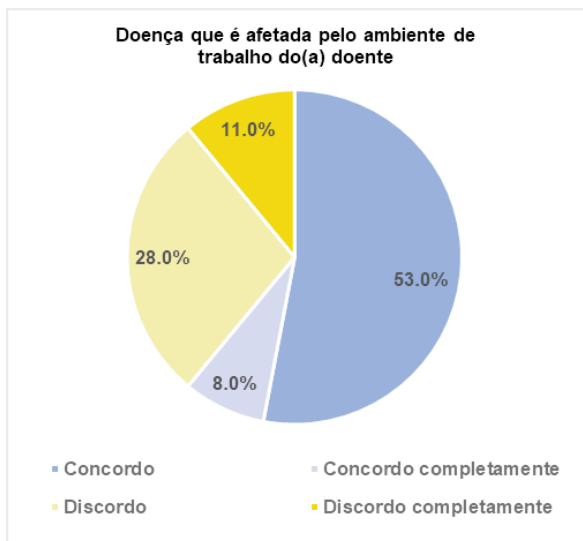
Oitente e oito por cento *Concordam* ou *Concordam Completamente* que a AR é uma doença crónica. 98% dos enfermeiros(as) e médicos(as) responderam que *Discordam* ou *Discordam Completamente* com as afirmações de que as pessoas com AR consideram que a sua doença tem cura e 94% de que a doença vai melhorar com o tempo.

Figura 17. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença cujos sintomas o(a) doente consegue controlar”



Sessenta e quatro por cento assinalam que a evolução da doença depende do doente e de que conseguem controlar os sintomas da doença. Sessenta e seis por cento dos participantes *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que as pessoas com AR consideram que a sua doença é imprevisível e 77% que os sintomas são muito variados, o que torna difícil o diagnóstico.

Figura 18. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença que é afetada pelo ambiente de trabalho do(a) doente”



Cinquenta e oito por cento dos questionados *Discordam* ou *Discordam Completamente* que as pessoas com AR consideram que a sua doença é afetada pelo ambiente familiar, em contrapartida, 61% *Concordam* ou *Concordam Completamente* que é afetada pelo ambiente laboral.

Em relação a ser afetada pelos comportamentos do doente, há uma grande divisão nas respostas, pois, 51% *Discordam* ou *Discordam Completamente* com a afirmação enquanto 49% *Concordam* ou *Concordam Completamente*.

Figura 19. Distribuição das respostas à questão “Os tratamentos controlam os sintomas da AR”

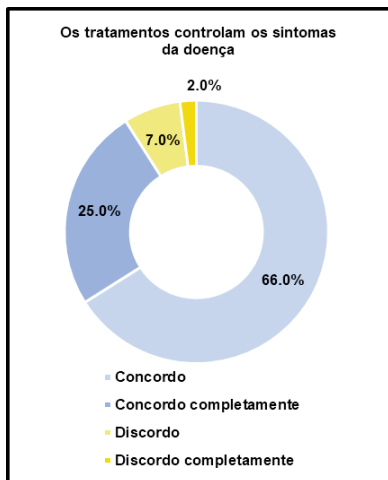
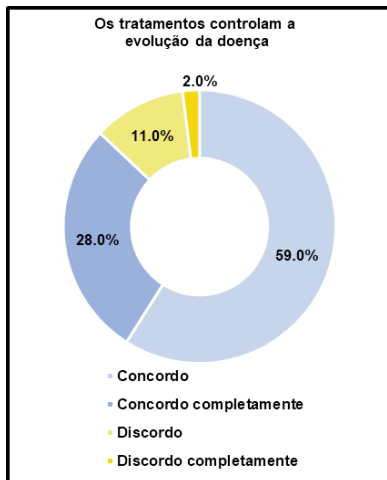


Figura 20. Distribuição das respostas à questão “Os tratamentos controlam a evolução da AR”



Em relação aos tratamentos, 89% dos inquiridos *Discordam* ou *Discordam Completamente* que as pessoas com AR consideram que os tratamentos curam a sua doença. Oitenta e sete por cento *Concordam* ou *Concordam Completamente* que controlam a evolução da doença, 91% que controlam os sintomas da doença e 75% que estes dão resultado.

Figura 21. Distribuição das respostas à questão “O(a) doente identifica os sintomas da sua doença”

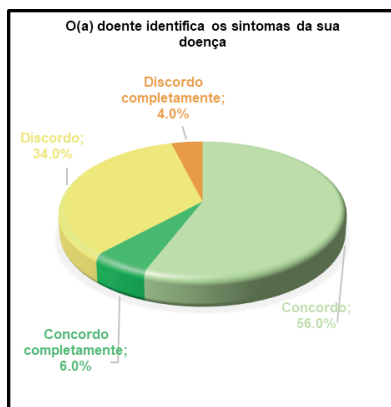
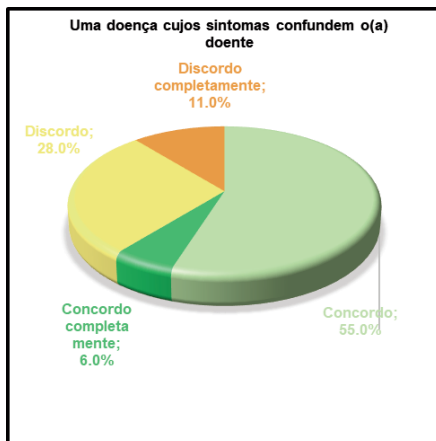


Figura 22. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença cujos sintomas confundem o(a) doente”



Setenta e dois por cento dos profissionais *Discordam* ou *Discordam Completamente* que as pessoas com AR compreendem a sua doença. Sessenta e dois por cento *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que os doentes conseguem identificar os sintomas da sua doença e 61% que os sintomas confundem os doentes.

Figura 23. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença sobre a qual o(a) doente sabe pouco”

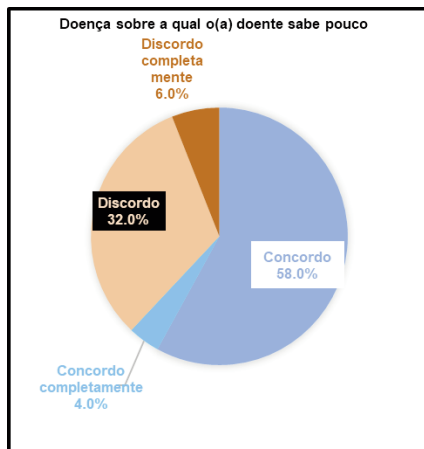
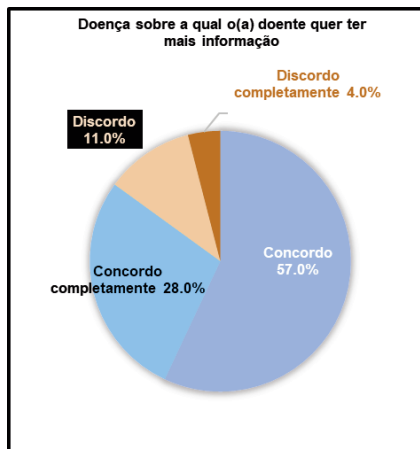


Figura 24. Distribuição das respostas à questão “A AR é uma doença sobre a qual o(a) doente quer ter mais informação”



Em relação à informação, 64% dos inquiridos *Discordam* ou *Discordam Completamente* que as pessoas com AR têm informação sobre a sua doença. O que é corroborado pelas respostas às afirmações seguintes em que 62% *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que é uma doença sobre a qual o doente sabe pouco, e 85% em como o doente quer ter mais informação sobre a AR.

Figura 25. Distribuição das respostas à questão “O(a) doente sente-se triste quando pensa na sua doença”

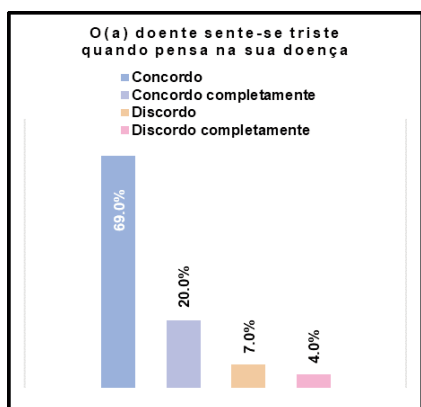


Figura 26. Distribuição das respostas à questão “O(a) doente sente-se ansioso(a) quando pensa na sua doença”

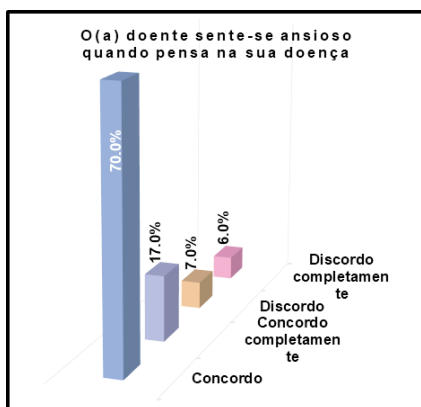


Figura 27. Distribuição das respostas à questão “O(a) doente tem medo quando pensa na sua doença”

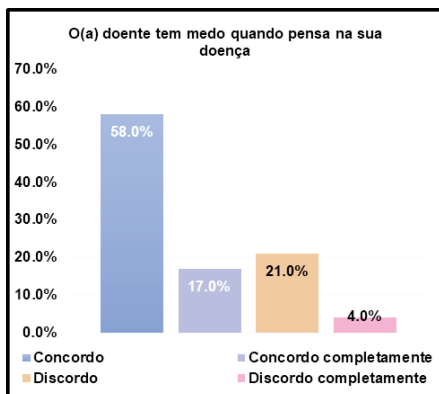
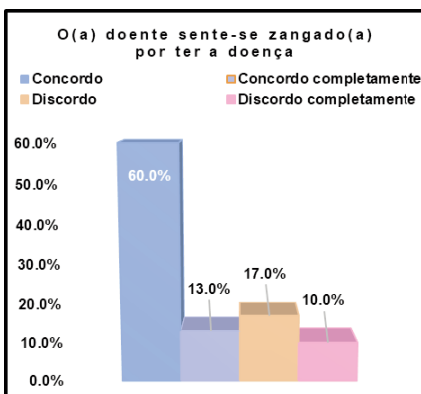


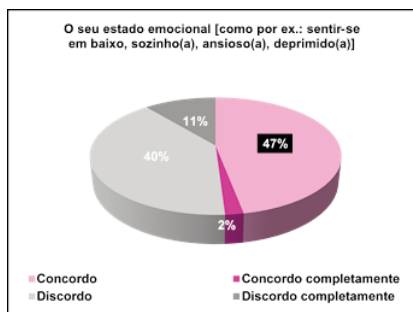
Figura 28. Distribuição das respostas à questão “O(a) doente sente-se zangado(a) por ter a doença”



No que diz respeito aos sentimentos do doente em relação à sua doença, 89% dos profissionais de saúde *Concordam* ou *Concordam Completamente*, que as pessoas com AR se sentem tristes quando pensam na sua doença, 87% ansiosos, 90% preocupados, 73% zangados e 75% têm medo.

Na terceira e última parte do questionário pedimos aos participantes que categorizassem as afirmações que colocámos sobre a perceção das causas que as pessoas com AR relacionam com a origem da sua doença.

Figura 29. Distribuição das respostas à questão “O estado emocional do(a) doente é uma causa de AR”



Cinquenta e cinco por cento *Discordam* ou *Discordam Completamente* que seja o stress e/ou preocupações, 51% que seja o estado emocional da pessoa, 87% que seja a personalidade.

Figura 30. Distribuição das respostas à questão “A hereditariedade constitui uma causa de AR”

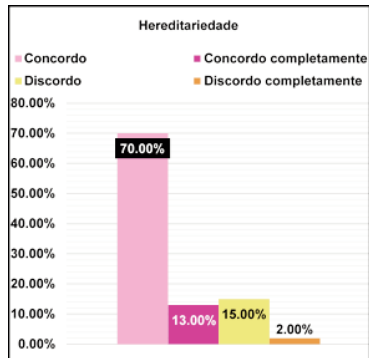
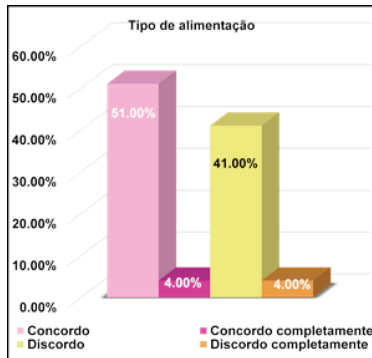
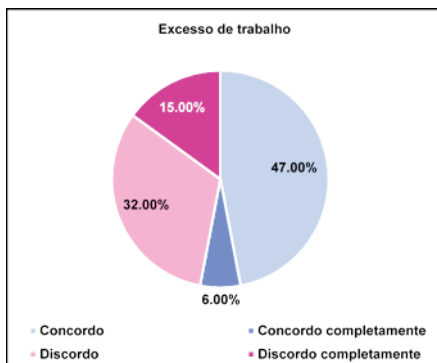


Figura 31. Distribuição das respostas à questão “o tipo de alimentação constitui uma causa de AR”



Setenta e cinco por cento assinalam a atitude mental, 68% o comportamento da pessoa e 61% o excesso de peso. As causas com as quais os profissionais *Concordam* ou *Concordam Completamente*, são a hereditariedade com 83%, o tipo de alimentação com 55%.

Figura 32. Distribuição das respostas à questão “O excesso de trabalho constitui uma causa de AR”



No que diz respeito à afirmação relacionada com o excesso de trabalho, 53% dos profissionais *Concordam* ou *Concordam Completamente* que é uma causa a considerar.

Sessenta por cento *Discordam* ou *Discordam Completamente* que a poluição do ambiente, a falta de cuidados de saúde e uma doença e/ou infeção sejam causas da AR, tal como 64% não consideram que o acidente e/ou lesão, sejam causa para a AR.

Figura 33. Distribuição das respostas à questão “A alteração das defesas do organismo por doença constitui uma causa de AR”

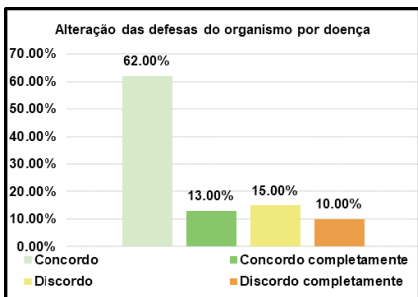
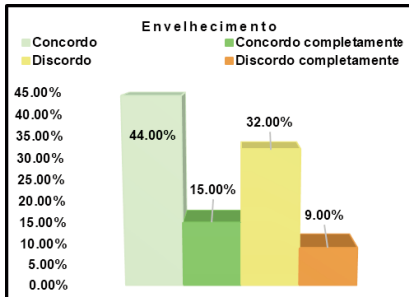


Figura 34. Distribuição das respostas à questão “O envelhecimento constitui uma causa de AR”



Noventa e seis por cento dos inquiridos não associam a não vacinação à origem da AR, assim como 58% não consideram que o destino e/ou a má-sorte estejam na origem da doença. As causas com as quais os participantes *Concordam* ou *Concordam Completamente*, são a existência de alteração nas defesas do organismo (75%) e o envelhecimento (59%).

Conclusões

Como referido anteriormente, era propósito deste estudo analisar comparativamente os dados dos questionários aplicados aos doentes com os dados dos questionários aplicados aos profissionais de saúde. Contudo, como não obtivemos respostas suficientes por parte das pessoas diagnosticadas com AR, o que se tornou uma limitação face ao alcance dos objetivos iniciais do estudo, apenas se tornou possível interpretar os resultados relativos aos profissionais de saúde, tendo os restantes ficado sem efeito nesta fase do estudo.

Conscientes de que os resultados que poderíamos adquirir com o estudo comparativo, continuam a ser de uma enorme relevância e impacto no que diz respeito ao próprio conhecimento da doença, com implicações na avaliação, perceção, comunicação, ensino e colaboração na ótica da literacia em saúde, julgamos que o mesmo não perderá pertinência no futuro.

Conforme destacado por Vaz de Almeida e Belim (2021), os ganhos que os profissionais de saúde obtêm com a literacia em saúde, são significativos, nomeadamente, se considerarmos o papel da comunicação no centro do círculo virtuoso sistema – profissional – paciente, os quais são patentes ao nível do bem-estar, sentido, motivação e satisfação interpessoal [com os(as) doentes], diminuição da conflitualidade, mais tempo pessoal, para os outros e investigação, mais interdisciplinaridade. Mais uma vez aqui, as autoras destacam os ganhos evidentes em termos de efetividade e eficiência dos resultados em saúde, destacando o contributo da alfabetização em saúde como um investimento para todos (incluindo, para o sistema).

Esta eficácia nos resultados em saúde, é analisada por Vaz de Almeida (2020), em outro artigo, destacando mais uma vez a importância das competências comunicacionais como centrais, sobretudo, no quadro do desafio constante da gestão das relações humanas, com tudo o que estas implicam em termos de capacidade de adaptação às necessidades e exigências situacionais. Neste sentido, não se trata só de criar relações sustentáveis com os(as) doentes, mas também de olhar para este, partindo da respetiva perspectiva, facilitando a verbalização das emoções dos(as) doentes, através da empatia e do estabelecimento, em conjunto, de tarefas e estratégias direcionadas para a melhoria dos resultados em saúde. As competências dos profissionais de saúde, devidamente identificadas pela autora, colocam-nos a todos o desafio de apostar, desenvolver e promover novos conhecimentos, habilidades e atitudes neste âmbito, sendo que, para este trabalho, nos parece essencial destacar mais do que tudo, a atitude necessária ao profissional de saúde para perceber o que pode colocar em risco o paciente por falta de informação e como pode melhorar a empatia terapêutica e capitalizar os efeitos de uma boa comunicação em saúde.

Assim, e considerando apenas os resultados obtidos com os questionários IPQ-R HP, aplicados a médicos(as) e enfermeiros(as), podemos analisar e refletir sobre a perceção que estes profissionais de saúde têm acerca do que as pessoas com AR pensam da sua doença, causas e sintomas.

Conforme análise dos dados, começamos por concluir que houve uma clara feminização da amostra (89% dos respondentes), com predominância de resposta por parte de enfermeiros(as) (81%). Relativamente aos profissionais de saúde, há a sinalizar o facto de, na sua maioria, estarem integrados nos cuidados de saúde primários (47%), seguido de cuidados hospitalares (30%).

Outro aspeto curioso a ressaltar nas conclusões, prende-se com a amplitude verificada nos resultados das respostas, por vezes inferior a 10%, entre as opções concordantes e discordantes dos participantes no estudo, ou seja, para a mesma afirmação existem tantas respostas concordantes como discordantes. Esta situação, está patente nas sec-

ções sobre a percepção acerca da doença e suas causas, o que, numa primeira abordagem, pode indiciar a necessidade de aprofundamento da informação sobre a AR.

É curioso constatar que 15% dos profissionais de saúde, percebem que as pessoas com AR, não consideram a sua doença como uma doença muito grave, nem pouco grave. E ainda que, 62% referem que as pessoas com AR conseguem identificar os sintomas da sua doença, no entanto, 61% respondem que os sintomas da doença confundem os doentes, o que mereceu a nossa melhor atenção na medida em que este indicador pode significar informação pouco clara sobre esta questão.

Por outro lado, os dados parecem confirmar de forma clara que, a percepção que os profissionais de saúde têm acerca do que os doentes com AR pensam da sua doença é que, efetivamente, a AR tem impacto significativo na vida familiar, profissional, no bem-estar físico, psicológico e emocional dos doentes.

Se, no que toca à percepção destes profissionais sobre os sintomas percebidos pelos doentes com AR, verificamos uma tendência clara e inequívoca no que toca à concordância total na categoria de Dor, com 100% de respostas (Dores musculares/dores nas articulações/dores nas mãos/dores nos pés), seguida de Rigidez (94%), Inflamação (89%) e Falta de forças/perda de forças (85%). Já no que concerne à percepção das causas associadas à origem da sua doença pelos doentes com AR, houve maior dispersão nas respostas, nomeadamente, hereditariedade, tipo de alimentação, alteração nas defesas do organismo e envelhecimento.

De acordo com as próprias conclusões do estudo de Arat et al. (2017), temos consciência de que as respostas que obtivemos em relação às características emocionais e à própria percepção da doença, têm um maior grau de subjetividade associada, uma vez que o(a) profissional de saúde, por efeito de empatia, pode ter-se “posicionado” no lugar da pessoa com doença reumática, sendo por isso possível que a respetiva percepção profissional seja, de algum modo, influenciada pela forma como os doentes interpretam e descrevem o que têm e o que sentem.

Relativamente ao conhecimento da AR, e apesar desta ser das doenças reumáticas mais conhecidas da população em geral, os resultados deste estudo vêm demonstrar que, existe a percepção de um conhecimento deficitário relativamente às suas causas e sintomas.

Futuramente, com a possibilidade de concluir o estudo comparativo, poderemos obter resultados mais conclusivos relativamente às necessidades de informação e comunicação sobre a AR, conforme inicialmente pretendido.

Fica, no entanto, claro que, para aplicarmos a Literacia em Saúde neste contexto, é pertinente desenvolver estratégias de intervenção junto desta população e dos profissionais de saúde, de modo a melhorar a comunicação e informação em saúde.

Acreditamos que a literacia em saúde é a chave para o desenvolvimento de novas estratégias de educação e comunicação, entre os profissionais de saúde e estes doentes, numa ótica colaborativa, sendo, portanto fundamental, promover o mais possível a aposta na formação em comunicação para os profissionais de saúde, com vista, entre outras metas, melhorar a eficácia dos resultados de autocuidado e autogestão da AR por parte dos doentes.

Se pensarmos nas perspetivas de melhoria e enalce da literacia em saúde na resposta a todas estas questões aqui surgidas, sistematizadas em Antunes e Lopes (2018), deparamo-nos com soluções que deverão passar, desejavelmente, pela promoção da literacia em saúde no meio escolar, em crianças e jovens, criando raízes e empoderamento para a sua idade adulta, mas também em adultos, através do estabelecimento de relações de confiança, da comunicação e diálogo entre os profissionais e os doentes – com recurso a terminologia simples, clara, leiga, imagens e técnicas de confirmação da informação apreendida e compreendida (como o *teach back* e *show me*, entre outros processos de questionamento), bem como melhoria dos materiais de comunicação utilizados (bulas, folhetos, entre outros).

Mais uma vez aqui, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na implementação destas medidas, em toda a sua ativi-

dade profissional cotidiana, não apenas como atores chave, facilitadores de comunicação em saúde (pense-se na mais-valia da aplicação do modelo de comunicação ACP) e interlocutores de literacia em saúde, mas como educadores para uma nova visão de saúde, que se deseja mais proativa, equitativa, sustentável e competente, em todas as suas dimensões e contexto.

Referências

- Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 51-53). Edições ISPA [ebook].
- Arat, S., Lenaerts, J. L., De Langhe, E., Verschuere, P., Moons, P., Vandenberghe, J., Taelman, V., & Westhovens, R. (2017). Illness representations of systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis: A comparison of patients, their rheumatologists and their general practitioners. *Lupus, Science & Medicine, 4*, e000232. <https://doi.org/10.1136/lupus-2017-000232>
- Arat, S., Van den Zegel, Moons, P., Vandenberghe, J., & Westhovens, R. (2015a). Preliminary Validation of an Illness Perception Questionnaire for Healthcare Professionals. *Rheumatology, 54*(1), i111, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev089.043>
- Arat, S., Van den Zegel, A., Rillaer, M. V., Moons, P., Vandenberghe, J., De Langhe, E., & Westhovens, R. (2015b). Preliminary validation of an Illness Perception Questionnaire for Healthcare Professionals. *Poster Viewing II. BHPR Research: Quantitative*. https://academic.oup.com/rheumatology/article/54/suppl_1/i111/1830053
- Arat, S., Van den Zegel, A., Rillaer, M. V., Moons, P., Vandenberghe, J., De Langhe, E., & Westhovens, R. (2016a). Development and preliminary evaluation of the validity and reliability of a revised illness perception questionnaire for healthcare professionals. *BMC Nursing, 15*. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0156-4>
- Arat, S., Van den Zegel, A., Rillaer, M. V., Moons, P., Vandenberghe, J., De Langhe, E., & Westhovens, R. (2016b). Based in part on: R. Moss-

- Morris, J. Weinman, K. J. Petrie, R., Horne, L. D. Cameron, & D. Buick (Eds.), *The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*. *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1993). *A construção social da realidade*. Vozes.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., & Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt – A national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 2. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Canhão, H. (2015). É na doença crónica não transmissível que temos os piores indicadores de saúde. *Médico News*, 14-17.
- Castelo-Branco, L. (2017). Estudo doenças reumáticas: Produtividade, empregabilidade e saúde social (PortugalApto.Pt). *Revista Vital Health Saúde Primeiro*. <https://www.vitalhealth.pt/saude/4448-doen%C3%A7as-reum%C3%A1ticas-s%C3%A3o-a-principal-cao-de-absentismo-laboral-e-reformas-anticipadas.html>
- Clement, J. (2019). *Mobile App Usage – Statistics & Facts*. Statista.
- Despacho n.º 3618-A/2016. *Criação do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 49 de 10-03-2016), 8660-(5), 8660-(6). <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. Reumacensus 2011-2013. http://www.reumacensus.org/pdf/quadrptico_resultados_epireumapt.pdf
- Espanha, R. (2018). A literacia em saúde em Portugal e a importância do ILS-PT: Inquérito europeu sobre literacia em saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 19). Edições ISPA [ebook].

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal – Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- European Commission. (2007). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013*. Com(2007) 630 final 2007.
- European League Against Rheumatism [EULAR]. (2019). *RheumaMap: A research roadmap to transform the lives of people with rheumatic and musculoskeletal disease – Summary*. EULAR Brussels Office. https://www.eular.org/myUploadData/files/RheumaMap_Summary_2017_4pp_e_version_26_10_17_1.pdf
- Evan, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys. *Internet Research, 15*(2), 195-219. <https://doi.org/10.1108/10662240510590360>
- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health, 22*(2), 143-158. <https://doi.org/10.1080/14768320600774462>
- Freedman D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 446-451.
- George, D. R., Rovniak, L. S., & Kraschnewski, J. L. (2013). Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 56*(3), 1-10. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318297dc38>
- Hayslett, M. M., & Wildemuth, B. M. (2004). Pixels or pencils? The relative effectiveness of web-based versus paper surveys. *Library and Information Science Research, 26*(1), 73-93. <https://doi.org/10.1016/j.lisr.2003.11.005>
- Influencer Marketing Hub. (2019). *75+ social media sites you need to know in 2020*. <https://influencermarketinghub.com/top-social-media-sites/>
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies.
- Kays, K., Gathercoal, K., & Buhrow, W. (2012). Does survey format influence self-disclosure on sensitive question items?. *Computers in Human Behavior, 28*(1), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.09.007>

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp. 17-30). Pergamon Press.
- Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas [LPCDR]. (2021). <https://www.lpcdr.org.pt/>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, *10*, 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Martins, C. S., Vaz, C., Ferreira, J. F., & Silva, P. (2020). Literacia para a saúde no doente reumático. *Acta Reumatológica Portuguesa*, *45*(4). http://www.actareumatologica.pt/archive_detail.php?id=232
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*(1). <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*, 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1998). *Health promotion glossary*. OMS. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017). *Noncommunicable diseases – Progress monitor 2017*. OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2021). Noncommunicable diseases key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2015a). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2015b). *Agenda para o desenvolvimento sustentável 2030: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)*. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2006). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behaviour*, 31(Suppl 1), 19-26.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17(4). <https://hdl.handle.net/10216/102033>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2016). *SNS + proximidade: Mudança centrada nas pessoas*. <https://www.sns.gov.pt/sns-mais/>
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia [SPR]. (2021a). *Artrite reumatóide*. <https://spreumatologia.pt/artrite-reumatoide/>
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia [SPR]. (2021b). *GPS Reuma – Garantir e potenciar serviços de reumatologia*. <https://www.spreumatologia.pt/gps-reuma/>
- Sørensen, K. (2018). A vision for health literacy in Europe. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 13). Edições ISPA [ebook].
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Helmut, B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Vasconcellos, L., & Guedes, L. (2007). E-surveys: Vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. In *X semead: Seminários em administração da FEA-USP*. <http://sistema.semead.com.br/10semead/sistema/resultado/trabalhos/PDF/420.pdf>
- Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, capacitar, encaminhar – Literacia em saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. *Congresso ACE – Associação Científica dos Enfermeiros, Suplemento Enformação*, 8-15.
- Vaz de Almeida, C. (2018). Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-39). Edições ISPA [ebook].
- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida

- (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA [ebook].
- Vaz de Almeida, C. (2020). Competências em saúde: Para além do biomédico. Como os conhecimentos, habilidades e atributos melhoram a eficácia dos resultados. *A Pátria Jornal da Comunidade Científica de Língua Portuguesa*. <https://apatiria.org/ciencias/competencias-em-saude-para-alem-do-biomedico/>
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021). Os contributos da alfabetização em saúde para o sistema, os profissionais de saúde e os pacientes: O círculo virtuoso da comunicação na saúde. *Journal of Health & Biological Sciences*, 9(1), 1-8. <https://doi.org/10.12662/2317-3076>
- World Health Organization. (2013). *The solid facts*. WHO.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: A commentary. *Journal of Health Communication*, 8(3), 119-120.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. Jossey Bass.

Anexo 1. *Questionário Revisto sobre a Perceção da Doença (IPQ-R): Pessoas com doença reumática*

Caro(a) Participante,

No âmbito da pós-graduação em Literacia em Saúde na Prática: Modelos, estratégias e intervenção, 3ª edição, no Ispa – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, as investigadoras Dra. Catarina Sampaio Sousa Marques, Enfermeira Graça do Carmo Aires Feio e Dra. Patrícia Inês Simões estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia em Saúde na Prática – A artrite reumatoide e a auto percepção dos doentes reumáticos”, orientado pela Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida e pelo Professor Doutor Carlos Lopes (diretores da PGLSP).

O objetivo deste questionário é compreender como as pessoas diagnosticadas com artrite reumatoide percebem a sua doença.

Convidamos as pessoas que têm esta doença e que residem em Portugal a participar no estudo.

Muito agradecemos a sua participação no estudo. A sua participação é voluntária. Todas as respostas são pessoais, confidenciais e anónimas.

Não há respostas certas ou erradas. O que interessa nesta pesquisa é a sua opinião.

O seu contributo irá ajudar a ciência a compreender melhor o que as pessoas com artrite reumatoide pensam acerca da sua doença e como poderá ser melhorada a informação sobre esta doença e a comunicação com os profissionais de saúde, havendo assim um investimento em literacia em saúde para melhorar o acesso, a compreensão e o uso dos recursos em saúde.

Estima-se que o tempo médio de preenchimento deste questionário seja cerca de 8 minutos.

Em qualquer momento, e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes à investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima. No final do estudo os dados obtidos serão destruídos. Esta investigação cumpre o que está estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados, garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos pelos(as) participantes.

Caso tenha alguma dúvida ou questão poderá contactar a equipa responsável pelo estudo: catarinassm@live.com; gracafeio16@gmail.com; patricia.im.simoese@gmail.com

A equipa de investigação agradece a sua colaboração, interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Ao responder ao questionário declara consentir colaborar e participar no estudo e na utilização das suas respostas para pesquisa.

Declaração de Consentimento Informado: Declaramos que neste estudo será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, pois os investigadores consagram o sigilo profissional como obrigação e dever.

Declaro que: Foi-me comunicado que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial. Tenho o direito de desistir da minha participação no estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim. Li e compreendi a explicação apresentada sobre o estudo.

1. Devidamente esclarecido sobre as condições do estudo e sem dúvidas: *

Dou o meu consentimento para participar voluntariamente no estudo

Dados de caracterização

Parte I

2. Género *

Feminino

Masculino

Outro

3. Idade *

(Por favor, indique a sua idade)

4. Nível de escolaridade *

(Caso se encontre a completar os seus estudos, por favor indique o nível mais elevado que completou)

Ensino Básico (1º, 2º ou 3º Ciclos)

Ensino Secundário, Técnico-Profissional, Formação Profissional

Ensino Superior, Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Pós-Graduação, Doutoramento

5. Distrito onde reside *

6. Concelho onde reside *

7. Reside em: *

Cidade

Vila

Aldeia

8. Tem uma doença reumática? *

(Se não tem uma doença reumática, o seu contributo termina aqui. Obrigada!)

Sim

Não (Agradecemos a sua participação!)

Nesta parte do questionário pretendemos identificar há quanto tempo tem doença reumática.

Parte II

9. Que idade tinha quando começou a ter os primeiros sintomas? *

(caso não se recorde, por favor responda "Não sei")

10. Que idade tinha quando foi diagnosticada a sua doença reumática?*

(caso não se recorde, por favor responda "Não sei")

11. Qual a doença reumática que lhe foi diagnosticada? *

(selecione a opção correspondente)

Artrite Reumatoide

Outra(s)

Nesta parte do questionário pretendemos saber qual a percepção que as pessoas diagnosticadas com artrite reumatoide têm sobre a sua doença.

Parte III

12. Sintomas da doença reumática *

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre os sintomas que estão relacionados com a artrite reumatoide. Por favor, assinale a sua opção na coluna SIM se o sintoma estiver relacionado com a artrite reumatoide, ou na coluna NÃO se o sintoma não estiver relacionado com esta doença.

	Sim	Não
Dores musculares / Dores na articulações / Dores nas mãos / Dores nos pés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de cabeça (cefaleias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflamação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas / Enjoos / Má disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não
Rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarreia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de ar / Dificuldade em respirar / Dispneia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fadiga / Cansaço / Astenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de forças / Perda de forças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em dormir (insónia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olhos secos / Inflamados / Inchados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pele seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchas na pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Perceções sobre a doença reumática *

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a sua doença reumática: artrite reumatoide. Por favor, assinale a sua opção de acordo com a resposta que considera mais adequada.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
A minha doença é pouco grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença é muito grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença provoca grandes alterações à minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
A minha doença afeta a maneira como me vejo enquanto pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença influencia a maneira como as outras pessoas me veem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem consequências económicas e financeiras na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem influência na minha vida familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem influência na minha vida profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem influência no meu bem-estar físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem influência no meu bem-estar psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem influência no meu bem-estar emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem cura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença é crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença vai melhorar com o tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A evolução da minha doença depende de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo controlar os sintomas da minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença é imprevisível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha doença tem sintomas variados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus comportamentos afetam a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu ambiente familiar afeta a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu ambiente de trabalho afeta a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos curam a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos controlam a evolução da minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos controlam os sintomas da minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
Os tratamentos para a minha doença dão resultado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu compreendo a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sei identificar os sintomas da minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sintomas da minha doença confundem-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho informação sobre a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sei pouco sobre a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu quero ter mais informação sobre a minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico triste quando penso na minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico ansioso(a) quando penso na minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico preocupado(a) por ter esta doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico zangado(a) por ter esta doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho medo quando penso na minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Causas da doença reumática *

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre as causas que podem estar na origem da sua doença reumática: artrite reumatoide. Por favor, assinale a sua opção de acordo com a resposta que considera mais adequada.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
01. <i>Stress</i> ou preocupações (problemas pessoais, familiares, profissionais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. O meu estado emocional sentir-me em baixo [ex.: sozinho(a), ansioso(a), deprimido(a)]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03. A minha personalidade (a minha maneira de ser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04. A minha atitude mental (ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
05. Hereditariedade (é de família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. O meu próprio comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. Tipo de alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. Excesso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. Excesso de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Poluição do ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Falta de cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Acidente ou lesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Uma doença / infeção (provocada por bactérias, vírus, fungos, microorganismos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Alteração das defesas do organismo por doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Não ter sido vacinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Envelhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Destino ou má sorte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Da lista acima, indique o nº que considera ser a principal causa da sua doença reumática: *

Agradecemos a sua participação. O seu contributo irá permitir um avanço científico no conhecimento da temática abordada, nomeadamente a perceção, as causas e os sintomas desta doença.

Agradecemos a sua participação!

16. Caso esteja interessado(a) em participar num estudo sobre doenças reumáticas, deixe-nos o seu e-mail para posterior contacto. Muito obrigada.

Agradecemos a sua participação!

Nota: Este conteúdo não foi criado nem endossado pelo Google.

Fonte: <https://docs.google.com/forms/d/13XLn2M8tFFECbZ3Vx0k4s6gaLI15a1AS9vZQJ1sOF6Jk/edit>

Anexo 2. Questionário Revisto sobre a Perceção da Doença – Profissionais de Saúde (IPQ-R HP)

Caro(a) Participante,

No âmbito da pós-graduação em Literacia em Saúde na Prática. Modelos, estratégias e intervenção, 3ª edição, no Ispa – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, as investigadoras Dra. Catarina Sampaio Sousa Marques, Enfermeira Graça do Carmo Aires Feio e Dra. Patrícia Inês Simões estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia em Saúde na Prática – A artrite reumatoide e a auto perceção dos doentes reumáticos”, orientado pela Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida e pelo Professor Doutor Carlos Lopes (diretores da PGLSP).

O objetivo deste questionário é compreender como os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) interpretam a perceção que os(as) doentes com artrite reumatoide têm sobre a sua doença.

Convidamos os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) que exerçam a sua atividade profissional em Portugal a participar no estudo.

Muito agradecemos a sua participação no estudo. A sua participação é voluntária. Todas as respostas são pessoais, confidenciais e anónimas.

Não há respostas certas ou erradas. O que interessa nesta pesquisa é a sua opinião.

O seu contributo irá ajudar a ciência a compreender melhor o que as pessoas com artrite reumatoide pensam acerca da sua doença e como poderá ser melhorada a informação sobre a doença e a comunicação com os(as) profissionais de saúde, havendo assim um investimento em literacia em saúde para melhorar o acesso, a compreensão e o uso dos recursos em saúde.

Estima-se que o tempo médio de preenchimento deste questionário seja cerca de 8 minutos.

Em qualquer momento, e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes à investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima. No final do estudo os dados obtidos serão destruídos. Esta investigação cumpre o que está estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados, garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos pelos(as) participantes.

Caso tenha alguma dúvida ou questão, poderá contactar a equipa responsável pelo estudo: catarinasm@live.com; gracafeio16@gmail.com; patricia.im.simoes@gmail.com

A equipa de investigação agradece a sua colaboração, interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Ao responder ao questionário declara consentir colaborar e participar no estudo e na utilização das suas respostas para pesquisa.

Declaração de Consentimento Informado: Declaramos que neste estudo será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, pois os investigadores consagram o sigilo profissional como obrigação e dever.

Declaro que: Foi-me comunicado que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial. Tenho o direito de desistir da minha participação no estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim. Li e compreendi a explicação apresentada sobre o estudo.

1. Devidamente esclarecido sobre as condições do estudo e sem dúvidas: *

Dou o meu consentimento para participar voluntariamente no estudo

Dados de caracterização

Parte I

2. Género *

Feminino

Masculino

Outro

3. Idade *

(Por favor, indique a sua idade)

4. Profissão *

(Por favor, indique a sua profissão)

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Outra

5. Especialidade *

(Por favor, indique a sua especialidade, se aplicável)

6. Local de trabalho *

(Por favor, indique o seu contexto laboral)

Hospital

Cuidados de Saúde Primários

Outro (ex: organizações privadas)

7. Distrito onde trabalha *

8. Concelho onde trabalha *

Nesta parte do questionário, pretendemos saber o que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) pensam sobre a percepção que os doentes com artrite reumatoide têm sobre a sua doença.

Parte II

9. Sintomas da doença reumática *

Gostaríamos de saber quais os sintomas que as pessoas com a artrite reumatoide associam à sua doença reumática. Por favor, selecione a opção que considera mais adequada.

	Sim	Não
Dores musculares / Dores na articulações / Dores nas mãos / Dores nos pés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores de cabeça (cefaleias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflamação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas / Enjoos / Má disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarreia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de ar / Dificuldade em respirar / Dispneia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fadiga / Cansaço / Astenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de forças / Perda de forças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em dormir (insónia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olhos secos / Inflamados / Inchados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pele seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchas na pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Percepções sobre a doença reumática *

Gostaríamos de saber que opinião tem acerca da percepção que as pessoas com artrite reumatoide têm sobre a sua doença reumática. Por favor, classifique as seguintes afirmações, selecionando a opção que considera mais adequada.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
Uma doença pouco grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença muito grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que provoca grandes alterações na vida do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que afeta a maneira o(a) doente se vê enquanto pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que influencia a maneira como as outras pessoas veem o(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem consequências económicas e financeiras na vida do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem influência na vida familiar do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem influência na vida profissional do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem influência no bem-estar físico do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem influência no bem-estar psicológico do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem influência no bem-estar emocional do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que tem cura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que vai melhorar com o tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença cuja evolução depende do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença cujos sintomas o(a) doente consegue controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que é imprevisível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença com sintomas muito variados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
Uma doença que é afetada pelos comportamentos do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que é afetada pelo ambiente familiar do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que é afetada pelo ambiente de trabalho do(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos curam a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos controlam a evolução da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos controlam os sintomas da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tratamentos para a doença dão resultado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença que o(a) doente compreende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença cujos sintomas o(a) doente identifica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença cujos sintomas confundem o(a) doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença sobre a qual o(a) doente tem informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença sobre a qual o(a) doente sabe pouco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença sobre a qual o(a) doente quer ter mais informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(a) doente sente-se triste quando pensa na doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(a) doente sente-se ansioso(a) quando pensa na doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(a) doente sente-se preocupado(a) por ter a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(a) doente fica zangado(a) por ter a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(a) doente tem medo quando pensa na sua doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Causas da doença reumática *

Gostaríamos de saber quais as causas que as pessoas com artrite reumatoide relacionam com a origem da sua doença reumática. Por favor, classifique as seguintes afirmações, selecionando a opção que considera mais adequada.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
Stress ou preocupações (problemas pessoais, familiares, profissionais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu estado emocional, sentir-se em baixo [ex.: sozinho(a), ansioso(a), deprimido(a)]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua personalidade (a sua maneira de ser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua atitude mental (ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hereditariedade (é de família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu próprio comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipo de alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesso de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliuição do ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidente ou lesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma doença / infeção (provocada por bactérias, vírus, fungos, microorganismos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteração das defesas do organismo por doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não ter sido vacinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envelhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destino ou má sorte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Agradecemos a sua participação. O seu contributo irá permitir um avanço científico no conhecimento da temática abordada, nomeadamente a perceção, as causas e os sintomas desta doença.

Agradecemos a sua participação!

Nota: Este conteúdo não foi criado nem endossado pelo Google.

Fonte: <https://docs.google.com/forms/d/13XLn2M8tFFECbZ3Vx0k4s6gaLI15a1AS9vZQJ1sOF6Jk/edit>

Como citar

Marques, C., Feio, G., & Simões, P. M. (2022). Percepção dos profissionais sobre a percepção que as pessoas com artrite reumatóide têm acerca desta doença. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 123-174). Edições ISPA [ebook].

LITERACIA EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM JOVENS ADULTOS

Carla Bernardes / Diogo Santos / Paula Taborda / Susana Barrambana

Introdução

Hipertensão arterial

As doenças crónicas não-transmissíveis são consideradas um grande problema de saúde pública a nível mundial, atingindo tanto os países em desenvolvimento como os desenvolvidos. Entre as doenças crónicas, a hipertensão arterial (HTA) merece destaque por atingir em média um bilião de pessoas no mundo e por ser o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013a, 2013b).

A HTA é uma doença crónica não transmissível que afeta mais de 30% da população adulta mundial (WHO, 2013a). É uma das primeiras causas de morte em Portugal, assim como no Brasil. Há oito anos, a sua prevalência em Portugal era de 26,9% – mais elevada no sexo feminino (29,5%) que no sexo masculino (23,9%) (Macedo & Ferreira, 2015). Em Portugal, uma das missões que consta nas orientações programáticas 2017-2020 no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares consistia em “reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis, com particular enfoque na HTA e dislipidemia, que não são alvo de outros programas prioritários (...)” (DGS [Direção-Geral da Saúde], 2020). Existem inúmeros fatores de risco que contribuem para o aparecimento da HTA, como a globalização, o envelhecimento, a educação, a habitação, a alimentação, o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo de tabaco, o sedentarismo, o aumento do peso corporal, o género, a etnia e a história familiar (WHO, 2008, 2013a, 2013b, 2014; Zhao et al., 2014).

Por ser uma doença crônica, a HTA não tem cura, mas pode ser prevenida e controlada (WHO, 2013a). A prevenção da HTA inclui uma dieta rica em frutas e legumes, uma diminuição do consumo de sal e gordura, perda de peso, abstinência tabágica e realização de atividade física regular (James et al., 2014). Contudo, para que a prevenção da HTA seja eficaz é necessário que o indivíduo participe de forma ativa na gestão da sua própria saúde, praticando hábitos saudáveis (WHO, 2013a). A gestão dos cuidados de saúde relativos a esta patologia inclui a adoção de comportamentos saudáveis, aos quais se somam a monitorização da pressão arterial e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde relativamente às mudanças nos hábitos de vida. A gestão dos cuidados inclui a autogestão, que é a essência do cuidar de si mesmo, da autocapacitação e da autonomia para a tomada de decisões para viver consoante a sua vontade (Cecílio, 2011). Para tomar uma decisão informada e prevenir a doença é necessário ao indivíduo apresentar um grau elevado de Literacia em Saúde [LS]. A LS é essencial para alcançar bons resultados em saúde, sendo apontada como elemento moderador para a tomada de decisão. A falta de LS constitui um fator de risco para a saúde (Nutbeam, 2008).

Literacia/letramento em saúde

De acordo com a OMS (WHO, 1998), a LS é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade e a motivação da pessoa para aceder, compreender e utilizar a informação com vista à promoção e manutenção de uma boa saúde. De uma forma lata, mas assumindo particular pertinência no contexto da LS, importa referir que o conceito de “competências” é tripartido, pois subdivide-se em conhecimentos (“saber”), capacidades (“saber fazer”) e atributos pessoais (“ser”) (Gregory, 2008, p. 216; OCDE, 2005; Tench & Konczos, 2013). A esta definição de LS foi proposta, na *7th Global Conference on Health Promotion*, e posteriormente acrescentada, a componente do empoderamento da pessoa (Kanj, 2009) como ferramenta essencial para a sua capacidade em utilizar a informação de forma eficaz. Sørensen et al (2012), através do European Health Literacy Consortium, vieram ainda atualizar esta definição – posteriormente

adotada pela OMS –, tornando-a mais ampla e inclusiva ao defender que a LS implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas, de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida. Há que destacar que o modelo original de literacia em si, e ao qual foram já acrescentadas, por outros autores, novas sugestões de classificação, foi proposto por Nutbeam (2000), que conceptualizou três vertentes: (1) Funcional – que compreende as competências básicas em leitura e escrita necessárias para um funcionamento eficaz em saúde; (2) Interativa – vertente cognitiva mais avançada e competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde; e (3) Crítica – respeitante à capacidade de analisar e usar, de forma crítica, informações para participar em ações que proporcionam melhorias em saúde. Estas vertentes mantêm-se, até aos dias de hoje, como os pilares essenciais da LS. No entanto, o conceito de LS é, de facto, um construto dinâmico (Vaz de Almeida, 2018; Telo de Arriaga et al., 2019), dado que tem vindo a ser atualizado ao longo do tempo, de forma a tornar-se cada vez mais abrangente e multidimensional. A atenção dada a esta temática tem sido crescente, de tal forma que a Organização das Nações Unidas [ONU] recomenda que sejam feitos esforços para aumentar a LS como parte da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), visto que um dos objetivos é o de “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Um dos principais estudos a nível europeu sobre LS, o European Health Literacy Survey [HLS-EU] (Sørensen et al., 2015), concluiu que, num universo de 8000 inquiridos, distribuídos por oito países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha), pelo menos um em cada dez (12%) dos respondedores revelou um nível insuficiente de LS e quase um em dois (47%) teve um nível limitado de LS. Em Portugal (Pedro et al., 2016), a validação e aplicação do mesmo questionário revelou que 61% da população inquirida apresenta um nível geral de LS problemático ou inadequado (média dos nove países em 49,2%). Como determinantes da LS (Nutbeam, 2008; Zarcadoolas et al., 2006), salientam-se as características da pessoa – como a idade, o sexo,

problemas de saúde, competências emocionais e cognitivas ou numeracia –, a influência do sistema de cuidados de saúde em que está inserido – no que diz respeito à qualidade de informação, estratégias de difusão da mesma e competências de comunicação dos profissionais –, assim como fatores de ordem social e cultural – como o sistema escolar, as crenças sobre saúde e os avanços das tecnologias de informação.

Como explicitado no Plano de Ação para a LS 2019-2021 – Portugal (DGS, 2018), a promoção da LS deve abranger “as diferentes fases do percurso de vida, desde a conceção ao envelhecimento, as relações com a família, os grupos de pares e a comunidade”. O mesmo documento reforça, de uma forma gráfica, a ideia de que embora os objetivos da LS se apliquem, em maior ou menor medida, a todo o ciclo de vida do indivíduo, estes poderão ser mais específicos tendo em conta a faixa etária a que se destinam. Nesta ótica, o empoderamento em termos de promoção da saúde e prevenção da doença destinar-se-á maioritariamente às crianças e aos jovens adultos, enquanto o tratamento, autocuidado e gestão da doença serão tendencialmente mais dirigidos aos adultos mais velhos e aos idosos. É no âmbito dos primeiros dois, principalmente no que concerne à prevenção, que se enquadra a temática da HTA, sobre a qual incide este trabalho de grupo.

Literacia/letramento em saúde na hipertensão arterial

A aplicação na prática dos conceitos da LS na temática da prevenção da HTA é de uma importância significativa, assim como o estudo dos níveis de LS e contributo para o aumento da mesma em indivíduos ainda sem HTA diagnosticada ou naqueles que, já possuindo a patologia, não a sabem reconhecer ou detetar. Num estudo realizado nos EUA, 55% dos indivíduos com baixa LS desconheciam que uma pressão de 160/100 mmHg correspondia a um valor elevado (Williams et al., 1998).

A prevenção da HTA implica autogestão, autocapacitação e motivação intrínseca, competências e atitudes essenciais para uma mudança de estilo de vida e sua manutenção a longo prazo (Du et al., 2018). Uma LS elevada está associada a melhores resultados em saúde, permitindo assim uma melhor compreensão da informação escrita e oral sobre

saúde (por exemplo, contida em materiais sobre prevenção da HTA) e a habilidade de executar cálculos matemáticos simples, como a quantidade de sal num alimento através da leitura do respetivo rótulo, de forma a cumprir com uma das medidas de estilo de vida saudável (Borges et al., 2019).

Dos artigos pesquisados e analisados não foram encontrados artigos referentes à LS na prevenção da HTA (indivíduos sem a patologia), existindo apenas na bibliografia artigos sobre os conhecimentos e autogestão da HTA em indivíduos hipertensos. Estes estudos, embora necessários para estabelecer uma relação entre o controlo da pressão arterial e os níveis de LS, reafirmando a sua importância na gestão da saúde do indivíduo com doença crónica (Du et al., 2018), não incidem sobre a componente preventiva, um dos eixos fundamentais na LS. Apesar de a pressão arterial elevada ser o fator de risco modificável com maior peso no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, assim como existir muita informação disponível relativa a HTA, a sua incidência, prevalência e complicações não se têm reduzido – algo que se atribui, em parte, a uma inadequada estratégia de prevenção. Assim, é necessário estabelecer um ambiente promotor de saúde, educar para os estilos de vida saudável e facilitar o acesso e utilização a meios de medição da pressão arterial (Olsen et al., 2016).

Objetivo

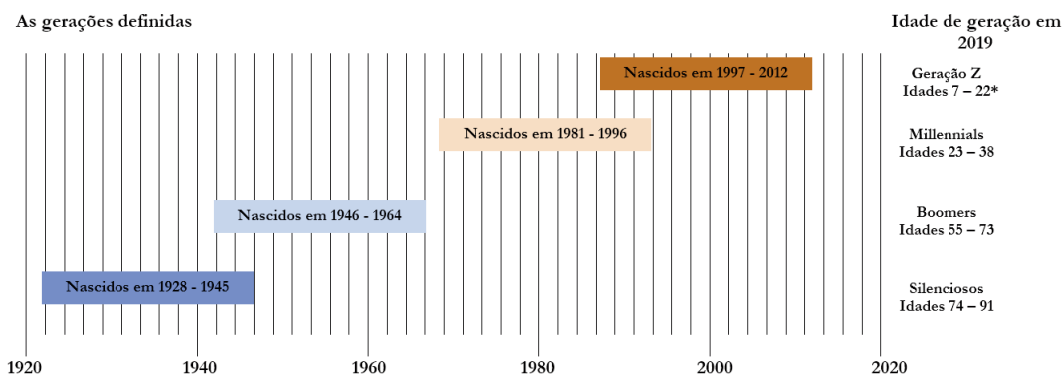
O objetivo deste estudo consiste na compreensão da importância dada pelos adultos jovens à sua saúde e ao tema da prevenção da HTA, bem como do formato através do qual prefeririam receber informação acerca do mesmo.

Método

A faixa etária selecionada foi a Geração Y (*millennials*), que engloba os indivíduos nascidos entre 1981 e 1996, assim definida pelo Pew

Research Center (Dimock, 2019) (Figura 1). A faixa etária selecionada resulta, desta forma, numa melhor operacionalização e focalização futura de recursos, permitindo o direcionamento específico de conteúdos, estética e linguagem para um grupo satisfatoriamente homogêneo. Além disso, segundo o estudo de Macedo e Ferreira (2015), a prevalência de HTA na população abaixo dos 35 anos era baixa – um dado que o estudo discute como possivelmente subvalorizado, mas permitindo apreciar a necessidade de uma avaliação e intervenção preventiva que abranja indivíduos passíveis de monitorizar a sua saúde, evitando desta forma que venham a ser diagnosticados com esta patologia.

Figura 1. Definição de gerações por intervalos de ano de nascimento (Dimock, 2019)



*Nenhuma cronológica foi definida para este grupo. Para esta análise, Geração Z é definido como aquelas idades entre 7 e 22 anos em 2019. Centro de Pesquisa de Bancos

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário estruturado, adaptado às línguas portuguesas de Portugal e do Brasil, e com o mote inicial “Cuide do Seu Coração” (Anexos 1 e 2). O questionário apresenta uma parte inicial com informação sobre HTA, apresentação dos alunos, descrição dos objetivos, explicação da composição do questionário, estimativa do tempo necessário para o seu preenchimento, informação acerca da confidencialidade dos dados e consentimento na obtenção dos mesmos. Posteriormente, está dividido em três partes: *Quem sou* – informações gerais sobre o

indivíduo que responde ao questionário –, *O que é importante para mim* – parecer individual sobre o que mais valoriza na vida e na área da saúde – e *O que eu sei sobre hipertensão arterial* – avaliação de conhecimentos sobre a HTA e formas preferenciais de distribuição e comunicação da informação.

O questionário foi submetido a um pré-teste com 10 participantes para a verificação final. Foi obtida uma amostra de conveniência através do método “bola de neve” (Bryman, 2012, p. 202), com divulgação nas redes sociais. Os dados colhidos foram analisados e interpretados com base no *software* Microsoft Excel®.

A elaboração e condução do estudo foram constantemente adaptadas e reformuladas com base na opinião de peritos em LS.

A pesquisa bibliográfica que forneceu o suporte teórico e fundamentação necessários foi efetuada na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH *Hypertension*, *Prevention* e *Health Literacy*, nas línguas inglesa, portuguesa e castelhana.

Para a análise descritiva e exploratória foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, apresentadas por meio de gráficos e tabelas.

Resultados

Características sociodemográficas

A análise das variáveis indicou que os dois países possuem características semelhantes. A maioria dos 237 entrevistados é do sexo feminino, tem mestrado, trabalha por conta de outrem e utiliza o Instagram como rede social. A idade variou entre 30 a 35 anos, com média de 31,58 para as mulheres e 30,96 para os homens (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas de 237 participantes: Brasil e Portugal, 2021

Variáveis	Brasil		Portugal		Amostra geral		
	n	%	n	%	n	%	
Idade	24 a 29	21	22,34	74	51,75	95	40,08
	30 a 35	46	48,94	57	39,86	103	43,46
	36 a 40	27	28,72	12	8,39	39	16,46
Gênero	Feminino	82	87,23	105	73,43	187	78,90
	Masculino	12	12,77	37	25,87	49	20,68
	Prefiro não dizer	0	0,00	1	0,70	1	0,42
Escolaridade	1º Grau (Ensino Básico)	4	4,26	0	0,00	4	1,69
	2º Grau (Ensino Secundário)	19	20,21	10	6,99	29	12,24
	Licenciatura	5	5,32	38	26,57	43	28,14
	Bacharelato	36	38,30	0	0,00	36	15,19
	Mestrado	12	12,77	93	65,03	105	44,30
	Doutorado/Doutoramento	4	4,26	1	0,70	5	2,11
	Outros	14	14,89	1	0,70	15	6,33
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem	44	46,81	110	76,92	154	64,98
	Trabalhador por conta própria	14	14,89	17	11,89	31	13,08
	Trabalhador-estudante	21	22,34	6	4,20	27	11,39
	Estudante	11	11,70	6	4,20	17	7,17
	Não ativo	4	4,26	4	2,80	8	3,38
Rede social utilizada	Instagram	60	63,83	93	65,03	153	64,56
	Facebook	11	11,70	27	18,88	38	16,03
	Youtube	10	10,64	6	4,20	16	6,75
	LinkedIn	1	1,06	6	4,20	7	2,95
	Twitter	3	3,19	2	1,40	5	2,11
	TikTok	0	0,00	2	1,40	2	0,84
	Outra	6	6,38	3	2,10	9	3,80
	Nenhuma	3	3,19	4	2,80	7	2,95

A Figura 2 ilustra a associação entre as variáveis clínicas e o sexo dos participantes da pesquisa.

Na Questão 1, “Como classificaria atualmente a importância que atribui à área da saúde na sua vida?”, dos 237 participantes 63,64% das mulheres classificaram a área da saúde na sua vida como muito importante.

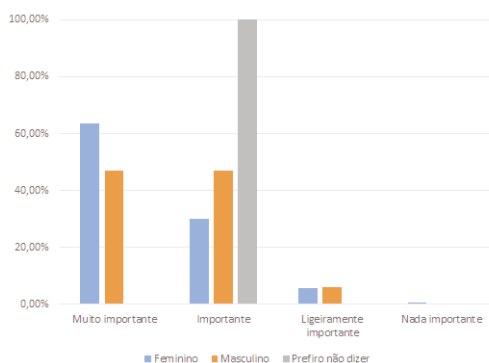
Na Questão 2, “Que tipo de informação sobre saúde costuma pesquisar mais?”, dos 237 participantes 44,90% dos homens costumam pesquisar sobre os sintomas que as doenças provocam.

Na Questão 3, “O que é para você hipertensão arterial (pressão alta)?”, dos 237 participantes tanto as mulheres (95,19%) como os homens (93,88%) definiram HTA como “pressão aumentada nos vasos sanguíneos”.

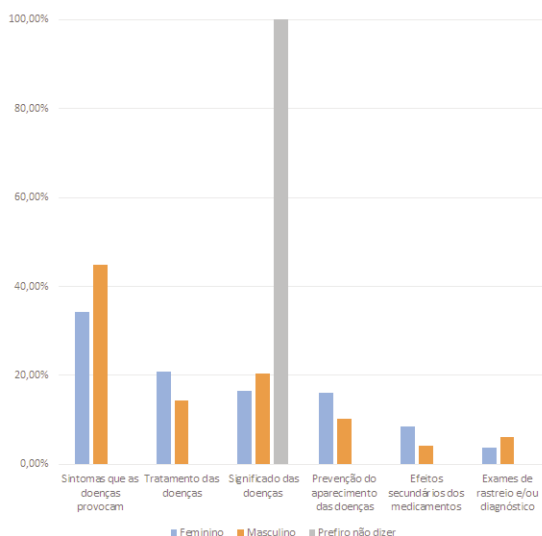
Na Questão 4, “Compreende facilmente a informação que precisa sobre hipertensão arterial (pressão alta)?”, dos 237 participantes, 70,05% das mulheres e 63,27% dos homens referiram compreender facilmente.

Figura 2. Gráficos das questões, por sexo, dos 237 participantes da pesquisa: Brasil e Portugal, 2021

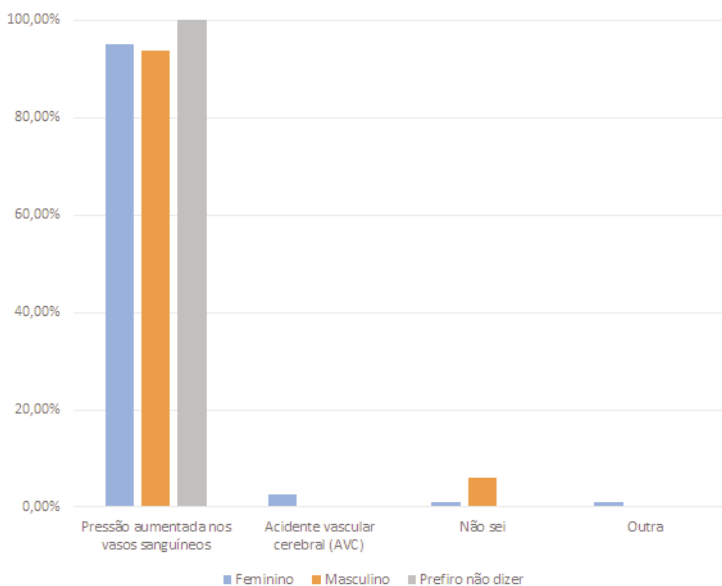
Questão 1: Como classificaria atualmente a importância que atribui à área da saúde na sua vida?



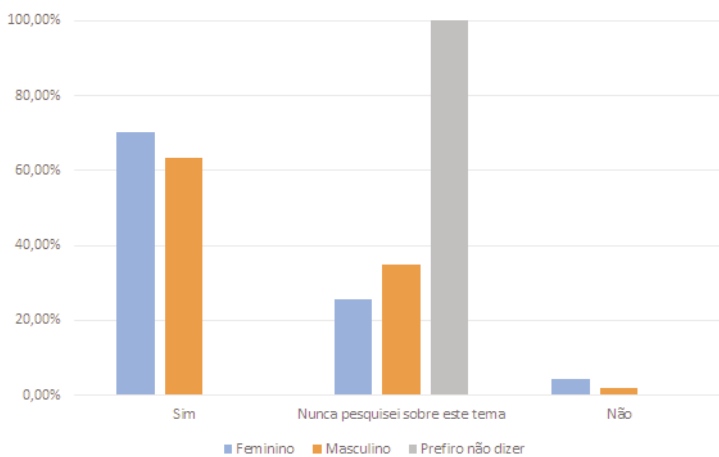
Questão 2: Que tipo de informação sobre saúde costuma pesquisar mais?



Questão 3: O que é para si hipertensão arterial (“pressão alta”)?



Questão 4: Compreende facilmente a informação que pesquisa sobre hipertensão arterial (“pressão alta”)?



A análise das variáveis clínicas indicou que os dois países possuem características semelhantes. No universo dos 237 entrevistados 36,29% consideraram que o emprego, relações interpessoais e saúde são os três aspectos mais importantes para eles; 59,92% atribuíram como muito importante a área da saúde na sua vida e 36,29% referiram pesquisar informações acerca dos sintomas que as doenças provocam (Tabela 2).

Os participantes classificaram como muito importante a prática de atividade física (71,31%), a redução do consumo de bebidas alcoólicas (e.g., beber dois copos de vinho por dia) (39,66%), a prática de uma alimentação saudável (e.g., onsumo reduzido de sal e de *fast-food*, poucos doces ou comer regularmente legumes e frutas) (73,00%) e o ato de não fumar (86,20%) (Tabela 2).

Quando questionados acerca do que entendem por HTA, 94,94% referiram que é a pressão aumentada nos vasos sanguíneos (Tabela 2). Em relação à compreensão, 68,35% referiram que compreendem facilmente a informação que pesquisam sobre HTA. Vale a pena salientar que aqueles que responderam que *não* compreendem facilmente a informação que pesquisam sobre HTA referiram que o que dificulta a sua compreensão é o uso de linguagem técnica (66,67%), a informação excessiva (22,22%) e as informações contraditórias (11,11%).

A análise das variáveis relativas aos hábitos de vida que os participantes põem em prática na sua vida indicou que os dois países possuem características semelhantes. No universo dos 237 entrevistados, 36,29% consideraram que fazem uma alimentação saudável, praticam atividade física e cuidam da sua saúde mental (e.g., meditação e ioga) (Tabela 3).

A análise das variáveis relativas às fontes onde os participantes procuram com mais frequência informação sobre saúde revelou que os dois países possuem características semelhantes. No universo dos 237 entrevistados, 46,41% consideraram que procuram informações noutros *sites* (Tabela 4).

Tabela 2. *Análise descritiva das variáveis clínicas de 237 participantes: Brasil e Portugal, 2021*

Variáveis	Brasil %	Portugal %	Amostra geral %
<i>Dos seguintes aspetos, quais são, para si, os três mais importantes?</i>			
Emprego estável, Relações interpessoais satisfatórias, Saúde	28,72%	41,26%	36,29%
Dinheiro, Relações interpessoais satisfatórias, Saúde	13,83%	20,98%	18,14%
Emprego estável, Habitação própria, Saúde	24,47%	6,29%	13,50%
Habitação própria, Relações interpessoais satisfatórias, Saúde	10,64%	13,99%	12,66%
Dinheiro, Emprego estável, Saúde	6,38%	6,99%	6,75%
Dinheiro, Habitação própria, Saúde	4,26%	2,80%	3,38%
Emprego estável, Habitação própria, Relações interpessoais satisfatórias	5,32%	1,40%	2,95%
Carro/viatura própria, Dinheiro, Relações interpessoais satisfatórias	0,00%	4,90%	2,95%
Carro/motocicleta, Habitação própria, Saúde	1,06%	0,70%	0,84%
Dinheiro, Emprego estável, Relações interpessoais satisfatórias	1,06%	0,70%	0,84%
Dinheiro, Emprego estável, Habitação própria	1,06%	0,00%	0,42%
Carro/motocicleta, Emprego estável, Saúde	1,06%	0,00%	0,42%
Carro/motocicleta, Dinheiro, Relações interpessoais satisfatórias	1,06%	0,00%	0,42%
Carro/motocicleta, Emprego estável, Habitação própria	1,06%	0,00%	0,42%
<i>Como classificaria atualmente a importância que atribui à área da saúde na sua vida?</i>			
Muito importante	70,21%	53,15%	59,92%
Importante	23,40%	40,56%	33,76%
Ligeiramente importante	6,38%	5,59%	5,91%
Nada importante	0,00%	0,70%	0,42%
<i>Que tipo de informação sobre saúde costuma pesquisar mais?</i>			
Sintomas que as doenças provocam	42,55%	32,17%	36,29%
Tratamento das doenças	15,96%	21,68%	19,41%
Significado das doenças	11,70%	21,68%	17,72%
Prevenção do aparecimento das doenças	19,15%	11,89%	14,77%
Efeitos secundários dos medicamentos	5,32%	9,09%	7,59%
Exames de rastreio e/ou diagnóstico	5,32%	3,50%	4,22%
<i>Que importância atribui à prática de atividade física (e.g., corrida, marcha, natação ou dança)?</i>			
Muito importante	73,40%	69,93%	71,31%
Importante	17,02%	23,78%	21,10%
Ligeiramente importante	7,45%	4,90%	5,91%
Nada importante	2,13%	1,40%	1,69%
<i>Que importância atribui ao consumo reduzido de bebidas alcoólicas (ex.g., beber dois copos de vinho por dia)?</i>			
Muito importante	31,91%	44,76%	39,66%
Ligeiramente importante	26,60%	23,08%	24,47%
Importante	27,66%	21,68%	24,05%
Nada importante	13,83%	10,49%	11,81%

Variáveis	Brasil %	Portugal %	Amostra geral %
<i>Que importância atribui à prática de uma alimentação saudável (e.g., consumo reduzido de sal e de “fast-food”, poucos doces ou comer regularmente legumes e frutas)?</i>			
Muito importante	75,53%	71,33%	73,00%
Importante	19,15%	22,38%	21,10%
Ligeiramente importante	5,32%	6,29%	5,91%
<i>Que importância atribui ao não fumar?</i>			
Muito importante	91,49%	83,22%	86,50%
Nada importante	4,26%	2,80%	3,38%
Ligeiramente importante	1,06%	2,10%	1,69%
<i>O que é para você hipertensão arterial (“pressão alta”)?</i>			
Pressão aumentada nos vasos sanguíneos	91,49%	97,20%	94,94%
Acidente vascular cerebral (AVC)	4,26%	0,70%	2,11%
Não sei	2,13%	2,10%	2,11%
Outra	2,13%	0,00%	0,84%
<i>Compreende facilmente a informação que pesquisa sobre hipertensão arterial (“pressão alta”)?</i>			
Sim	75,53%	63,64%	68,35%
Nunca pesquisei sobre este tema	18,09%	34,27%	27,85%
Não	6,38%	2,10%	3,80%

Tabela 3. *Dados referentes aos hábitos de vida que os 237 participantes põem em prática na sua vida: Brasil e Portugal, 2021*

Variáveis	Brasil	Portugal	Amostra geral
	%	%	%
<i>Destes hábitos de vida, qual ou quais é que põe em prática na sua vida?</i>			
Faço uma alimentação saudável, Pratico atividade física, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	36,17%	36,36%	36,29%
Faço uma alimentação saudável, Pratico atividade física, Outro	15,96%	13,29%	14,35%
Faço uma alimentação saudável, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga), Outro	6,38%	8,39%	7,59%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Faço uma alimentação saudável, Pratico atividade física	18,09%	11,89%	14,34%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Faço uma alimentação saudável, Outro	3,19%	5,59%	4,65%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Faço uma alimentação saudável, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	3,19%	4,90%	4,22%
Pratico atividade física, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga), Outro	3,19%	2,10%	2,53%
Estou a fumar menos, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Faço uma alimentação saudável	3,19%	3,50%	3,38%
Estou a fumar menos, Faço uma alimentação saudável, Outro	0,00%	2,10%	1,27%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Pratico atividade física, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	1,06%	2,10%	1,69%
Estou a fumar menos, Faço uma alimentação saudável, Pratico atividade física	1,06%	2,10%	1,69%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga), Outro	3,19%	0,70%	1,69%
Estou a deixar de fumar, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Faço uma alimentação saudável	2,13%	0,00%	0,84%
Estou a fumar menos, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Outro	0,00%	1,40%	0,84%
Estou a fumar menos, Faço uma alimentação saudável, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	0,00%	1,40%	0,84%
Estou a fumar menos, Pratico atividade física, Outro	0,00%	0,70%	0,42%
Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Pratico atividade física, Outro	1,06%	0,70%	0,84%
Estou a fumar menos, Pratico atividade física, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	0,00%	0,70%	0,42%
Estou a fumar menos, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Pratico atividade física	1,06%	0,00%	0,42%
Estou a fumar menos, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Cuido da minha saúde mental (e.g., meditação, ioga)	1,06%	0,70%	0,84%
Estou a deixar de fumar, Diminuí o consumo de bebidas alcoólicas, Pratico atividade física	0,00%	0,70%	0,42%
Estou a deixar de fumar, Faço uma alimentação saudável, Outro	0,00%	0,70%	0,42%
Total Geral	100,00%	100,00%	100,00%

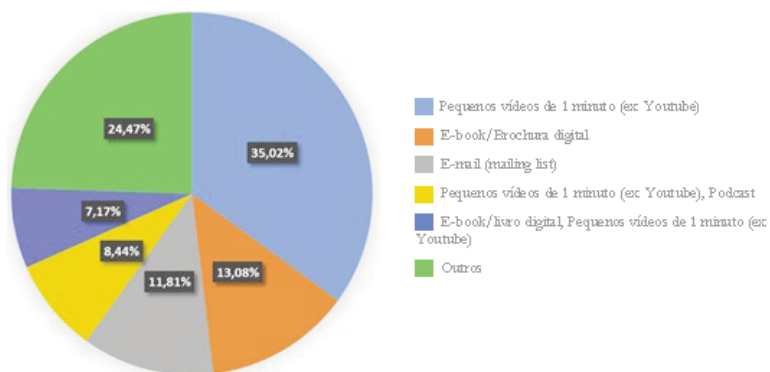
Tabela 4. *Dados referentes às fontes onde os 237 participantes da pesquisa procuram com mais frequência as informações sobre saúde: Brasil e Portugal, 2021*

Variáveis	Brasil %	Portugal %	Amostra geral %
<i>Onde procura com mais frequência informação sobre Saúde? Pode escolher mais do que uma opção.</i>			
Profissionais de saúde	5,32%	6,99%	6,33%
Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	2,13%	8,39%	5,91%
Google (outros motores de busca), Profissionais de saúde, Redes sociais (e.g., Facebook, Instagram, LinkedIn, TikTok, Twitter, Youtube)	6,38%	0,00%	2,53%
Livros, revistas ou jornais, Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	2,13%	2,80%	2,53%
Google (outros motores de busca), Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	5,32%	4,90%	5,06%
Google (ou outros motores de busca)	5,32%	3,50%	4,22%
Google (outros motores de busca), Profissionais de saúde	5,32%	3,50%	4,22%
Google (outros motores de busca), Livros, revistas ou jornais, Profissionais de saúde	4,26%	3,50%	3,80%
Amigos, Profissionais de saúde	0,00%	2,80%	1,69%
Familiares, Google (outros motores de busca), Profissionais de saúde	4,26%	0,00%	1,69%
Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde), outros <i>sites</i>	1,06%	2,10%	1,69%
Google (outros motores de busca), Livros, revistas ou jornais, Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	3,19%	4,20%	4,81%
Amigos, Google (ou outros motores de busca), Profissionais de saúde	0,00%	2,10%	1,27%
Colegas de trabalho, Google (ou outros motores de busca), Livros, revistas ou jornais, Profissionais de saúde, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	0,00%	2,10%	1,27%
Familiares, Google (ou outros motores de busca), Profissionais de saúde	0,00%	2,10%	1,27%
Colegas de trabalho, Profissionais de saúde, Redes sociais (e.g., Facebook, Instagram, LinkedIn, TikTok, Twitter, Youtube)	1,06%	1,40%	1,27%
Livros, revistas ou jornais, <i>sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	0,00%	2,10%	1,27%
<i>Sites</i> de organizações científicas (e.g., Direção-Geral da Saúde)	1,06%	1,40%	1,27%
Amigos, Familiares, Google (ou outros motores de busca)	0,00%	2,10%	1,27%
Colegas de trabalho, Google (ou outros motores de busca), Livros, revistas ou jornais, Profissionais de saúde	0,00%	2,10%	1,27%
Outros <i>sites</i>	53,19%	41,96%	46,41%

A maioria dos participantes (35,02%) respondeu que gostaria de receber informações sobre HTA por meio de pequenos vídeos de um minuto, seguindo-se 24,47% que escolheram o formato *e-book*/brochura digital (Figura 3).

Figura 3. Gráfico ilustrativo dos formatos escolhidos pelos 237 participantes para receber informações sobre hipertensão arterial (“pressão alta”). Brasil e Portugal, 2021

De que forma gostaria de receber informação sobre hipertensão arterial (“pressão alta”)?



Reflexão crítica

A HTA é uma das patologias mais estudadas a nível global, dada a sua elevada prevalência, consequências para a saúde individual/comunitária e custos associados. De acordo com a pesquisa que o grupo efetuou na fase inicial do presente trabalho, a maioria dos estudos publicados recorreu a indivíduos com diagnóstico prévio de HTA e, portanto, o seu enfoque foi sobretudo ao nível da prevenção terciária, que diz respeito à redução da incapacidade provocada pela própria doença (Hespanhol et al., 2008). Contrariando esta tendência, a escolha do grupo recaiu, alternativamente, sobre a dimensão da prevenção primária, dada a escassez de estudos dedicados à mesma. Esta compreende o conjunto de medidas que visa diminuir o risco de aparecimento de determinadas doenças em indivíduos assintomáticos,

atuando, desta forma, ao nível dos fatores de risco (Hespanhol et al., 2008). Contudo, para que estas medidas possam ser implementadas a nível individual e populacional é necessário que haja um conhecimento prévio e adequado da doença em questão, de forma a que a mesma possa ser prevenida de uma forma eficaz (Amponsem et al., 2021). Tendo em conta esta premissa, o grupo elegeu os *millennials* como a população-alvo deste estudo, dado que se encontram atualmente numa faixa etária na qual habitualmente a HTA não foi ainda diagnosticada, mas que, por outro lado, estão potencialmente sujeitos a vários fatores de risco para o seu desenvolvimento, dado que se encontram numa fase inicial da idade adulta e da vida ativa e provavelmente já terão sido confrontados, em algum momento, com informação acerca desta patologia.

Como analisado anteriormente, as respostas obtidas ao questionário aplicado foram semelhantes entre as duas populações analisadas (Portugal e Brasil) – tanto no que diz respeito aos itens de maior valorização na vida pessoal e na saúde, assim como ao conhecimento prévio acerca da HTA –, o que poderá ser um espelho das características comuns aos indivíduos da Geração Y e que provavelmente não se restringem somente aos limites geográficos dos respetivos países. A aplicação prévia do questionário sob a forma de pré-teste foi útil neste sentido, pois permitiu fazer uma “sondagem” relativamente à sua adequação às características biopsicossociais desta população, o que constitui um aspeto fundamental da LS. A preferência de divulgação de informação sobre prevenção da HTA sob o formato de pequenos vídeos de um minuto poderá refletir o facto dos *millennials* terem crescido num mundo tecnológico e digital, serem muito ativos *online* – com destaque para as redes sociais e outras plataformas de consumo partilhado – e terem uma afinidade pelo conteúdo atrativo e por mensagens curtas e diretas, de preferência se associadas a um componente audiovisual (Vaz de Almeida et al., 2021).

Em termos práticos, a escolha dos vídeos constitui um dado relevante para a elaboração de uma futura estratégia conjunta de LS dirigida à faixa etária dos *millennials* e vem reforçar a importância da aposta nos

meios digitais para a disseminação de informação sobre saúde, neste caso sobre prevenção de HTA. Pretende-se, assim, ir ao encontro das expectativas e necessidades desta geração, com a intenção de mudar comportamentos e alcançar uma maior proatividade na promoção da saúde e prevenção da doença. Estas noções são particularmente relevantes para que as sociedades científicas e entidades de saúde a nível nacional (e.g., DGS, Ministério da Saúde do Brasil) sejam capazes de divulgar informação clara sobre prevenção primária através de meios que permitam chegar, de uma forma eficaz, à população-alvo. Também as próprias empresas e empregadores poderiam integrar programas de LS nas suas estruturas, como forma de promover a aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis nos seus trabalhadores, com potenciais benefícios na sua produtividade e bem-estar. Atendendo às semelhanças geracionais interpaíses que já foram discutidas, esta estratégia de divulgação poderá também beneficiar da colaboração de parceiros a nível internacional, como a OMS, permitindo assim a disseminação de boas práticas de LS além-fronteiras.

Perspetivas futuras

Como nota final, o grupo gostaria de desafiar parceiros (sociedades científicas, entidades, empresas) para ajudar na realização dos vídeos através de campanhas. O propósito será incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis nos *millennials*, com vista à promoção de um envelhecimento saudável.

Referências

Amponsem-Boateng, C., Opong, T. B., Zhang, W., Abdulai, T., Boakye-Yiadam, J., Wang, L., & Duodu Kyere, E. K. (2021). Language and communication impact of hypertension: A qualitative study. *International Journal of Hypertension*, 2021, 9931873. <https://doi.org/10.1155/2021/9931873>

- Borges, F. M., Silva, A. R. V., Lima, L. H. O., Almeida, P. C., Vieira, N. F. C., & Machado, A. L. G. (2019). Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 646-653. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Cecilio, L. C. O. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 589-599. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
- Dimock, M. (2019). Defining generations: Where millennials end and generation z begins. *Pew Research Center*. Retrieved 8 October 2021, from <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal. Retrieved 8 October 2021, from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Retrieved 8 October 2021, from <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-s-doencas-cerebro-cardiovasculares/>
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.001>
- Gregory, A. (2008). Competencies of senior communication practitioners in the UK: An initial study. *Public Relations Review*, 34(3), 215-223. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2008.04.005>
- Hespanhol, A. P., Couto, L., & Martins, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(1), 49-64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i1.10462>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from

- the panel members appointed to the 8th Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Kanj, M., Mitic, W. (2009, Oct 26). Individual empowerment [Plenary Session]. *7th Global Conference on Health Promotion*, Nairobi. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- Macedo, M. E., & Ferreira, R. C. (2015). A hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários, em Portugal: Contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. *Revista Factores de Risco*, 36, 47-56.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- OCDE. (2005). *The definition and selection of key competencies. Executive summary* (pp. 1-20). <https://www.oecd.org/pisa/35070367.pdf>
- ONU. (2015). *Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa Ocidental*. http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf
- Olsen, M. H., Angell, S. Y., Asma, S., Boutouyrie, P., Burger, D., Chirinos, J. A., Damasceno, A., Delles, C., Gimenez-Roqueplo, A.-P., Hering, D., López-Jaramillo, P., Martinez, F., Perkovic, V., Rietzschel, E. R., Schillaci, G., Schutte, A. E., Scuteri, A., Sharman, J. E., Wachtell, K., & Wang, J. G. (2016). A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet commission on hypertension. *The Lancet*, 388(10060), 2665-2712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31134-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31134-5)
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25843827/>

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Telo de Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. Freitas, G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde [Health literacy action plan Portugal 2019-2021]. Direção-Geral da Saúde. Retrieved 8 October 2021, from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Tench, R., & Konczos, M. (2013). Mapping European communication practitioners competencies: A review of the European communication professionals skills and innovation programme. *ECOPSI*, 35-64. https://pmr.uni-pannon.hu/articles/4_2_tench_konczos.pdf
- Vaz de Almeida, C. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-42). Edições ISPA.
- Vaz de Almeida, C., Lopes, C., Beatriz, G., Nascimento, C. A. F., Bernardes, C. P., Marques, C., Mendonça, C. S. F. J., Santos, D. M. F., Rocha, E. M. C. O., Feio, G. C. A., Sampaio, H. A. C., Fernandes, I. M. A., Fonseca, M. M. S., Simões, P. I. M., Tabora, P. F. M. T., Silva, R. A., & Nogueira, R. (2021). *Relatório vacinação estratégias de comunicação e literacia em saúde eficazes para população jovem* (pp. 1-31). Ispa – Instituto Universitário. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/8249>
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, *158*(2), 166-172. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.2.166>
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. WHO. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2008). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

- World Health Organization [WHO]. (2013a). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>
- World Health Organization [WHO]. (2013b). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. Jossey-Bass.
- Zhao, Y., Yan, H., Yang, R., Li, Q., Dang, S., & Wang, Y. (2014). Prevalence and determinants of metabolic syndrome among adults in a rural area of Northwest China. *PloS One*, 9(3), e91578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091578>

Como citar?

Bernardes, C., Santos, D., Taborda, P., & Barrambana, S. (2022). Literacia em saúde na prevenção da hipertensão arterial em jovens adultos. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 175-196). Edições ISPA [ebook].

«A Literacia em Saúde apresenta-se como uma área de intervenção estratégica da Saúde Pública em Portugal. Depende da interação alargada de diferentes stakeholders, mas tem na intervenção dos profissionais de saúde a sua melhor e mais sustentada ferramenta de promoção. O propósito é comum a todos, i.e., promover ganhos na saúde e o bem-estar da população portuguesa.»

Miguel Telo de Arriaga
Chefe de Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, Direção-Geral da Saúde

«A literacia em saúde é uma competência profissional crucial para a saúde no século XXI. É evidente, mensurável, viável e pode fazer a diferença para as pessoas, comunidades e sociedades. É relevante para todos os profissionais envolvidos com a finalidade de melhorar a vida de outras pessoas. A capacitação dos profissionais de saúde na área da literacia em saúde, enfrentará o desafio de ser uma parte ativa do movimento de mudança social que conquista novas fronteiras de literacia em saúde. A sua escolha e a sua voz são fundamentais para nos ajudar a não deixar ninguém para trás!»

Kristine Sørensen
Global Health Literacy Academy

«A literacia em saúde requer o envolvimento de todos os setores na co-construção da saúde, melhorando as competências dos cidadãos para lidarem com a sua saúde e com o sistema de saúde, melhorando as condições para um bom desempenho escolar e profissional, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para a transformação da sociedade, nomeadamente eliminando as iniquidades.»

Isabel Loureiro
Escola Nacional de Saúde Pública, NOVA