

Fontes de informação sobre saúde: Resultados obtidos junto de um grupo de pessoas idosas¹

Carla Serrão²

Sofia Veiga

Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto
InED - Centro de Investigação e Inovação em Educação

RESUMO

A atual geração de pessoas idosas apresenta maior vulnerabilidade no que diz respeito à baixa literacia em saúde. Considerando que a literacia em saúde afeta a capacidade de um indivíduo ter acesso e utilizar os cuidados de saúde, o objetivo deste estudo visou identificar as fontes de informação em saúde utilizadas pelas pessoas idosas.

Métodos: Foram conduzidos quatro grupos focais. Os participantes foram 33 pessoas, com idades compreendidas entre os 65 anos e os 94 anos, tendo a média etária sido de 80.5 anos.

Resultados e discussão: De uma forma geral, as pessoas idosas percebem os serviços de saúde como acessíveis e de qualidade. Os médicos de família constituem as figuras centrais nos discursos dos entrevistados. Fica também evidente a preferência por fontes de informação que implicam interação social, especialmente envolvendo o médico, mas também a preferência por um modelo que pressupõe que os profissionais saibam o que é melhor para a pessoa e que sejam estes a tomar as decisões.

Palavras-chave: Literacia em saúde; Pessoas idosas; Fontes de informação.

ABSTRACT

The current generation of older people is more vulnerable in terms of low health literacy. Considering that health literacy affects an individual's ability to access and use health care, the objective of this study is to identify the sources of health information used by older people.

Methods: Four focus groups were conducted. The participants were 33 people, aged between 65 and 94 years old, with an average age of 80.5 years.

Results and discussion: In general, elderly people perceive health services as accessible and quality. Family doctors are the central figures in the interviewees' speeches. It is also evident the preference for sources of information that imply social interaction, especially involving the doctor, but also the preference for a model that assumes that professionals know what is best for the person and that they are the ones to make the decisions.

Keywords: Health literacy; Elderly; Information sources.

1. Introdução

Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente denominado literacia em saúde (World Health Organization [WHO], 1998). Este conceito integra: a literacia funcional, ou seja a capacidade de ler e escrever; a literacia comunicacional e, ou interativa, que exige que os sujeitos disponham de recursos cognitivos que lhes permitam compreender e dar significado às informações a que acedem, por exemplo, a

¹ Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto UIDB/05198/2020 (Centro de Investigação e Inovação em Educação, inED).

² Endereço de contacto: carlaserrao@ese.ipp.pt

partir da leitura de bulas de medicamentos ou de informações disponíveis em sites de internet; aliteracia crítica, que implica competências cognitivas mais complexas, de forma a que as pessoas desenvolvam comportamentos e estilos de vida em prol da sua saúde. Isto é, para além da capacidade de ler a informação, o sujeito deverá dispor de capacidades para interagir com os profissionais de saúde e de ter controlo sobre comportamentos a evitar ou a desenvolver para a melhoria da saúde (Nutbeam, 2000).

Os estudos desenvolvidos nas últimas décadas sobre a literacia em saúde evidenciam que as pessoas idosas são as que apresentam menores níveis de literacia (e.g., Kutner, Greenberg, Jin, Boyle, & Hsu, 2006; Rootman, & Ronson, 2005), ao mesmo tempo que apoiam a ideia de que a prevalência de baixa literacia em saúde é maior nas pessoas com baixo estatuto socioeconómico, com alguma condição física ou mental crónica (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015) e naquelas que vivem fora de grandes zonas urbanas (e.g., Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008; Martin et al., 2009; Speros, 2005). Em contexto português, Fernandes (2012), avaliou o grau de literacia em saúde de uma amostra de 79 pessoas idosas e concluiu que cerca de 80% das pessoas tinha baixa literacia em saúde. A resultados idênticos, chegaram Serrão e colaboradores (2014), com uma amostra de 433 pessoas, onde se concluiu que cerca de 80% dos participantes apresentava baixa literacia em saúde.

Também Espanha, Ávila e Mendes (2016), no âmbito do Projeto Literacia em Saúde em Portugal, concluíram que era na população mais idosa que se registava uma proporção mais elevada de indivíduos com níveis baixos de literacia em saúde.

Ora, perante estes resultados e sabendo-se que a baixa literacia em saúde se correlaciona com perceções mais baixas de autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, mas também com comportamentos ineficazes de saúde (e.g., uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde), é urgente desenvolver estratégias de potenciação da promoção da literacia em saúde junto da atual geração de população idosa (e.g., Serrão et al., 2014).

Considerando que a literacia em saúde afeta, como dito anteriormente, a capacidade de um indivíduo ter acesso e utilizar os cuidados de saúde, de interagir com os provedores e de se auto cuidar; e que a informação e o acesso aos cuidados de saúde se constituem uma prioridade para a manutenção da qualidade de vida, em particular para a população idosa, vê-se como necessário perceber como é que surge a procura de informação por parte desta população.

Têm sido realizados vários estudos com vista a analisar as fontes de informação em saúde (e.g., Norman & Skinner, 2006), sendo esta uma das áreas estratégicas no âmbito da literacia em saúde. No entanto, poucos são os estudos realizados no sentido de compreender quais as fontes de informação em saúde mais valorizadas pelas pessoas idosas, as suas necessidades de conhecimento, bem como o contexto onde a informação é mais necessária.

Ferreira e Silva (2017), no estudo quantitativo sobre fontes de informação na população portuguesa, com uma amostra de mais de 1600 sujeitos de vários grupos etários, concluem que as fontes mais importantes são as que “implicam uma interação social, especialmente a que envolve o médico (79.3%)” (p. 49). Concluem também que as pessoas menos escolarizadas “recorrem muito mais aos médicos e a outros profissionais de saúde e tendem a socorrer-se mais do seu círculo ou de redes de relações pessoais, ou a depender mais da televisão para obterem informação em saúde” (p. 36). Relativamente à população idosa, evidencia-se essencial perceber os conhecimentos relativos às fontes de informação e como acedem às mesmas, uma vez que estas influenciam a forma como a informação é recolhida e a sua qualidade (Mukherjee & Bawden, 2012). O presente estudo teve então como objetivo identificar as fontes de informação em saúde utilizadas por um grupo de pessoas idosas.

2. Método

2.1. Participantes

Trata-se de uma amostra de conveniência, composta por 33 pessoas idosas, distribuídas por quatro Organizações do grande Porto: Centro de Dia - Organização A ($n = 10$), Centro de Dia - Organização B ($n = 10$), Estrutura residencial – Organização C ($n = 8$) e Universidade Sénior - Organização D ($n = 5$). A maioria é do

sexo feminino ($n = 29$) e viúva ($n = 24$). Quanto à escolaridade, 14 sujeitos frequentaram apenas o primeiro ciclo de escolaridade (4 anos) e 6 pessoas nunca frequentaram a escola. A idade variou entre os 65 anos e os 94 anos. Ao nível do agregado familiar, as respostas dadas foram tipificadas em 3 categorias: 24.3% ($n = 8$) vivia sozinha, 27.3% ($n = 8$) residia numa estrutura residencial e 48.5% residia com familiares. Os participantes apresentavam uma incidência de doença na ordem dos 90.3% (87.1% referente a doença física e 3.2% a doença psíquica). A doença crónica atinge 61.3% e quase a totalidade refere tomar medicação diária (97%).

2.2. Instrumentos

Aplicou-se um questionário para a caracterização sociodemográfica dos participantes. Neste instrumento, foram incluídas também questões fechadas relativas ao conhecimento e à utilização de tecnologias de informação e comunicação (e.g., utilização de computador, smartphone...), às instituições de saúde a que recorre, à perceção do estado geral de saúde (“Como avalia a sua qualidade de vida?”, com 5 possibilidades de resposta, que variavam entre “Muito má” e “Muito boa”) e à perceção sobre as necessidades e o suporte social recebido (“Neste momento recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?”, com 5 possibilidades de resposta, que variavam entre “Inadequada” e “Completamente adequada”).

Para a concretização do objetivo deste estudo, foi elaborado um guião de forma a conhecer as experiências e vivências dos sujeitos relativamente ao acesso a informações na área da saúde, que integrou um conjunto de tópicos, orientadores da discussão. Especificamente: (1) Formas e fontes de acesso à informação sobre a saúde/ doença e (2) Dificuldades sentidas/percebidas no acesso a essa informação.

2.3. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados realizou-se segundo os princípios éticos propostos pela Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association [APA], 2010), mas o presente estudo não foi submetido a nenhuma Comissão de Ética.

Foram contactadas várias organizações e serviços de apoio à terceira idade, tendo sido apresentado o objetivo do estudo e solicitado o recrutamento de pessoas idosas que estivessem interessadas em participar e que cumprissem os critérios de participação (e.g., ter 65 anos ou mais de idade; não apresentar problemas mentais e/ou cognitivos; não apresentar dificuldades ao nível da comunicação).

Neste estudo, foi utilizada a técnica de grupos focais, já que se constitui um recurso para compreender o processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Veiga & Gondim, 2001).

Aos participantes foi apresentado o objetivo do estudo, uma breve descrição do mesmo, bem como a garantia de confidencialidade, anonimato e privacidade da informação recolhida. Posteriormente, as pessoas idosas deram o seu consentimento informado, livre e esclarecido e foi solicitado o preenchimento do questionário sociodemográfico. Às pessoas que não sabiam ler, o preenchimento foi realizado por uma das investigadoras deste estudo.

As entrevistas foram desenvolvidas por duas investigadoras, Especialistas em Psicologia Clínica e da Saúde, e uma delas com Especialidade avançada de Psicogerontologia.

Os grupos focais desenvolveram-se entre os meses de janeiro e maio de 2017, em espaços cedidos pelas Organizações.

2.4. Procedimentos de análise de dados

As entrevistas foram gravadas em suporte áudio e transcritas integralmente. De forma a garantir o anonimato das Organizações e dos/as participantes, foi atribuída uma letra (A, B, C e D) e um nome fictício, respetivamente. Assim, as transcrições são identificadas com a letra da Organização e o nome fictício do/a participantes (e.g., Organização A, Ema).

Em termos de tipologia de análise de dados, foi escolhida a análise categorial, pois permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis no seu contexto social

(Bauer, 2002). O texto aparece, portanto, como um meio de expressão do sujeito, onde o investigador procura categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as represente. A análise categorial pode ser efetuada por dedução frequencial, que consiste em enumerar a ocorrência de um mesmo signo linguístico, não se preocupando com o sentido ou por categorias temáticas (Pêcheux, 1993). Já a análise por categorias temáticas tenta desmembrar o texto em unidades/categorias, conforme os temas que emergem do texto. Para tal, é preciso identificar o que têm em comum, permitindo o seu agrupamento. Procedeu-se então a uma pré-análise (organização, através da leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação), exploração do material (os dados são codificados a partir das unidades de registo) e tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2000). O processo de análise de conteúdo foi orientado paralelamente com a realização das entrevistas até se atingir a saturação de dados e foi desenvolvido pelas duas autoras deste trabalho, investigadoras com experiência em metodologias qualitativas.

3. Resultados

Do grupo de pessoas participantes foi possível concluir que somente 18.2% sabia utilizar o computador. Quanto ao interesse em aumentar o grau de literacia digital, a grande maioria (76.2%) revelou não ter motivação para aprender a usar o computador ou outra tecnologia de informação e computação.

No que se refere à percepção da sua qualidade de vida, quase metade (45.5%) avaliou-a como “Boa”, 39.4% avaliou-a como “Nem boa, nem má”, 6.1% avalia-a como “Muito boa”, 6.1% como “Má” e 3% como “Muito má”.

Relativamente ao acesso a recursos de saúde, os participantes apenas referem as seguintes instituições: Centro de Saúde, Hospital, Serviço de Saúde Privado e Farmácia.

No acesso a Centro de Saúde, 36.7% revelou fazê-lo com uma frequência trimestral, 30% com uma frequência semestral, 16.7% com uma frequência semanal, 13.3% com uma frequência anual, e 3.3% revelou não aceder ao Centro de Saúde.

Em relação à percepção deste grupo de pessoas idosas quanto ao apoio recebido, de acordo com as suas necessidades, concluiu-se que fazem uma avaliação positiva: 39.4% percecionam ser bastante adequado, 24.2% percecionam como completamente adequado, 18.2% como moderadamente adequado, 15.2% como pouco adequado e apenas 3% como nada adequado.

Da análise de conteúdo dos quatro Grupos Focais realizados foi possível constatar que o acesso à informação sobre saúde se agrega em três domínios: Rede social formal, Rede social informal, e *Media* clássicos e internet. Passaremos a descrever cada um dos domínios, ilustrando-os com estratos das entrevistas a fim de clarificar as descrições apresentadas.

Rede social formal teve uma referência de 56%. O acesso a informações sobre saúde/doença é realizado, segundo os inquiridos, em consultas médicas e/ou de enfermagem, ou através de contactos telefónicos realizados pelos sujeitos aos profissionais de saúde, sempre que surjam dúvidas. Consideram que é no espaço de consulta que melhor podem esclarecer as suas dúvidas e ficar mais informados sobre as suas condições de saúde:

“Pergunto ao médico, quando faço análises ... Ou, então ao enfermeiro” (Organização A, Ema).

“Eu não tenho tido informações além do médico... Os médicos é que me informam e eu vou-me tratando” (Organização C, Olinda).

“Dúvidas sobre alguma doença, vamos à enfermeira” (Organização C, Olinda).

“Quando eu tiver algum problema quanto à medicação que estou a tomar..., ou aos sintomas que tenho, ligo-lhe (referindo-se ao médico). E ele diz-me o que tenho de fazer” (Organização D, Flora).

Em todos os grupos é saliente a relação de proximidade e de confiança existente com o/a médico/a de família. Em vários discursos fica patente que esta relação com o/a profissional é consequência do tempo mútuo de conhecimento, mas também do acompanhamento que este/a profissional faz a todos os elementos do agregado familiar, sendo que este aspeto parece facilitar o acesso à informação e o esclarecimento de eventuais questões:

“... como já tenho aquele à vontade... falo muito diretamente com ele... e faço perguntas sobre as situações” (Organização C, Olinda).

Para algumas pessoas, o acesso ao médico faz-se pelo serviço privado:

“Infelizmente, de 15 em 15 dias, vou ao posto médico. Mas tenho médico particular certinho já há muitos anos. Quando vejo que as coisas que não estão à minha maneira e que eu duvido, vou ao consultório dele, ou à clínica, e ele explica-me tudo” (Organização B, Ema).

“Eu dou-me muito bem com ela (médica de família). Quando tenho de fazer exames, vou ao Centro de Saúde, mas depois telefono e marco uma consulta no consultório dela e aí mostro-os” (Organização D, Maria).

Na estrutura residencial ou centros de dia, a existência de profissionais de saúde é também facilitadora no processo de acesso à informação. A relação estabelecida com estes profissionais e o conhecimento que dispõem dos seus utentes também parece facilitar a comunicação:

“Tudo, tudo! E quando eu falto, por exemplo, um dia, para eu ir a esta consulta no Hospital de Santo António, o médico telefona-me e se eu não atender o telefone, ele deixa-me mensagem e quer resposta. Quer ter a certeza que eu fui à consulta” (Organização B, Ema).

“...eu massacro-o com perguntas, porque eu gosto de saber e também leio muito as bulas dos medicamentos” (Organização B, Rosa).

A existência de doenças crónicas que exigem a frequência de consultas hospitalares de especialidade parecem potenciar o acesso à informação. No entanto, alguns dos entrevistados parecem sentir maior disponibilidade em aceder a informações sobre saúde em contexto hospitalar:

“Mas é no hospital que faço essas perguntas. Aqui, no posto (referindo-se ao Centro de Saúde), não estão preocupados em dar informações” (Organização B, Ema).

Nesta rede de suporte formal, são também destacados outros profissionais como veículo no acesso à informação, nomeadamente, aqueles que diariamente desenvolvem a sua atividade profissional no Centro de Dia ou estrutura residencial. São estes que clarificam algumas informações neste domínio, que ajudam na compreensão da informação sobre medicamentos. Em alguns casos, nomeadamente, quando as pessoas se encontram a residir em estruturas residenciais e quando as pessoas apresentam mobilidade reduzida, são as auxiliares de ação direta/lar que acompanham as pessoas idosas às consultas, parecendo também constituir-se como um recurso para a compreensão da informação veiculado pelo profissional de saúde: *“A médica explica às duas (referindo à auxiliar que a acompanha)”* (Organização B, Deolinda).

Rede Social Informal. O acesso à informação sobre saúde é feito também através do círculo ou redes de relações pessoais, como familiares e amigos/colegas, com referência de 18%:

“A minha filha é que assiste comigo (referindo à consulta médica) e ele fala para a minha filha” (Organização C, Carolina).

“A minha filha lê tudo, vê os contras e lê-me tudo, tudo. “Ó mãezinha, isto faz bem a isto, mas faz mal aquilo” (Organização B, Ema).

Neste apoio fornecido pelos familiares é destacada também a disponibilidade de os mesmos acompanharem as pessoas idosas às consultas de rotina.

“É a minha sobrinha que vai comigo... É com ela que eu desabafo e ela procura saber e depois diz-me” (Organização A, Amélia).

“Se tiver dificuldade, a minha filha ou o meu genro, quem for comigo, explica-me as coisas...” (Organização B, Maria Odete).

Mas identificam também colegas/amigos com quem convivem diariamente ou com quem residem:

“Conversamos uns com os outros” (Organização C, Augusto).

Os média clássicos e a internet, convocam, ao contrário das fontes anteriormente descritas, processos de comunicação unidirecionais. A exposição a estas fontes de informação contempla apenas duas categorias, a audiovisual, em que a televisão é a única mencionada; e a internet. Tiveram uma referência de 28% e 8%, respetivamente.

“E também não estamos tapadas de saber as doenças. Se nos dizem: “tens isto”, a gente já tem uma luz daquilo que ouve na televisão” (Organização C, Olinda).

“Temos médicos na televisão que informam” (Organização D, Maria).

“Eu, geralmente, quando vou ao médico, quero que ele me informe de tudo quanto eu me estou a queixar. E também ouço muita televisão e os noticiários, porque, por vezes, também estão a dar informações sobre doenças e eu gosto de ouvir, saber e ficar ciente de que estou informada” (Organização B, Rosa).

Emerge também um modelo/ conduta de procura de informação na Internet, que se caracteriza por uma, procura ativa, verificando-se uma intencionalidade clara e objetiva na obtenção de informação.

“Se tiver alguma dúvida vou à internet tentar esclarecer-me. Mas, uma coisa que eu verifico é que numas páginas vemos umas coisas e noutras vemos outras. Vou tentando comparar... Mas depois discuto com o médico” (Organização D, Branca).

Porém, noutros casos, a televisão constitui-se como o único meio para aceder a informações sobre saúde:

“A única coisa que eu posso saber sobre a saúde é pela televisão, porque _ eu estou sozinha em casa” (Organização B, Noémia).

Em suma, a análise dos resultados permite concluir que, para este grupo de pessoas idosas, os informantes-chave são os profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as), com uma percentagem de 74%, seguindo-se os profissionais da área social (17%), e elementos da rede informal de suporte social, com 9%.

No que se refere aos contextos onde consideram aceder à informação sobre saúde, foi possível identificar quatro, sendo o mais referido o Centro de Saúde (46%). Este parece ser, por isso, o mais presente e interventivo no processo de aquisição de literacia da saúde dos participantes. O contexto hospitalar público registou uma percentagem de 23%, seguido do contexto hospitalar privado, 21%, e do contexto institucional formal (estrutura residencial, centro de dia), com 10%.

Por fim, é de destacar também que é no grupo com menor escolaridade, Organização C, onde emerge menor diversidade de referências a de acesso a informação sobre saúde e a possíveis fontes e contextos de informação.

4. Discussão

As pesquisas sobre fontes de informação e contextos de acesso à mesma têm-se centrado em outras temáticas e noutros grupos etários (e.g., fontes de informação sobre sexualidades; adolescentes), que não a literacia em saúde na terceira idade. Assim, o presente estudo constitui-se um módico contributo na abertura de um campo investigativo ainda incipiente, mas que se revela fundamental, já que aclara uma das condições que mais parece ter impacto na promoção da literacia em saúde: as fontes de informação e os contextos privilegiados de acesso à informação sobre saúde.

Para a maioria dos participantes, o médico de família é a principal fonte e as consultas médicas o contexto privilegiado para o acesso a informações sobre saúde. Estes resultados vão ao encontro de dados internacionais, que revelam que as pessoas conferem ao profissional de saúde o papel mais importante na recolha de informação (e.g., Ybarra, & Suman, 2008). O médico continua a ser visto como a fonte mais credível, reconfortante e capaz de oferecer segurança ao utente, apesar de, por vezes, ser procurado apenas após uma pesquisa *on-line* (Hesse, Nelson, Kreps et al., 2005; Henwood, Wyatt, Hart, & Smith, 2003).

No presente estudo, ficou ainda patente que os participantes apresentavam um elevado grau de satisfação no atendimento e na relação estabelecida com o médico de família, em particular, e com os serviços de saúde, em geral. Não obstante, foi evidente uma certa incapacidade em questionar práticas pré-estabelecidas, formas de atuação, regras e procedimentos médicos e dos serviços, parecendo adotar uma postura acrítica, passiva e de dependência, reforçando um modelo de orientação paternalista em que a decisão não é partilhada e de corresponsabilidade. Estes dados são concordantes com os resultados obtidos junto de profissionais, em que os mesmos percecionam a “predominância de uma comunicação e de uma postura relacional assimétrica entre profissionais de saúde e pessoas idosas” (Serrão et al., 2014). Ora, sendo o médico a fonte de informação privilegiada e a quem é reconhecido mais valor, torna-se essencial que este profissional desenvolva competências comunicacionais e relacionais ajustadas e sensíveis à pessoa idosa e ao seu grau de literacia. De facto, as competências referidas contribuem para “melhorar o processo de entrevista médica”, facilitar “a compreensão e memorização das recomendações médicas” e impulsionar a motivação do sujeito, por exemplo, para a adoção de comportamentos de autocuidado ou adesão a tratamentos (Bennett, Chen,

Soroui, & White, 2009; Melo, 2005). Uma comunicação eficaz tem igualmente implicações na diminuição de sintomas físicos (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, & Greitemann, 2009, citados por Grilo, 2011) e psicológicos (Díaz, Barreto, Galleto, Barbero, Bayés, & Barcia, 2009; Melo, 2005), na adaptação à doença e a uma maior consciencialização dos riscos (Teixeira, 2004) e na satisfação do utente (Dibbelt et al., 2009, citados por Grilo, 2011). As evidências empíricas parecem corroborar o papel crucial das competências comunicacionais por parte destes profissionais no incremento da qualidade dos cuidados de saúde (Serrão et al., 2014). Torna-se, assim, imperativo que, a par das competências técnicas, os profissionais de saúde desenvolvam competências comunicacionais, sob pena de comprometerem os objetivos da sua intervenção, com custos diretos para os utentes e para o sistema de saúde (Thorne et al., 2005). Uma comunicação ajustada mostra-se fundamental para ajudar as pessoas idosas a compreenderem e a usarem informações e serviços em prol da sua saúde, empoderando-as e aumentando o seu sentido de autoeficácia (Antunes, 2014). No que diz respeito aos meios de comunicação, particularmente, jornais, revistas, panfletos/brochuras, ou outras redes interpessoais de natureza mais comunitária, estes estão ausentes ou o seu protagonismo é quase residual. Talvez este resultado esteja relacionado com o nível de literacia do grupo, pois a pesquisa e a utilização de fontes diversificadas de informação em saúde relacionam-se com níveis mais elevados de literacia em saúde e de literacia em geral (Paek, Reber, & Lariscy, 2011). Como nos diz Ferreira e Silva (2017, p. 29), “estar exposto ou privilegiar fontes distintas tem seguramente reflexos em termos de literacia”. Embora a televisão seja um dos meios de comunicação mais utilizados por esta geração, e os programas televisivos que abordam temas de saúde sejam frequentes (Ferreira & Silva, 2017), só cerca de 30% dos participantes considera este meio de comunicação social como um recurso para obter informações sobre a saúde. Esta situação pode dever-se a vários fatores, nomeadamente, à linguagem utilizada pelo profissional, à (não) identificação por parte da pessoa idosa com o conteúdo que está a ser explorado, à dificuldade em compreender jargões médicos, ao ritmo e à quantidade de informação veiculados num determinado momento (Melo, 2005; Serrão et al., 2014). Apesar de as fontes digitais, como a internet, fazerem cada vez mais parte dos contextos de informação em saúde, sendo bastante utilizados pela população em geral (e.g., Flash Eurobarometer 404, 2014; Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Stellefson, Hanik, Chaney, Chaney, Tennant, & Chavarria, 2011), neste grupo de pessoas idosas, este recurso é só marginalmente considerado. Resultados europeus (Flash Eurobarometer 404, 2014) apontam que no conjunto de estados membros, são os portugueses (88%) e os espanhóis (88%), aqueles que indicam, mais frequentemente, o médico como principal fonte de informação, sendo que a maioria das pessoas em Portugal (53%) diz-se insatisfeita com as informações que encontra na *internet*, uma vez que as considera difícil de entender (Flash Eurobarometer 404, 2014). Pese embora as inquestionáveis vantagens que assumem as fontes digitais no acesso a informações e serviços de saúde, elas são, no entanto, impostas a esta população que é, como referimos e como constatamos neste estudo, pouco literada a nível digital. Assim, estas fontes, em vez de serem sentidas como uma mais valia, transformam-se num verdadeiro constrangimento que obstaculiza a ação e impede a assunção de um efetivo papel ativo no seu processo de saúde.

5. Conclusão

No presente estudo, as pessoas idosas participantes identificaram os profissionais de saúde e, em particular, os médicos, como sendo a principal fonte de informação em saúde. Tendem a valorizar e a não questionar o papel e o poder destes profissionais, assumindo-se a si próprias como agentes passivos nesta dinâmica relacional. Fica, assim, evidente a necessidade de alterar o modelo paternalista e a relação de comunicação assimétrica ainda em vigência em prol de um aumento do nível de literacia em saúde e de um (maior) comprometimento e corresponsabilização desta população pelo seu processo de saúde/doença.

A referência a outras fontes de informação mostrou-se residual. Esta constatação abre um campo para novas investigações. Seria nomeadamente importante perceber-se a validade das hipóteses formuladas anteriormente a fim de se perspetivar o que pode ser feito para que estas fontes se tornem verdadeiros recursos informativos. Vivendo nós numa Era digital, evidencia-se particularmente importante a realização de estudos que avaliem as competências digitais da população idosa de modo a favorecer a sua literacia digital, essencial para que as pessoas idosas possam mobilizar, o mais autonomamente possível, os

instrumentos e as ferramentas digitais que se revelem significativos para responder de forma ágil e eficiente às suas necessidades no âmbito da saúde.

Referências

- American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* [PDF]. Disponível em <https://www.apa.org/search?query=ethical%20guidelines>
- Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: Investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In APDIS (Ed.), *XI Jornadas APDIS - as bibliotecas da saúde: que futuro?* (pp. 123-133). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Baker, D., Wolf, M., Feinglass, J., & Thompson, J. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M.W. (2002). Análise de conteúdo clássica: Uma revisão. In M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp.189-217). Petrópolis: Vozes.
- Bennett, I., Chen, J., Soroui, J., & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.
- Díaz, J., Barreto, P., Galleto, J., Barbero, J., Bayés, R., & Barcia, J. (2009). Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochirurgica*, 151, 357-362.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R (2016). *Literacia em saúde em Portugal. Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes (2012). *Literacia em saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS – Newest Vital Sign* (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
- Flash Eurobarometer 404 (2014). *European citizens' digital health literacy*. European Union. doi: 10.2759/86596.
- Ferreira, P. M., & Silva, P. A. (2017). Fontes de informação em saúde. In P. M. Ferreira, N. Lunet, & S. Silva (Org.), *A informação sobre saúde dos portugueses* (pp. 29-52). Lisboa: Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28-36.
- Grilo, A. (2011). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: Categorização e proposta de um treino individual de competências* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L, Croyle, R. T., Arora, N. K., ..., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: The impact of the Internet and its implications for health care providers: Findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2618-2624.
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Smith, J. (2003). 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 589-607.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Boyle, B., & Hsu, Y. (2006). *The health literacy of american's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington DC: National Center for Education Statistics.
- Martin, L., Ruder, T., Escarce, J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., Bird, C., Fremont, A., Gasper, C., Culbert, A., & Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1211-1216.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Mukherjee, A., & Bawden, D. (2012). Health information seeking in the information society. *Health Information and Libraries Journal*, 29(3), 242-246.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The e-Health Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 5(3), 259-267.

- Paek, H.-J., Reber, B. H., & Lariscy, R. W. (2011). Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: A health socialization perspective. *Health Education Research, 26*(1), 131-149.
- Pêcheux, M. (1993). Análise automática do discurso (AAD-69). In F. Gadet, & T. Hak (Ed.), *Por uma análise automática do discurso: Uma introdução à obra de Michel Pêcheux* (pp. 61-105). Campinas: Ed Unicamp.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health, 96*, S62-77.
- 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, Especial n.º 2*, 33-38.
- Serrão, C., Veiga, S., Vieira, I., Pereira, V., Cadima, J., Ralha, ..., & Marques, A. (2014). *Literacia em saúde: Um desafio na e para a terceira idade - e-book*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 50*(6), 633-640.
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e102.
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica, 22*(3), 615-620. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., Baile, W. F., & SCRN Communication Team (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology, 14*(10), 875-884.
- Veiga, L., & Gondim, S. M. G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública, 2*(1), 1-15.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Ybarra, M., & Suman, M. (2008). Reasons, assessments, and actions taken: Sex and age differences in uses of Internet health information. *Health Education Research, 23*(3), 512-21.