

A percepção e o valor atribuído pela pessoa idosa integrada em universidade sénior, sobre a qualidade dos serviços prestados pela saúde

*The perception and value attributed by the elderly integrated in a senior
university on the quality of services provided by health*

Cristina Vaz de Almeida 

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal

vazdealmeidacristina@gmail.com

Joana Inês Grilo Fernandes

Universidade Atlântica, Portugal

joana.jigf@gmail.com

Felisbela Mendes

Universidade Sénior de Massamá e Monte de Abraão, Portugal

felisbela.mendes@uf-massamamabraao.pt

Conflito de interesses: nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Data de Submissão: 16/06/2021

Data de Aprovação: 29/07/2021

Todo o conteúdo do JIM é licenciado sob Creative Commons, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo

recuperado de outras fontes bibliográficas.



RESUMO:

Enquadramento – As pessoas mais velhas estão mais ativas, e a participação em Universidades Sêniores parece ser um elemento de capacitação e ativação de memória.

Objetivos: Avaliar através da participação regular em universidade sénior de um grupo de idosos, a sua percepção de qualidade em saúde e memorização das instruções em saúde.

Metodologia – Foram organizados cinco grupos focais com 40 idosos participantes em Universidade Sénior com aplicação de um inquérito por questionário com aplicação apoiada por uma das investigadoras para avaliar a percepção e o valor atribuído pela pessoa idosa integrada em universidade sénior, sobre a qualidade dos serviços prestados pela saúde.

Resultados – Contrariando o que a literatura refere sobre o esquecimento da pessoa das instruções de saúde após a consulta, este estudo exploratório veio demonstrar que os idosos ainda têm boa memória, são ativos e arranjam estratégias de memorização (como gravar no telemóvel as instruções ou pedir ao profissional que as escreva para utilização futura). A participação ativa nas atividades da universidade sénior pode ser uma das razões desta capacidade de memorização.

Palavras-chave: idosos; universidade sénior; memorização; saúde; literacia em saúde

ABSTRACT:

Background – Older people are more active, and participation in Senior Universities appears to be an element of empowerment and memory activation.

Objectives: To evaluate, through regular participation in a senior university, a group of elderly people, their perception of quality in health and memorization of health instructions.

Methodology – Five focus groups were organized with 40 elderly people participating in a Senior University with the application of a questionnaire survey with application supported by one of the researchers to assess the perception and value attributed by the elderly integrated in a senior university, on the quality of services provided for health.

Results – Contrary to what the literature refers to the person's forgetting the health instructions after the consultation, this exploratory study showed that the elderly still have good memory, are active and arrange memorization strategies (such as recording instructions on the cell phone or asking to the professional who writes them down for future use). Active participation in the activities of the senior university may be one of the reasons for this memorizing ability.

Keywords: elderly; senior university; memorization; health; health literacy

ENQUADRAMENTO

As pessoas estão mais velhas, mas mais ativas

Numa visão futura, mas a pensar no presente, um estudo sobre o “envelhecimento” em Portugal, dirigido pela União das Misericórdias Portuguesas (UMP, 2021) evoca, como projeto global “ser bom envelhecer em Portugal”, Para que isto aconteça, a UMP (2021) alerta que é preciso: 1) retardar ou evitar a institucionalização, garantindo respostas adequadas à funcionalidade do indivíduo em cada momento da sua vida; 2) promover uma mudança nos padrões de cultura que caracterizam a área sénior e dos idosos em Portugal (UMP, 2021). Este investimento de mudança exige investimentos na arquitetura e ambiente, recursos humanos e formação, mudança de paradigma e organização geral (UMP, 2021).

Pensar e agir sobre o envelhecimento requer uma visão holística, que integre fatores biológicos, psicológicos, emocionais, sociais e todos os fatores que têm a ver com os determinantes para a saúde como a habitação, os transportes, a educação e outros fatores que permitam um melhor acesso, compreensão e uso da saúde no seu todo.

Segundo a OMS (2013) o bem-estar das pessoas deve ser a linha de comando das organizações, das comunidades, da sociedade. E para isso, as pessoas mais velhas precisam de “opinar, participar e comandar, ter sempre um “ideal” para ser conquistado ou mantido” (OMS, 2021, p. 25).

A existência de Universidades Sêniores, estruturas ativas de partilhas e de capacitação das pessoas mais velhas, permite uma dimensão de cidadania, de cooperação comunitária e ainda de resultados em saúde. Como poderemos observar nas conclusões do estudo, e contrariando Kessels (2003); Anderson et al. (1979) ou Mcguire (1996) que revelam a fraca memória que os pacientes têm após sair da consulta.

Neste caso em estudo, estas teorias da falha de memória após a saída da consulta, para uma melhor adesão das instruções em saúde, pouco se aplica, mesmo tendo em conta que se trata de um estudo exploratório e com uma amostra por conveniência reduzida.

Mas é essa mesma conveniência que pretendemos salientar, pois todos os idosos participantes neste estudo são frequentadores de uma universidade sénior, que os estimula, acompanha e desenvolve as suas capacidades.

Quase que em tom poético, o relatório “Envelhecimento” (UMP, 2021) descreve que as pessoas devem “trabalhar como se fosse viver eternamente, mas viver a vida, garantido a qualidade de vida” (p. 25), sendo que o “segredo” da vida saudável e feliz depende muito de andar, trabalhar, amar e cuidar-se” (p. 25). E a universidade sénior abrangida pelo estudo tem estas preocupações de bem-estar bem vivas.

Bem-Estar em todas o ciclo de vida, mas sobretudo nos adultos mais velhos

Passamos de um modelo biomédico que vê apenas a doença para um modelo biopsicossocial que olha de forma holística para a pessoa, para a sua saúde num todo no contexto da sua vida e das suas preocupações e bem-estar. Destaca-se no modelo biopsicossocial, a importância do modelo de saúde centrado na pessoa. Uma evolução desta ampliação do conceito de bem-estar onde se encontra a saúde, e que reforça o desenvolvimento da literacia em saúde na sua aceção mais transversal.

Temos literacia em saúde mais desenvolvida porque acreditamos neste modelo biopsicossocial que olha para a pessoa como um todo, que se preocupa como ela acede, compreende e usa a informação e os serviços e a ajuda a tomar as decisões acertadas em saúde.

Aprender e aplicar o conceito de bem-estar (físico, mental, social, espiritual), um conceito mais unificador e mais motivador do que o conceito de saúde como ausência de doença. É um processo holístico que envolve relações interpessoais, abrange aspetos da vida física, mental, emocional, espiritual, financeira e ocupacionais (Healthy People, 2030; Vaz de Almeida, Rodrigues, Rodrigues, Pinheiro & Nunes, 2021).

Perceber que o bem-estar é um conceito amplo, que envolve o bem estar objetivo (rendimento, casa, alimentação); e o bem estar subjetivo, relacionado com a perceção de satisfação e de felicidade com a vida.

Para muitas pessoas, o bem-estar é uma prossecução mais unificadora e motivadora do que a saúde: se a saúde se refere à condição física e mental de uma pessoa, o bem-estar abrange muitos aspetos da vida, incluindo os físicos. Mentais, emocionais, sociais, financeiros, ocupacionais, intelectuais e espirituais (Committee for Healthy People 2030, 2018, p. 1).

O sentido de proximidade e a relação afetiva para combater a solidão

A proximidade e o seu inverso, o afastamento, que pode evoluir para formas mais profundas de solidão e isolamento é uma preocupação latente e manifestada pelas pessoas. Este resultado foi observado no estudo de Vaz de Almeida, Coelho, Martins e Guarda (2021a) referente ao tema saúde digital em tempos de pandemia, com a aplicação de um inquérito por questionário com 335 respostas válidas, os respondentes afirmaram que “a falta de demonstração de afeto e proximidade através do digital, (...) conduz e agrava o isolamento, solidão, depressão, sobretudo da população mais velha” (p. 30).

No estudo do Serviço Nacional de Saúde 24 sobre solidão e o isolamento social (SNS, 2019), contando com a participação de mais de 1200 pessoas entre os 50 e os 101 anos concluiu-se que o sentimento de solidão aumenta com a idade: 9,9% dos 50-64 anos; 26,8% com 85 anos ou mais; é mais frequente nas pessoas viúvas (30,6%) e nas pessoas solteiras (15,8%) do que em pessoas casadas (9,2%).

De acordo com o estudo de Vaz de Almeida et al. (2021a), ficou evidenciado que o acesso aos serviços de saúde ficou mais dificultado por causa da pandemia, trazendo questões profundas de limitação física, cognitiva e emocional.

Também Serafini, Parmigiani, Amerio et al, (2020) relatam que a pandemia e o afastamento social das pessoas com os períodos de confinamento trouxeram consequências psicológicas importantes e disfuncionais na saúde mental do indivíduo, não só a curto prazo, mas mesmo no longo prazo (Serafini et al, 2020, p. 530).

Perante as limitações da comunicação face-a-face e intervenções psicológicas sociais tradicionais é preciso recriar no digital o sentimento de presencial, garantindo a proximidade, relação de confiança, assente numa humanização e cuidados que tem em conta o sentimento da pessoa que procura os cuidados de saúde (Vaz de Almeida, Coelho, Martins e Guarda (2021a).

A memória como fator crítico

Que quantidade de informação conseguimos fixar em alguns minutos?

A maior parte das vezes a informação médica precisa ser lembrada por mais tempo do que apenas por alguns minutos. Recordar as informações após uma consulta de saúde é importante para a saúde e o bem-estar dos pacientes. A informação, recordada com precisão ou de forma incorreta, serve depois para ser utilizada para o cumprimento de regimes de saúde, tomada de decisão, e promoção geral da saúde (McGuire, 1996).

Assim, há consequências para a saúde do paciente, tendo em conta aquilo que ele consegue recordar após uma consulta, e regressa à sua vida, quando sai pela porta da consulta, e recai sobre ele a tomada de decisões em saúde. É necessário pois que a sua memória funcione ativa e corretamente, e que tenha ainda auxiliares de memória que possa levar consigo após ter ouvido, provavelmente atentamente, o seu profissional de saúde.

Anderson et al. (1979) verificaram que num ambiente clínico de rotina, os doentes mais velhos e idosos lembravam apenas corretamente 40% do total da informação fornecida durante a consulta. Das informações relatadas pelos pacientes durante a recolha, 48% foi imaginado ou mal interpretado.

McGuire (1996) ainda registou níveis mais baixos de memória sublinhando que durante a recolha imediata, os pacientes lembram-se, no máximo, 25% da informação que foram apresentadas, e este número diminui significativamente ao longo de 1 mês.

Para Okun e Rice (2001) é importante para uma melhor memorização, que as informações sejam consistentes com o conhecimentos e crenças previamente adquiridos. Estes autores (Okun & Rice, 2001), verificaram que entre leitores mais velhos, as informações médicas que confirmaram a existência as crenças, eram mais lembradas do que as informações que contradiziam essas crenças. Por outro lado, a aquisição de informação totalmente nova tende a ser mais fácil do que a correção de um conhecimento preexistente.

Os resultados da investigação de Zieve, Woodworth e Harvey (2020) referem que melhorar a memória do paciente, e promover a aprendizagem dos conteúdos do tratamento, através de uma intervenção de suporte à memória, pode melhorar os resultados. Os investigadores (Zieve et al, 2020), chegam ainda a conclusão, que a intervenção de suporte de memória pode ser simplificada para incluir menos estratégias, sem que esta simplificação comprometa a sua eficácia. Estas estratégias são as que podem ser mais corretas, pois quanto mais informação existe na consulta, menor é o seu efeito (McGuire, 1996).

METODOLOGIA

Tal como no estudo de Park e Kwon (2021) foram realizadas entrevistas cognitivas, através de uma metodologia de *pensamento em voz alta* e perguntas de sondagem, para avaliar as perceções deste grupo de 40 pessoas mais velhas (+ de 65 anos), organizando as questões com base nas seguintes categorias: memória das instruções em saúde; inter-relacionamento com o profissional e saúde (afetivo e social); acesso aos serviços de saúde (transportes facilitador ou não).

Foi desenvolvido um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa junto de um grupo de indivíduos com mais de 65 anos, frequentadores da Universidade Sénior na área metropolitana de Lisboa (Massamá e Monte Abraão), sujeitos a uma regular intervenção psicossocial no âmbito do conjunto de atividades desenvolvidas.

Os participantes foram selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, selecionados pela sua participação ativa na Universidade Sénior.

Através de uma metodologia de técnica de grupos focais, um recurso para compreender o processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Serrão, 2014, p. 34; Veiga, & Gondim, 2001), usou-se ainda uma metodologia de *pensamento*

em voz alta. Para atingir estes fins, foi elaborado um guião com um conjunto de oito questões orientadores da discussão. Especificamente:

Assinatura de consentimento informado dada por todos os participantes envolvidos no estudo com base num questionário preparado pelas investigadoras, e baseado em Cegala 2003). (Quadro 1)

Quadro 1. Questionário aplicado ao grupo de idosos participantes no estudo

1 - O que mais gostam nos seus médicos e enfermeiros (ver diferenças que apontam entre os médicos e enfermeiros, se as houver)
2 - O que menos gostam no sistema de saúde?
3 – Sentem-se bem em ir ao médico e porquê?
4 – Que dificuldades têm no acesso? Por exemplo transportes.
5. Como consegue lembrar-se de tudo o que o seu médico diz?
6. Esquece-se de alguma coisa que o seu médico diz quando chega a casa?
7. Se responde “não”, então pergunte... E passado uns dias, pode esquecer-se?
8. O que faz para se lembrar das indicações do médico?

Fonte: Elaboração própria com base em Cegala (2003); Kessels (2003)

Foram ainda colocadas questões sociodemográficas relacionadas com idade, género e habilitações académicas. Foi dado o consentimento informado por cada um dos indivíduos, e os dados anonimizados.

O contexto de vivências dos idosos: a geografia do local e a universidade

A localidade de Massamá (Portugal) situa-se no concelho de Sintra, e é delimitada pelas localidades de Cacém e de Belas e com o concelho de Oeiras. Faz parte de Massamá a localidade de Alto de Tercena, já em território de Barcarena, concelho de Oeiras. Segundo os censos de 2011, a localidade contava com 28 112 pessoas, dos quais 13 374 são homens e 14 738 mulheres. Dentro do concelho, Monte Abraão é uma das mais antigas povoações do Concelho de Sintra. Faz limite com a linha do caminho-de-ferro, com a freguesia de Belas, o rio Jamor e a CREL (circular

regional externa de Lisboa). Em termos populacionais e segundo os censos de 2011, a população contava com 20 809 pessoas, sendo 9 798 homens e 11 011 mulheres.

A entrevista em profundidade com a coordenadora da Universidade Sénior fez revelar o potencial de ocupação, capacitação e bem-estar que esta organização comunitária promove junto dos municípios. Podemos observar no quadro alguns dados fundacionais da universidade sénior no Quadro 2.

Quadro 2. Fundação da Universidade sénior

A Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão nasce após um período de levantamento de necessidades sobre a pertinência da implementação e desenvolvimento de um projeto comunitário de ensino não formal.

A Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão foi fundada em setembro de 2008, como uma das valências pertencentes à freguesia de Massamá. Nesta data a sua designação era apenas “Universidade Sénior de Massamá”. Em 2013, com a reorganização das freguesias, a Universidade Sénior de Massamá passou a designar-se por Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão, onde atualmente conta com dois polos, um em Massamá e outro em Monte de Abraão.

O Polo da Universidade de Massamá situa-se na Av. 25 de Abril, em Massamá e o de Monte de Abraão situa-se na Praceta Refúgio da Criança, cada um deles com duas salas de aula. Para além disso, conta sempre com parcerias realizadas com outros espaços da freguesia, para o desenvolvimento de áreas com maior procura, como é o caso do grupo coral.

Fundamenta-se no Diário da República n.º 40/2020, Série II de 2020-02-26

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a sua coordenadora: *a Universidade Sénior desde logo se propôs contribuir para o envelhecimento saudável, reconhecendo a população sénior como uma referência viva da memória coletiva e cidadãos ativos na sociedade.*

Tal como no estudo de Monteiro e Neto, (2008), as Universidades Sêniores permitem lidar com o envelhecimento de uma forma satisfatória, havendo uma similitude nos objetivos e resultados das universidades sêniores em Portugal, que, *ao longo dos últimos anos constituem uma mais-valia nas relações sociais na comunidade e família.* Para além das relações sociais têm evidenciado um grande potencial *no combate a patologias e na promoção de um envelhecimento ativo e participativo, contribuindo para partilhar ideias, construir projetos, desenvolver capacidades,*

umentar e trocar conhecimentos adquiridos ao longo da vida, refere a a coordenadora da US deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Foram conduzidos cinco (N=5) momentos de entrevista em dias distintos. Os grupos de idosos foram variados, no entanto, maioritariamente constituídos por mulheres.

Participaram neste estudo 40 indivíduos com mais de 65 anos, sendo 67,5% do género feminino e 32,5% do género masculino, como é possível observar na tabela 1.

Tabela 1. Amostra do estudo

Género	Número	%
Feminino	27	67,5%
Masculino	13	32,5%
total	40	100%

Fonte: Elaboração própria

O nível educacional é bastante heterogéneo: 40% dos participantes possuem formação académica superior e 30% concluíram o 12ºano. Terminaram o liceu 17,5% dos idosos e apenas 7,5% não prosseguiram além da primária. Com esta amostra reduzida não é possível estreitar uma relação entre as idades e o acesso à formação.

As idades oscilaram dos 65 anos aos 89 anos de idade. E os participantes mais velhos são maioritariamente pessoas do género feminino. Sendo que a média das idades do grupo é de 72,3 anos. (Tabela 2, 3)

Tabela 2. Média de idades e variação

Idades	Anos
Média	72,3
Mais novo	65
Mais velho	89

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Número de participantes por idade e género

Participantes	Total	Mulheres	Homens
Dos 65 aos 69 anos	15	8	7
Dos 70 aos 79 anos	20	15	5
Dos 80 aos 89 anos	5	4	1

Fonte: Elaboração própria

No quadro 3 podemos rever algumas das expressões dos participantes que denotaram sentimentos de autonomia na decisão e mais, de contrariedade da instrução em saúde.

Quadro 3. Verbalização pelos participantes de sentimentos de autonomia e contrariedade das instruções em saúde

Verbalização e expressões que visam contrariar a instrução em saúde

“Principalmente porque eu não gosto nada de medicamentos, . E há médicos que abusam um bocadinho da medicação e eu seleciono a medicação que eu acho que preciso.”

“A pessoa quando está doente, sei lá... quer tudo e mais alguma coisa!

“E que expliquem bem as coisas, de maneira que eu perceba. Não só com nomes técnicos, mas que esclareçam, que digam sem ser só por nomes técnicos.”

“Eu tento sempre reduzir tudo o que eles me aconselham.”

“Muitas vezes não dá certo, não consigo aquilo que quero.”

“Quando eu acho que aquilo não é bom senso eu não faço.”

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4. Expressões associadas aos efeitos da pandemia

Expressões usadas sobre os efeitos da pandemia

“Agora foi muito difícil, não fui a médico nenhum.”; “Marcavam, desmarcavam.” “a falta de acesso ao médico” “Ninguém se importava connosco.”

“Antes da pandemia funcionava bem.”

“Desde a pandemia ninguém atende, temos de ir ao posto”

“Dificuldade na marcação.”

“É a espera na rua, primeiro a espera da consulta.”

“Faça sol ou faça chuva a mamãzinha com a criança ao colo, a pessoa de idade de canadianas tenha de ficar lá fora a chuva eu não concordo.”

“Ela dá-me as consultas por telemóvel, eu digo-lhe o medicamento que me falta e ela diz-me, eu vou à farmácia e a farmácia dá-me o medicamento.”

“Marcar consulta por telefone nem se consegue, não atendem. Tem de ser presencial.”

“O Sistema está bem, há recursos suficientes, mas à custa do sacrifício de muita gente.”

A marcação às vezes, tenho optado por fazer online nem sempre funciona.”

Muita tecnologia, a gente quando quer saber alguma coisa a liga e tem de ouvir aquelas coisas todas (atendedor de chamadas)”.

Fonte: Elaboração própria

As estratégias de memorização

Na sequência da organização dos grupos focais, com perguntas abertas para ampliar as respostas e o à vontade de estarem em grupo, foi interessante notar algo que não é comum na literatura e que se reflete no processo de memorização.

Da totalidade dos participantes desta amostra por conveniência (N=40) idosos habituados a frequentar a universidade sénior, bastante ativos, 37 revelaram que se lembram das indicações dos profissionais de saúde e desenvolvem estratégias para a memorização. Apenas três (N=3) deram indicação que podem esquecer-se e que se apoiam no cônjuge para não perderem essa informação em saúde por falta de memorização.

Destacam-se, como fatores de memorização das indicações médicas dadas na consulta: a atenção que os idosos prestam durante o momento de consulta; o exercício de memória (60%) e a anotação (40%) em papel ou no telemóvel quando chegam a casa. 3 dos participantes (7,5%) contam também, com a ajuda de familiares que os acompanham. E em 40 intervenientes, apenas 1 (2,5%) prepara a sua consulta registando as questões a colocar ao médico e, outro regista durante a consulta.

Maioritariamente (85%) lembram-se das indicações de cor quer à saída da consulta, quer após chegarem a casa nesse dia ou nos dias subsequentes. No entanto, podem consultar regularmente os registos.

Após chegarem a casa e como prevenção, quase a totalidade dos participantes, registam todas as indicações em suporte papel, colocam lembretes no telemóvel ou organizam a informação (datas de consultas, guias de tratamento, receitas médicas) em pastas de arquivo.

Face às três questões centradas na importância da memorização: 5. Como consegue lembrar-se de tudo o que o seu médico diz?; 6. Esquece-se de alguma coisa que o seu médico diz quando

chega a casa? ; 7. Se responde “não”, então pergunte... E passado uns dias, pode esquecer-se?;

8. O que faz para se lembrar das indicações do médico, podemos observar no quadro 5 as respostas dadas.

Quadro 5. Estratégias apresentadas pelos participantes para memorização

A memória do paciente
<p>"Aquilo que falo com a médica quer nos tratamentos quer o que tenho de fazer não me esqueço.";</p> <p>"Faço um esforço por me lembrar e consulto a receita.";</p> <p>"Lembro-me.";</p> <p>"A minha medicação em si é curta.";</p> <p>"A nível de medicamentos só tomo um, de resto não tenho problema em me lembrar.";</p> <p>"Ai lembro sim";</p> <p>"Ainda recordo bem as coisas";</p> <p>"Algumas coisas eu esqueço, mas o mais importante eu memorizo.";</p> <p>"Eu lembro-me, eu acho que ainda tenho boa memória.";</p> <p>"Ponho o cérebro a trabalhar.";</p> <p>"Faço um esforço de memória.";</p> <p>"Fica aqui na minha cabeça.";</p> <p>"Geralmente as coisas principais eu recordo.";</p> <p>"Lembro-me de tudo";</p> <p>"Não consigo, a médica explica tudo e quando chego à rua já não me lembro de nada.";</p> <p>"Sei mais ou menos tudo o que ela me diz.";</p> <p>"Não me esqueço";</p> <p>"Naturalmente lembro-me.";</p> <p>"Tenho boa memória";</p> <p>"Tento lembrar-me."</p>
O apoio do profissional de saúde ou da família
<p>"Antigamente eu ia sozinha, mas agora levo a filha.";</p> <p>"As farmácias escrevem como tomar a medicação.";</p> <p>"E também sigo os papeis que ela me passa.";</p> <p>"Fui a um médico por causa do coração, mas felizmente deu-me uma folha com o medicamento, os horários e o princípio ativo. Foi a primeira vez que me fizeram isso e achei muito interessante.";</p> <p>"Levo a esposa e ela recebe as indicações escritas pela médica.";</p> <p>"Mas quando há uma coisa que tenho de me lembrar peço à médica para escrever.";</p> <p>"Normalmente na altura aquilo vem tudo discriminado a que horas tenho que tomar";</p> <p>"Peço para ele (o médico) me escrever e sigo a guia de tratamento.";</p> <p>"Pela prescrição médica, estou atenta ao que ele me diz, se alguma coisa que fique na dúvida volto a perguntar";</p> <p>"Se for sozinha pode acontecer, mas telefono à médica.";</p> <p>"Se há alturas em que acho que me vou esquecer peço para me escrever";</p> <p>"Se tiver dificuldades eu escrevo ou peço a ela (médica de família) para escrever e ela escreve.";</p> <p>"Sempre que eu precisava de alguma coisa vinha falar com a Enfermeira, explicavam-me mesmo na questão da diabetes, da insulina e de isso tudo e davam-me os esclarecimentos que eu precisava."</p>
O apoio dos suportes escritos e gravações
<p>"Às vezes as dosagens de medicamentos, mas vai ver-se a receita e está lá tudo.";</p>

“Tenho sempre as coisas escritas”;
 “Anoto”;
 “Aponto as indicações”;
 “Aponto tudo. Um lembrete. Medicamentos ponho despertador na hora que quero tomar. Para outra consulta ponho à entrada da porta uma chamada de atenção.” “E o meu marido também, ajudamo-nos um ou outro.”;
 “Às vezes escrevo.”;
 “Às vezes, não me lembro, mas vou à prescrição. Procurei já ter mecanismos de defesa.”;
 “Até já pensei em levar um gravadorzinho pequenino e escrever quando chegar a casa.”;
 “Escrevo”;
 “Geralmente escrevo uma cábula”; “Escrevo as perguntas que quero fazer.”;
 “Não tenho dificuldade nenhuma, apesar da minha idade, porque se ele me receita um remédio novo escrevo na caixinha. Mas depois a partir de um certo dia decoro aquilo.”;
 “Não tenho dificuldade. E agora é escrito também é mais fácil.”;
 “Não. Tenho tudo organizado.”;
 “Neste momento tem de estar tudo escrito e muito bem escrito.”;
 “Normalmente é feito por mail fica tudo escrito.”;
 “Normalmente como ele (médico) tem muito má letra eu passo pela empregada e ela põe nas costas a tradução.”;
 “Organizo tudo pela folha, ainda hoje”;
 “Os medicamentos que ando a tomar tenho tudo no telemóvel.”;
 “Os medicamentos, tenho a minha maneira própria de escrever como aquilo é.”;
 “Se me esqueço, algum tempo depois aponto tudo e logo me lembro.”;
 “Sento-me no sossego e vou recordando e vou escrevendo.”;
 “Só a longo prazo ponho um lembrete no telemóvel.”;
 “Tudo o que seja medicamentos ou outra coisa nova, tenho que assentar mesmo, porque a memória é muito fraca.”;
 “Vou a pasta da saúde e vejo em que dias é, como se toma os medicamentos e isso tudo.”;
 “Se for uma consulta marco no telemóvel um lembrete.”

As emoções sentidas para não esquecer

“Não (me esqueço) porque tenho medo, tenho respeito ao médico. Respeito pelo que o médico está a fazer.”;
 “Sempre que tenho uma dor lembro-me do que ela me disse.”

Algumas metáforizações

“Às vezes tenho de ir lá consultar a cábula.”;
 “Antes que me esqueça faço uma cábula.”;
 “Às vezes, mas vou lá à cábula. É para isso que ela existe.”;
 “Faço a minha ginástica mental”;
 “Tenho uma memória de elefante”;
 “Tudo o que a Dra. Rosa diz, é uma ordem.”

Fonte: Elaboração própria

Preferências e humanização dos cuidados e proximidade

Notamos relativamente à questão P1 que os idosos foram mais efusivos acerca do grupo profissional médico, referindo a simpatia (22,5%) e ainda, 30% dos idosos privilegiam um médico atencioso e atento.

A humanização e a importância das relações humanas tiveram um destaque de 12,5%, assim como a disponibilidade e acessibilidade do profissional.

Menos de 25% refere, quer a competência e o profissionalismo como fundamental ao atendimento médico, quer a necessidade de clareza nos diagnósticos realizados, do discurso clínico e das indicações médicas.

Relativamente ao atendimento por enfermeiros é muito ocasional e pontual neste grupo. Sendo que a maioria dos participantes não vê necessidade de distinguir entre as classes médica e de enfermagem no que diz respeito aos valores pessoais e profissionais. No entanto, uma (N=1) pessoa refere ser necessário uma necessidade de mais humanização nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à questão P2 houve opiniões diferentes, embora centradas na humanização dos cuidados, na proximidade e necessária facilidade de acesso à saúde. Se realçarmos os sentimentos negativos manifestados por esta amostra, verificamos que 37,5% dos idosos destacam demoras relacionadas com a marcação de novas consultas; atrasos no atendimento e ainda; dificuldade no acesso às mesmas. Um total de 15% referem questões do foro administrativo como a burocracia e a dificuldade no atendimento telefónico. Um total de sete (N=7) pessoas (17,5%) pedem mais proximidade ao serviço e abordam questões específicas como o desagrado pelas consultas telefónicas; a necessidade de se ter médico de família; a justiça em aceder ao serviço nacional de saúde; e aos cuidados. Um total de 10% dos idosos apontam ainda a ausência de especialidades médicas mais solicitadas nos centros de Saúde. Um pequeno número dos participantes, duas pessoas (5%), destacam a má organização do Serviço Nacional de Saúde e 2,5% dos participantes apontam que o critério clínico difere de médico para médico e referem o desperdício medicamentoso associado à mudança da prescrição.

Ouviram-se expressões como: *“o médico tem conhecimento científico, o enfermeiro também, mas o enfermeiro toca! Todos os dias!”*; *“Saber é muito importante, mas, passar o saber, utilizar”*.

Outro participante refere o estado do doente: *“O doente está frágil.”*; *“Haver uma empatia e um respeito por quem é doente é ser profissional”*.

Cerca de 12,5% dos participantes, não têm nada a dizer de negativo em relação ao serviço de saúde, confirmando que sempre foram bem atendidos nas diversas valências do Centro de Saúde. A maioria (80 %) registou em relação à questão P3 um à vontade, conforto e confiança enorme com o seu médico assistente (serviço nacional de saúde e outros), reveladores da inexistência de constrangimentos na utilização do serviço. Relativamente aos restantes participantes, cinco (5%) referem sintomas como ansiedade no momento da consulta, outros 5% vêm uma necessidade suprida e um problema resolvido. Apenas um (N=1) idoso não gosta de estar doente e não gosta de ir ao médico e outro (2,5%) não gosta de tomar medicamentos.

A questão P4 revela que, maioritariamente as grandes dificuldades no acesso à saúde são as distâncias e os transportes (7,5%), a pandemia (12,5%) e a dificuldade em estabelecer contato

com o centro de saúde e efetivar a marcação (17,5%); o acesso ao meio hospitalar (10%) e, o acesso à informação (5%).

A valorização integral do cidadão sénior

A valorização integral do cidadão sénior, quer a nível pessoal quer a nível social é o focus da atividade e dos resultados pretendidos pela Universidade Sénior aqui avaliada. Alguns dos seus objetivos sociais de saúde, de equidade e de partilhas podem ser lidos no quadro 6.

Quadro 6. Objetivos e resultados pretendidos com a ação da Universidade Sénior

- a) Oferecer às pessoas, um espaço de vida socialmente organizado e adaptado às suas idades, para que possam viver de acordo com a sua personalidade e a sua relação social;
- b) Proporcionar às pessoas a frequência de aulas onde os seus conhecimentos possam ser divulgados, valorizados e ampliados;
- c) Desenvolver atividades promovidas para e pelos alunos;
- d) Criar espaços de encontro na comunidade que se tornem incentivos e estímulos a um espírito de convivência e de solidariedade humana e social;
- e) Divulgar a história, cultura, tradições e valores locais, regionais e nacionais;
- f) Fomentar e apoiar o voluntariado social;
- g) Desenvolver ações de formação social, pessoal e profissional para toda a comunidade.

Fonte: Elaboração própria

Face à evolução e crescimento do projeto, exigiu uma valorização da Universidade Sénior, tanto a nível administrativo como pedagógico, criando a figura do Conselho Pedagógico, que até à data não existia. Este é composto por alunos, professores, coordenação e executivo da União de Freguesias de Massamá e Monte Abraão, que, segundo a sua coordenadora *permite uma comunicação assertiva e uma maior atenção às mudanças e propostas de melhoria*. O envolvimento da comunidade escolar composta por alunos, professores, funcionários e voluntários, na participação ativa nas atividades a favor da comunidade da Universidade Sénior é, desde sempre, uma constante.

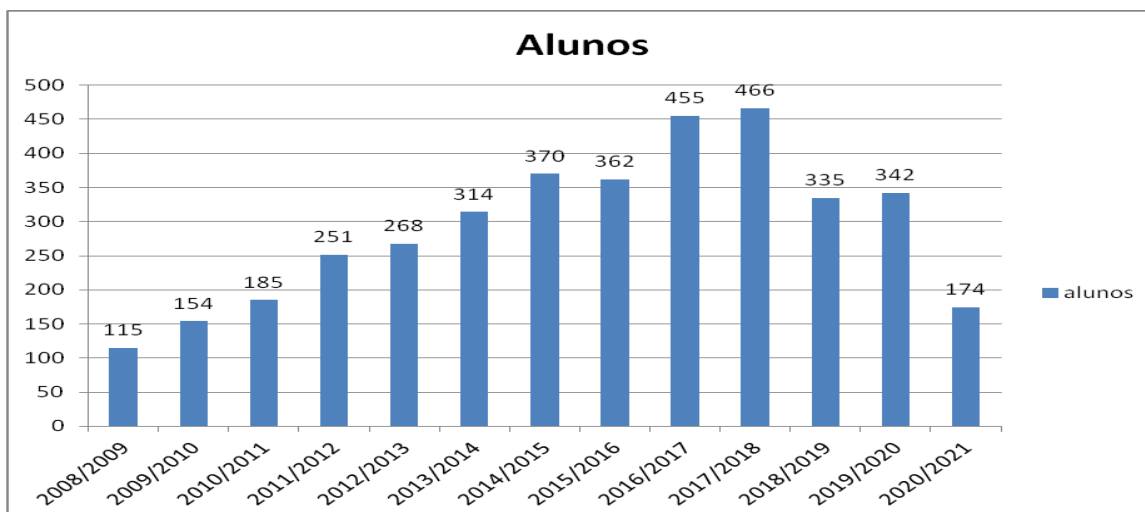
Tal como no estudo de Zieve, Woodworth e Harvey (2020) a promoção das aprendizagens dos conteúdos do tratamento, através de uma intervenção de suporte à memória, pode melhorar os resultados, sendo que esta Universidade Sénior, através da voz da sua coordenadora revela que *imperava um sentimento de partilha, entreatajuda e convívio*.

Atendendo às preferências dos seus constituintes (alunos, professores e voluntários), a Universidade Sénior oferece um conjunto diversificado de disciplinas de forma a responder a diferentes áreas de interesse e agrupando-se, atualmente, em sete áreas temáticas, designadamente, as tecnologias de informação, as ciências sociais e humanas, línguas e literaturas, música e teatralidades, ambiente ecologia e bem-estar, artes e manualidades e motricidade.

Desde sempre, este projeto pautou-se pelas parcerias estabelecidas com outras entidades de forma a enriquecer e a diversificar as atividades oferecidas. Para além das áreas curriculares, são desenvolvidas, também, atividades extracurriculares onde se inserem as visitas de estudo/culturais, workshops, tertúlias, palestras, comemorações festivas, programas intergeracionais, entre outros.

É nesta perspetiva, que a Universidade Sénior tem tido procura constante (gráfico 1), tanto da população da nossa freguesia como das freguesias limítrofes. Damos, assim, cumprimento aos objetivos que nos propusemos desenvolver em cada ano letivo e demonstramos o papel fundamental que tem a nossa Universidade, junto da população sénior no combate a patologias do envelhecimento e na promoção de um estilo de vida mais saudável.

Gráfico 1. A evolução do número de participantes na Universidade sénior



Fonte: Elaboração própria

Focando-se nos espaços residenciais, a UMP (2021) apela para a integral participação da pessoa mais velha em espaços residenciais, e refere a necessidade de “estímulo à participação dos residentes no quotidiano, instituído enquanto estratégia de funcionamento basilar para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença” (p. 29).

Nesta reflexão, acrescenta: “os residentes devem ser envolvidos na preparação das refeições, na limpeza dos quartos e espaços interiores e exteriores, quando tiverem esse interesse e capacidade” (UMP, 2021, p. 29). Este sentido de participação também é comum nas Universidades Sêniores, onde se torna importante também cuidar da saúde de forma diferenciada com atividades de lazer, prevenindo o envelhecimento patológico (Junior, 2011).

Os participantes nos *focus group* e entrevistas neste estudo revelaram a importância da continuidade de acompanhamento pelo seu médico ou enfermeiro. Estes resultados vêm reforçar os dados obtidos no estudo de Vaz de Almeida, Coelho, Martins e Guarda (2021b), o acompanhamento pelo mesmo profissional permite uma relação mais próxima e o facto de ser o mesmo profissional, permite dar uma sensação de estabilidade ao utente (p. 37).

Zieve, Dong, Weaver, Ong e Harvey (2019), confirmam que as estratégias construtivas de suporte à memória podem resultar numa melhor memória do paciente do que as estratégias não construtivas, facilitando comportamentos de aprendizagem construtivas do paciente (p. 81).

É também importante na comunicação em saúde à distância que o profissional de saúde desenvolva as estratégias de memorização que estimulem a adesão do paciente às instruções em saúde. Estas estratégias têm de ser personalizadas e adaptadas à idade e contexto do paciente. Neste sentido, Vaz de Almeida et al, (2021 b) referem que especialmente a pessoa idosa, “necessita de maior acompanhamento, e também porque a maioria não está familiarizado com as novas tecnologias” (p. 38). O que sucede, é que apesar da maioria dos utentes terem telemóvel, e por isso “a chamada telefónica seja considerada a mais fácil e produtiva, deve haver um cuidado redobrado pelo profissional de saúde” (Vaz de Almeida et al, 2021b, p. 38).

Algumas das estratégias construtivas de apoio à memória pode ser observadas no quadro 7.

Quadro 7. Estratégias construtivas de apoio à memória.

ESTRATÉGIAS	EXEMPLOS DE Zieve, Dong, Weaver, Ong e Harvey (2019)
Atenção Recrutamento	O profissional comunica ao paciente de forma expressiva e explicitamente, que um ponto de tratamento é importante para lembrar; Por exemplo, "se há uma coisa que gostaria que recordasse daqui a dez anos, é esta habilidade"; ou através de multimédia de apresentação, por exemplo, usar um quadro branco, imagem no telemóvel/ipad, como forma de recrutar a atenção do paciente.

Categorização	Envolve explícito esforço do profissional para trabalhar com o paciente em grupos de tratamento debatendo temas/princípios comuns. por exemplo, "Vamos criar uma lista que podemos trabalhar, como por exemplo, a" a hora de acordar todas as manhãs"
Avaliação	Envolve o profissional trabalhar com o paciente para: a) discutir os prós/contras de um ponto de tratamento (por exemplo, "O que seriam alguns vantagens/desvantagens de acordar ao mesmo tempo todas as manhãs?" ou b) utilizar comparações para comparar um novo ponto de tratamento com uma alternativa ou hipotética (por exemplo) "Como é que esta nova estratégia de exercitar mais se compara ao seu hábito atual de deitar-se na cama quando sente?").
Aplicação	Envolve o trabalho do profissional com o paciente para aplicar um ponto de tratamento para cenários passados, presentes ou futuros (reais ou hipóteses) por exemplo: "Pense num exemplo em que pode tentar este novo método de lidar com o stress no trabalho?"
Repetição	Envolve a reafirmação profissional, reformulando ou revisitando informações discutidas no tratamento. Por exemplo, "em outras palavras "como falamos anteriormente", ou "em "suma").
A prática de lembrar	O profissional facilita o paciente a regenerar, reafirmar, reformular e/ou visitar um ponto de tratamento (por exemplo, "Pode dizer-me algumas das principais ideias que tirou da sessão de hoje?"). O lembrete em sugestões baseados o profissional ajudando o paciente a desenvolver pistas novas ou existentes Por exemplo, lembretes de texto) para facilitar a memória para pontos de tratamento.
Louvor	Recompensar o paciente por recordar com sucesso um ponto de tratamento (por exemplo, "É realmente ótimo que se você lembre ponto desse ponto!") ou lembrando-se de implementar um ponto de tratamento desejado (por exemplo. Estou "tão feliz porque se lembrou de recuar e olhar para aquilo que aconteceu /para os resultados anteriores..."

Fonte: Bseado em Zieve, Dong, Weaver, Ong e Harvey (2019).

CONCLUSÃO

A capacidade de envolvimento e participação de uma universidade sénior influenciar as estratégias de memória e de autonomização da pessoa idosa, assim como da sua motivação, partilha de ideias e intervenções em áreas com significado para estas pessoas maiores parece ser um bom meio de estímulo e de controlo dos processos normais de envelhecimento.

Nas dinâmicas organizadas pela universidade sénior, de combate à solidão e ao isolamento, o fenómeno da conexão social repercute-se nas vivências individuais de cada individuo, que, apesar das personalidades diferentes, revelam uma mais acentuada capacidade cognitiva, emocional e decisória sobre as suas vidas e sobre a sua saúde.

Os fatores como a proximidade, a empatia, o toque terapêutico e a conversa social são importantes para a consolidação de uma boa relação em saúde entre o utente e os profissionais de saúde.

Verificamos que a pandemia trouxe afastamentos naturais, que a maior parte considerou ter sido afetado pela distância e pelas relações de saúde estabelecidas via digital (telefone).

Ficou assim evidenciada, pese embora este estudo limitado exploratório, que a percepção e o valor atribuído pela pessoa idosa sobre a qualidade dos serviços prestados pela saúde sai melhorada nesta população integrada em universidade sénior. Abrem-se aqui portas de investigação para se fazerem estudos mais profundos e com maiores amostras sobre se efetivamente a Universidade sénior é fator de melhoria da percepção da qualidade em saúde, assim como para poder capacitar melhor, avaliando crenças e barreiras destas pessoas mais velhas.

BIBLIOGRAFIA

- Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: A review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 91–94. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00087-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00087-9)
- Junior, E. (2011). *A pastoral do envelhecimento ativo*. Rio de Janeiro: Apicuri.
- Kessels, R. P. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal Royal Society of Medicine*, 96(5), 219-222. PMID:12724430
- McGuire, L.C. (1996). Remembering what the doctor said: organization and older adults' memory for medical information. *Experimental Aging Research*, 22, 403–428.
- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade. Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Livpsic.
- Okun, MA., & Rice, G.E. (2001). The effects of personal relevance of topic and information type on older adults' accurate recall of written medical passages about osteoarthritis. *J Aging Health*, 13, 410–429.
- Oswaldo, S., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., Charondiére, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa.
- Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E. L. S., Yarid, S. D., & Filho, D. L. G. (2013). Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, 21(3), 518-524.
- Park, E., & Kwon, M. (2021). Testing the Digital Health Literacy Instrument for Adolescents: Cognitive Interviews. *J Med Internet Res*, 23(3): e17856
doi: [10.2196/17856](https://doi.org/10.2196/17856) PMID: [33720031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720031/) PMCID: [8074835](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8074835/)
- Sequeira, S. S., Eggermont, L. H., Silliman, R. A., Bickmore, T. W., Henault, L. E., Winter, M. R., . . . Paasche-Orlow, M. K. (2013). Limited health literacy and decline in executive function in older adults. *J Health Commun*, 18 Suppl 1, 143-157.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*. doi:10.1093/qjmed/hcaa201
- Serrão, C., Paulo, A. L., & Lopes, B. (2014). A rede social como instrumento de mudança. In P. Delgado, S. Barros, C. Serrão, S. Veiga, T. Martins, A. J. Guedes, F. Diogo, & M. J. Araújo, *Pedagogia / Educação Social - Teorias & Práticas. Espaços de investigação, formação e ação* (pp. 29-33). Porto: Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto.
- SNS 24 (2019). A solidão e o isolamento social. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>

<https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.427>

- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc*, *54*(5), 770-776.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, *22*(3), 615-620.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, *3*(4), 1646-1658.
- Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*, *165*, 1946-1952.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (2001). Innovative care for chronic conditions. Meeting report. Geneva: WHO.
- UMP. (2021). Respostas seniores do futuro um modelo de respostas especializadas integradas [maio de 2021].
- Vaz de Almeida, C., Rodrigues, P, Rodrigues, M., Pinheiro, D., & Nunes, C. (2021). Bem-estar, Mindfulness e a saúde oral: benefícios para profissionais e pacientes. Relatório. Lisboa: APPSP. DOI: 10.5281/zenodo.4557438 Disponível em: http://www.appsp.org/site/assets/files/1226/bem-estar-mindfulness_e_saude_oral.pdf
- Vaz de Almeida, C. Coelho, I.D., Martins, P. & Guarda, L. (2021). *Saúde Digital em tempos de pandemia. Encontrar o sentido do espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças*. Lisboa: APPSP. Doi: 10.5281/zenodo.4522750 Disponível em: <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6765680902740692992>
- Zieve, G.G., Woodworth, C., & Harvey, A.G. (2020). Client memory and learning of treatment contents: An experimental study of intervention strategies and relationship to outcome in a brief treatment for procrastination. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* *69*, 1-9.101579
- [Zhang](#), F., Or, P.P.L., Chung, J.W.Y. (2021). How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours. Acedido em: <https://doi.org/10.1111/hex.13208>