

**V Conferência Científica Internacional
de Projetos Educativos para Seniores - 2020**

**V international scientific conference of
educational projects for seniors – RIPE+50**



**Online
9 de Dezembro de 2020**

LIVRO DE ACTAS / Minute book

Coordenação: Luis Jacob

RIPE 50 +

TÍTULO: Livro de actas do V conferência científica internacional de projetos educativos para seniores - *Minute V international scientific conference of educational projects for seniors*

COORDENADOR: Luis Jacob – RUTIS/RIPE50+

EDIÇÃO: 1ª Edição digital, 266 páginas. Acessível em www.ripe50.org

RIPE 50+, Rede Mundial de Projectos Educativos para maiores de 50

EDITORA:

Euedito
2019 Euedito - Portugal
geral@euedito.com
www.euedito.com

V CONFERENCIA: Online / 5 de Dezembro de 2020

ISBN: 978-989-8983-74

Impressão Print On Demand Liberis

DEPÓSITO LEGAL: 476720/20

AVISO LEGAL: Este livro contém informações obtidas através de fontes autênticas. Foram efetuados esforços para publicar os dados e informações fiáveis, mas os coordenadores/editores, bem como a editora, não podem assumir a responsabilidade pela validade de todos os materiais ou pelas consequências do seu uso. Este livro, ou qualquer parte deste, não pode ser reproduzido ou transmitido por qualquer forma ou por qualquer meio, eletrónico ou suporte físico, incluindo fotocópias, microfilmagem, e gravação, ou por qualquer armazenamento de informações ou sistema de recuperação sem autorização prévia por escrito da RUTIS. Todos os direitos reservados. Autorização para fotocopiar itens para uso interno ou pessoal pode ser concedido por RUTIS. Aviso da marca comercial: Produto ou nomes de empresas podem ser marcas comerciais ou marcas comerciais registadas, e são usados somente para identificação e explicação, sem intenção de infringir.



A **cópia ilegal** viola os direitos dos autores.

Os prejudicados somos todos nós

VIII - SAÚDE POSITIVA EM CASA

Ana Galvão

Instituto Politécnico de Bragança, UICISA: E
anagalvao@ipb.pt

Maria José Gomes

Instituto Politécnico de Bragança, UICISA: E
mgomes@ipb.pt

Marco Pinheiro

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa
marco.paulo.pinheiro@iscte-iul.pt

Resumo

O projeto SPC – Saúde Positiva em Casa, é caracterizado por dois pilares: 1. Formação de cuidadores e assistentes pessoais; 2. Prestação de cuidados de saúde no domicílio a doentes crónicos e aos respetivos cuidadores informais, resultando na promoção da capacitação/literacia em cuidados de saúde e consequentemente na qualidade da saúde e bem-estar geral. Com o SPC pretende-se replicar e adaptar em Portugal o modelo Buurtzorg, implementado há mais de dez anos na Holanda. Este modelo baseia-se na prática da enfermagem comunitária. Buurtzorg, é ilustrativo duma nova estratégia de promoção da saúde positiva e do bem-estar geral dos indivíduos,

comunidades, organizações, sociedades e do meio ambiente, estruturando-se no pilar das interconexões entre todos os contextos do doente, tais como a família; a vizinhança e a rede social de apoio. Donde emerge como princípio central: os cuidados serem prestados nos contextos de vida do utente, tendo como referencial teórico o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner. No modelo Buurtzorg, os enfermeiros trabalham intensamente com os utentes e cuidadores informais desde o início, ensinando-os e apoiando-os à medida que aprendem os autocuidados e adquirem confiança. Trabalham em estreita colaboração com clínicos gerais e com profissionais de gerontologia e do serviço social. As decisões sobre as necessidades dos utentes são determinadas em casa, pelo utente, cuidador informal e pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Os cuidados são abrangentes e holísticos com base no que, o utente e família priorizam como necessidades.

Palavras-chave: cuidados domiciliários; modelo Buurtzorg; cuidadores informais; literacia em saúde.

Abstract

The SPC - Saúde Positiva em Casa project is characterised by two pillars: 1. Training of caregivers and personal assistants; 2. Provision of health care at home to chronically ill patients and their informal

caregivers, resulting in the promotion of training / health literacy in care and, consequently, in the quality of health and general well-being. The purpose of the SPC is to replicate and adapt the Buurtzorg model, implemented more than ten years ago in the Netherlands, in Portugal. This model is based on the practice of community nursing. Buurtzorg, illustrates a new strategy to promote positive health and the general well-being of individuals, communities, organisations, societies and the environment, building on the pillar of interconnections between all contexts of the patient, such as the family, the neighbourhood and the social support network. Hence, the central principle emerges: care must be provided in the user's life contexts, using Bronfenbrenner's ecological model of human development as the theoretical framework. In the Buurtzorg model, nurses work intensively with patients and informal caregivers from the beginning, teaching and supporting them as they learn self-care and gain confidence. They work closely with general practitioners and gerontology and social service professionals. Decisions about users' needs are determined at home, by the user, informal caregiver and nurse specialist in community nursing and public health. Care is comprehensive and holistic based on what the patient and family prioritise as needs.

Keywords: care at home; Buurtzorg model; informal caregiver; health

literacy.

Contextualização

O crescimento da população idosa é um fenómeno mundial. Em decorrência do envelhecimento populacional, há também um aumento das doenças crónicas - degenerativas relacionadas à idade, como as demências (Caramelli & Barbosa, 2002). Estima-se que, em Portugal, existam mais de 160 mil pessoas com demência. De acordo com a OMS, espera-se que aumente nas próximas décadas como consequência do crescimento das taxas de envelhecimento.

Segundo os “Censos Sénior 2017”, mais de 45 mil idosos são sinalizados por viverem sozinhos ou isolados, sendo que dados de 2016 revelam que cerca de 40% da população portuguesa com mais de 65 anos encontra-se sozinha durante 8h ou mais/dia.

Um estudo recente realizado em 2018, por investigadores da Universidade de Coimbra, identifica que a população idosa portuguesa tem baixos níveis de saúde comparativamente com outros países europeus, podendo ser considerado um problema de saúde pública. Este mesmo estudo identifica, como saudáveis, 9% dos idosos portugueses, em contraste com 58% da Alemanha e 51% da Suíça. E porque serão os idosos portugueses os menos saudáveis da europa? "Temos os idosos menos saudáveis a todos os níveis, cognitivo e

físico”. Os fatores explicativos apontados são: o estilo de vida dos idosos, falta de atividade física depois de se reformarem, mexem-se menos, tornando os músculos mais fracos, dando mais quedas e tornando-se menos ativos», segundo Manuel Carrageta, cardiologista, presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia - SPGG.

Assim, esta inatividade, não tem só efeitos físicos, espoleta também maior fragilidade a nível cognitivo e as pessoas acabam por ficar fechadas em casa e deixam de fazer a sua vida normal. Quando institucionalizadas são capazes de estar um dia inteiro sentadas a ver televisão. Também, há a considerar todo um conjunto de recursos sociais com efeito na saúde dos idosos, que vão desde o valor das pensões até à facilidade de acesso à saúde. Outro fator muito determinante é o nível educacional, estudos recentes sobre literacia em saúde, identificam como grupo vulnerável as pessoas entre 66 e os 75 anos, com baixos níveis de literacia em saúde.

É um facto que as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidades na área da saúde mental, o que implica sobrecarga para a sociedade. Segundo a OMS os problemas de saúde mental afetam mais as pessoas idosas, a demência afeta 5% das pessoas com mais de

65 anos e 20% das pessoas com mais de 80 anos.

Deste progressivo envelhecimento da população portuguesa surgem consequências a nível social, económico e da saúde, nomeadamente o aumento de perturbações mentais. Estima-se que, em Portugal, existam mais de 160 mil pessoas com demência.

Deste cenário, emerge a necessidade de cuidados domiciliários. São diversas as evidências científicas sobre as dificuldades dos cuidadores e sobre o estado de saúde dos idosos, quer a nível da Síndrome da fragilidade quer a nível de demências. A intervenção a nível de cuidados continua a faltar. Estamos convictos, de que uma resposta eficiente via equipas domiciliárias irá promover o bem-estar geral e a saúde mental positiva dos cuidadores e assistentes pessoais e dos doentes.

As evidências comprovam que em Portugal há falta de auxiliares de geriatria devidamente qualificados na prestação de serviços capazes de aumentar a qualidade de vida e bem-estar na pessoa idosa.

A Hospitalização domiciliária traz benefícios para o doente. Associado ao envelhecimento da população, há um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, o que representa neste momento um problema transversal aos sistemas de saúde do mundo ocidental,

conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e à solicitação crescente do número de camas hospitalares.

Como resposta, têm-se desenvolvido diversas alternativas ao internamento convencional. Para os especialistas em Medicina Interna, a solução passa pela hospitalização domiciliária, uma opção de qualidade, segura, eficaz e de custo-efetivo. Neste tipo de opção, assistimos à humanização de serviços e valorização do papel da família. O enfermeiro especialista em saúde comunitária é um profissional privilegiado, detentor duma visão holística do doente, afigurando-se assim com o perfil recomendado.

Portugal começou só recentemente a dirigir os primeiros passos em termos de equipas de saúde vocacionadas para os cuidados ao domicílio. Contudo, estes cuidados continuam a ser prestados dentro do modelo de saúde existente, sem inovação e sem replicar as melhores práticas existentes, tentando incorporar novas formas de prestação de cuidados de saúde num modelo que tem vindo a provar a sua ineficiência e ineficácia.

Modelos de hospitalização domiciliária existentes

O conceito de hospitalização domiciliária, surgiu pela primeira vez em 1947, nos Estados Unidos da América, com a experiência “Home Care”, que tinha como propósito descongestionar os hospitais,

bem como criar um ambiente psicológico mais favorável para o doente. A primeira unidade a operar neste âmbito chegou à Europa apenas em 1957, a um hospital francês, sendo que no ano de 1996, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu o desenvolvimento do “Hospital para Cuidados de Saúde”, também conhecido como “hospital em casa”, seguindo o modelo americano.

A hospitalização domiciliária define-se como um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais o permitam. O seu público-alvo centra-se numa população maioritariamente idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas e com diversas patologias.

O projeto INTERLINKS identificou uma ampla gama de exemplos baseados na prática que trabalham para uma melhor articulação, coordenação e integração dos cuidados de longo prazo - em vários níveis e abordando diferentes subtemas e questões-chave que precisam ser desenvolvidos para trazer sistemas de cuidados de longo prazo (Leichsenring, 2012). Por exemplo, no nível de sistemas, mecanismos de gestão que tornam os níveis de governo competentes, responsáveis por fornecer uma infraestrutura apropriada (por exemplo, Suécia, Dinamarca, e em parte Inglaterra) ou que permitam

financiamento para indivíduos com necessidades de cuidados de longo prazo (por exemplo, Áustria, França, Alemanha). Além disso, os mecanismos para melhor vincular a prevenção e reabilitação aos cuidados de longo prazo, incluindo novos perfis de emprego, como gestores de caso e “auxiliares quotidianos” (Alemanha) ou enfermeiros comunitários que promovem cuidados centrados na pessoa (por exemplo, Holanda) são um ingrediente importante para gerar novas perspectivas para o cuidado de longo prazo integrado.

Entre a ampla gama de abordagens inovadoras - sempre lembrando que as diferenças nacionais para inovação devem ser consideradas antes de transferir formas específicas de trabalhar de um país para outro - um exemplo de serviços flexíveis e adaptáveis para atender às necessidades individuais e estilo de vida deve ser especialmente destacado: Cuidados no Bairro' ('Buurtzorg'), um exemplo dos Países Baixos que mostra particularmente bem, que existem oportunidades para uma rápida implementação de novas ideias onde a qualidade e a eficiência dos custos é orientada para o cliente .

O Modelo Buurtzorg

O modelo de Buurtzorg foi desenhado por enfermeiros especialistas em saúde comunitária experientes, em 2006, com o objetivo de fornecer assistência domiciliária integrada, ou seja, com

ligações e em articulação com os serviços sociais, clínicos gerais e outros fornecedores, para todas as pessoas que precisam de cuidados em casa. O cuidado é prestado por pequenas equipas autogeridas, com um máximo de 12 profissionais. Para manter os custos organizacionais o mais baixo possível, as tecnologias de informação são usadas para a organização do atendimento com um back-office centralizado pequeno, mas eficiente. O método Buurtzorg possui seis componentes sequenciais, que são entregues como um pacote coerente e não podem ser entregues separadamente. O pacote inclui avaliação, mapeamento e envolvimento da rede de cuidados informais, bem como cuidadores formais, prestação de cuidados, apoio ao cliente em seu contexto social e promoção do autocuidado e independência.

O modelo foi introduzido no mercado altamente regulado da assistência domiciliária holandesa e teve que competir com o sistema existente. Em meados de 2010, as equipas do Buurtzorg estavam já ativas em 250 localidades, com um total 2600 profissionais, nomeadamente 1500 enfermeiros especialistas em saúde comunitária qualificados, que atendiam cerca de 30.000 clientes anualmente (Johansen & van den Bosch, 2017; Kreitzer et al., 2015). A taxa de crescimento de Buurtzorg continua desde então, com cerca de 70 funcionários em 5 a 10 equipas por mês. O back-office centralizado é composto por cerca de 30 profissionais. Hoje, o Buurtzorg ocupa o

primeiro lugar entre todas as organizações de assistência domiciliária, no que diz respeito à satisfação do utente, de acordo com os resultados da avaliação nacional obrigatória da qualidade dos cuidados de saúde. Em 2011, a organização foi premiada como a melhor empregadora da Holanda em organizações com mais de 4000 funcionários. Um resultado significativo é a impressionante redução de custos que atingem menos do que metade dos cuidados domiciliares tradicionais. A principal força deste modelo é superar as lacunas na assistência domiciliária.

Objetivo

Pretende-se implementar um piloto no Distrito de Bragança, adaptando o modelo “Buurtzorg” à realidade portuguesa, na sua vertente de cuidados domiciliários aos idosos e capacitação dos respetivos cuidadores informais, em particular nos casos em que o idoso é afetado por demência ou síndrome de fragilidade do idoso.

A nossa equipa também propõe o treino dos profissionais que venham a integrar a equipa, pois, pensamos ser oportuno que o cuidador desenvolva o treino da empatia e da ferramenta Humanidade ao serviço do cuidar (Garrido & Menezes, 2004; Pereira et al., 2012). Posteriormente, serão os cuidadores profissionais a transmitir estas ferramentas aos cuidadores informais, criando assim um cenário

benéfico para os idosos bem como para os seus cuidadores informais.

Público-alvo

O público alvo do projeto são os idosos com demências e portadores de síndrome de fragilidade do idoso e os seus cuidadores informais.

Metodologia

O papel do cuidador informal/assistente pessoal, tem vindo a ser muito discutido, sendo crítico para os doentes e é fundamental para gerir a situação. A competência dos cuidadores depende em muito da formação e do seu estado de saúde, físico e mental. Mas alguns cuidadores, por muito competentes que sejam, não conseguem prestar os cuidados que pretendem porque têm de trabalhar, entram em exaustão ou adoecem, piorando uma situação, por si já frágil. Os problemas dos cuidadores relacionados com a sobrecarga dos cuidados, constituem um aspeto muito relevante no processo do cuidado aos doentes, devendo a avaliação dos cuidadores fazer parte do plano de tratamento dos doentes/idosos a seu cargo. Continuam a faltar respostas e também estruturas de cuidados adequados, sendo este o fator impulsionador do Projeto Saúde Positiva em Casa - SPC.

O projeto SPC, assenta em três eixos prioritários: cuidados no domicílio; apoio ao cuidador informal; e, aumentar a literacia do

cuidador informal, conforme ilustrado na Figura 1.

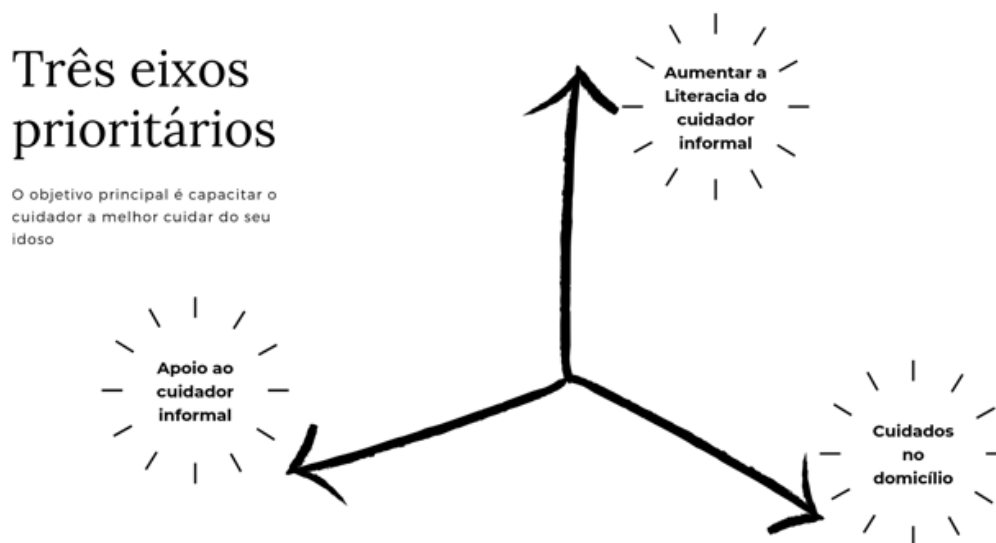


Figura 1 - Eixos prioritários do SPC

Os cuidados domiciliários incluem a avaliação da condição cognitiva; exercícios de treino cognitivo e de estimulação cognitiva, aspetos fundamentais para limitar a velocidade a que a demência evolui. Depois os cuidados que dizem respeito ao estado nutricional; cuidados de higiene e conforto e cuidados no sono e repouso, conforme apresentado na Figura 2.

Três eixos prioritários

O objetivo principal é capacitar o cuidador a melhor cuidar do seu idoso

- treino cognitivo
- estimulação cognitiva
- atividade física
- sono e repouso
- alimentação

APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

CUIDADOS NO DOMICÍLIO

COORDENADO PELO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, QUE SERÁ O PIVOT ENTRE IDOSO, CUIDADORES INFORMAIS E EQUIPA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Figura 2 - Eixo 1: Cuidados no Domicílio

No que diz respeito aos Cuidados no Domicílio, este será o eixo onde o idoso e seus cuidadores informais irão sentir o primeiro impacto do projeto, já que é um cuidado com impacto imediato e aliviador para o cuidador informal.

Como atividades de intervenção juntos dos cuidadores, conforme ilustrado na Figura 3, podemos utilizar o MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) e MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) como estratégias para lidar com o stress, regulação emocional e mental.

Três eixos prioritários

O objetivo principal é capacitar o cuidador a melhor cuidar do seu idoso



APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

MBSR

MINDFULNESS BASED STRESS
REDUCTION

ERGOTERAPIA

REDUÇÃO DE PROBLEMAS FÍSICOS
ATRAVÉS DE MELHORAMENTO DA
POSTURA

Figura 3 - Eixo 2: Apoio ao Cuidador Informal

O MBSR, a intervenção mais comumente aplicada, decorre normalmente durante oito semanas e é feita em grupo. Durante o programa os participantes são treinados numa variedade de práticas de meditação de atenção plena (mindfulness), incorporando também um componente do Yoga Hatha, praticado enquanto “movimento consciente” (Carlson, 2012). O cuidador, terá oportunidade de aprender e utilizar técnicas práticas de resposta, para melhorar a sua capacidade para lidar com situações de stress e tensão diária e para enfrentar momentos de mudança e dificuldades do dia a dia. Aprenderá, desta forma, a ter consciência clara da interação entre o corpo e a mente, descobrindo e desenvolvendo a capacidade de autoajuda e promoção de mais equilíbrio, controlo e tranquilidade

mental, traduzindo-se em mais resiliência psicológica.

No final do programa, terá adquirido ferramentas para estar física - e mentalmente relaxado e tranquilo. Com o recurso a exercícios de relaxamento irá fortalecer o corpo e libertar a tensão muscular.

O terceiro eixo do nosso projeto – aumentar a literacia em saúde do cuidador informal – é ilustrado na Figura 4, e pretende implementar planos dirigidos à capacitação dos cuidadores sobre cuidados nas demências e na síndrome de fragilidade do idoso.

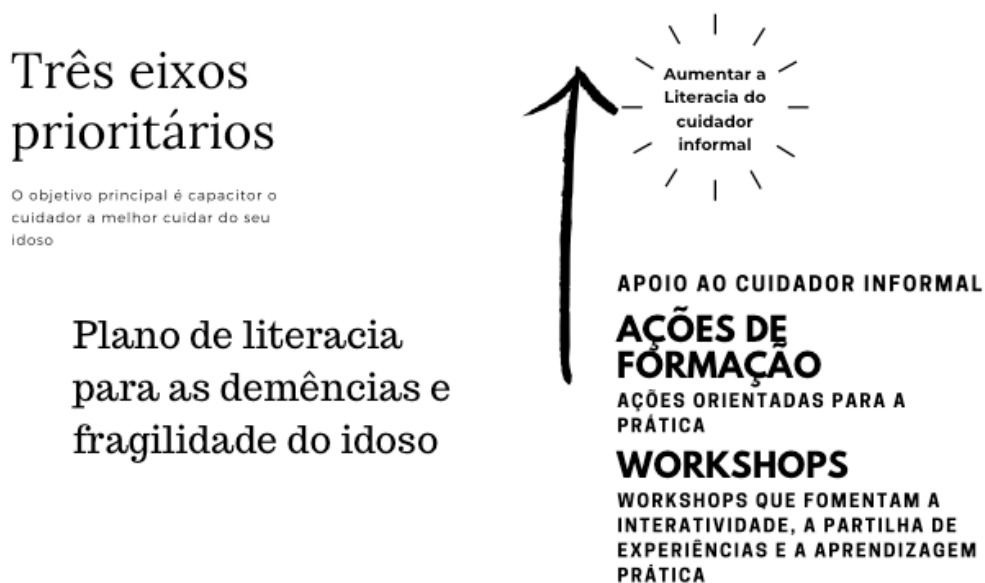


Figura 4 - Eixo: Aumentar a Literacia do Cuidador Informal

Neste eixo será dada uma especial relevância à capacitação para

a literacia em saúde orientada para as demências e a síndrome da fragilidade do idoso.

Serão utilizados as metodologias e modelos sugeridos pelos principais autores em matéria de literacia em saúde (Kickbusch, 2004; Kickbusch et al., 2013; Nutbeam, 1998b, 1998a, 2000, 2008; Sørensen et al., 2012, 2013, 2015).

Resultados Esperados

Tal como acontece no modelo Buutzorg, também o projeto SPC terá como um dos objetivos principais a eficiência operacional e financeira, nomeadamente através de uma estrutura administrativa e de gestão o mais reduzido possível. Tal só será possível através do uso das tecnologias de informação, tanto para a organização do trabalho, como para o acompanhamento dos idosos e seus cuidadores informais.

Assim, o projeto SPC incluirá o desenvolvimento de uma plataforma, com interface de utilizador através de dispositivos móveis em formato de APP.

Através da APP, o cuidador informal, terá acesso às funcionalidades que correspondem aos eixos prioritários atrás

referidos, ou seja, poderá:

1. Agendar um cuidado domiciliário
2. Ser orientado em atividades que o apoiem no seu bem-estar
3. Obter informações úteis ou falar diretamente com um profissional de saúde



Figura 5 - APP SPC - visão geral

Uma das formas de alavancar o tempo dos profissionais da equipa, será o uso de meios de comunicação à distância, como o chat integrado na APP SPC. Não obstante existirem já alguns serviços de

linhas de contato disponíveis 24h por dia, mesmo através do SNS, estes são caracterizados por um serviço impessoal e sem conhecimento pessoal do idoso nem dos seus cuidadores informais. Assim, a APP será, acima de tudo, um meio de poder oferecer um serviço personalizado, mesmo à distância, às pessoas apoiadas pelo Projeto SPC.

Além de permitir um acompanhamento mais constante, a APP também possibilitará uma intervenção mais rápida e que ajuda os cuidadores informais a encontrarem a sua autonomia no cuidar, com um apoio, quando necessário, do respectivo profissional de saúde.

Conclusões

Pretende-se com este projeto melhorar a qualidade de vida dos idosos com demência e os seus cuidadores informais/ assistentes pessoais, familiares ou não, e outras pessoas que com eles se relacionam.

As medidas apresentadas no projeto, são medidas que surtirão um efeito rápido e eficaz, aumentando o bem-estar geral dos idosos e dos seus cuidadores informais.

Este projeto, foi um dos semifinalistas do concurso Angelini

University Award 2018/2019.

Referências Bibliográficas

- Caramelli, P., & Barbosa, MT. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2002, vol.24, suppl.1, pp.7-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>.
- Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–21.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saude Publica*, 38(6), 835–841. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600012>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas Demográficas - 2018*.
- Johansen, F., & van den Bosch, S. (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89(April), 60–73. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2017.04.004>
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the

- European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving, October*, 1–16.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). Health literacy: the solid facts. Em *WHO Regional Office for Europe*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
 - Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
 - Leichsenring, K. (2012). Integrated Care for older people in Europe – latest trends and perceptions. *International Journal of Integrated Care*, 12(1), 10–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.831>
 - Nutbeam, D. (1998a). Evaluating Health Promotion-Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
 - Nutbeam, D. (1998b). Health promotion glossary. *Health Promotion Glossary*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
 - Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health*

Promotion International, 15(3), 259–267.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pereira, F., Gomes, M. J., & Galvão, A. (2012). Ética e humanidade no cuidado ao idoso. Em F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia-Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 81–92). Psico & Soma.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.

H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>