

LITERACIA EM SAÚDE: A SEGURANÇA NO COMUNICAR – UM INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ana Sofia Lopes / Beatriz Filipe / Sandra Laia Esteves

Introdução

O presente estudo, sobre “Literacia em saúde: A segurança no comunicar”, teve por base o interesse pessoal e a sua relevância para a intervenção dos profissionais na sua prática, enquanto prestadores de cuidados, como também por ser uma das principais preocupações do Plano Nacional de Saúde, que criou o Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados. Este Programa foi considerado uma das prioridades das políticas de saúde que visa a integração de cuidados e a centralidade do cidadão no Serviço Nacional de Saúde em Portugal (Despacho n.º 6.429/2017).

Nesse sentido, refletiu-se sobre a seguinte questão: Como é que a literacia em saúde pode melhorar a segurança no comunicar? Na prática quotidiana os profissionais de saúde deparam-se frequentemente com situações que envolvem uma comunicação disfuncional (Nunes, 2010), quer na equipa multiprofissional quer na relação com o doente, o que poderá comprometer a segurança do doente.

Como objetivo geral procurou-se estudar a forma como a literacia em saúde contribui para uma maior segurança no comunicar, promovendo desta forma a segurança do doente. Teve, como finalidade, criar um instrumento audiovisual pedagógico que pretende disseminar junto das diversas Escolas Superiores de Saúde, de forma a capacitar os futuros profissionais de saúde a consciencializar-se do quão uma comunicação eficaz influencia a adesão do doente aos cuidados de saúde, contribuindo para a segurança do doente.

O presente projeto encontra-se estruturado em cinco partes: a primeira aborda a metodologia onde se justifica a pertinência da temática através

da revisão de literatura; a segunda descreve o projeto – através de um breve enquadramento conceptual alicerçado nos descritores: literacia em saúde, segurança no comunicar e segurança do doente; a terceira parte refere-se à avaliação deste projeto onde se apresenta um instrumento audiovisual pedagógico e o seu respetivo plano de marketing como veículo de divulgação; a quarta comporta o que se pretende como desenvolvimentos futuros; e na quinta parte apresentam-se as considerações finais numa síntese e reflexão crítica sobre o projeto.

Para a elaboração deste projeto recorreu-se essencialmente a uma revisão da literatura.

Método

A metodologia aplicada neste projeto baseou-se no Modelo de Nutbeam (2000), em que a literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas refere-se à medida de acordo com a qual o indivíduo consegue realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico ou escrever frases simples. Por outro lado, a literacia baseada em competências centra-se no nível de conhecimento e competências que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas. O mesmo autor considera três tipos ou níveis de literacia, designadas de funcional (ou básica), interativa (comunicacional) e crítica. O objetivo da literacia funcional passa por fazer com que o indivíduo adquira conhecimento acerca de conceitos e palavras de saúde, da utilização de serviços de saúde e do risco em saúde; o objetivo da literacia interativa procura desenvolver as capacidades pessoais do indivíduo, de modo a que este seja capaz de extrair e interpretar informação e debater ideias com os outros, estimulando a sua motivação e autoconfiança em aspetos relacionados com a saúde. Por sua vez, a literacia crítica visa aumentar o conhecimento do indivíduo, de modo a que pense de forma crítica, consiga verificar a credibilidade da informação e altere os seus comportamentos para melhorar a sua saúde.

A segurança no comunicar é influenciada por diversos fatores que se interligam, nomeadamente o contexto (unidade de saúde) onde se insere o profissional de saúde na relação que estabelece com o doente e vice-versa. Para que haja uma eficácia na segurança do comunicar, o profissional de saúde deve ser detentor de diversas ferramentas, como a empatia, a assertividade, a clareza e a positividade (Almeida, 2016). Por outro lado, existem diversos pressupostos que comprometem a falta de segurança no comunicar, como a existência de baixa literacia, a compreensão ineficaz, o ambiente físico (e.g., existência de ruídos), a presença de situações complexas de stresse, a alteração dos aspetos cognitivos (do recetor) e o confronto com população marginalizada ou de carência económica e/ou social.

Perante esta interação e influência dos diversos fatores que constituem a segurança do comunicar deseja-se alcançar determinados resultados, como: proporcionar um aumento dos níveis de literacia em saúde, aumentar a segurança do doente (promovendo a sua maior compreensão, acesso e avaliação); promover a segurança dos profissionais de saúde na comunicação estabelecida com o doente e incrementar um aumento da credibilidade dos profissionais de saúde.

Projeto – Enquadramento conceptual

Para a realização deste projeto fundamentou-se todo o seu desenvolvimento alicerçado em determinados descritores, como literacia em saúde, a segurança no comunicar e a segurança do doente que se interligam e são imprescindíveis para uma melhor prestação de cuidados com um nível de qualidade e segurança diferenciado.

Literacia em Saúde

A literacia em saúde teve apenas início há cerca de 40 anos, sendo o seu mentor Lalonde no Canadá. Caracteriza-se por ser um projeto de ciência que envolve ação direcionada para o conhecimento e o exercício

de boas práticas em benefício da saúde do indivíduo e da comunidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para adquirirem competências de modo a compreender e usar a informação para promover e garantir níveis adequados de saúde (WHO, 1998).

Para Sørensen et al. (2012), a literacia em saúde está relacionada com a capacidade do indivíduo em compreender que fatores influenciam a sua saúde e como os gerir. Um indivíduo com um nível adequado de literacia em saúde está capacitado para se responsabilizar pela sua saúde, bem como pela da sua família e comunidade.

Para Ávila, Espanha e Mendes (2015), a literacia em saúde é entendida como um conjunto de competências sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação num contexto ambiental e tomar decisões para melhorar a sua saúde. Possibilita a promoção de mudança de comportamento que permite reequacionar e/ou reestruturar a prática do quotidiano que conduz à melhoria da saúde. Trata-se de um constructo multidimensional que envolve várias áreas a nível biopsicossocial, onde o conhecimento, a capacitação, a motivação e as decisões são importantes ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Em suma, é uma revolução em prol do empoderamento e do controlo social que deve ser apoiada pelo profissional de saúde.

Os autores do presente estudo apresentam três propostas de definição do conceito de literacia em saúde. Considera-se pertinente, uma vez que é um constructo dinâmico propor um contributo para a definição de literacia em saúde no alinhamento da OMS (WHO, 2009): a literacia em saúde é considerada um processo que possibilita a aquisição de conhecimentos e competências cognitivas e biopsicossociais que permitem ao indivíduo aceder, compreender, avaliar, interpretar e usar a informação de forma consciente na tomada de decisões da sua própria saúde. Esta capacitação ajuda o indivíduo a identificar quais os fatores de risco que podem comprometer a sua qualidade de vida e atuar sobre os determinantes em saúde, tornando-o mais responsável e informado. Aumentando o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde, estes são capacitados a apreender o

impacto que a comunicação pode ter nos cuidados prestados ao doente, nomeadamente na promoção da sua segurança, impulsionando assim a segurança no comunicar.

De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM), literacia em saúde refere-se à capacidade das pessoas em entender e gerir informação sobre saúde. A evidência científica demonstra que os indivíduos com limitações em literacia em saúde, comparativamente com aqueles que detêm competências adequadas a esse nível, apresentam dificuldade em entender informação sobre saúde e em seguir instruções médicas; raramente utilizam serviços de saúde ou fazem-no de forma inadequada, têm uma pior saúde física e mental, têm maiores taxas de internamento e uma esperança média de vida limitada. As estratégias utilizadas para ultrapassar uma limitada literacia em saúde incluem: utilizar linguagem clara, usar material acessível de educação para a saúde, dar formação a profissionais de saúde acerca dos problemas da falta de literacia em saúde, reformular os consentimentos informados para os doentes e usar técnicas de comunicação com os doentes como o método *Teach-back* (Wynia & Osborn, 2010).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015) pretende que haja uma prioridade na intervenção, de modo a que a promoção da literacia em saúde conduza ao aumento do bem-estar do indivíduo, à melhoria da qualidade de vida, à participação informada dos indivíduos em relação aos cuidados com a saúde, bem como à prevenção do aparecimento de doenças crónicas, que são uma das principais causas para um índice elevado de morbi-mortalidade. Pretende-se, dessa forma, assegurar que no futuro haja um maior número de adultos saudáveis. A perspetiva é que as pessoas se tornem cada vez mais capacitadas para agirem em prol de uma saúde melhor.

É pertinente salientar que literacia em saúde é distinta de educação para a saúde. De acordo com diversos investigadores desta temática, a educação para a saúde caracteriza-se por ser um processo direcionado para a aprendizagem, onde o foco são as capacidades individuais e de grupo. O seu objetivo é oferecer conhecimentos que vão contribuir para modificar atitudes e crenças dos indivíduos, promovendo a aquisição de competências e, conseqüentemente, comportamentos e estilos de vida

saudáveis. No entanto, realce-se que ambas se complementam e influenciam mutuamente, sendo que os resultados de uma educação para a saúde eficaz serão uma consequência e reflexão dos níveis de literacia em saúde. No contexto clínico, a literacia em saúde é encarada como sendo um fator de risco. Os doentes com competências em literacia em saúde pouco adequadas apresentam mais problemas de saúde. Contudo, segundo a perspetiva da saúde pública, a literacia em saúde é encarada como um *asset* pessoal, onde é enfatizado o papel da educação para a saúde para que os indivíduos sejam empoderados e capacitados para exercerem mais controlo sobre a sua saúde e outros determinantes em saúde (Nutbeam, 2000, 2008, citado por Sim et al., 2016). Por outras palavras, do ponto de vista da saúde pública, a literacia em saúde constitui uma oportunidade para uma efetiva comunicação e educação para a saúde (Sim et al., 2016).

Como o *Colorado Health Outcomes Program* (CHOP, 2015) enuncia, um indivíduo com literacia em saúde possui a capacidade de usar a leitura, a escrita e competências numéricas e verbais no contexto da saúde. A aquisição de literacia em saúde depende, contudo, da complexidade da informação sobre saúde fornecida aos doentes. Diversos estudos demonstram que os profissionais de saúde têm dificuldade em identificar doentes com limitação em literacia em saúde. Apesar de alguns grupos apresentarem taxas elevadas de limitação em literacia em saúde, como minorias étnicas/raciais e populações mais idosas, estas podem ser encontradas em qualquer grupo sociodemográfico. Quando os doentes ou os prestadores de cuidados estão ansiosos ou sobrecarregados com muita informação, a sua capacidade para reter e usar informação sobre saúde pode diminuir, comprometendo a habilidade na sua gestão. Daí a importância da intervenção de todos os profissionais de saúde, pois devem assumir que todos os doentes e cuidadores podem ter dificuldade em compreender a informação sobre saúde e devem comunicar de forma clara e simples para que todas as pessoas consigam compreender. As principais precauções universais de literacia em saúde incidem nos seguintes objetivos: simplificar a comunicação e confirmar a compreensão de todos os doentes para que o risco de comunicação disfuncional seja minimizado; tornar acessível

o ambiente dos cuidados e apoiar os esforços dos doentes em melhorar a sua saúde. Diversos estudos comprovam que quaisquer indivíduos com limitações em literacia em saúde têm experiências negativas, uma vez que possuem menos conhecimento dos seus problemas de saúde e cometem mais erros ao tomar medicamentos, recorrem mais às urgências, recebem menos serviços preventivos, o seu estado de saúde é pior e têm custos de saúde mais elevados (CHOP, 2015; ver também Antunes & Lopes, 2018).

A aquisição de adequados níveis de literacia em saúde visa ainda um longo e complexo percurso a concretizar; no entanto, cabe a nós enquanto profissionais de saúde agir como agentes de mudança a proporcionar estratégias adequadas de comunicação para aumentar níveis de literacia em saúde na população.

Segurança no comunicar

Comunicar é um termo que deriva do latim e significa “pôr em comum”, partilhar. Pode ser definido como “um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros” (Nunes, 2010, p. 13). A comunicação permite aos indivíduos adaptarem-se ao ambiente, permitindo a sua transformação e construção da realidade social. É comum ouvir dizer, principalmente nos serviços de saúde, que há falta de comunicação e as pessoas não comunicam entre si; porém, segundo Watzlawick, é impossível não comunicar (Nunes, 2010). Uma das ferramentas fulcrais e imprescindíveis na nossa prática, enquanto profissionais de saúde, é a existência de uma comunicação eficaz e funcional, quer na relação intra-equipa multiprofissional quer na relação profissional de saúde-doente.

A comunicação é uma das bases dos cuidados em saúde. Todas as interações nos serviços de saúde dependem de uma comunicação efetiva, desde marcar uma consulta, descrever sintomas, explicar riscos e benefícios dos tratamentos e entender instruções de cuidados. Uma boa comunicação está relacionada com o aumento da satisfação do doente, adesão a recomendações médicas e com resultados em

saúde. Hoje, muitos profissionais de saúde acreditam que a comunicação é mais efetiva quando é centrada no doente ou direcionada às necessidades, valores e preferências do doente. Enquanto a comunicação centrada no doente é muitas vezes descrita no contexto em que decorre a interação individual entre profissional de saúde e doente, as organizações de saúde têm a responsabilidade em facilitar a comunicação centrada no doente através de várias formas, incluindo os materiais de educação para a saúde, *organizational signage*, formulários para o doente e em treinar profissionais de saúde para comunicar melhor (Wynia & Osborn, 2010).

Não sendo por mero acaso que o segundo objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD 2015-2020) incide em aumentar a segurança da comunicação. Por segurança entende-se a redução de risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). O PNSD (2015-2020) reforça que a comunicação é “um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde (...) assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade dos cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente” (DGS, 2015, p. 3).

Desta forma, é fundamental a existência de uma comunicação adequada e aberta, de modo a evitar a ocorrência de resultados adversos e indesejados que possam comprometer quer a segurança dos profissionais de saúde, quer a segurança do doente.

A DGS (2017a) realça que a comunicação na saúde requer conhecimento, competência e empatia. Assim, o profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. Apesar de a comunicação ser utilizada diariamente durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

Paralelamente, o IOM salienta que, para que haja uma comunicação eficaz e funcional, é importante preparar os profissionais de saúde numa abordagem pedagógica educativa, no sentido de prestar cuidados centrados ao doente enquanto membros de uma equipa multiprofissional. O IOM reforça e garante que assim os doentes recebem cuidados seguros e de alta qualidade quando os profissionais de saúde trabalham efetivamente em equipa, comunicam de forma produtiva e têm conhecimento acerca do papel dos outros profissionais de saúde (Buring et al., 2009).

De acordo com CHOP (2015), é fulcral a existência de uma equipa que desenvolva esforços para que a comunicação nos cuidados de saúde seja clara e acessível. É importante também que os elementos da equipa se dediquem ao planeamento e implementação de mudanças relacionadas com a literacia em saúde, de modo a que todos tenham noção como a ausência deste conceito pode afetar os doentes. A aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação permitirá aos doentes a compreensão da informação relacionada com a sua saúde, garantindo que estes se sintam mais envolvidos no seu processo de saúde e aumentando as hipóteses de continuar o seu plano de tratamento.

Realça-se a importância de instituir e implementar diversas estratégias que promovam a segurança no comunicar de forma clara e efetiva na relação que o profissional de saúde estabelece com o doente, nomeadamente: cumprimentar os doentes de forma cordial ao receber as pessoas com um sorriso de boas vindas e ao manter uma atitude amigável ao longo da consulta; estabelecer um contacto visual apropriado durante a interação, tendo em consideração as culturas, costumes e crenças; escutar atentamente e tentar não interromper os doentes enquanto falam; prestar atenção e responder às dúvidas e questões colocadas; usar linguagem simples, utilizando palavras comuns que poderiam ser usadas para explicar informação médica aos amigos e à família, como estômago ou barriga em vez de abdómen e evitar o uso de jargão técnico (CHOP, 2015). Os profissionais de saúde usam frequentemente jargão médico que pode contribuir para uma comunicação disfuncional com o doente com baixa literacia em saúde

(Sim et al., 2016). Dever-se-ão usar as palavras do doente, aproveitando os termos que usa para descrever os seus sinais e sintomas. Falar devagar, num ritmo moderado. Priorizar o que precisa de ser discutido, limitando a informação a três a cinco pontos-chave e repeti-los. Ser específico e concreto, evitando o uso de termos vagos e subjetivos que podem ser interpretados de diferentes formas. Mostrar gráficos, desenhar figuras, usar ilustrações ou demonstrar com modelos a três dimensões (3D). Todas as imagens e modelos devem ser simples, construídos para demonstrar só os conceitos importantes, sem pormenores anatómicos. Demonstrar como pode ser feito pode ser mais esclarecedor do que dar uma explicação verbal. Convidar doentes a participar, encorajando-os a fazer perguntas de modo a que sejam pró-ativos no seu processo de saúde (CHOP, 2015). Deve-se ainda assegurar, de acordo com informação publicada pelo *Department of Health of Western Australia* (2005), que o doente percebe, através do consentimento informado, as implicações do tratamento, medicação ou procedimento proposto, para que tome uma decisão consciente e informada.

De forma sucinta, é pertinente apresentar algumas técnicas de melhoria da comunicação, que constam no instrumento audiovisual pedagógico desenvolvido, nomeadamente o método *Teach-back* (“ensinar de volta”), no qual é importante que os profissionais de saúde assegurem que os doentes perceberam a informação que lhes foi fornecida durante a consulta. Este método é uma forma de confirmar se o profissional de saúde conseguiu explicar a informação ao doente e torna-se uma ferramenta útil que permite melhorar a compreensão do doente, aumentar a sua satisfação e os ganhos em saúde. Determinados estudos demonstram que 40 a 80% da informação médica que os doentes recebem durante a consulta é esquecida imediatamente e quase metade da informação foi retida de forma incorreta.

O método *Follow-up* é o ato de estabelecer contacto com um doente ou prestador de cuidados após a última consulta para avaliar o estado do doente, identificar mal-entendidos, clarificar dúvidas e, se necessário, ajustar o tratamento. Através deste método é propícia a aplicação da técnica *Read-back*, que consiste em confirmar que o recetor recebeu

corretamente a mensagem do emissor. O uso do *contacto telefónico* cortês e eficiente pode causar um impacto positivo no doente. O método *Brown Bag review* (“revisão do saco castanho”) é uma prática comum que encoraja os doentes a trazer todos os seus medicamentos à consulta para rever se a toma é correta e adequada. O processo permite identificar erros médicos e mal-entendidos e lembrar os doentes como e quando tomar os seus medicamentos, o que promove a diminuição de erros. Estudos têm demonstrado que os doentes com baixa literacia em saúde têm dificuldade em compreender e em lembrar-se como e quando têm de tomar medicamentos, especialmente se estão a fazer polimedicação. Relativamente à *língua estrangeira* é comum muitos doentes falarem uma língua estrangeira, o que faz com que não obtenham a informação em saúde que necessitam. Para promover uma comunicação eficaz, pode-se questionar os doentes em que língua preferem falar e se pretendem um intérprete. Podem ser usados cartões com frases na língua do doente com as perguntas mais frequentes. A religião, a cultura, as crenças e os costumes étnicos podem influenciar a forma como os doentes tomam decisões relacionadas com a sua saúde. É importante que os profissionais de saúde entendam esta influência e os conheçam, de forma a aconselhar de acordo com os seus valores. Outra estratégia abarca o fornecimento de informação escrita (e.g., folhetos) sobre a sua saúde e que muitas vezes os doentes não entendem. É importante criar material educacional escrito, mas em linguagem clara e acessível para melhorar a compreensão do doente. Não é suficiente entregar apenas um folheto para que a informação seja entendida, mas que este material seja usado como parte de uma estratégia educacional, ou seja, é fundamental usar estratégias como: sublinhar ou colocar um círculo nos pontos mais importantes, personalizar o folheto, colocando o nome do doente, os seus medicamentos e instruções específicas e referir-se ao folheto nas consultas de *follow-up*. Pode ser necessário fornecê-lo mais do que uma vez.

A Tabela 1 ilustra uma síntese das técnicas de melhoria da comunicação supracitadas:

Tabela 1

Técnicas de melhoria de comunicação

Técnicas de melhoria de comunicação	Descrição
Método <i>Teach-back</i> “ensinar de volta”	<ul style="list-style-type: none"> • Doente compreende a informação fornecida • Promove maior satisfação do doente
<i>Follow-up</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ato de estabelecer contacto com o doente ou prestador de cuidados após última consulta • Permite esclarecimento de dúvidas e reajuste de tratamento
<i>Brown Bag review</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da gestão do regime terapêutico • Identifica erros médicos e mal entendidos • Explica como e quando deve tomar a medicação
Fornecimento de informação escrita (folhetos)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar material educacional escrito: linguagem clara e acessível • Facilita a compreensão do doente • O profissional de saúde deve sublinhar os pontos mais importantes
Encorajamento das questões	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona um ambiente acolhedor • Doente sente-se como um parceiro ativo (contraria inibição)

O *encorajamento das questões* é fundamental, sendo notório que a maioria dos doentes sente-se inibida ao colocar questões. A criação de um ambiente acolhedor que contrarie esta situação pode levar a que os doentes se sintam parceiros ativos no seu processo de saúde, o que é importante para promover a segurança do doente, obter ganhos em saúde, aumentar a satisfação do doente e a sua literacia em saúde.

A literacia em saúde constitui um importante indicador e pode orientar os profissionais de saúde a ajustar a sua comunicação com doentes com uma limitada literacia em saúde. Pesquisa futura deve enfatizar a compreensão do percurso, no qual a literacia em saúde afeta a comunicação entre profissional de saúde e doente através de métodos qualitativos e ainda focar-se nas perceções dos doentes das diversas técnicas de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde (Sim et al., 2016).

Saliente-se que uma melhoria na comunicação do profissional de saúde com o doente irá contribuir para uma melhor adesão e mudanças comportamentais em prol da sua saúde e da sua segurança.

Segurança do doente

A segurança do doente alicerça-se essencialmente na comunicação, caso esta não seja eficaz podemos afirmar que a segurança do doente fica comprometida.

Recorrendo aos conceitos Segurança e Doente, é pertinente defini-los. Por Segurança, entende-se como sendo uma prova essencial e revela uma confiança evidente dos indivíduos no sistema de saúde e, particularmente, no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2015). Relativamente ao conceito de Doente, considera-se que é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde (DGS, 2011).

A DGS define a segurança do doente como sendo “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, para um mínimo aceitável”. Acrescenta ainda que “um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva tendo em conta o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2017a, p. 4).

A melhoria da segurança do doente é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) visa a partilha do conhecimento e da informação, melhorar de forma integrada a prestação segura dos cuidados de saúde a todos os níveis e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS (DGS, 2015).

Recorrendo a um estudo realizado num período de 10 anos pelo Team STEPPS (2005) foi revelado que a comunicação ineficaz da equipa, durante este período, é a causa raiz de quase 66% de todos os erros médicos. O que significa que, quando os membros da equipa de

cuidados de saúde não comunicam de forma clara e efetiva, o atendimento ao doente geralmente é prejudicado. Há maior probabilidade de aumentar o erro médico quando os membros da equipa de saúde estão sob stress e desempenham tarefas de maior complexidade. Constatou-se que em Portugal a taxa de incidência de eventos adversos é de 11,1%, em que 53,2% são evitáveis (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011). Perante tal realidade, é crucial a implementação de medidas preventivas, que se podem empreender, para uma prestação de cuidados de qualidade. A OMS e o Conselho de União Europeia recomendam a mudança nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, de modo a alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. A segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a qualidade na saúde e nos cuidados que são prestados (DGS, 2018). Por outro lado, a existência de uma baixa literacia em saúde influencia a prática do profissional que, por sua vez, pode colocar em risco a segurança do doente. Perante uma população de baixa literacia em saúde é suscetível a ocorrência de maior número de internamentos, a recorrência de uma utilização mais frequente de serviços de urgência e, também, uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, ou seja, favorecedora a uma menor qualidade de vida (Ávila et al., 2015).

A segurança do doente é o objetivo crucial de toda a nossa atuação enquanto profissionais de saúde, pelo que devemos proporcionar e participar em medidas preventivas de saúde e prevenção da doença, recorrendo às estratégias comunicacionais eficazes e ainda promover um contexto adequado (diminuição de barreiras ou constrangimentos de acesso ao sistema e serviço de saúde).

Avaliação

De acordo com o proposto, considerou-se a pertinência da criação de três instrumentos audiovisuais pedagógicos que retratam diversas

problemáticas/situações práticas, que são transversais nos contextos de saúde. Cada um deles representa um cenário onde existe comunicação disfuncional entre profissionais de saúde (médica, enfermeira e secretária clínica); um outro cenário demonstra a existência de uma comunicação funcional: clara, acessível e eficaz e, em resumo, uma síntese das orientações pedagógicas aconselhadas a aplicar na comunicação em saúde, de modo a promover uma segurança no comunicar.

O primeiro cenário reflete a relação entre secretária clínica e a doente num atendimento em consulta, onde foi notório que na má prática a secretária clínica teve uma atitude incorreta e de desprezo para com a doente, nomeadamente a falar ao telefone (de assuntos pessoais), paralelamente e na presença da mesma, não confirmou quaisquer dados pessoais, não realizou o respetivo registo nem a confirmação da consulta. Já na boa prática foi visível o oposto, tendo a secretária clínica assumido uma escuta ativa e direta nesta relação; respeito pela doente; uma relação cordial e empática; como a comunicação não-verbal é importante, a secretária clínica esteve serena e sorriu ao longo da sua interação. Todos estes aspetos são fulcrais na redução de riscos e no aumento da segurança para a doente.

A Tabela 2 sistematiza as descrições do instrumento audiovisual pedagógico, referente à cena entre secretária clínica e doente.

Tabela 2

Instrumento audiovisual pedagógico da relação secretária clínica-doente “Atendimento em consulta”

Secretária clínica-doente “Atendimento em consulta”	
Má prática	Boa prática
<ul style="list-style-type: none"> • Atitude incorreta e de desprezo pela doente • Não confirmou os dados pessoais, não realizou o respetivo registo e não confirmou a consulta • Postura pouco profissional ao atender o telefone e falar de assuntos pessoais 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativa e direta na relação • Respeito pela doente • Relação cordial e empática • Postura serena

O segundo cenário baseia-se na relação enfermeira-doente onde se faz um ensino acerca da gestão do regime terapêutico. Na má prática,

a enfermeira tem uma postura pouco favorável à relação com a doente, nomeadamente não dando oportunidade que esta esclareça as suas dúvidas e não a escutando ativamente. Na boa prática foi visível a presença de uma escuta ativa e empática, uma atitude cordial, proporcionando um ambiente acolhedor, uma relação de confiança, usando uma linguagem clara e acessível, sem usar termos técnicos, confirmando a prescrição terapêutica com os dados pessoais da doente, aplicando o método *Teach-back* para assegurar que a doente compreendeu toda a informação recebida e ainda proporcionando disponibilidade à doente para expor quaisquer outras dúvidas. Este cenário realça a importância de capacitar a doente na gestão da sua própria terapêutica, em prol da sua saúde e segurança. É pertinente sugerir que este produto audiovisual seja um instrumento padronizado na toma da terapêutica aos doentes com baixa literacia em saúde.

A Tabela 3 sistematiza as descrições do instrumento audiovisual pedagógico, referente ao cenário entre enfermeira e doente.

Tabela 3

Instrumento audiovisual pedagógico da relação enfermeira-doente “Gestão do regime terapêutico”

Enfermeira-doente “Gestão do regime terapêutico”	
Má prática	Boa prática
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de escuta ativa • Indisponibilidade para esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativa e empática • Atitude cordial • Ambiente acolhedor • Relação de confiança • Uso de linguagem clara e acessível • Aplicação do método <i>Teach-back</i> • Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas

O terceiro cenário demonstra a relação da médica-doente na adesão ao tratamento, sendo que na má prática foi evidente que a médica teve uma postura incorreta com a doente, não a escutou ativamente, proporcionou ruídos durante a consulta (ao atender o telemóvel para falar de assuntos pessoais) e usou uma comunicação complexa e técnica que interferiu na compreensão da mensagem recebida pela doente. Na boa

prática adotou uma postura cordial, escuta ativa e empática, estabeleceu uma relação de confiança, proporcionou um ambiente acolhedor, usou uma linguagem clara e acessível (explicou os termos técnicos aplicados, em que consiste e as possíveis consequências do tratamento), disponibilizou-se para esclarecer as suas dúvidas, aplicou perguntas abertas e ainda assegurou que a doente compreendeu a mensagem que lhe foi transmitida.

A Tabela 4 sistematiza as descrições do instrumento audiovisual pedagógico, referente ao cenário entre médica e doente.

Tabela 4

Instrumento audiovisual pedagógico da relação médica-doente “Adesão ao tratamento”

Médica-doente “Adesão ao tratamento”	
Má prática	Boa prática
<ul style="list-style-type: none"> • Postura incorrecta • Ausência de escuta ativa • Ruídos durante a consulta • Uso de comunicação complexa e técnica 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura cordial, escuta ativa e empática • Relação de confiança • Ambiente acolhedor • Uso de linguagem clara e acessível • Disponibilidade para esclarecer dúvidas • Colocou perguntas abertas • Assegurou a compreensão da mensagem transmitida

Desta forma, poder-se-á refletir acerca de como uma atitude cordial (levantar-se, sorrir, acolher), atenta ao doente através do estabelecimento do contacto visual, escutar o doente e não o interromper, usar uma linguagem simples, clara e acessível (explicando os termos técnicos), utilizar pausas no discurso e utilizar imagens é decisiva para que o profissional de saúde seja capaz de passar a informação que o doente necessita e, assim, obter a adesão ao tratamento e promover a sua segurança. Por outro lado, quando o profissional de saúde está desmotivado, desinteressado, ansioso e/ou stressado é incapaz de estabelecer uma comunicação efetiva com o doente porque não vai ter uma atitude cordial, acolhedora e o cuidado de usar linguagem simples e clara, interferindo na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na segurança do doente. Dever-se-ão considerar a criação de ambientes

promotores de saúde e a motivação dos profissionais de saúde, pois é importante olhar para o sistema, intervir na forma como o projeto está organizado, envolver as equipas multiprofissionais, criar uma cultura de colaboração e encorajar a adaptação local da intervenção.

Plano de *marketing*: Divulgação do instrumento audiovisual pedagógico

No sentido de responder aos objetivos inicialmente delineados recorreu-se ao marketing para proporcionar uma porta de entrada ao mercado educativo, de forma a divulgar a importância da segurança no comunicar aos futuros de profissionais de saúde e profissionais de saúde em exercício. Segundo Kotler, Armstrong, Saunders e Wong (1999), por marketing entende-se “a atividade humana dirigida à satisfação das necessidades dos clientes, através de um processo de troca de recursos e valores” (p. 1004). Neste caso, indo ao encontro deste conceito, os clientes do presente estudo serão os futuros profissionais de saúde e os profissionais de saúde em exercício, pelo que a atividade humana consistirá na divulgação do Instrumento Audiovisual Pedagógico já referido.

Com este plano de marketing pretendeu-se apresentar o Instrumento Audiovisual Pedagógico em diversas Escolas Superiores de Saúde, Escolas de Formação Profissional na área metropolitana de Lisboa e no contexto da sociedade Angolana (e.g., numa unidade de saúde). Os segmentos-alvo são os seguintes: futuros profissionais de saúde (estudantes de curso de licenciatura e cursos de formação técnico-profissional) e profissionais de saúde (2º ciclo – curso de especialização e mestrado integrado). Relativamente aos critérios psicográficos da população, inserem-se nos seguintes estilos de vida: líderes/dinâmicos, experimentadores/inovadores e ecológicos/sociais.

Apresentam-se seguidamente os objetivos (O), estratégias (E) e operacionalização (OP) do referido plano (Tabela 5).

Tabela 5

Plano de marketing

Objetivo (O) 1	
O1: Que os futuros profissionais de saúde tomem consciência do quão é importante a segurança no comunicar em prol da segurança do doente.	
Estratégias (E)	Operacionalizar (OP)
<ul style="list-style-type: none"> • E1: Proporcionar mudança de atitudes e comportamentos dos futuros profissionais de saúde na relação que estabelecem com o doente. • E2: Capacitar os futuros profissionais de saúde a adquirir técnicas comunicacionais funcionais e adequadas a fim de aplicarem na prática clínica. • E3: Fomentar as vantagens da aquisição das corretas técnicas comunicacionais (Método <i>Teach-back</i>, <i>Follow-up</i>, <i>Brown Bag Review</i>, entre outras). 	<ul style="list-style-type: none"> • OP1/E1: Proporcionar a integração desta intervenção nos programas curriculares dos respetivos cursos. • OP2/E2: Proporcionar formação aos futuros profissionais de saúde (a frequentar cursos de licenciatura/formação profissional) e profissionais de saúde em exercício (a frequentar cursos de 2º ciclo: mestrados ou especializações) das técnicas comunicacionais funcionais e adequadas. • OP3/E3: Aplicar um instrumento de monitorização dos conhecimentos dos formandos antes e após a intervenção, por intermédio de seminários, que abarquem a presente temática.
Objetivo (O) 2	
O2: Divulgar e apresentar o Instrumento Audiovisual de Orientação Pedagógica pelas diferentes entidades educativas e em contexto de sociedade Angolana, numa unidade de saúde.	
Estratégias (E)	Operacionalizar (OP)
<ul style="list-style-type: none"> • E1: Efetuar a extração da lista de Escolas Superiores de Saúde, Escolas de Formação Profissional na área metropolitana de Lisboa e contactar o Departamento de Comunicação do Ministério da Saúde de Angola, no sentido de divulgar o projeto a diversas unidades de saúde e avaliar o seu interesse. • E2: Contactar a coordenadora dos respetivos cursos educativos. • E3: Apresentar os instrumentos audiovisuais de orientação pedagógica que retratam situações práticas transversais aos diversos contextos de saúde: má prática e boa prática da relação secretária clínica-doente: “Atendimento em Consulta”; má prática e boa prática da relação enfermeira-doente: “Gestão do Regime Terapêutico”; má prática e boa prática da relação médica-doente: “Adesão ao Tratamento”. 	<ul style="list-style-type: none"> • OP1/E1: Fazer um diagnóstico das entidades educativas/formativas existentes na área metropolitana de Lisboa. • OP2/E2: Estabelecer contactos por via telefone e correio eletrónico com os diversos responsáveis, de modo a agendar a nossa intervenção (programar data e hora). • OP3/E2: Proporcionar a integração desta intervenção nos programas curriculares dos respetivos cursos. • O4/E3: Divulgar em plataforma digital a determinadas entidades, nomeadamente: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; Direção-Geral da Saúde; Ordem dos Enfermeiros; Câmara Municipal de Lisboa; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Unidade de Saúde de Angola.

Desenvolvimentos futuros

No enquadramento deste projeto considerou-se pertinente desenvolver a criação de um suporte pedagógico em formato físico e em versão *braille*, de forma a promover a adesão à gestão do regime terapêutico (GRT).

Escolheu-se esta temática por ser uma problemática real, que retrata o contexto prático em que os autores exercem (enfermeira e psicóloga).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) define adesão ao regime terapêutico como o grau ou extensão do comportamento da pessoa face à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, que corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde. Em suma, traduz-se numa relação de colaboração entre o profissional de saúde e o doente na tomada de decisões sobre o tratamento.

Em 2002, a OMS considerou adesão ao regime terapêutico como sendo um processo multidimensional que envolve vários fatores relacionados com o doente, o tratamento, o nível socioeconómico, que se relacionam com os sistemas de saúde e a doença.

Já a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) denomina GRT como um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 62).

Existem diversos pressupostos que favorecem a falta de adesão à GRT, como: a existência de baixos níveis de literacia em saúde, a má compreensão, o analfabetismo, o comprometimento de aspetos cognitivos, população marginalizada e de carência económica/social (Ávila et al., 2016). Estes pressupostos influenciarão e comprometerão uma adequada adesão à GRT pelas razões expostas na Tabela 6.

Estes fatores são relevantes, particularmente na população com baixa literacia em saúde, e fundamentais para a segurança do doente, principalmente quando se tratam de doenças crónicas.

Tabela 6

Fatores que comprometem a adesão à GRT

- Dificuldade em iniciar o tratamento
- Suspensão prematura do tratamento
- Omissões ou esquecimentos face à toma e posologia
- Falta de comparência ou baixa assiduidade às consultas
- Manutenção do estilo de vida sem alterações

A evidência científica confirma através de um estudo que são os idosos que apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, particularmente à medicação e à adesão ao regime terapêutico (Davis et al., 2006). Na prática, concretamente em cuidados de saúde primários, quando questionados em consulta os doentes relativamente ao modo como tomam a sua terapêutica, são raros os que compreendem para que serve a medicação, como a tomar, quais as interações e possíveis efeitos adversos que podem ter (face a terapêutica combinada).

Perante esta realidade, considerou-se pertinente e urgente criar este suporte pedagógico de caráter físico e em versão *braille* que contém figuras informativas para o doente. Este suporte visará a indicação terapêutica, a respetiva posologia da terapêutica prescrita pelo médico, através de palavras simples, claras, diretas, associadas a imagens também facilmente identificáveis, de forma a promover a adesão e correta GRT, especialmente a pessoas com baixa literacia em saúde (Figura 1).

Imagem associada à indicação terapêutica	Imagem associada à posologia	Quantidade
---	---------------------------------	------------

Figura 1. Modelo de suporte pedagógico EMO.

Relativamente à indicação terapêutica propõe-se associar a imagem (órgão vital) à doença em questão, para facilitar a compreensão e a perceção imediata da imagem à palavra.

No que respeita à indicação terapêutica, a imagem de um coração indica que o medicamento é um anti-hipertensor (para a tensão arterial), a imagem de um osso indica que o medicamento é para a osteoporose

(para o fortalecimento dos ossos) ou dores nos ossos, a imagem de um glucómetro (aparelho que mede valores de açúcar no sangue) indica que o medicamento é um antidiabético (para controlo da diabetes) e a imagem de um estômago indica que o medicamento é um protetor gástrico.

Apresentam-se, na Figura 2, alguns exemplos como sugestão.

	CORAÇÃO (Anti-hipertensor)
	OSSOS
	DIABETES (Glucómetro avalia os valores do açúcar no sangue)
	ESTÔMAGO (Protetor gástrico)

Figura 2. Associação de imagens à indicação terapêutica.

Considerou-se pertinente apresentar a sugestão de associação de imagens à respetiva posologia, por exemplo: a imagem de um “Sol a nascer” ilustra que o medicamento deve ser tomado de manhã ao pequeno-almoço; a imagem de um Sol associada a um prato ilustra que o medicamento deve ser tomado ao almoço; a imagem do Sol e fruta associa a toma ao lanche; a imagem da Lua indica que o medicamento deve ser tomado à noite, conjuntamente com uma taça de sopa e a cama ilustra que o medicamento deve ser tomado ao jantar e ao deitar, respetivamente. A imagem de dois relógios significa a que a medicação deve ser tomada de 12 horas em 12 horas. Toda esta informação será apresentada em linguagem *braille*, de forma a facilitar a acessibilidade e a compreensão dos doentes invisuais. Considera-se que este instru-

mento, amplamente usado e divulgado, contribuirá para uma melhor compreensão dos doentes, dos seus cuidadores e será facilitador para os profissionais de saúde relativamente à adesão e correta GRT, por forma a reduzir erros terapêuticos e consequências graves que podem comprometer a segurança do doente.

Face ao exposto, relativamente às imagens associadas à posologia, a Figura 3 apresenta as seguintes sugestões.






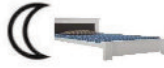

Posologia		Significado em <i>Braille</i>
	PEQUENO-ALMOÇO	Nascer-do-Sol / Pequeno-almoço
	ALMOÇO	Sol / Almoço
	LANCHE	Pôr-do-Sol / Lanche
	JANTAR	Lua / Jantar
	PEQUENO-ALMOÇO / JANTAR	Nascer-do-Sol / Pequeno-almoço Lua / Jantar
	DEITAR	Lua / Deitar
	1211 / 1211	De 12 horas em 12 horas

Figura 3. Associação de imagens à posologia e respetiva descrição em *braille*.

Pretendeu-se divulgar este suporte pedagógico aos seguintes segmentos-alvo: doentes (idosos e invisuais), em consulta ou visita domiciliária (nomeadamente idosos), cuidadores formais e informais (capacitar as assistentes domiciliárias a gerir a terapêutica), laboratórios farmacêuticos e associações de doentes.

À luz do marketing, o presente produto é um suporte pedagógico que se denominou de EMO (Etiqueta de Medicação Orientadora). Pretende-se que este modelo seja impresso em formato de autocolante, de modo a fixar na respetiva caixa de terapêutica do doente.

A promoção será realizada a dois níveis: junto dos doentes/cuidadores e junto do grupo de pares (profissionais de saúde). Pretende-se divulgar e distribuir diretamente o produto aos doentes/cuidadores, entregando-o nas consultas ou no próprio domicílio (*face-to-face*); paralelamente através de carta/via postal (enviar através desta via alguns exemplares de suporte EMO para que o doente/cuidadores testem e observem em direto, sentindo de imediato a aplicabilidade do produto); correio eletrónico e em folheto, contendo linguagem clara e acessível.

Relativamente ao preço, está previsto o envolvimento da indústria farmacêutica que reproduza o suporte pedagógico EMO.

Estas ações contribuirão para aumentar a adesão à GRT, diminuindo a incidência de esquecimentos, erros, omissões e automedicação incorreta.

O marketing aplicado à saúde permite a divulgação de produtos e serviços que vão ao encontro das necessidades de vários segmentos da população, de modo a capacitar essas pessoas, nomeadamente as que possuem baixos níveis de literacia em saúde, a encontrar estratégias que as ajudem a dar resposta ao seu processo de doença. Desta forma, haverá uma melhoria da qualidade de vida do doente e da sua segurança. É neste sentido que surge a criação deste suporte EMO de carácter físico e em versão *braille* para promover a adesão ao GRT em populações vulneráveis. Acredita-se que este suporte EMO possa ir ao encontro das necessidades destas pessoas e, assim, concretizar no terreno este propósito.

Reflexão crítica

O aumento de literacia em saúde do profissional influencia a segurança no comunicar e, por sua vez, aumenta a segurança do doente, na medida em que o capacita para uma melhor tomada de decisão.

No desenvolvimento deste projeto registou-se a oportunidade de explorar a existência de diversos conceitos de literacia em saúde, todos com particularidades inovadoras, mas que rumam ao mesmo objetivo, ou seja, pretendem capacitar o indivíduo a saber lidar com informação sobre saúde no que diz respeito ao aceder, compreender, avaliar/interpretar e usar, de modo a tomar decisões informadas e fundamentadas de como gerir a sua saúde adequadamente.

Existem determinados pressupostos que afetam a falta de segurança no comunicar, como a existência de baixa literacia em saúde, má compreensão, ambiente físico (como a existência de ruídos), situações de stresse, os aspetos cognitivos (alteração ou comprometimento), uma população marginalizada/carência económica/social que comprometem a segurança do doente, trazendo graves consequências não apenas para os doentes, como para os profissionais de saúde e para as próprias instituições. Para alcançar os objetivos da segurança do doente, é fulcral o aumento de uma adequada literacia em saúde pelos profissionais, de modo a potenciar uma comunicação em saúde mais eficaz que, por sua vez, diminui a existência de mensagens erradas e de situações adversas em saúde.

À luz de todo o projeto desenvolvido, uma comunicação clara e acessível é fundamental para que a intervenção dos profissionais de saúde – enquanto agentes de mudança de comportamento – seja mais eficiente e segura. Os contributos que permitem uma comunicação funcional estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia (Almeida, 2016). Estas ferramentas influenciam a segurança proporcionando um aumento dos níveis de literacia em saúde, da segurança do doente (promovendo a sua maior compreensão, acesso e avaliação), da segurança dos profissionais de saúde na comunicação aos doentes e, por sua vez, da credibilidade dos profissionais de saúde. As questões

relacionadas com a segurança do doente têm-se tornado uma prioridade por parte das organizações de saúde. Neste enquadramento, realce-se a preciosa iniciativa que as organizações e profissionais de saúde deveriam empreender para aumentar a segurança nos cuidados prestados com mais qualidade e menos riscos de ocorrência de situações adversas que possam comprometer a segurança do doente. Ao disponibilizarem mais tempo aos doentes para colocar questões e esclarecer dúvidas; fornecerem informação clara, acessível e segura acerca dos exames, diagnóstico e tratamento; proporcionarem um ambiente acolhedor; demonstrarem maior sensibilidade na expressão das suas preocupações e diminuírem barreiras ou constrangimentos de acesso ao sistema e serviços de saúde estão a criar ambientes promotores de saúde e da segurança do doente, que aumenta a sua satisfação, confiança no SNS e capacita-o na gestão da sua saúde de forma mais consciente, informada e esclarecida.

A escolha recaiu no Modelo da Literacia Funcional, Interativa e Crítica, porque se considerou ser o que se enquadra mais nesta temática, uma vez que aborda a importância não só do conhecimento que o profissional de saúde deve saber transmitir ao doente, mas também do desenvolvimento das suas capacidades pessoais e críticas na tomada de decisões em prol da sua saúde. A realização destes instrumentos audiovisuais pedagógicos e a intenção de futuramente os replicar tem como finalidade dar ênfase como a segurança no comunicar promove a segurança do doente.

Como desenvolvimento futuro pretende-se incrementar a divulgação do modelo num contexto prático, como descrito. No seguimento da elaboração do instrumento audiovisual pedagógico criou-se o suporte pedagógico EMO – Etiqueta de Medicamento Orientadora. Este suporte visa aumentar a adesão ao regime terapêutico e diminuir ou evitar erros na toma da medicação em indivíduos com baixa literacia em saúde. A evidência científica afirma que estes indivíduos revelam uma capacidade de compreensão sobre o uso de medicamentos mais baixa, o que favorece o aumento de erros na toma, na dosagem e paralelamente pode comprometer a saúde e a segurança do doente. Este facto gera, por sua vez, um aumento dos gastos em saúde

e, conseqüentemente, é um fator crítico para a sustentabilidade do SNS. Este suporte pedagógico pretende também ser acessível para indivíduos invisuais.

Visou-se também contribuir para a melhoria das práticas dos profissionais de saúde relacionadas com a comunicação, no intuito de maximizar a relação estabelecida com o doente e família, de modo a aumentar os níveis de literacia em saúde e da segurança do doente, diligenciar a segurança dos profissionais de saúde e, concomitantemente, dar maior ênfase, na sua credibilidade, com vista à obtenção de ganhos de saúde.

Referências

- Almeida, C. V. (2016). Acolher, capacitar, encaminhar – literacia em saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. *Congresso ACE – Associação Científica dos Enfermeiros, Suplemento Enformação*, 8-15.
- Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 43-63). Lisboa: Edições ISPA.
- Ávila, P., Espanha, R., & Mendes, R. V. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Buring, S. M., Bhushan, A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L., & Westberg, S. (2009). Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 59.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIFE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Colorado Health Outcomes Program [CHOP]. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit*. Aurora: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Davis, T., Wolf, M., Bass, P., Middlebrooks, M., Kennen, E., & David, W. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 847-851.
- Department of Health of Western Australia. (2005). *Desktop guide to clinical risk management: Toolkit*. East Perth: Government of Western Australia.
- Despacho nº 6.429/2017, de 25 de julho.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a segurança do doente: Relatório técnico final*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de segurança do doente: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Norma nº 001/2017, de 08/02/2017*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais: Norma nº 005/2018, de 20/02/2018*. Lisboa: Autor.
- Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J., & Wong, V. (1999). *Principles of marketing* (2nd ed.). London: Prentice Hall.
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto.
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Disponível em: https://www.mgfamiliar.net/_literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Cuidados inovadores para condições crónicas: Componentes estruturais de ação*. Brasília: Autor.
- Sim, D., Yuan, S. E., & Yun, J. H. (2016). Health literacy and physician-patient communication: A review of the literature. *The International Journal of Communication and Health*, (10), 101-114.
- Sørensen, K., den Broucke, S. V., 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.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: Estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Team STEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. (2005). Retrieved from: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>

World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Author.

World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva: Author.

World Health Organization [WHO]. (2009). *Background note: Regional preparatory meeting on promoting health literacy*. Geneva: Author.

Wynia, M. K., & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 102-115.

Como citar?

Lopes, A. S., Filipe, B., & Esteves, S. L. (2019). Literacia em saúde: a segurança no comunicar: um instrumento de orientação pedagógica para profissionais de saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 119-147). Lisboa: Edições ISPA [ebook].