

LITERACIA EM SAÚDE



LITERACIA EM SAÚDE, UM DESAFIO EMERGENTE

A LITERACIA EM SAÚDE E A QUALIDADE
DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

AUREA ANDRADE
EMÍLIA TORRES

COORDENAÇÃO TÉCNICA

BERTA AUGUSTO | CARLOS FERNANDES | CATARINA RODRIGUES
JOÃO PEDRO | MARIA ANDRADE | SÉRGIO ABRUNHEIRO
ZÉLIA ALMEIDA

VOL. IV

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
PORTUGAL

2023

COLETÂNEA DE COMUNICAÇÕES

A Literacia em Saúde e a Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem

VOL. IV

Este e-book é composto por vários capítulos que foram escritos independentemente por cada autor(es), não tendo havido uma tentativa de harmonização do conteúdo ou estilo de escrita.

TÍTULO

Literacia em Saúde, um Desafio Emergente - A Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Áurea Andrade; Emília Torres

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Berta Augusto; Carlos Fernandes; Catarina Rodrigues; João Pedro; Maria Andrade; Sérgio Abrunheiro; Zélia Almeida

AUTORES

Áurea Andrade; Emília Torres; Berta Augusto; Carlos Fernandes; Catarina Rodrigues; Maria Andrade; João Pedro; Sérgio Abrunheiro; Zélia Almeida; Lucília Nunes; Manuel Oliveira; Pedro Melo; Elisa Melo; Fernando Petronilho; António Amaral

DIAGRAMAÇÃO

Lígia Melo

EDITOR

Lígia Melo; Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

REVISÃO

Grupo Institucional do CHUC - Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde de Enfermagem
(literaciasaude@chuc.min-saude.pt)

ISBN

978-989-33-4302-9

ANO

2023

VOLUME

IV

EDIÇÃO

1ª

COORDENAÇÃO
CIENTÍFICA

Áurea Andrade Enfermeira Diretora do CHUC

Emília Torres Enfermeira Gestora em Funções de Direção no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Adjunta da Enfermeira Diretora do CHUC para a Gestão da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Berta Augusto Enfermeira Gestora do Serviço de Neurologia A e Hospital de Dia de Neurologia do CHUC; Coordenadora do Grupo "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde de Enfermagem; Vice-Presidente da Mesa da AG da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS)

Carlos Fernandes Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente do CHUC

Catarina Rodrigues Enfermeira no Serviço de Hematologia B do CHUC

João Pedro Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Serviço de Oncologia Pediátrica do CHUC

Maria Andrade Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente do CHUC

Sérgio Abrunheiro Enfermeiro Especialista de Reabilitação do Serviço de Neurologia A do CHUC; Secretário da Mesa da AG da SPLS

Zélia Almeida Enfermeira Especialista de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia B do CHUC

COORDENAÇÃO
TÉCNICA

ÍNDICE

Literacia em Saúde e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	6
Refletir a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no Dia Internacional do Enfermeiro	9
Os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada para ajudar e apoiar os cidadãos com literacia em saúde limitada?	12
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "A Satisfação do Cliente"	20
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "A promoção da saúde"	34
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "A prevenção de complicações"	40
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "O bem-estar e o autocuidado"	46
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "A readaptação funcional"	55
Literacia em Saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem para a consecução do enunciado descritivo "A organização dos cuidados de enfermagem"	67

LITERACIA EM SAÚDE E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A CONSECUÇÃO DO ENUNCIADO DESCRITIVO "A READAPTAÇÃO FUNCIONAL"

.....

Fernando Petronilho

Professor Coordenador

Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho

.....

O que tenho para partilhar convosco sobre o tema que me propuseram refletir?

Desde logo, gostaria de realçar que, quando falamos em literacia em saúde, estamos focados nos destinatários dos cuidados de saúde, ou seja, os cidadãos e, no sentido mais lato, estamos focados na saúde das populações. Assim, estamos a admitir que o cidadão, as populações, são um elemento importante, individual e coletivamente, nas decisões sobre o projeto de saúde que cada um vive e persegue. Assistimos a um momento que, nunca como atualmente, o conceito de "saúde das populações" é tão utilizado, mesmo pelos grupos profissionais que, tradicionalmente, têm uma maior centralidade na sua ação profissional, não na promoção da saúde, mas sim na cura ou no controle da doença.

Portanto, o conceito de literacia em saúde remete-nos para uma valorização do cuidado centrado no cidadão, mas sobretudo no seu papel ativo na procura de comportamentos promotores de saúde, diria, uma cidadania em saúde. Sendo assim, este é um aspeto que nos remete para uma mudança de paradigma no que diz respeito à relação entre profissionais de saúde e cidadãos, afastando-nos, mesmo que paulatinamente e com alguma resistência, do conceito de *cliente-consumidor*, para uma maior aproximação ao conceito de *cidadão-responsável*, numa lógica de paridade, de corresponsabilidade, numa cultura de proatividade, de compromisso ativo, no que reporta às decisões sobre a saúde individual e coletiva com vista à capacitação, *empowerment*, envolvimento, potenciando a autonomia individual e coletiva no que diz respeito aos desafios colocados face às transições vivenciadas.

A este propósito, vejamos o que nos refere o 5º Enunciado Descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados- a Readaptação funcional – logo no seu preâmbulo, e passo a citar:

*“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, **o enfermeiro conjuntamente com o cliente** desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”.*

Portanto, há nesta descrição uma evidente intencionalidade de colocar o cidadão ao mesmo nível do profissional de saúde, no que diz respeito às decisões em que, cada um, obviamente, exerce o seu próprio papel, consoante o seu domínio de competências e, particularmente, em relação ao cidadão, também de acordo com o projeto de saúde que vive e persegue, sendo este também um desafio para os profissionais de

saúde – pessoas diferentes requerem cuidados diferentes – daí, ser fundamental e decisivo, as primeiras etapas do processo de enfermagem – apreciação inicial e diagnóstico de enfermagem.

Neste contexto, apesar de se verificar uma franca evolução positiva, a evidência também nos diz que ainda prevalece uma discrepância acentuada entre os objetivos definidos pelos profissionais de saúde, ainda centrados no controlo da doença, sobretudo na doença crónica, muito “obcecados” na transmissão de informação, o que tradicionalmente temos designado por «*ensinos*» e, em contrapartida, os objetivos concretos dos cidadãos, focalizados e preocupados em manter as suas rotinas diárias ajustadas ao seu projeto de vida, com a menor perturbação possível, face às mudanças repentinas geradas por eventos críticos em saúde. Este desajuste nas estratégias de respostas terapêuticas tem contribuído para alguma ineficácia nas intervenções dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros. Este facto leva-nos a pensar na insuficiente integração do conhecimento disciplinar em enfermagem nos saberes profissionais dos enfermeiros, o que na minha opinião, tem contribuído para um *défice* de profissionalização dos cuidados de enfermagem e, porventura, com implicações nos ganhos em saúde dos cidadãos.

Tenho referido sistematicamente que a preocupação dos cidadãos quando confrontados com uma doença (particularmente, a doença crónica), não é a natureza da doença em si, mas sim o seu potencial impacto negativo na funcionalidade ao longo do tempo, levando, gradualmente, a uma diminuição na sua perceção subjetiva de qualidade de vida. As pessoas com doença crónica, bem como as suas famílias, assumem a responsabilidade de autogerir a sua condição de saúde. Contudo, as situações crónicas exigem acompanhamento

regular, parceria, envolvimento, vinculação, motivação e conhecimento sobre o autocuidado e os processos de readaptação funcional. Daí, a importância da literacia em saúde face à necessidade de processos adaptativos promotores de maior equilíbrio e bem-estar individual e familiar, conceito este – a literacia em saúde – que integra o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade individual para aceder, compreender e usar a informação na manutenção e promoção da saúde (WHO, 1998).

Se por um lado, a definição do domínio do conhecimento da enfermagem é fundamental para a disciplina, enquanto ciência humana, não é possível descentrarmos-nos de que se trata de uma profissão e, por isso, está orientada para a prática. Os enfermeiros existem para proporcionarem cuidados à “cabeceira” do cliente, não no sentido restrito de cuidados de controlo e vigilância de sinais e sintomas focados no compromisso dos processos corporais, mas num sentido mais abrangente de “proximidade”, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença, ou seja, facilitadora de transições saudáveis.

Nesta perspetiva, no sentido ontológico, o conceito de interação entre *enfermeiro-cliente* é central e, diria, o que define a natureza específica do cuidado de enfermagem. Neste ambiente, as teorias, traduzindo o domínio do conhecimento, fornecem a base para nutrir as discussões entre enfermeiros, contribuindo para o desenvolvimento dos conceitos centrais e permitindo assim que se criem conexões entre a teoria e a prática.

Do mesmo modo, o objeto de decisão clínica dos enfermeiros, nos contextos da ação, deverá estar relacionado com o objeto de estudo da própria disciplina, aproximando assim, de forma desejável, o *modelo em uso do modelo exposto*.

As assunções teóricas em enfermagem, no global, referem que os enfermeiros têm como desígnio do seu exercício profissional tornar as pessoas mais independentes e mais autônomas, sendo assim elementos facilitadores dos processos adaptativos. Mas por tudo o que foi refletido anteriormente, há uma inquietação que me surge frequentemente, aproveitando estes momentos para a partilhar... e a inquietação é a seguinte: COMO?

- Como é que os enfermeiros são promotores dos processos adaptativos individuais requeridos face à necessidade de readaptação funcional, tal como é referido num dos elementos presentes neste 5º enunciado descritivo?
- Quais os saberes profissionais que do ponto de vista da sistematização de uma profissão caracterizam o exercício autónomo de um enfermeiro para promover maior readaptação funcional e assim contribuir para maior autonomia e independência do cidadão com compromisso no autocuidado?

Eventualmente, estamos num estágio da profissão em que cada enfermeiro faz uso do seu saber, sendo que há ainda uma diferença entre os saberes utilizados pelos enfermeiros e o conhecimento disciplinar da enfermagem.

Considero esta uma reflexão absolutamente central, porque remete-nos para uma discussão que, do meu ponto de vista, tem a ver com o desenvolvimento da disciplina da enfermagem e a sua apropriação na prática clínica. Para um melhor enquadramento da minha reflexão vou contar-vos uma experiência que tive há uns meses, já este ano.

Participava num *webinar* em enfermagem sobre um determinado tema em que cada um dos 4 preletores intervenientes referia sistematicamente que “*no meu*

serviço perante esta situação nós temos esta prática, nós fazemos assim...". E todos, sem exceção, referiram o mesmo, ou seja, referiam a sua prática! Inferi que, perante situações clínicas semelhantes, todos intervinham de forma diferente, obviamente com pontos comuns! E isto, de certa forma, é preocupante! Até porque se tratava de uma mesa de discussão constituída por enfermeiros especialistas numa determinada área, pareceu-me no momento que todos eles têm larga experiência profissional sobre o tema que se discutia, portanto, supostamente, possuidores de um processo de raciocínio clínico avançado, daí, diferenciador! Mas não foi isso que me pareceu! Todos eles com o "seu saber profissional", por vezes, algo contraditório perante o mesmo caso clínico, ainda muito centrados nos aspetos associados à gestão dos sinais e sintomas e do controle da doença. Significa isto também que não há uma prática de enfermagem, mas sim várias práticas de enfermagem!

Tudo isto para dizer o quê?! Onde quero chegar com a partilha desta experiência?! Todos sabemos que há progressos muito significativos nas últimas décadas, em grande medida, resultado da maior qualificação e investimento pessoal e coletivo dos enfermeiros no desenvolvimento do perfil de competências por via dos percursos académicos ao nível dos 3 ciclos de estudo, mas também por via de uma maior oferta e qualidade da formação contínua em que cada um de nós e, para ser justo, também da iniciativa das próprias organizações, vamos sentindo a necessidade de melhorar as competências na tomada de decisão, o que nos deve orgulhar e confortar, porque, em última instância e o que importa mesmo, reflete-se inquestionavelmente na melhoria da assistência em enfermagem, traduzido em ganhos em saúde nas populações.

Todavia, apesar de tudo isto que refiro de muito positivo,

ainda há uma diferença entre os saberes profissionais, ou seja, aqueles que são utilizados na prática clínica e, por outro lado, o conhecimento disciplinar. Este é aquele que pode, aliás, deve ser ensinado, investigado e, não menos importante, financiado, configurando-nos assim um percurso tendo em vista a desejada e merecida autonomia profissional e o reconhecimento da nossa utilidade social.

Portanto, julgo que todos concordam comigo que, apesar de estarmos preocupados e decididos em gerar cada vez mais evidência no domínio da enfermagem, ainda precisamos de desenvolver muita investigação no domínio do cuidado, para conhecer verdadeiramente os fatores que interferem nos processos de readaptação funcional promotores de reconstrução de autonomia e independência nas pessoas com compromisso da funcionalidade, sejam estes fatores individuais e/ou contextuais, onde se inclui, obviamente, os aspetos da literacia em saúde e o seu papel no processo de readaptação funcional.

Acresce que, do conhecimento disponível e que resulta da investigação das práticas dos enfermeiros realizada em território nacional nos últimos anos, ressalta, na generalidade, a insuficiente preparação das pessoas e famílias para lidarem com os desafios em saúde, o mesmo será dizer que ainda há uma baixa literacia em saúde por parte das famílias e, em particular, relativamente aos aspetos que resultam das necessidades de autogestão da doença e do declínio da funcionalidade promotoras de compromisso no autocuidado, sendo assim, fundamental, a implementação de modelos de cuidados tendo como intencionalidade a readaptação funcional.

O conhecimento disciplinar revela, ainda, a elevada exigência dos processos de adaptação onde é crucial

incorporar esquemas terapêuticos recomendados e consensualizados entre os profissionais de saúde e os cidadãos, frequentemente complexos, prolongados no tempo e, na maioria das situações, sem qualquer preparação prévia por parte dos cidadãos e famílias. Portanto, parece-me evidente nesta minha reflexão a importância e a forte conexão entre os 2 conceitos centrais da minha intervenção: literacia em saúde e readaptação funcional.

Para finalizar, gostaria de partilhar convosco aspetos mais concretos da prática clínica, enquadrado no tema que estou a desenvolver e até, de alguma forma, para validar todo o discurso que desenvolvi anteriormente.

Trago-vos aqui alguns resultados de um processo de investigação desenvolvido muito recentemente no âmbito de uma tese de doutoramento em enfermagem na Universidade católica Portuguesa (Bento, 2021). Parece-me muito oportuno partilhar convosco estes resultados, até porque foi realizado no contexto do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego, portanto, exatamente no contexto geográfico onde nos encontramos. Reporto-me a um trabalho realizado no contexto das Equipa de Cuidados Continuados Integrados dos 10 concelhos da área geográfica do ACeS e que teve como objetivo identificar as necessidades de cuidados das pessoas dependentes no autocuidado que vivem em suas casas, que cuidados lhes são efetivamente prestados e quem os presta. Do meu ponto de vista, um trabalho com uma utilidade enorme, avaliando a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Apenas quero partilhar convosco alguns resultados que considero muito importantes no que diz respeito aos **cuidados omissos**, ou seja, cuidados que são avaliados pelos enfermeiros como necessários, mas que não são

disponibilizados às famílias! Cuidados estes muito centrados nas intervenções promotoras de processos adaptativos e readaptação funcional, precisamente no domínio deste enunciado descritivo que estamos a refletir, colocando a descoberto a insuficiente literacia em saúde das famílias que integram pessoas dependentes. A principal conclusão desta investigação é que não está garantida a completude dos cuidados às pessoas dependentes e suas famílias (utilizando o conceito da investigadora), conclusão esta muito alinhada com todos os trabalhos que, nós enfermeiros, temos desenvolvido nestes últimos anos com a finalidade de caracterizar o fenómeno do autocuidado em Portugal, ou como gosto de referir, a caracterização de uma epidemiologia do autocuidado em Portugal.

Então para ser sintético partilho convosco alguns resultados muito preocupantes relativamente aos cuidados omissos:

- relativamente à proporção de intervenções do tipo “ENSINAR”, avaliadas pelos enfermeiros como necessárias no domínio do Autocuidado, apenas 68,7% foram implementadas, o que significa que houve uma omissão de cerca de 1/3 deste tipo de intervenções...
- no que diz respeito à proporção de intervenções do tipo “TREINAR”, avaliadas como necessárias no domínio do Autocuidado, apenas 42,9% foram implementadas, o que significa que houve uma omissão de mais de metade deste tipo de intervenções...

Estas intervenções a que me refiro focam-se no acesso e uso de dispositivos ou ajudas técnicas para os diferentes domínios do autocuidado promotores de readaptação funcional...

Agora, relativamente aos cuidados que NINGUÉM PRESTA:

- no global, das intervenções do tipo “treinar”: apenas 36,1% das avaliadas pelos enfermeiros como necessárias, foram implementadas
- do tipo “ensinar” (28,7%)
- do tipo “instruir” (21,4%).

Ainda, das intervenções que NINGUÉM PRESTA para “Providenciar dispositivos aconselhados” para:

- Auto – cuidado (Ac) transferir-se comprometido: (91,2%) das intervenções avaliadas pelos enfermeiros como necessárias, não foram implementadas
- Ac higiene pessoal (86,2%)
- Ac vestir-se/despir-se (84,0%)
- Ac virar-se (82,9%)
- Ac andar (55,6%)
- Ac alimentar-se (25,5%).

Quanto às intervenções que NINGUÉM PRESTA do tipo “TREINAR”:

- Vestir/despir usando dispositivo” (78,3%) das intervenções avaliadas pelos enfermeiros como necessárias, não foram implementadas
- Para “Tomar banho usando dispositivo”, (75%)
- Para “Transferir usando dispositivo”, (72,4%)
- “Virar usando dispositivo” (50%)
- “Alimentar usando dispositivo” (33,3%).

Poderia apontar aqui outros resultados, mas julgo que não é necessário! Parece-me que estes resultados evidenciam que os modelos de cuidados em uso, **centrados na readaptação funcional**, não respondem com eficácia às necessidades dos cidadãos, ficando muito claro que a **literacia em saúde** dos cidadãos com compromisso do autocuidado e respetivas famílias, fica

muito aquém do desejado e avaliado pelos enfermeiros como necessário, o que compromete muito a sua readaptação funcional e, em última instância, a sua qualidade de vida.

Claro que há aqui muitos fatores concorrentes, que não são objeto de discussão neste espaço, e que vão muito para além das decisões dos enfermeiros, como as políticas de saúde e os recursos disponíveis. Mas uma coisa que me parece óbvia: os modelos de intervenção em uso carecem de reformulação, porque não respondem de forma adequada à evolução demográfica e epidemiológica das populações, com enfoque expressivo no exponencial envelhecimento da população e, em paralelo, no aumento da multimorbilidade, promotor de declínio acentuado da funcionalidade. E se quisermos ter uma sociedade mais saudável, é necessário um maior investimento na literacia em saúde como um indicador importante da própria saúde das populações, capacitando os cidadãos para tomarem decisões mais fundamentadas, permitindo-lhes assumir maior controle sobre a sua condição de saúde.

Nós, enfermeiros, enquanto educadores em saúde, temos o dever profissional e o compromisso social de, num contexto interprofissional, contribuir para melhorar os níveis de literacia em saúde da população visando, não só a promoção da saúde e prevenção das doenças, mas também a adaptação à doença e a readaptação funcional face a eventos críticos geradores de dependência vivenciados pela pessoa ao longo do ciclo vital.

Termino aqui a minha intervenção... Muito obrigado a todos! E, mais uma vez, um cumprimento muito especial a todos os enfermeiros do nosso país! Hoje é um dia de celebração para todos nós!

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

LITERACIA EM SAÚDE
UM DESAFIO EMERGENTE

LITERACIA EM SAÚDE, UM DESAFIO EMERGENTE
A LITERACIA EM SAÚDE E A QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM
VOLUME IV - 1ª EDIÇÃO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
PORTUGAL
2023