

ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO: A PERSPETIVA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Cristina Saraiva¹ e Deolinda da Luz²

^{1,2}Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal ¹cristina.saraiva@esel.pt,²dluz@esel.pt

Resumo. A literacia em saúde é essencial para a promoção da qualidade dos cuidados em saúde porque facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes. O baixo nível de literacia em saúde é prevalente nas pessoas com DPOC. Este influencia a capacidade de compreensão da informação na não adesão ao regime terapêutico, a consciência tardia do prognóstico, o aumento de readmissões hospitalares e a dependência dos cuidados de saúde. Para uma segura, eficaz e apropriada transmissão da informação pretendemos analisar de que forma os níveis de literacia em saúde afetam as necessidades de informação e o acesso à mesma, face às necessidades e preferências da pessoa com DPOC. Para identificação destas realizamos entrevistas semiestruturadas e análise interpretativa e semântica do conteúdo). Definiram-se 2 dimensões, o conhecimento e a informação. Na dimensão da informação, identificámos 3 categorias: transmissão, nível de compreensão e estratégia. Nesta última categoria, delineamos as subcategorias: auditiva, leitura, tecnologia digital, recurso de proximidade e demonstração. Nos resultados encontrados foi a estratégia da associação da transmissão oral com demonstração, repetição e retorno, complementada com informação escrita, de frases simples, claras e com imagens ou fotografias, que melhor contribui para o conhecimento e compreensão da informação.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Comunicação em Saúde; Estratégias de Informação; DPOC, Enfermagem

INFORMATION STRATEGIES: THE PERSPECTIVE OF THE PERSON WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Abstract. Health literacy is essential for promoting the quality of health care because it facilitates communication between health professionals and users. The low level of health literacy is prevalent in people with COPD. This influences the ability to understand the information on non-adherence to the therapeutic regimen, late awareness of the prognosis, the increase in hospital readmissions and the dependence on health care. For a safe, effective and appropriate transmission of information, we intend to analyse how health literacy levels affect information needs and access to it, given the needs and preferences of the person with COPD. To identify these, we conducted semi-structured interviews and interpretative and semantic analysis of the content. Two dimensions were defined, knowledge and information. In the information dimension, we identified 3 categories: transmission, level of understanding and strategy. In this last category, we outline the subcategories: hearing, reading, digital technology, proximity and demonstration. In the results found, it was the strategy of the association of oral transmission with demonstration, repetition and return, complemented with written information, with simple, clear sentences and with images or photographs, which best contributes to the knowledge and understanding of the information.

Keywords: Health Literacy; Health Communication; Strategies Information; COPD; Nurs

1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a doença respiratória crónica mais prevalente em todo o mundo com grande impacto na sociedade, no quotidiano, e de grande peso socio económico (Spruit et al., 2013). Tem uma elevada prevalência da morbimortalidade, bem como na incapacidade relacionada com atividade física e a

realização das atividades de vida diária (AVD) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016; Pamplona, 2007) contribuindo para o absentismo laboral, menor produtividade e a utilização dos recursos e gastos em cuidados de saúde (Spruit et al., 2013; Press et al., 2019). Em Portugal, estima-se a existência de 14,2% de pessoas com DPOC, é a segunda maior causa de morbilidade por doença respiratória (DGS, 2016; Santos et al., 2018).

No estudo *Burden of Obstructive Lung Disease* (BOLD), realizado por Bárbara et al., (2013), em Portugal, refere “[...] uma prevalência mais elevada da DPOC na população mais idosa, acima dos 70 anos, e no sexo masculino, atingindo valores de 47.2%” (p.102). Estes idosos têm uma elevada incidência de défice de memória, de raciocínio abstrato e de coordenação associada à hipoxemia (Esmond, 2005; Roberts, Ghiassi & Partridge, 2008). Consequentemente a compreensão e a recuperação da informação diminuem, levando à redução da adesão aos regimes terapêuticos ao aumento da dependência e uso do sistema de saúde (Disler, Gallagher & Davidson, 2012; Sadeghi et al., 2013). Alguns estudos também referem a existência de uma associação entre um estágio de maior gravidade da doença e o baixo nível de literacia em saúde (LS), apresentando maior dificuldade na gestão da sua condição, fracos resultados de saúde e pior qualidade de vida (Kale et al, 2015; Omachi et al., 2013).

A LS é uma das prioridades para a promoção da qualidade dos cuidados em saúde através da melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes (Sharifirad et al., 2015). A necessidade de uma efetiva comunicação em saúde é crucial no âmbito da LS, a qual pode ter impacto na compreensão, no uso da informação, bem como na forma como expressam a sua situação de saúde (Aldoory, 2017; Sharifirad et al., 2015). O utente com limitação da LS não tem a capacidade e a habilidade para aceder, interpretar, compreender e comunicar a informação, relacionada com a saúde, necessária para tomar decisões adequadas e funcionar no sistema de cuidados de saúde (Nielson-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Selden et al., 2000). Para Sorensen et al., (2012) esta situação afeta negativamente a comunicação entre os profissionais de saúde e o utente, criando um problema para o sistema de cuidados de saúde.

Desenvolver a capacidade de comunicação, fornecer a informação e as orientações adequadas e compreensíveis é uma das competências do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento N°190/2015,) este “... comunica com consistência a informação relevante, correta e

compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrônica (...) e assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” (p.10088). Os enfermeiros estão na linha da frente no estabelecimento de uma comunicação segura e eficaz, ao utente e família, desempenhando uma função fundamental na transmissão da informação e na educação destes.

A maioria dos utentes, mesmo aqueles com capacidades linguísticas, bons comunicadores, têm dificuldade em recordar e processar toda a informação, por não reconhecerem muitos dos termos utilizados, demasiada informação, no momento, fatores como ansiedade e a presença de dor contribuem também, para aumentar a dificuldade de atenção e a concentração necessária para a informação fornecida (Alpach, 2004).

Os utentes com baixo nível de LS e dificuldade na comunicação tem maior risco de eventos adversos evitáveis. Este risco é devido à dificuldade de entendimento: das implicações decorrentes da situação de doença; da importância da prevenção; do regime terapêutico, da acessibilidade ao sistema de saúde e o recurso tardio perante as necessidades de cuidados de saúde (Roter, 2010; Sharifirad et al., 2015). Esta situação agrava-se quando os profissionais de saúde não valorizam a capacidade de compreensão, de expressão e o contexto cultural, dos utentes. Estes, queixam-se que não recebem informações de forma a entendê-las, deixando-os desinformados, frustrados e desconfiados, pelo que têm dificuldade em participar ativamente no processo de tomada de decisão (Roter, 2010).

Segundo Guimarães e Évora (2004) “A informação é um recurso primordial para a tomada de decisão” (p. 74). Assim, a informação consiste num conjunto de dados que, quando fornecida atempadamente e de forma adequada, proporciona orientação, instrução, conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para desenvolver competências ou decidir face a uma determinada situação (Sousa, 2006).

Para que a transmissão da informação seja efetiva e se obtenham os resultados desejados, deve ser clara, compreensível, credível, significativa, consistente, baseada na evidencia, personalizada, à medida das necessidades de informação do utente, naquele momento, adaptada ao nível cognitivo, de literacia e ao meio cultural (Teixeira, 2004). Face ao exposto, definimos como questão de investigação “Será que os níveis de literacia em saúde influenciam a compreensão e o acesso à informação da pessoa com DPOC?”.

2. METODOLOGIA

O presente estudo teve por base o resultado obtido na avaliação dos níveis de LS de um grupo de 340 participantes com DPOC, que responderam ao questionário de Literacia Funcional em Saúde, no Adulto, TOFHLA (Paker et al., 1995). A seleção destes participantes teve por base os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de DPOC, excluindo o 4º estágio de gravidade da doença; (2) fase de estabilidade da doença, superior a um mês; (3) Língua materna, o português, (4) saber ler e escrever; (5) Idade superior a 18 anos, (6) Acuidade visual pelo menos até 20/50.

Os dados foram recolhidos em hospitais públicos e privados, nas consultas externas de pneumologia, unidade de reabilitação respiratória e hospital de dia pneumológico, na área de Lisboa, após assinatura do consentimento informado, garantindo a confidencialidade e anonimato, após as comissões de ética destas instituições autorizarem o estudo de acordo com a estrutura apresentada, questionário e entrevista.

Para a concretização do objetivo do presente estudo “Analisar de que forma os níveis de LS influenciam a compreensão e o acesso à informação da pessoa com DPOC” realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com recurso à entrevista semiestruturada (Polit & Beck, 2018). Segundo as autoras, este tipo de estudo de abordagem interpretativa permite refletir sobre as realidades, experiência e pontos de vista dos participantes. Também, permite dentro do leque de informações obtidas, elaborar uma visão alargada da problemática em estudo (Bardin, 2014). Assim, pretendemos com esta entrevista conhecer de que forma as estratégias de informação interferem no entendimento da informação sobre a condição de saúde e o regime terapêutico.

A amostra foi de conveniência, 16 participantes, selecionada a partir do grupo acima descrito, que aceitaram serem entrevistados com base nas seguintes variáveis: Nível de LS, sexo e grau de escolaridade. A distribuição da amostra teve por base o nível de LS, inadequada, marginal e adequada. Para cada um destes níveis selecionamos 3 homens e 3 mulheres de acordo com o grau de escolaridade: obrigatório (9 anos de escolaridade), secundário (12 anos de escolaridade) e superior (≥ 15 anos de escolaridade). Não houve participantes com escolaridade superior e LS inadequada. A média de idades dos participantes é de 68 anos, entre 45-80 anos, e 75% estão reformados.

A entrevista teve por base um guião de 5 questões abertas que garantissem as respostas pertinentes para o estudo: conhecimento da doença e do regime terapêutico; quem e como foi informado; compreensão da Informação e estratégias de informação, que teve por base os resultados obtidos através do questionário. O local e a hora da entrevista foi determinada pelos participantes, foi gravada após consentimento dos mesmos e teve a duração média de 15 minutos, sendo 10 entrevistas entre os 17-20 minutos e 6 entrevistas entre 8-12 minutos. Posteriormente, foram transcritas as entrevistas, realizada uma leitura flutuante e com base na análise interpretativa, semântica da informação obtida, foram agrupadas as frases, constituídas em unidades de registo, que de acordo com os seus significados formularam-se as subcategorias e as categorias, pelos investigadores e mediado por um perito. De forma a organizar os dados, construíram-se quadros, que permitiram a análise do conteúdo para alcançar o objetivo do estudo. Esta análise, o processo de agrupamento progressivo, salvaguardou a objetividade e fidelidade; pertinência; homogeneidade e exclusão mútua (Bardin, 2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrevista teve como intenção perceber se os participantes com diferentes níveis de LS têm diferentes necessidades de informação sobre a sua condição de saúde, regime terapêutico e a forma como gostariam de ser informados. Assim, após análise do conteúdo das entrevistas definimos duas dimensões, relacionadas com o conhecimento e a informação. Para cada uma destas dimensões criámos categorias, subcategorias e respetivas unidades de enumeração, que passamos a apresentar.

3.1 Domínio do conhecimento

No domínio do conhecimento identificámos duas categorias relacionadas com a condição de saúde e o regime terapêutico. Para a categoria de condição de saúde definimos duas subcategorias, específico e inespecífico, alusivo ao conhecimento aprofundado sobre a doença, fatores de risco e prevenção, bem como as repercussões na capacidade funcional. No regime terapêutico as subcategorias estão relacionadas com o estar esclarecido ou elusivo, independentemente do seu cumprimento.

Na tabela nº 1 apresentamos as unidades de enumeração (UE) em conformidade com o descrito anteriormente.

Tabela 1. Domínio do conhecimento e a distribuição das categorias e subcategorias pelos níveis de literacia em saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO (UE)		
		LS Inadequada	LS Marginal	LS Adequada
CONDIÇÃO DE SAÚDE	Específico	5	6	7
	Inespecífico	5	6	3
REGIME TERAPÊUTICO	Esclarecido	2	5	8
	Elusivo	2	3	3

No nível de LS inadequada e marginal aparenta não haver diferença entre os participantes no conhecimento sobre a condição de saúde, como por exemplo “*Não sei o nome, sei que é uma asma brônquica (LSI, Q193 S1, E2)*” e “*Não, não sei o nome, nem o que é... Bom tenho alguma bronquite, fumava muito (LSM, Q181, S1, E1)*”. Quanto aos participantes com nível de LS adequada, aparentemente, demonstram mais conhecimento sobre a sua condição de saúde “*...os alvéolos, é como se fosse cada um deles um balão... quando esvazia fica com ar residual...o tabaco ajuda a destruir algumas partes e o ar residual é cada vez maior... por isso não se faz corretamente as trocas gasosas. (LSA, Q166, S2, E3)*”.

No nível de LS inadequada e marginal aparenta não haver diferença entre os participantes no conhecimento sobre a condição de saúde, como por exemplo “*Não sei o nome, sei que é uma asma brônquica (LSI, Q193 S1, E2)*” e “*Não, não sei o nome, nem o que é... Bom tenho alguma bronquite, fumava muito (LSM, Q181, S1, E1)*”. Quanto aos participantes com nível de LS adequada, aparentemente, demonstram mais conhecimento sobre a sua condição de saúde “*...os alvéolos, é como se fosse cada um deles um balão... quando esvazia fica com ar residual...o tabaco ajuda a destruir algumas partes e o ar residual é cada vez maior... por isso não se faz corretamente as trocas gasosas. (LSA, Q166, S2, E3)*”.

Quanto ao conhecimento sobre o regime terapêutico aparenta haver discrepância entre os participantes com literacia em saúde inadequada “*Não nunca me falaram sobre isso, bem precisava (LSI, Q211, S2, E1)*” e os restantes níveis. Contudo os participantes com literacia em saúde adequada demonstram estarem mais esclarecidos “*Devo ter o pulmão muito hidratado, ... faço os exercícios de reabilitação respiratória ...gosto de andar a pé, não me canso tanto, faço aquela bombinha diariamente (LSA, Q210, S2, E1)*” e “*Faço de manhã e à noite os exercícios, os que são para repetir, nos dias que não vou ao centro (LSM, Q153, S1, E2)*”.

Estes resultados não são corroborados pela literatura quando refere que a baixa LS é uma variável relacionada com a má condição de saúde, consciência tardia do prognóstico da doença, baixa adesão ao regime terapêutico e aumento de readmissões hospitalares (Disler, Gallagher & Davidson, 2012; Nutbean, 2000, 2008; Sadeghi et al., 2013) entre outros autores. O utente com DPOC, tem pouco conhecimento sobre a sua doença, mas, as experiências relacionadas com a saúde, como os cuidados e o sistema de saúde, o contacto com a linguagem médica, seja por situações de promoção da saúde, vigilância médica ou situações de doença temporária ou crónica, são “antecedentes” que contribuem para melhorar a LS. Assim, perante uma doença crónica, o contacto prolongado com o sistema de saúde contribui para a compreensão e o conhecimento do próprio estado de saúde, como para o desenvolvimento de competências para gerir, tomar decisões e utilizar adequadamente os serviços de saúde (Speros, 2005). Contudo, a LS, pode ser confundida com a familiaridade das pessoas com o sistema de cuidados de saúde. Uma pessoa com uma doença crónica, contacto prolongado com o sistema e os profissionais de saúde, e com capacidade funcional mais limitada pode ter um nível de literacia funcional em saúde mais elevado do que seria esperado com base no seu grau de escolaridade (Parker, 2000).

3.2. Domínio da Informação

No domínio da informação identificámos três categorias referente à transmissão, ao nível de compreensão e à estratégia. Do mesmo modo para cada categoria delineámos subcategorias. Para a categoria transmissão, determinámos o emissor e o canal referente à forma de transmissão, oral e escrita. Para o nível de compreensão considerámo-la elucidativa ou desorganizada. E por fim, como estratégias de informação estabelecemos as subcategorias: (1) Auditiva, onde incluímos as entrevistas e as chamadas telefónicas; (2) Leitura, englobámos as orientações escrita, como os folhetos, bulas de medicamentos e figuras; (3) Tecnologia digital, refere-se às novas tecnologias, como acesso à internet, vídeos, filmes; (4) Recursos de proximidade e (5) Demonstração, método pedagógico para exemplificar técnicas, procedimentos ou exercícios.

A tabela nº 2 (p.6) apresenta as UE em conformidade com mencionado anteriormente. Observando a distribuição das UE pelos níveis de LS, verificamos relativamente à categoria transmissão, os participantes elegem os mesmos profissionais de saúde (médico, enfermeiro e terapeuta) para obtenção da informação. Contudo, os participantes com nível de literacia em saúde marginal e adequada, manifestam mais frequentemente a

oportunidade dos recursos existente para se esclarecerem, sendo a subcategoria oral a preferida “Foi a médica que explicou (LSA, Q188, S1, E3)”; “enfermeiros é que me explicaram como se fazia (LSM, Q153, S1, E2)” e “Terapeuta... conversa face a face (LSA, Q167, S2, E2)”. Segundo refere Poinhos et al., (2017) no seu estudo, os participantes têm maior tendência para obter a informação em primeira mão dos profissionais de saúde, seguido da família, sites de saúde e amigos. Contudo, segundo os mesmos autores, frequentemente, usam a internet e os profissionais de saúde como recurso à informação de saúde, mas o recurso mais confiável é quando a informação é transmitida pelos profissionais de saúde. Vários estudos têm demonstrado que a população com baixo nível de LS confiam menos nas informações através dos profissionais de saúde (Chen et al., 2018; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Esta perceção provavelmente, estará relacionada com experiências negativas de cuidados de saúde bem como a não valorização da informação, não terem o apoio expectável para os seus problemas de saúde ou não compreenderem as informações (Wangdahl, Lytsy, Martenson & Westerling, 2015).

Tabela 2. Domínio da informação e a distribuição das categorias e subcategorias pelos níveis de literacia em saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		UNIDADE DE ENUMERAÇÃO (UE)		
			LS Inadequada	LS Marginal	LS Adequada
TRANSMISSÃO	Emissor		6	11	12
	Canal	Oral	6	7	6
		Escrita	4	5	4
NÍVEL DE COMPREENSÃO	Elucidativo		4	11	9
	Desorganizado		8	3	7
ESTRATÉGIAS	Auditiva	+	3	5	7
		-	2	2	1
	Leitura	+	8	8	11
		-	3	1	3
	Tecnologia digital	+	-	3	2
		-	3	4	7
	Recurso de Proximidade		4	7	3
	Demonstração	+	4	5	3
		-	-	-	1

Ao nível da compreensão salientamos o facto de serem os participantes com nível de LS marginal que referem maior compreensão da informação “fizeram a demonstração, repeti várias vezes ... ter feito ficou mais fácil para perceber e fazer a sequência (LSM, Q306, S2,

E3), comparando com o resultado obtido pelos participantes do nível de literacia em saúde adequado, na subcategoria desorganizado.

Face a este resultado questionamo-nos sobre se a forma como foi realizada a transmissão estará adequada às necessidades desses participantes “*quando vamos à consulta somos bombardeados de muita informação (...) não retemos nem metade da informação transmitida... a bula contém muita informação e podemos ter dificuldade em assimilar tudo, e ficarmos apreensivas ou confusas* (LSA, Q166, S2, E3)”.

A comunicação é um fenómeno complexo que envolve competência escrita, visual, auditiva, verbal e emocional. Estas competências são essenciais na interação entre o utente e o profissional de saúde (Shum, et al, 2018). A utilização da informação depende de 4 fatores: (1) estar disponível; (2) os utentes devem ter esse conhecimento; (3) tempo disponível para aceder à informação e (4) compreendê-la (Longo & Patrick, 2001). O conteúdo da informação deve ser disponibilizado pelo profissional de saúde, através da linguagem verbal ou não verbal, de forma clara e que o utente consiga entender. Contudo, 50% da informação não é memorizada, o tempo de interação profissional de saúde-utente é reduzido e requer disponibilidade e de tempo, de todos, para o ensino e aprendizagem de técnicas (Alpach, 2004; Closhesy, 2015), nomeadamente o conhecimento sobre a sua condição de saúde, de utilização dos inaladores, de administração da oxigenoterapia de longa duração, dos exercícios respiratórios e da ventilação não invasiva, como é o caso dos utentes com DPOC.

Segundo Vaz Almeida & Bellim (2018) referenciando *The Join Commission*, 2016, para melhorar a compreensão da informação pelos utentes, especialmente daqueles com baixa LS, enunciaram um conjunto de orientações: (1) Avaliar as capacidades de literacia em saúde ; (2) Usar uma linguagem simples, clara e acessível ao comunicarem; (3) Mostrar ou desenhar, para melhorar a compreensão e memorização; (4) Limitar a quantidade de informação em cada interação; (5) Repetir as informações de saúde e encorajar o utente a repetir pelas suas próprias palavras (*teach-back*); (6) Ser respeitador e cuidadoso com a linguagem e sentimentos do doente; (7) Não interromper a locução do utente antes de ele expressar os sentimentos e problemas; (8) Encorajar o utente a participar ativamente através de perguntas abertas, p.e. “*o que posso fazer por si?*”, “*do que é que se queixa?*” e (9) Aceitar os sentimentos do utente sem reação ofensiva ou defensiva.

Assim, a técnica que os profissionais de saúde devem usar para avaliar se o utente compreendeu ou não a informação transmitida baseia-se no método “teach-back” e “check-back”. Estes métodos melhoram a compreensão e interiorização da informação por associar a dimensão cognitiva com a dimensão instrumental, a demonstração e a reprodução (Join Commission, 2007; Shum et al., 2018).

Relativamente à categoria estratégia de informação se fizermos a análise global da tabela, em todos os níveis de LS, as UE situam-se, na sua maioria, na subcategoria de leitura, 27UE: “... o folheto informativo se tiver imagens ou fotografias, (...) ajuda a lembrar as informações e a técnica (LSA, Q166, S2, E3)”; “Escrita clara e com imagens, ajuda a compreender o que se lê (...) complementa a informação ou esclarece as dúvidas (LSM, Q153, S1, E2)” e “Era melhor se tivesse uma folhinha com as informações escritas (...) de forma simples (...) e fizesse os desenhos (LSI, Q272, S1, E1)”.

Seguem-se as subcategorias, auditiva e de recurso de proximidade, 15 e 14 UE respetivamente, “ligo, nem sempre atendem à 1ª, mas atendem sempre (...) as enfermeiras ajudam a esclarecer no momento (...). médico retribui a chamada (LSA, Q166, S2, E3)”; “Geralmente ligo para a saúde 24 e eles explicam tudo (LSM, Q181, S1, E1)”; “Vou à farmácia. Elas explicam tudo muito bem (LSI, Q211, S2, E1) e ”posso falar com a enfermeira (...) complementar a informação, reforçar o que sei, aconselhar (LSI, Q154, S2, E2)”. Sendo ainda significativa a subcategoria de demonstração com 12 EU: “Treinei aqui os exercícios no hospital e repito da mesma forma em casa (LSA, Q188, S1, E3)”; “tinha um inalador igual ... depois repeti eu ... assim é mais fácil fazer tudo certo, ver e repetir (LSM, Q304, S2, E2)” e “no hospital explicavam-me como se fazia e mostravam para eu ver (LSI, Q272, S1, E1)”. A utilização da tecnologia digital como estratégia de informação é considerada pouco relevante pelos participantes, com 14 EU desfavoráveis, como referem: “... É muita informação muitas vezes variada sobre o mesmo assunto e nem sempre credível (LSA, Q166, S2, E3)”; “Não. O computador para mim é só para entretenimento (LSM; Q181, S1, E1)” e “Sim tenho, ... existem hospitais e médicos para nos informar e esclarecer, tirar dúvidas...é mais certo, mais seguro (LSI, Q154, S2, E2)”.

De acordo com Roter (2011) os utentes com baixa literacia em saúde, melhoram a compreensão da informação oral quando esta é mais interativa, recorrendo à simulação, e contribui positivamente para a relação interpessoal, satisfação do utente e capacidade de tomada de decisão.

O estudo realizado por Jessup et al., (2018) refere que a população em estudo prefere a transmissão da informação durante hospitalização assente em 5 categorias: a boa qualidade da comunicação, apoio social na saúde, boa preparação da alta, *continuum* dos cuidados e o acesso à qualidade de informação, em casa. Assim, relativamente à qualidade da comunicação os resultados assentam na relação de confiança, identificação das necessidades e preferências sobre a transmissão da informação, linguagem clara e simples e utilizando o método de *check-back*. Na preparação da alta, privilegiam a informação escrita acompanhada de pictogramas ou imagens apropriadas que devem ser esclarecidas e interpretadas em conjunto com o utente e família. No acesso à qualidade de informação os profissionais de saúde devem indicar os melhores recursos através das tecnologias digitais, fornecendo "*links*" fiáveis com os websites das instituições de saúde e da saúde em geral ou relacionados especificamente com a sua situação de saúde. Estes dados vêm reforçar as estratégias de informação das preferências dos utentes deste estudo. Neste contexto parece ser conveniente a utilização destas estratégias para melhorar a qualidade da transmissão da informação nos cuidados de saúde, ou seja, contribuir para uma melhor literacia em saúde.

Em suma, à medida que o compromisso respiratório se agrava nesta população, pela presença de hipoxemia e hipercapnia, bem como das situações de depressão e ansiedade, surge a dificuldade do raciocínio abstrato, da memorização, da concentração e da coordenação motora para tarefas simples (Esmond, 2005; Roberts, Ghiassi & Partridge, 2008). Um regime terapêutico complexo e de longa duração exige que as pessoas com DPOC tenham competências cognitivas e instrumentais para a gestão da sua condição de saúde, adaptar-se às limitações e manusear adequadamente os equipamentos necessários. Assim, esse compromisso pode influenciar a capacidade de compreensão da informação verbal (oral e escrita), de aprendizagem e de tomada de decisão (Sadeghi et al., 2013), dificultando a adesão e os benefícios do regime terapêutico.

Face ao exposto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter competências de comunicação e a capacidade de avaliar as necessidades de cada utente e seu nível de LS, de forma a conhecerem as suas particularidades para direcionarem as estratégias de informação, tendo em vista a melhoria do conhecimento e da sua condição de saúde.

4. CONCLUSÃO

Neste estudo, identificámos cinco estratégias de eleição da informação, nesta população, independentemente do nível de literacia. Foram evidenciadas, em associação, as estratégias mais facilitadoras da compreensão da informação e do cumprimento das instruções, que elencamos: Auditiva - informação face a face (entrevista); Leitura - folhetos e pictogramas; Demonstração - exemplificar a técnica ou procedimento e a repetição; e, quando necessário, o recurso de proximidade para esclarecimento de dúvidas - farmacêutico, amigos/família da área da saúde. Constatamos, ainda, ser menos valorizado o recurso às tecnologias digitais por considerarem menos credíveis. Segundo a *The Joint Commission* (2007) os padrões de acreditação salientam como direito fundamental a necessidade de o utente receber informação oral e escrita sobre seus cuidados de saúde de forma a facilitar o entendimento dessas informações. É, também, enfatizada a necessidade contribuir para o conhecimento recorrendo a uma abordagem de ensino- aprendizagem, direcionada para o utente.

As preocupações que estes utentes demonstraram estão relacionadas com a dificuldade de compreensão da informação em saúde, o acesso e o cumprimento das orientações, pelo o que é conveniente selecionar informação de qualidade, recorrer a estratégias de fácil acesso, centradas no utente e nas quais eles confiem.

Deste modo, preconiza-se, que os profissionais de saúde adotem uma linguagem simples, clara, sem jargões, sobre os problemas de saúde, com informação específica e adequada. Só desta forma estes serão capazes de tomar medidas de promoção e de proteção da sua saúde e bem-estar, e, conseqüentemente, melhorar a LS, fundamental para o sucesso da interação com o profissional de saúde e as pessoas alvo de cuidados de saúde. Promover o direito e o acesso à informação sobre a saúde e sistemas de saúde centrados no utente, facilita a aprendizagem e a aquisição das competências necessárias à tomada duma decisão informada (US DHHS, 2010). A análise de conteúdo tem como foco o estudo de um fenómeno pouco conhecido e resulta dos relatos e da opinião dos participantes, padecendo de um défice de objetividade, pelo o que é necessário realizar mais estudos para alargar o conhecimento sobre esta temática.

Agradecimentos. A todos os utentes que contribuíram para este estudo.

5. REFERÊNCIAS

- Aldoory, L. (2017). The status of health Literacy Research in Health Communication and Opportunities for Future Scholarships. *Health Communication*, 32 (2), 211-218. DOI.org/10.1080/10410236.2015.1114065
- Alpach, G. (2004). Communication Health Information: An Epidemic of the Incomprehensible. *American Association of Critical Care Nurse (AACCN)*. 24 (4), 8-13. DOI.org/10.4037/ccn2004.4.8
- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M.J. et al. (2013) Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Rev Port Pneumol*. 19 (3), 96-105.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Chen, X., Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, et al (2018). Health literacy and use and trust in Heal Information. *Journal Health Communication*. 23 (8):724-734. DOI: 10.1080/10810730.2018.1511658.
- Clochesy, J.M. (2015). Wait, won't! Want: Barriers to health care as perceived by medically and socially disenfranchised communities. *Journal of Health and Human Services Administration*. 38 (2), 174-214. PMID: 26442361
- Direção Geral de Saúde.(2016). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) 2012-2016. Acedido em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>
- Direção Geral de saúde. (2016). *A Saúde dos portugueses, 2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/pub_a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx
- Disler, R.T. Gallagher, R.D. & Davidson, P.M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 49, 230-242.
- Esmond G, editor. *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência; 2005.
- Guimarães, E. & Évora, Y. (2004). "Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência." *Cl. Inf. Brasília*, 72-80.
- Jessup R.L., Osborne, R.H., Bushbinder, R. & Beauchamp, A. (2018). Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population. *BCM Health Services Research*. 18:989, 1-13 DOI.org/10.1186/s12913-018-3801-7
- Kale M.S., Federman, A., Krauskopf, K., Wolf, M., O'Connor, R., Martynenko, M. et al. (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*. 10(4):1-10.
- Long, D.R. & Patrick, T.B. (2001). Consumers reports and health care information: a call for research. *Journal of Health Care Finance*. 28, 92-96. PMID:11669296
- Nielson-Bohlman, L., Panzer, A.M. & Kindig, D.A. (Eds) (2004) *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 15 (3), 259-67.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of Health literacy. *Social Science & Medicine*. 67 (12), 2072-2078.

- Omachi, T., Sarkar, U., Yelin, E.H., Blanc, P.D. & Katz, P.P. (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 28 (1), 74-81.
- Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007). The casual pathways linking Health Literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavoir.* 31 (1), S19-S26.
- Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar obstrutiva. *Rev Port Pneumol.* 13 (1), 101-28.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int.* 15 (4): 277-83.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. & Nurss, J.R. (1995). Test of Functional Literacy in Adults. A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine,* 10, 537-541.
- Poinhos, R., Oliveira, B.M., Van der Lans, I. A., Fisher, A.R., Berezowaska, A., Rankin, A., ... Almeida, M.D. (2017). Providing personalized nutrition: Consumers' trust and preferences regarding sources information, service providers and regulators and communication channels. *Public Health Genomics.* 20 (4), 218-228.
- Polit, D. & Beck, C. (2018). *Qualitative Designs and Approaches.* Polit, D. & Beck, C. *Essentials for Nursing Research: appraising evidence for nursing practice* (pp.183-197). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Press, V. G., Au, D. H., Feemster, L. C., Bourbeau, J., Dransfield, M. T., Gershon, A. S. et al (2019). Reducing chronic obstructive pulmonary disease hospital readmissions: An official American Thoracic Society workshop report. *Annals of the American Thoracic Society,* 16(2), 161–170. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201811-755WS>
- Regulamento nº 190/2015. Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros . Diário da República, 2ª série (Nº 79 — 23 de abril de 2015). 10087-10090.
- Roberts N.J., Ghiassi, R. & Partridge M.R. (2008). Health Literacy in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 3 (4), 499-507.
- Roter, D.L. (2011). Oral literacy demand of health care communication: challenges and solutions. *Nursing Outlook.* 59, 79-84.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 10 (1), 72-8.
- Santos, A. C., Barreto, C., Barata, F., Froes, F., Carvalho, I., Pité, I. et al. (2018). 13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. In *Observatório nacional das doenças respiratórias.* https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S. & Parker, R. (2000). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, Md. National Library of Medicine.
- Sharifirad, G., Mostafavi, F., Reisi, M., Mahaki, B., Javadzade, H., Heidarabadi, A. & Esfahanil, M. (2015). *Predictors of Nurses' Intention and Behavoir in Using Health Literacy Strategies in Patient Education based on the Theory of Planned Behavior.* *Materia Socio Medica,* 27 (1), 23-26 DOI: 10.5455/msm.2014.27.23-26.
- 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(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sousa, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

- Speros C. (2005). Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 50 (6), 633-40.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zu Wallack, R., Nici, L., Rochester, C. et al (2013). An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8). <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Shum, J., Poureslami, I., Wiebe, D., Doyle-Waters, M., Nimmon, L. & Fitzgerald, J. (2017). Airway disease and health literacy (HL) measurement tools: systematic review to inform and practice respiratory research. *Patient Education and Counseling*. 101, 596-618. DOI.org/10.1016/j.pec.2017.10.011.
- Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde-utentes. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- The Joint Commission. Division Public Policy Initiative (2007). "What Did the Doctor Say?" Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Joint Commission (Ed.) US: Illinois. Acedido em <https://psnet.ahrq.gov/issue/what-did-doctor-say-improving-health-literacy-protect-patient-safety>18.02.2020
- US Department of Health and Human Services (2010). Health Communication. In Healthy People 2010. Final review. *PHS Publication*, 1(11-2), 221-231. http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- Vaz Almeida, C. & Belim, C. (2018). Healthy Thanks to Communication: a model of communication to optimize health literacy - Assertiveness, Clear Language and Positivity. In Papalois, V. & Theodosopoulou, M. (Eds) (2018). *Optimise Health Literacy for Improving Clinical Practices*. (8, 124-152). Us: IGI Global. DOI:10.4018/978-1-5225-4074-8.ch008
- Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L. & Westerling, R. (2015). Health Literacy and refugees' experience of health examination for asylum seekers. A Swedish cross-sectional study. *BCM Public Health*. 15 (1), 1162 DOI: 10.1186/s12889-015-2513-8.