TEMAS ABORDADOS

COMUNICAÇÃO | GESTÃO DE PESSOAS | ENVELHECIMENTO | SATISFAÇÃO DOS PACIENTES | INCLUSÃO | GAMIFICAÇÃO | ORGANIZAÇÕES LITERADAS | HUMOR | DIGITAL

Com o seu olhar perspicaz e uma análise profunda, Vaz de Almeida guia-nos através das complexidades e implicações práticas dessas temáticas vitais.

Instigamos os leitores a imergirem neste compêndio, repleto de sabedoria e perspicácia, para explorar as diversas facetas da literacia em saúde sob a orientação da renomada autora.

Que esta coletânea inspire uma compreensão mais profunda e estimule futuras reflexões sobre o papel crucial da literacia em saúde na nossa sociedade de língua portuguesa.

Professor Doutor Eduardo Leite

ISBN 978-989-35528-2-7

UMA VIAGEM PELA LITERACIA EM SAÚDE
MODELOS PRÁTICOS DE INTERVENÇÃO

ponteditora

UMA VIAGEM PELA LITERACIA EM SAÚDE

MODELOS PRÁTICOS DE INTERVENÇÃO

CRISTINA VAZ DE ALMEIDA

ponteditora

Uma Viagem pela Literacia em Saúde

Modelos Práticos de Intervenção

UMA VIAGEM PELA LITERACIA EM SAÚDE MODELOS PRÁTICOS DE INTERVENÇÃO

Autor: Cristina Vaz de Almeida

Edição: Ponteditora

Startup Madeira — Sala 3, Campus da Penteada,

9020-120 Funchal-Madeira | www.ponteditora.org

Copyright 2023 ©: Ponteditora e Autores.

Todos os direitos reservados

Design da Capa: Ana Leite

Design do Miolo: Ana Leite

ISBN: 978-989-35528-2-7

ÍNDICE

Prefácio | Professor Doutor Eduardo Leite 1

Redes peer-to-peer como boas práticas para a implementação da literacia em saúde 6

Benefícios para a saúde associados à atividade física regular: Menor risco de cancro e menos morte prematuras 15

Todos contam. Onde começa a discriminação? 26

Saúde: Caminhar para uma linguagem clara é assim tão difícil? 29

O hospital positivo 40

Um modelo de literacia em saúde aplicado à educação: o modelo ACP para a motivação e competências 52

Como a estratégia da Netflix se pode aplicar à satisfação do paciente.....62

Checklist de avaliação inclusiva de pessoas, evidências e processos: A importância da literacia em saúde 74

A positividade conta muito para a saúde: Uma das competências do modelo ACP — Assertividade, Clareza e Positividade 91

Envelhecimento, demência e bem-estar: Uma questão de literacia em saúde.....98

Uma saúde com pacientes quase às escuras: Como acender as luzes da saúde?.....109

A jornada do paciente no sistema de saúde 122

Gamificação na saúde atrai e promove resultados 133

Não basta oferecer ipads! A literacia em saúde exige mais...139

“Silver man”: O homem do futuro 151

Telesaúde: Os olhos da saúde 158

Pandemia: Um CISNE NEGRO? 165

Literacia em saúde: Desafios da leitura e do processamento cognitivo da informação online 176

O grande potencial da Realidade Virtual (RV) na saúde 187

Organizações e profissionais de saúde: e depois, continuamos no digital?.....196

Organizações que usam linguagem inclusiva são mais literadas 211

Health literacy uses inclusive language.....227

Literacia em saúde como manifesto: Um olhar para dentro de nós.....238

Pensar a literacia em saúde como determinante de saúde e social 248

Thinking health literacy as a determinant of health and social 255

Health skills: Beyond the biomedical 261

Somos todos pacientes. Os direitos e os deveres.....269

We’re all patient — Rights and duties 279

Investir nas organizações literadas para além da saúde: Um caminho para a literacia em saúde 289

Investing in literate organizations beyond health: A path to health literacy.....297

Literacia em saúde e a prevenção da deficiência: Prevenir antes de reabilitar 304

O humor cura? O sentido do bem-estar 318

Comunicação em saúde: A relação à distância de um click ...326

Mudança de comportamentos em saúde: Como chegar ao paciente-sistema sendo “etic”.....334

Competências em saúde: Para além do biomédico.....345

Changing health behaviors: How to reach the patient system by being “etic”.....354

De costas voltadas? Como a comunicação e a literacia em saúde nos põem frente-a-frente 364

Prefácio | Professor Doutor Eduardo Leite

É com grande satisfação que apresentamos esta coletânea de ensaios sobre literacia em saúde, uma compilação cuidadosamente selecionada de artigos da autoria da Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida, Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Publicados ao longo de alguns anos na "Pátria — Jornal da Comunidade Científica de Língua Portuguesa", um veículo preferencial da comunidade científica de língua portuguesa para veicular opiniões refletidas nesta língua sobre os mais diversos temas de interesse científico geral, os ensaios apresentam-se sistematizados sob o título "Uma Viagem pela Literacia em Saúde: Modelos Práticos de Intervenção". Trata-se de um testemunho do compromisso incansável da autora com o avanço no entendimento e prática da literacia em saúde em Portugal.

O leitor encontrará nas páginas seguintes uma visão abrangente das ideias da Professora Cristina Vaz de Almeida sobre a importância da literacia em saúde na sociedade moderna. A autora explora, de maneira perspicaz, temas como:

- Redes Peer-to-Peer como Boas Práticas para a Implementação da Literacia em Saúde (p. 6): Neste artigo, Cristina Vaz de Almeida explora como as redes bem preparadas podem potenciar a literacia em saúde,

promovendo uma cadeia de valor eficiente. Destacando a importância da partilha segura de dados, a autora destaca características essenciais de uma rede peer-to-peer literada. Apresentando vantagens como aumento da confiança na troca de informação e custos reduzidos, Vaz de Almeida enfatiza a replicabilidade como chave para melhorar os resultados na saúde. O artigo destaca a importância de manter a rede dinâmica, atualizada e centrada na confiança, visando aprimorar as sociedades em termos de literacia em saúde e alcançar melhores resultados.

- Benefícios para a Saúde Associados à Atividade Física Regular: Menor Risco de Cancro e Menos Mortes Prematuras (p. 15): Vaz de Almeida destaca a importância da atividade física para melhorar a saúde em todas as idades. O texto destaca que mesmo pequenas quantidades de exercício têm benefícios imediatos e acumulativos. Além de reduzir o risco de morte prematura, doenças cardíacas, diabetes e alguns tipos de cancro, a atividade física regular beneficia pessoas com problemas crónicos de saúde. O artigo salienta que até mesmo indivíduos inativos podem reduzir os riscos à saúde ao incorporar atividades leves. A autora enfatiza a importância da literacia em saúde para promover a compreensão dos benefícios da atividade física e incentivar mudanças de comportamento. O texto destaca também a influência

positiva da atividade física na qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, incluindo melhorias na função, sono e redução da inflamação. Concluindo, Vaz de Almeida destaca que a atividade física não só previne doenças, mas também contribui para o bem-estar global e a qualidade de vida, enfatizando a importância de aumentar a literacia em saúde para promover estilos de vida mais ativos.

- Todos Contam. Onde Começa a Discriminação? (p. 26): Este ensaio examina o tema da discriminação na sociedade, especialmente no contexto da saúde. Aborda o ponto de origem da discriminação e destaca a importância de uma abordagem inclusiva para garantir que todos tenham acesso igual aos cuidados de saúde.
- Saúde: Caminhar para uma Linguagem Clara é Assim Tão Difícil? (p. 29): Vaz de Almeida explora os desafios e benefícios da comunicação clara na área da saúde. O ensaio destaca a importância de utilizar uma linguagem acessível para promover a compreensão e a tomada de decisões informadas pelos pacientes.
- O Hospital Positivo (p. 40): Este ensaio aborda a ideia de um "Hospital Positivo" e explora como a positividade pode influenciar a experiência do paciente. Destaca a importância de o ambiente hospitalar promover uma abordagem positiva para melhorar o bem-estar dos pacientes.

- Um Modelo de Literacia em Saúde Aplicado à Educação: o Modelo ACP para a Motivação e Competências (p. 52): Vaz de Almeida apresenta o Modelo ACP como uma ferramenta aplicada à literacia em saúde na educação. O ensaio explora como esse modelo pode motivar os indivíduos e desenvolver competências essenciais para uma compreensão aprofundada da saúde.
- Como a Estratégia da Netflix se Pode Aplicar à Satisfação do Paciente (p. 62): O texto discute a aplicação da estratégia da Netflix no contexto da satisfação do paciente. Destaca como a personalização e a acessibilidade podem melhorar a experiência do paciente no setor de saúde.
- Checklist de Avaliação Inclusiva de Pessoas, Evidências e Processos: A Importância da Literacia em Saúde (p. 74): Vaz de Almeida propõe uma checklist para avaliação inclusiva das pessoas, evidências e processos na área da saúde. O ensaio destaca a importância de uma abordagem abrangente na promoção da literacia em saúde.

Estes são apenas alguns destaques desta coletânea diversificada, abordando temas cruciais na interseção entre saúde, literacia e comunicação. Cada ensaio oferece uma perspetiva única e valiosa, contribuindo para um entendimento mais amplo e informado dessas questões prementes.

Este prefácio serve como uma porta de entrada para uma jornada intelectual fascinante, destacando não apenas a relevância singular da literacia em saúde na sociedade contemporânea, mas também o papel distintivo da Prof.ª Doutora Cristina Vaz de Almeida na promoção desses ideais. Com o seu olhar perspicaz e uma análise profunda, Vaz de Almeida guia-nos através das complexidades e implicações práticas dessas temáticas vitais.

Instigamos os leitores a imergirem neste compêndio, repleto de sabedoria e perspicácia, para explorar as diversas facetas da literacia em saúde sob a orientação da renomada autora. Que esta coletânea inspire uma compreensão mais profunda e estimule futuras reflexões sobre o papel crucial da literacia em saúde na nossa sociedade de língua portuguesa.

Funchal, 15 de novembro de 2023

Redes peer-to-peer como boas práticas para a implementação da literacia em saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Outubro 20, 2023

As redes de indivíduos e parceiros, quando bem preparadas têm um enorme potencial de disseminação, replicação e de projeção da literacia em saúde. Contribuem por isso para sociedades e ecossistemas mais literados, com capacidade de replicação da literacia em saúde, numa espécie de grande cadeia de valor.

Se há dados pessoais, outros há que podem e de devem ser partilhados na cadeia de valor, beneficiando quem está e quem entra de novo nesse sistema.

Xiao et al. (2016) referem, no âmbito da partilha de dados de saúde, que estes são um passo essencial para tornar o sistema de saúde mais inteligente e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Para estes autores (Xiao et al., 2016), os dados de saúde são um bem pessoal do paciente, e devem pertencer e ser controlados pelo paciente, em vez de serem dispersos em diferentes sistemas de saúde. Quando nos referimos a partilha de dados, nesta ótica estamos a falar de dados pessoais que podem ser partilhados também entre redes de profissionais com o objetivo de melhorar a atuação holística em saúde, nos seus cuidados, prevenção e promoção. Há assim um conjunto de dados e de competências que devem ser passados para esta rede.

Se os indivíduos precisam efetivamente de maior literacia em saúde para saberem navegar no sistema de saúde, também precisam, ao mesmo tempo, partilhar as competências, as informações.

Olhando para uma perspetiva de rede *peer-to-peer*, considera-se que uma cadeia de valor bem alimentada, consegue funcionar de forma muito mais eficaz (com os mesmos recursos faz mais) e com melhor desempenho, e por isso de forma mais eficiente.

Construir uma rede *peer-to-peer*, numa extrapolação do que acontece nas redes digitais, pode ser um dos caminhos para uma melhor organização da saúde. A partilha do preciso problema, com os seus dados, seja ele a nível individual, numa perspetiva de saúde individual, ou numa perspetiva de saúde pública, e por isso comunitário e societal, através de uma cadeia de valor que implementa competências em toda a cadeia, pode beneficiar quem se encontre nos sistemas e, ao mesmo tempo acolher novos integrantes que beneficiam de toda a estrutura.

Características de uma de uma rede *peer-to-peer*, com vantagens para uma melhor literacia em saúde

Pese embora a necessidade de segurança que partilha de dados, na rede de interações em saúde, como referem Barua el al (2011), os autores sublinham a necessidade de um acesso remoto ininterrupto a qualquer hora e em qualquer lugar. O que os autores (Barua el al, 2011) propõem é que, para garantir a privacidade, quem solicita os dados deve ter diferentes

privilégios de acesso com base em suas funções e conjuntos de atributos diferentes.

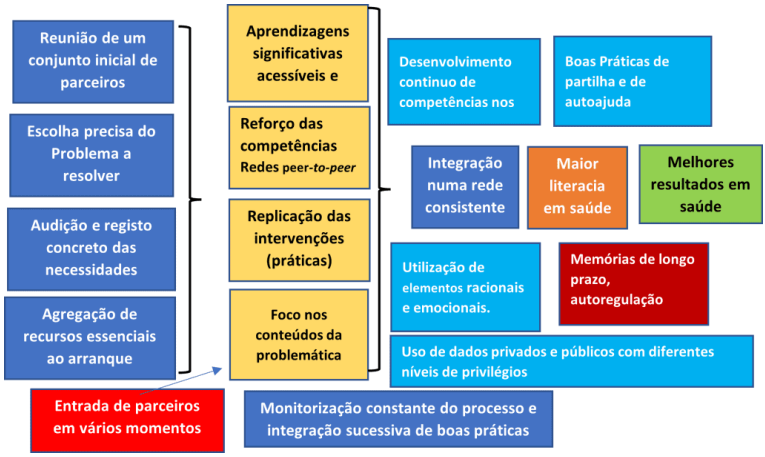
Podemos descrever as características de uma rede *peer-to-peer* que se baseia nos princípios da literacia em saúde e tem como objetivo esse mesmo desenvolvimento da literacia em saúde.

Quadro 1. Características de uma rede literada *peer-to-peer*

- Todos dependem uns dos outros
- A informação disponível serve para incrementar a literacia em saúde de todos
- Existem dados individuais e públicos
- O acesso aos dados é ininterrupto, mas com diferentes privilégios e atributos caso sejam dados individuais ou públicos
- A função dos dados públicos e o desenvolvimento de competências da rede da cadeia de valor
- Todos aprendem o *standard* da LS para o replicar
- Todos são autónomos para replicar as competências
- Todos estimulam outras redes paralelas, com convicção das redes de solidariedade e autoajuda e aumentam a rede
- Todos se apoiam, e se um dos pares falha, há quem compense e reeduque
- Quem entra neste "sistema" recolhe e pode aplicar toda a informação da rede, beneficiando de todo o acervo de competências "sente-se parte desse sistema"

Fonte: Elaboração própria

Figura 1. Redes *peer-to-peer* na literacia em saúde



Fonte: Cristina Vaz de Almeida, 2023

Vantagens de uma rede literada *peer-to-peer* na literacia em saúde?

Existem múltiplas vantagens numa rede peer-to peer. Podemos elencá-las no quadro abaixo.

Quadro 2. Vantagens de uma rede literada *peer-to-peer*

Aumento da confiança na troca de informação entre os vários intermediários	No desenvolvimento de competências de literacia em saúde, as partes envolvidas na rede conseguem partilhar com confiança e há uma redução ou eliminação do risco
Maior empoderamento dos utilizadores e pares	Controlando mais e melhor informação e competências, os utilizadores e pares têm maior controlo, e por isso mais empoderamento
Qualidade dos dados	Baseado na literacia em saúde, os dados são mais fiáveis para o acesso, compreensão e seu uso
Durabilidade e longevidade	Dados mais seguros, permanecem mais tempo como referências na posse de quem os sabe usar
Processo integro	Há fases certas para se fazerem as intervenções. Momentos de grande reconhecimento por todos
Transparência dos processos	As redes trabalham com transparência, com competências desenvolvidas e partilhadas e são processo que podem ser vistos e partilhados por todos

Simplificar os processos e o próprio ecossistema	A forma acessível, clara com que as competências são desenvolvidas e os materiais preparados, também provoca uma simplificação de todo o ecossistema
Replicabilidade	Na sequência da garantia, confiança e simplificação, as competências e as aprendizagens e boas praticas são replicáveis
Transferência de conhecimento mais rápida	Face a garantia das infirmações e a sua utilidade no ecossistema, os pares transferem mais rapidamente os dados e a informação necessária a mudança
Menores custos para todos	Quando todos compreendem no sistema os processos (por exemplo a ida as urgências, o recurso a antibióticos, a necessidade de rastreios) as transações são mais fácies, melhor compreendidas e com menores custos no sistema
Digitalização dos processos com humanização	A capacidade de troca de informações no ambiente digital, mas sem esquecer a parte humana é essencial para a agilização

Fonte: Elaboração própria

Conclusão

Todos dependemos uns dos outros. O Homem é sempre um ser social. A combinação de redes de aprendizagem e de interajuda com base na humanização dos cuidados, na solidariedade, nas aprendizagens mútuas dentro dos ecossistemas e sobretudo a clarificação dos verdadeiros problemas e a sua atuação concreta e faseada sobre eles, com base na literacia em saúde, conseguem melhorar toda a cadeia de valor.

A literacia em saúde tem, este poder catalisador, agregador, com os seus princípios e estratégias baseadas na melhor evidência.

Os dados em saúde são individuais, alguns intransmissíveis, a não ser pela expressa autorização do seu titular, mas existem outros que reforçam a cadeia de valor, permitindo uma melhor intervenção. Por outro lado, na cadeia de valor, há dados públicos que devem ser obrigatoriamente partilhados e estandardizados sendo replicados e partilhados com a cadeia e quem entre de novo nesta rede de valor.

Replica algumas formas e sistemas de operar das próprias redes, pode ser um dos caminhos em termos de agregação. O objetivo é tornar mais standard, mais seguros os comportamentos, conhecimentos e intervenções, replicando boas práticas, numa cadeia de valor que vai integrando novos parceiro, e passando de uma forma sistematizada, organizada, acessível, toda a informação necessária aquele integrante novo que vaio beber de todo o acervo existente para a sua necessidade especifica.

As redes são dinâmicas, atualizam-se, mas mantém uma base de confiança e de estabilidade, apoiando quem se encontra dentro, mas ao mesmo tempo fazendo com que os participantes internos consigam agir e trazer mais intervenientes e integrantes aos projetos. Há uma dupla função: manter-se na rede e trazer mais à rede para replicação. Na replicabilidade segura através de um processo de consciência e de autoajuda responsável conseguiremos melhorar as sociedades em termos de valor, de literacia em saúde, e de melhores resultados em saúde.

Referências

Barua, M., Liang, X., Lu, R., Shen, X., (2011). ESPAC: Enabling security and patient-centric access control for eHealth in cloud computing. Int. *J. Secur. Netw. 6*(2/3): 67–76, 2011. https://doi.org/10.1504/IJSN.2011.043666

Laderman, M. & Mate, K. (2016). Community health workers for patients with medical and behavioral health needs — Challenges and opportunities. *Healthcare. 4 (3):* 145–147. ISSN 2213-0764. https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.07.007

Yue, X., Wang, H., Jin, D. et al. (2016). Healthcare Data Gateways: Found Healthcare Intelligence on Blockchain with Novel Privacy Risk Control. *Journal of Medical Systems, 40*, (10), 218 (2016). https://doi.org/10.1007/s10916-016-0574-6

Benefícios para a saúde associados à atividade física regular: Menor risco de cancro e menos morte prematuras

- Cristina Vaz de Almeida | Outubro 13, 2023

Ser fisicamente ativo é uma das ações mais importantes que pessoas de todas as idades podem tomar para melhorar sua saúde.

Mesmo em pessoas mais velhas, reduz o risco de morte precoce, doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cancro.

O CDC (2020) reforça que existem **benefícios para a saúde associados à atividade física regular, e entre eles um menor risco de cancro** de bexiga, mama, cólon, endométrio, entre outros.

As evidências científicas continuam a crescer, refere o Centro de Controlo de Doenças (2018), reafirmando que a atividade física está ligada a resultados de saúde ainda mais positivos do que se pensava anteriormente. E os benefícios crescem. Podem começar por pequenas quantidades de exercício que se nota a eficácia imediata de praticar, mesmo que em pouca quantidade e logo após essa atividade física (CDC, 2018).

A redução do risco de doença e melhoria da função física, é praticamente imediata: os efeitos benéficos acumulam-se

dentro de dias a semanas, depois de ser consistentemente mais ativo fisicamente (CDC, 2018, p. 20).

E as pessoas com doenças crónicas?

A atividade física regular oferece benefícios importantes para a saúde de pessoas com condições crónicas de saúde ou deficiências, **incluindo sobreviventes de cancro,** pessoas com osteoartrite, hipertensão, diabetes tipo 2, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, lesão da medula espinhal, demência e outros distúrbios cognitivos.

Segundo o CDC — Center for Disease Control (2018), os adultos com condições crónicas de saúde ou deficiências devem ser capazes de:

Fazer pelo menos **150 minutos (isto significa 30 minutos diários**, pelo menos 5 dias por semana) **de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana.**	**Fazer pelo menos 2 dias por semana, um conjunto de atividades de fortalecimento muscular** que incluam todos os principais grupos musculares.

Mesmo os mais inativos beneficiam com pequenas quantidades de exercício

Para pessoas inativas, ou seja, pessoas que não fazem nenhuma atividade física de intensidade moderada ou vigorosa além do movimento básico das atividades da vida diária:

- Reduzir o comportamento sedentário tem benefícios para a saúde. Reduz o risco de mortalidade por todas as causas, a incidência e mortalidade das doenças cardiovasculares e a incidência da diabetes tipo 2 e de **alguns tipos de cancro**.

E as pessoas idosas se tiverem doença crónica? Podem fazer atividade física?

Devido ao envelhecimento da população, em 70% dos casos, um novo diagnóstico de cancro equivale a um diagnóstico de cancro em paciente geriátrico (Giallauria, Testa, Cuomo et al., 2023), e nesta população, para além do conceito de mortalidade e morbilidade, a capacidade funcional é essencial para a qualidade de vida.

A atividade física influencia a capacidade funcional, com influencia na qualidade de vida da pessoa. Se esta funcionalidade é preservada, a curva patogénica para a incapacidade irá parar ou mesmo regredir (Giallauria et al., 2023)

A revisão sistemática de Giallauria et al. (2023) investigou a eficácia do exercício físico, como parte de uma avaliação holística da paciente, para prevenir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida do paciente, e reduzir parcialmente mortalidade por todas as causas. Esta evidência da revisão em causa, segundo os autores (Giallauria et al., 2023), deve apontar para a descentralização dos cuidados através da implementação e o desenvolvimento de programas de reabilitação para

pacientes idosos com cancro, antes ou depois do cancro e durante a terapêutica.

As principais orientações para os adultos também se aplicam às pessoas idosas (CDC, 2018).

• Como parte de sua atividade física semanal, as pessoas idosas devem fazer atividade física multicompetente, que inclui treino de equilíbrio, bem como atividades aeróbica e de fortalecimento muscular
• As pessoas idosas devem determinar o seu nível de esforço para a atividade física em relação ao seu nível de idade.
• Quando as pessoas idosas não podem fazer 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada por semana devido a condições crónicas, devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e condições o permitam.
• As pessoas idosas com doenças crónicas devem compreender se e como as suas condições afetam a sua capacidade de fazer atividade física regular de forma segura.

Prevenção da doença: passo a passo

Qual o bom passo a dar?

Não importa quanto tempo as pessoas passem em comportamento sedentário ou em atividade de intensidade leve, mas as pessoas inativas podem reduzir os seus riscos de

saúde, aumentando gradualmente a sua atividade física de intensidade moderada.

É preciso substituir o comportamento sedentário por uma atividade física de intensidade leve.

Benefícios para a saúde associados à atividade física regular (estes resultados têm segundo o CDC uma evidência forte ou moderada de efeito):

- **Menor risco de cancro** de bexiga, mama, cólon, endométrio, esófago, rim, pulmão e estômago

Os Benefícios comprovados pela ciência são evidentes:

> Reduz o risco de morte precoce, doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cancro. Ajuda-o/a controlar o peso e melhora a saúde mental, reduzindo a depressão e a ansiedade. Diminui a dor e melhora a função em pessoas com osteoartrite. Imediatamente ajuda-o/a a sentir, funcionar e dormir melhor. Melhora a saúde cardiovascular. Melhora a aptidão muscular Melhora a saúde do cérebro. Suporta atividades de vida diária e de independência.

Importante consultar um profissional de saúde ou especialista em atividade física sobre os tipos e quantidades de atividade apropriadas às capacidades da pessoa.

O Que Significa “Atividade Física”? (CDC, 2020, p. 29)

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pela contração do músculo esquelético que aumenta o gasto energético acima de um nível basal.

Nas Diretrizes, a atividade física refere-se ao subconjunto da atividade física que melhora a saúde.

O exercício é uma forma de atividade física que é planeada, estruturada, repetitiva e realizada com o objetivo de melhorar a saúde ou a forma física. Embora todo exercício seja atividade física, nem toda atividade física é exercício.

A saúde é uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas, cada uma caracterizada num continuum com polos positivos e negativos.

A saúde positiva está associada à capacidade de aproveitar a vida e de resistir aos desafios; não é apenas a ausência de doença. A saúde negativa está associada à doença e, no extremo, à morte prematura.

Quais as componentes da Aptidão Física?

De acordo com o CDC (2018, p. 33), as componentes para uma aptidão física são as seguintes:

Aptidão Cardiorrespiratória	Capacidade de realizar exercícios de grande massa muscular e de corpo inteiro. em intensidades moderadas a vigorosas por longos períodos de tempo
Aptidão Musculoesquelética	A função integrada de força muscular, resistência muscular e potência muscular para permitir a realização do trabalho
Flexibilidade	A amplitude de movimento disponível numa articulação ou grupo de articulações
Equilíbrio	A capacidade de manter o equilíbrio enquanto se move ou enquanto está parado. Velocidade A capacidade de mover o corpo rapidamente

Atividade física desce a mortalidade por todas as causas

Existem fortes evidências científicas mostram que a atividade física atrasa a morte por todas as causas. Isto inclui as principais causas de morte, como doenças cardíacas e alguns tipos de cancro, bem como outras causas de morte (CDC, 2018, p. 34).

O CDC (2018) destaca que este efeito de grande relevância de prevenção de morte prematura e de doença, "é notável de duas maneiras" (CDC, 2018, p. 34)

1. Apenas algumas escolhas de estilo de vida têm um efeito tão grande na mortalidade como a atividade física.

Estima-se que as pessoas que são fisicamente ativas por aproximadamente 150 minutos por semana têm um risco 33% menor de mortalidade por todas as causas do que aquelas que não são fisicamente ativas.

- Não é necessário fazer grandes quantidades de atividade ou atividade de intensidade vigorosa para reduzir o risco de mortalidade por todas as causas. Os benefícios começam a acumular-se com qualquer quantidade de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa. A investigação demonstra claramente a importância de se evitar a inatividade.

Mulheres com excesso de peso e obesidade: benefício da atividade física na prevenção de cancro

As mulheres com excesso de peso ou obesidade se forem mais ativas fisicamente veem uma maior redução do risco de desenvolver cancro de endométrio e uma maior redução do risco de mortalidade por cancro de mama como resultado. (CDC, 2018).

A conclusão do estudo de Sturgeon, Brown, Sears et al. (2022) revelou que em sobreviventes de cancro de mama com excesso de peso ou obesidade, a perda de peso ou exercícios associados à perda de peso reduziram as medidas de inflamação que estão

associadas à recorrência do cancro de mama e à morte cardiovascular.

Segundo Riley et al. (2021), O tratamento do cancro está associado à perda musculo-esquelética, levando a reduções na força muscular e da capacidade funcional. O treino físico pode melhorar a força muscular em sobreviventes de cancro de mama (BCS), mesmo sem hipertrofia muscular esquelética. Os fatores como a melhoria da qualidade muscular podem contribuir para a melhoria da função.

Atividade física melhora o sono de pessoas sobreviventes de cancro

Segundo Hayward, Krynski, Covington et al. (2023) os resultados do seu estudo com rastreadores (telemonitorização) de atividade usados no pulso fornecem um método objetivo e não invasivo de medir a qualidade do sono. Os dados obtidos utilizando estes métodos demonstram que o treino físico melhora significativamente múltiplas medidas de qualidade do sono em sobreviventes de cancro em tratamento, o que pode potencialmente contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Conclusão

É possível e benéfica a atividade física de pessoas sobreviventes de cancro em qualquer idade. Os exercícios devem ser organizados de acordo com a idade e estado, mas as evidencias apontam para a importância de uma atividade física moderada

e de carga necessária, pelo menos 5 dias por semana e durante 30 minutos diários.

Há evidências científicas do benéfico da atividade física mesmo em pessoas doentes. É por isso necessário aumentar a literacia em saúde das pessoas, dos municípios para este fato, uma vez que estes são também promotores de saúde nas suas comunidades.

Mais atividade física significa menos mortes prematuras e mais qualidade de vida das pessoas e por isso o bem-estar dos ecossistemas.

Referências

CDC — U.S. Department of Health and Human Services. (2018). Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Giallauria, F.,Testa, C., Cuomo, G, Di Lorenzo, A., Venturini, E., Lauretani, F., Maggio , M.G., Iannuzzo , G, & Vigorito, C. (2023). Exercise Training in Elderly Cancer Patients: A Systematic Review. *Cancers,* 15(1671), 1–22. https://doi.org/10.3390/cancers15061671

Hayward, J. R., Krynski, L.; Covington, B.; Haverbeck, L. Mattocks, B. & Hayward, R. (2023). Exercise training improves sleep quality in cancer survivors undergoing treatment: 1892. *Medicine & Science In Sports & Exercise* 55(9s): p 647 DOI: 10.1249/01.mss.0000985848.28507.0c

Riley, Sasha; Lee, Jordan T.; Wagoner, Chad W.; Nyrop, Kirsten A.; Jensen, Brian C.; Muss, Hyman B.; Hanson, Erik D. FACSM; Battaglini, Claudio L. FACSM. 16-week Combined Exercise Training Improves Muscle Quality In Breast Cancer Survivors: 1463. Medicine & Science in Sports & Exercise 53(8S): p 477, August 2021. | DOI: 10.1249/01.mss.0000764836.89642.95

Sturgeon, K.M.; Brown, J.C.; Sears, D.D.; Sarwer, D.B.; Schmitz, K.H. (2022). WISER Survivor Trial: Combined effect of exercise and weight loss interventions on inflammation in breast cancer survivors. *Med. Sci. Sports Exerc.* 55, 209–215. [CrossRef]

Schmitz, K.H., Courneya, K.S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D.A.; Pinto, B.M., Irwin, M.L., Wolin, K.Y., Segal, R.J.,Lucia, A., et al. (2011). American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med. Sci. Sports Exerc.*42, 1409–1426, Erratum in: Med. Sci. Sports Exerc. 2011, 43, 195.

CDC — U.S. Department of Health and Human Services. (2018). Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Todos contam. Onde começa a discriminação?

- Cristina Vaz de Almeida | Maio 5, 2023

As pessoas podem sentir-se discriminadas no ambiente de saúde, e as organizações e os profissionais de saúde devem estar cientes da importância de analisarem os determinantes sociais da saúde. Quando pensamos na população migrante em processo de legalização, as evidências são gritantes.

Falamos de acesso, de intervenção preventiva e promotora de saúde, de fatores socioeconómicos, transportes, habitação, e até a forma como o profissional comunica com pessoas que não dominam a mesma língua e que têm uma aparência pobre e frágil.

A forma como os diagnósticos são comunicados têm resultados na saúde não apenas nessas pessoas, mas também nas comunidades onde vivem. E a análise das consequências da falta de atenção sobre certas franjas de população, tem consequências para toda a saúde pública.

A confusão na perceção e compreensão das instruções, o medo da ilegalidade que paira sobre uma grande parte da população migrante não pode ser impeditivo para a responsabilidade social das comunidades no cuidado com a pessoa, no seu ciclo de vida. Todos contam.

E agora, que uma parte das competências de saúde transitaram para as autarquias, a promoção da saúde e a prevenção da doença não devem ficar por um chavão teórico.

É preciso pois, construir confiança para reduzir as disparidades de saúde.

Os pacientes e os seus cuidadores identificam continuamente a confiança como um componente essencial de uma boa comunicação e tomada de decisão em saúde. Mas não basta a confiança. É preciso mais.

Mesmo falando outra língua e sendo pobre, sem recursos, as pessoas sabem distinguir quando o profissional realmente se importa com elas, e faz algo por elas, e esta vertente de maior humanização nos cuidados faz a diferença no processo de vigilância da saúde e na cura.

Quantas vezes as associações de migrantes relatam de viva-voz a urgência de uma saúde mais aberta e disponível para estas pessoas que ainda não conseguiram estabelecer o seu processo de legalização? Continuam a ser pessoas. O país continua a querer ter melhores índices de saúde pública e saúde comunitária.

As comunidades devem tomar medidas reais para integrar estes migrantes em processo de legalização, criando soluções, que podem não ser as ideais, mas que mesmo assim consigam colmatar esta enorme carência de vigilância de saúde.

O que fazer? Unidades de saúde com atendimentos em determinadas horas, postos de vacinação (COVID) com possibilidade de mais alguma vigilância e rastreios, associações desportivas cederem espaços para ações na comunidade, carrinhas móveis, médicos, enfermeiros e assistentes sociais em regime de voluntariado, acordos entre associações e ONGs para esta finalidade. Quantas soluções podemos arranjar? Num mundo que treme e seca todos os dias, todos contam para uma melhor gota de água.

Cristina Vaz de Almeida (PhD)

Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

Saúde: Caminhar para uma linguagem clara é assim tão difícil?

- Cristina Vaz de Almeida | Maio 5, 2023

A linguagem clara salva-vidas.

A linguagem clara ultrapassa barreiras da incompreensão, e permite que a saúde entre pela casa das pessoas e as faça agir melhor pela sua saúde e dos seus.

Quando se fala em linguagem simples temos de ter em conta a audiência, isto é, a que segmento de população nos direcionamos, o fim ou o propósito da comunicação, e o contexto em que esta comunicação ocorre. A linguagem simples é direta, mas não é simplista, infantil ou paternalista.

Na sala de espera, na consulta seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente de centro de saúde, as pessoas quando a eles recorrem é geralmente por questões ou circunstâncias em que o seu grau de preocupação e ansiedade aumentou, seja por questões de cuidado ou de prevenção de fatores de risco. Nesses momentos, como refere Kahneman (2012) o cérebro reptiliano ou o sistema 1 esta ativado, e as pessoas pouco racionalizam em condições de grande stress.

Então que ingredientes poderá haver para que, no caso de recursos essencial à saúde, possa haver melhores resultados, sobretudo em populações que indiciam baixa literacia em saúde (Espanha, 2016).

O uso da linguagem simples pode ser um caminho de melhoria desta autoestrada do conhecimento e aprendizagens sobre o seu cuidado ou prevenção de fatores de risco que as pessoas precisam de ter.

A necessidade de recurso aos espaços de saúde assim dita a sua perceção de necessidade, mas muitas vezes sem haver em concreto mais valias de resolução em relação à sua atitude ou comportamento futuros.

A linguagem simples tem a ver com uma comunicação clara e eficaz, nem mais nem menos. Diz respeito a uma nova atitude e uma mudança fundamental em relação às práticas passadas" (Kimble, 1995, p. 52).

Quando falamos em linguagem clara em saúde a que nos referimos?

Uma boa escrita é uma leitura sem esforço, apelativa, quase sensorial que promove o desejo de continuar.

Para o conteúdo ser claro e promover a adesão do paciente, este, quando pesquisar por si, deve encontrar o que precisa, entender o que é preciso entender, e vai direto à sua situação, sendo informação credível, e que ele também saiba que essa informação é indicada. É preciso que o paciente consiga encontrar o que precisa e é importante, e usar essa informação para ir ao encontro do que necessita no seu cuidado, prevenção da doença ou promoção da saúde. É pedir ou exigir muito? Parece-nos que não, se forem seguidas algumas regras básicas.

Schriver, Cheek e Mercer (2010) referem de forma mais pragmática a definição de linguagem clara "se seus leitores podem encontrar o material de que precisam, compreendê-lo na primeira vez que o leem, e usar essa informação para executar sua tarefa (ou a tarefa que devem realizar), é linguagem simples" (p. 26).

Já estão estabilizados os elementos-chave de linguagem simples e clara. Apresentamos aqui 20 orientações para conseguir escrever em linguagem clara.

As fontes dos quadros seguintes foram baseadas em Byrne, 2008; Hadden, Prince et al. (2016); Ngo-Metzger et al., 2006; Kimble, 2002); Schriver, 1997; Watson, 2019; Vaz de Almeida, 2021.

Quadro 1. 20 orientações para uma linguagem clara

1. **Coloque a mensagem principal no início, as informações mais importantes em primeiro lugar, e reforce no final.**
2. **Conheça os termos culturais e próprios da região ou cultura e registe as crenças positivas.**
3. **Divida informações complexas em partes compreensíveis (blocos).**
4. **Exclua informações desnecessárias.**
5. **Faça frases diretas, simples e curtas.**
6. **Faça participar o utente no processo de simplificação. Registe o que ele entende e como entende**
7. **Forneça amplo espaço em branco para que as páginas pareçam fáceis de ler.**
8. **Inclua instruções interativas fazendo com que os pacientes façam, escrevam, digamos ou mostrem algo para demonstrar sua compreensão.**
9. **Organize a informação para que os pontos comportamentais ou de ação mais importantes estejam em primeiro lugar.**
10. **Pré-teste de materiais para avaliar se são adequados para o público-alvo.**
11. **Se usar uma palavra técnica, defina-a.**
12. **Traduza o jargão técnico de imediato para uma linguagem acessível e simples.**
13. **Use amplo espaço em branco em torno da mensagem escrita.**
14. **Use auxiliares audiovisuais para complementar instruções orais e escritas, como diagramas e imagens ou instruções de áudio curto ou videogravadas.**
15. **Use fontes simples não serifadas (redondas).**
16. **Use marcadores ou listas ou tabelas numeradas em vez de grandes blocos de texto.**
17. **Use os cabeçalhos para orientar os leitores e informações sobre "partes".**
18. **Use palavras comuns do dia a dia e não jargões.**

19. **Use pronomes pessoais.**
20. **Use voz ativa sempre que possível.**

Especificamente as frases e os conteúdos claros têm também algumas regras de compreensão simples. Aplique-as então:

Quadro 2. Frases e conteúdos claros

1. **Cada parágrafo deve desenvolve a ideia principal através de uma sequência lógica de frases.**
2. **Conte se possível, uma história. As pessoas gostam de narrativas depois pelo complemento direto (quem faz o quê?).**
3. **É essencial colocar o sujeito principal e o verbo no início, seguido e**
4. **Evite palavras complexas ou muito abstractas por exemplo: supressão; exímio, catalizador, retrospectivo, etc.**
5. **Evite palavras e advérbios terminados em "mente" — absolutamente, designadamente, financeiramente; justificadamente, etc.**
6. **Incentive a ação sempre que possível, e por isso mostre às pessoas qual o caminho que elas devem percorrer para lá chegar.**
7. **Invista numa escrita com a utilização de verbos fortes em vez de substantivos.**
8. **Omita detalhes desnecessários (as gorduras do texto). Reduza as informações ao que seu leitor precisa saber e fique por aí. Não se exceda em informações.**
9. **Prefira frases curtas e médias, até 15 a 20 palavras.**
10. **Sempre que possível, teste o seu documento num pequeno grupo de destinatários diretos, e melhore após esta reflexão conjunta tão útil.**
11. **Tente começar o documento e as principais divisões com um ou dois parágrafos que introduzam e resuma o que se segue, incluindo a sua resposta.**
12. **Use exemplos reais, ou fictícios, mas que ajudam a explicar o texto.**
13. **Use transições para ligar as suas ideias e introduzir novas ideias.**

14. **Use uma frase de tópico para resumir a ideia principal de cada parágrafo ou de uma série de parágrafos sobre o mesmo tópico.**
15. **Volte a reforçar a mesma ideia no final. Pode ser com algumas palavras semelhantes.**

Um bom design cria uma autoestrada para a mente e contribui para maios adesão do paciente

Para além das palavras e da forma como construímos as frases e o discurso, é preciso notar que os princípios de design de documentos também permitem uma organização clara do formato e aumentam o impacto da linguagem simples. Ler é também ver. Mesmo que em escrita inclusiva braille.

Quadro 3. Benefícios da linguagem clara para as pessoas

- **As pessoas entendem e encontram informações mais facilmente**
- **As pessoas localizam informações mais rapidamente se a comunicação for clara**
- **Os documentos claros são mais fáceis de atualizar**
- **A linguagem clara pode ser ensinada e praticada nas organizações, com vários ganhos em saúde**

Um bom design orienta a leitura, destaca, ajuda a fazer paragens, juntando as palavras ao seu conceito profundo e significado. Navegar pelas palavras deve ser confortável, não esforçando a visão, criando uma autoestrada direta para a mente.

Os gráficos e outros elementos visuais permitem que a memoria se retenha um pouco mais, deixando marcas para o futuro.

O paciente que está em frente do profissional de saúde, quando é apoiado por este com imagens sobre o seu tratamento, a sua ação para a manutenção da sua saúde ou para a prevenção dos fatores de risco ou caminho para a cura, beneficia longamente e depois de sair do ambiente de consulta.

Registar e apelar a essas "ancoragens" à vida quotidiana trazem benefícios de adesão muito mais longos.

Detetar as necessidades para se adaptar a linguagem certa

Não é preciso contar tudo ao paciente. O que é que ele quer e precisa de saber?

É preciso relatar aquilo que ele quer ouvir e o que deve fazer de forma essencial para manter a sua saúde, aderir a um tratamento, promover o seu bem-estar.

E por isso as necessidades de informação do paciente dependem das necessidades do próprio paciente, do seu nível de literacia em saúde, e dos fatores de risco que deve estar alerta.

A comunicação verbal conta, mas a escrita e o desenho ajudam na memória

As informações de saúde são comunicadas verbalmente, especialmente entre o paciente e o profissional de saúde. Contudo e como temos pessoas mais visuais e outras mais auditivas, isto é, há pessoas que memorizam melhor através da visualização de elementos (escrito, desenhos, gráficos) enquanto outras preferem o som (voz, áudio, etc.). Na falta de

certeza sobre qual a memória predominante, o melhor é usar vários registos: visual, auditivo, tato e outras sensações que permitem comunicar melhor com o paciente para que ele depois tome as decisões acertadas em saúde.

As técnicas de linguagem simples usadas através da palavra escrita acessível também devem ser usadas nas mensagens verbais.

Garantir a compreensão significa que podem ser usadas outras técnicas, como o teach back ou o show me.

O ***teach back*** é uma técnica muito importante em que o profissional de saúde pede à pessoa que está a receber a informação de saúde, que a reafirme com as suas próprias palavras, para garantir que são compreendidas e recordadas e sobretudo para garantir que o profissional se conseguiu expressar bem nesse momento. A carga ou o peso recai sobre o profissional que deve reforçar á pessoa que o fato de estra a pedir à pessoa que repita o que el/a acabou de dizer é apenas para verificar com segurança se o próprio profissional se expressou correta e claramente.

O ***show me***, e a mesma técnica, mas aqui solicita-se à pessoa que demonstre de forma prática se aprendeu e consegue fazer o que lhe foi demonstrado, como por exemplo nas alturas da aprendizagem do autocuidado de injeções de insulina. Quando a compreensão não é precisa ou completa, o profissional deve repetir o processo até que o destinatário consiga de forma eficaz, reafirmar as orientações que recebeu.

Conclusão

Saúde: Caminhar para uma linguagem clara é assim tão difícil? Não é difícil. E preciso saber as regras

É preciso que os profissionais das áreas da saúde, social, educação se consciencializem da importância de perceber os caminhos potenciadores de melhor adesão proporcionados pela transformação do seu jargão técnico e inacessível numa abertura humanista e próxima que a linguagem clara proporciona.

Melhores dias virão para os utentes, para os pacientes e para todos os que estiverem envolvidos nesta cadeia ininterrupta da saúde que afeta a todos e a cada um.

Cristina Vaz de Almeida

Presidente da sociedade Portuguesa de Literacia em saúde

Referências

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar*. Maia: Círculo de Leitores.

Kimble, J. (2002). The Elements of Plain Language, *Michigan Bar Journal,* 81, pp. 44–45, Disponível em http://www.plainlanguage.gov/whatispl/definitions/kimble.cfm

Schriver, K.A. (1997). Dynamics in Document Design. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Schriver, K.A., Cheek, A.L., Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards, Clarity, 63, 26–33.

Schillinger, D. et al. (2003). Closing the loop. *Archives of Internal Medicine,* 163.

Watson, J. C. (2019). Talking the talk: Enhancing clinical ethics with health literacy best practices. *HEC Forum,*1–23.

Vaz de Almeida, C. (2021). *Eureka: A Proposal of a Health Communication Model Based on Communication Competences of the Health Professional! The Assertiveness, Clarity, and Positivity Model.* In C. Belim & C Vaz de Almeida, Health Communication Models and Practices in Interpersonal and Media Contexts: Emerging Research and Opportunities. IGI

O hospital positivo

- Cristina Vaz de Almeida | Fevereiro 15, 2022

A humanização dos espaços de saúde, em particular nas organizações hospitalares, tem sido uma reflexão constante ao longo dos anos. Com mais intensidade, este tema reflete a necessidade de cuidado da pessoa, para além do processo de cura.

Imagem D.R. Disponível em: Listennotes.com

Com a necessidade de digitalização e de relações mais digitais, os espaços de saúde ainda ganham maior projeção nesta necessidade crítica de manter o relacionamento com os pacientes (Vaz de Almeida, Coelho, Martins & Guarda, 2021) para que eles sintam o bem-estar defendido pela OMS em todas as suas últimas orientações (OMS, Conferencia Promoção da Saude, Dez 2021).

Entre as dimensões dos modelos centrados no paciente, destacam-se 1) a perspetiva biopsicossocial, que inclui a dimensão psicológica da saúde; 2) a visão do paciente como pessoa e a compreensão da experiência do indivíduo na doença e, por isso, exigindo também a humanização (Paterson & Zderad, 1976, 1988) de toda a relação; 3) a partilha de poder (Pendleton e outros, 2003, p. 50) e de responsabilidade na consulta, num equilíbrio relacional de simetrias (Bruning & Ledingham, 1988); 4) a aliança terapêutica, reconhecendo outras dimensões da relação e do seu potencial terapêutico,

para além da sua gestão, e finalmente 5) a apresentação do profissional de saúde como pessoa, com o seu contributo para a construção da relação (Leventhal & Cameron, 1987).

Pretende-se que estas relações interpessoais sejam promotoras de um modelo simétrico, bidirecional, mutuamente benéfico de relações, que ocorrem numa troca de informação contínua e recíproca, através do diálogo, com o objetivo de se construir um relacionamento (Heath & Vasquez, 2001; Ledingham, 2001; 2003).

Verificamos nestas dinâmicas relacionais que impendem sobre o ser humano de forma constante, mesmo que este esteja em silêncio, que a comunicação é uma das chaves para a melhoria e o fortalecimento de um hospital positivo

A comunicação humana interpessoal baseia-se em eventos de comunicação oral e não oral, que pode ser direta ou indireta, envolvendo um conjunto de mensagens significativas na conversação e uma sequência de conversações nessa relação, existindo uma interdependência entre os sujeitos. Sabemos que a comunicação tem um conjunto vasto de componentes influenciadores:

1. biológicos, porque manifesta os padrões de sincronia, adaptação, mimetismo e espelhamento, normalmente realizados sem consciência ou volição, com base nas necessidades de conforto, segurança, vínculo, organização e processos universais;

2. sociais porque baseia-se nas normas sociais e integra fatores culturais e sociais de grupos, nos quais assentam os modelos de comunicação e cognição, com ênfase nas funções, objetivos, significados, perceções e atribuições (Burgoon, Ster & Dillman, 1995, p. 11).

E a comunicação, sendo um fator de aproximação, segurança, fortalecimento da relação terapêutica deve ser, na medida do possível, assertiva, clara e positiva (Modelo ACP) (Vaz de Almeida & Belim, 2021).

Sobre o Modelo ACP, pelos seus bons resultados e como bom exemplo de um modelo agregado e interdependente de competências comunicativas, validado e usado por centenas de profissionais de saúde e por especialistas de literacia em saúde, desdobra-se nas seguintes competências comunicativas que o profissional vai fortalecendo e treinando.

1 — ASSERTIVIDADE

Assim quando à Assertividade significa que a comunicação dos profissionais de saúde deve conter as seguintes orientações:

SOBRE ASSERTIVIDADE RELACIONADA COM O ACESSO, USO E COMPREENSÃO Como avalia o seu desempenho?
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa)
2. Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa
3. Informar o/a paciente sempre de forma atenta
4. Encorajar o/a paciente a colocar questões
5. Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações
6. Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente
7. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde
8. Confirmar que o/a paciente compreende
9. Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação

10. Dar apoio ao/à paciente (ex.: conversa de “cuidado” em vez de conversa de “cura”) para fazê-lo/a compreender por que é importante seguir os conselhos
11. Saber ouvir o/a paciente
12. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o/a paciente
13. Sentir-se sempre confiante para lidar com o/a paciente

2 — CLAREZA

Quanto à clareza está evidenciado que é preciso que o profissional avalie também o seu desempenho em diversas perspetivas. A ver:

CLAREZA RELACIONADA COM O ACESSO, USO E COMPREENSÃO Como avalia o seu desempenho?
1. Estabelecer a relação com o/a paciente através de linguagem simples
2. Estabelecer contato visual com o/a paciente
3. Perceber as informações que são dadas pelo/a paciente, para lhe prestar alívio rápido
4. Ajudar o/a paciente com linguagem simples a encontrar informação para lidar com comportamentos/problemas que afetam a sua saúde
5. Conhecer o que fez e disse ao/à paciente em consultas anteriores
6. Preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde
7. Informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde

8. Explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames
9. Confirmar que o/a paciente compreende tudo para a sua própria segurança
10. Usar frases curtas
11. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)
12. Escrever as instruções para facilitar a memória do/a paciente
13. Debater os próximos passos e planos de seguimento com o/a paciente

3 — POSITIVIDADE

Sobre a Positividade e o seu significado mais amplo, significa que a construção de uma relação positiva, mas também a utilização de uma linguagem positiva, orientada para a ação que se pretende que o paciente deseja, constroem relações e resultados mais positivos. Também já testada esta positividade, exige que o profissional possa ter o seguinte desempenho:

SOBRE POSITIVIDADE RELACIONADA COM O ACESSO, USO E COMPREENSÃO Como avalia o seu desempenho?
1. Cumprimentar o/a paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal
2. Deixar o/a paciente falar sem interrupções
3. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde
4. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente
5. Evitar o uso de palavras e frases negativas
6. Usar a voz ativa (sujeito-predicado — complemento direto)
7. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente

8. Envolver o/a paciente na tomada de decisão
9. Explicar situações de uma forma positiva ao/à paciente para que este/a se sinta suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias
10. Ajudar o/a paciente a criar expetativas positivas
11. Incentivar o/a paciente a colocar questões
12. Incentivar o/a paciente a tomar decisões
13. Mostrar ao/à paciente o comportamento positivo que tem de ter (por ex.: em vez de lhe dizer que "não pode molhar o braço", diz: "tem de manter o seu braço seco para melhorar essa ferida")

A ESTRATÉGIA PEP

Um "hospital Positivo" deve ser avaliado sob uma perspetiva PEP — que significa, olhar para as Pessoas, para as Evidências e para o fluxo de Processos. **De uma forma muito sintética devem ser considerados os seguintes importantes fatores PEP.**

Quanto às PESSOAS

- Boa Comunicação (do topo para bases, e entre todos de forma transversal)
- Usar em todas as circunstâncias uma Linguagem Assertiva, Clara e Positiva (Modelo ACP)
- Escuta ativa e participativa para todos
- Uso de Storytteling, uma boa narrativa ajuda muitas vezes a resolver problemas
- Gestão participada
- Ouvir o doente
- Ouvir o profissional de saúde
- Condições de acesso, compreensão e uso dos recursos facilitados
- Acolhimento respeitoso e facilitador
- Boas condições de permanência e incentivos (remuneração)
- Adaptado aos vários segmentos do ciclo de vida

Quanto às EVIDÊNCIAS

- Espaços agradáveis e com natureza verde
- Boa iluminação. Bom circuito do ar — segurança do ar, aromas
- Bom circuito de deslocação nos espaços e em segurança
- Mobiliário adequado e ergonómico
- Espaços de lazer. Espaços de privacidade (salas para meditação, reflexão)
- Limpeza e odores agradáveis

Quanto aos PROCESSOS

- Circuitos, formulários e processo fáceis de apreender, de preencher, de tomada de decisão
- Interoperabilidade técnica, estrutural, semântica e organizacional
- Bom sistema digital, acessível a todos que permita as consultas (respeitando a confidencialidade de dados)

Uma visão humanista, agregada, que tem em conta os aspetos comunicacionais, a relação terapêutica de proximidade, o bem-estar de todos os intervenientes no processo desde o paciente, a família e o profissional, contribui de forma efetiva para um hospital mais positivo, integrado, próximo da população que serve, produzindo impactos positivos na satisfação dos pacientes, na adesão terapêutica e no autocuidado.

Referências

Burgoon, J.K., Guerrero, L.K., & Kory, F. (2016). (2016). *Nonverbal Communication*. New York: Routledge

Bruning, S.D, & Ledingham, J.A. (1998). Organization public relations and consumer satisfaction: the role of relationships in satisfaction mix. *Communication Research Reports*, *15*(2), 198–208.

Heath, R. L. & Vasquez, G. M. (2001). *Handbook of Public Relations*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Ledingham, J. A. (2001). Government-community relationships: Extending the relational theory of public relations. *Public Relations Review*, 27(3), 285–295. doi: 10.1016/S0363-8111(01)00087-X

Ledingham, J. A. (2003). Explicating relationship management as a general theory of public relations. *Journal of Public Relations Research*. *15*(2), 181–198.

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. New York: Wiley.

Pendleton, D., Schofield, T., Tate P., & Havelock, P. (2003). *The new consultation. Developing doctor–patient communication*. Oxford: Oxford University Press.

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. Disponível em: https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413

Vaz de Almeida, C. Coelho, I.D., Martins, P. & Guarda, L. (2021). Saúde Digital em tempos de pandemia. Encontrar o sentido do espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças. Lisboa: APPSP. Doi: 10.5281/zenodo.4522750 Disponível em: https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6765680902740692992

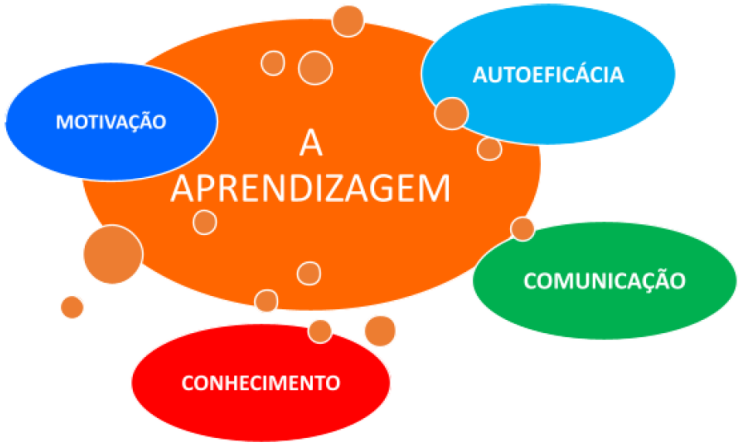
Um modelo de literacia em saúde aplicado à educação: o modelo ACP para a motivação e competências

- Cristina Vaz de Almeida | Novembro 25, 2021

A perícia de um professor é dinâmica e alia as competências técnicas com outras competências, nomeadamente as competências de comunicação e relacionais, todas tendentes a uma prestação de qualidade e a resultados positivos entre os seus destinatários aprendentes. Tal como na educação, na área da saúde, a informação tem de ser credível para garantir o compromisso e a adesão do paciente, e por isso a credibilidade é maximizada se o profissional for considerado um especialista pelo paciente (Jackson, 1992, p 201).

Tanto na educação como na saúde, o compromisso de influência dos seus destinatários — alunos e pacientes — têm repercussões significativas nos resultados para sociedade. Na saúde a adesão compreendida pelo paciente leva a melhores resultados em saúde, e na educação, o conhecimento leva ao progresso das nações. Por detrás existem fatores promotores, tais como o processo cognitivo de aprendizagem, a motivação, a autoeficácia, a comunicação, a perícia, o conhecimento que envolve todos os participantes (Figura 1).

Figura 1. Os fatores da aprendizagem



Fonte: Elaboração própria

Os educadores de pessoas, ou professores, intervêm em todo o ciclo de vida, tendo de estar preparados para fazer face às exigências complexas que envolve o ato de ensinar. E ensinar bem significa que os recetores apreenderam a mensagem, retiveram-na na sua memória, deram importância ao fato e, quando necessário, podem reutilizá-la para a construção e melhoria biopsicossocial das suas vidas.

Bandura (1977, 1986) destacou a importância da autoeficácia, isto é a confiança que a pessoa tem, em como conseguirá fazer a ação que se propõe a fazer. Para além da autoeficácia, a aprendizagem por modelação, por cópia do outro, impregnada nos nossos hábitos e sentidos desde crianças, envolve a necessidade de modelos ou exemplos que nos servem de guias e referências à nossa atuação. Neste sentido, o Professor, é um modelo de exemplo, sobretudo para os mais jovens, que têm ainda o cérebro em evolução e crescimento e moldam-se mais facilmente aos comportamentos sociais que observam e tentam replicar.

Mas nesta dinâmica sinérgica da educação, a motivação tanto do professor, como do aluno devem existir como fatores promotores. A motivação é a força motriz que faz avançar o conhecimento, as capacidades (Sørensen et al., 2012), as atitudes e os atributos pessoais (OCDE, 2005, Tench & Konczos, 2013; Vaz de Almeida, 2020) de todos os envolvidos.

No processo de aprendizagem entre educador e educando, o processo de aquisição de perícia é mútuo. O professor com a sua perícia vai transmitindo e motivando o seu educando e, por outro lado, este vai adquirindo gradualmente a perícia através da aprendizagem. Ericsson (2007) reporta que é possível explicar o desenvolvimento do desempenho de perícia entre crianças saudáveis sem que esta esteja unicamente associada a recorrer a uma dotação genética, exceto quanto aos

determinantes inatos do tamanho do corpo para determinadas atividades físicas.

Para além da perícia técnica da fonte que é credível (Hovland, Janis, & Kelley, 1953) como ocorre também com o perfil do educador, são necessárias e úteis outras competências, como as relacionais e, dentro estas, as de comunicação, para que o processo de acesso, compreensão e uso da informação ocorra com mais facilidade e promova melhores resultados (Vaz de Almeida, 2021).

Quando nos debruçamos sobre as condições de aprendizagem, evocamos a necessidade de um desempenho de perícia, por parte de um profissional. E quanto a essa perícia do profissional, Ericsson (2008, p. 991), reforçado por Wouda e Wiel (2012, p. 61), realçam os pontos chave desta perícia em quatro pontos: 1) As tarefas devem ser desempenhadas com os objetivos bem definidos; 2) Deve existir uma permanente motivação para se fazerem melhorias no processo e resultados; 3) Para que esta perícia ocorra, devem ser executadas tarefas de aprendizagem de curta duração, e estas devem ter, por parte de quem as ministra, imediato feedback, reflexão e correção; 4)e, finalmente, no processo de aprendizagem que conduz á perícia, é preciso repetir as tarefas com frequência e fazer o refinamento gradual e prática em situações desafiantes.

Também o individuo quando desenvolve competências de literacia crítica, considera a credibilidade da fonte e verifica com alguém se a informação é válida e fiável (Nutbeam, 2000;

Ishikawa & Kiuchi, 2013). Neste processo, a compreensibilidade da mensagem envolve mais do que a simples clareza da mensagem, incluindo a compreensão de sentimentos, intenções, significados e consequências (Littlejohn, 1982, p. 62).

O Modelo ACP — constituído pelo uso interdependente e agregado das três competências de comunicação: Assertividade, Clareza, Positividade junto de populações mais fragilizadas em termos de compreensão, e por isso exigem por parte dos seus interlocutores um maior esforço e empenho comunicacional, tem demonstrado ser uma ferramenta muito útil na comunicação com públicos que têm baixa literacia em saúde.

Os que têm baixa literacia em saúde, são os públicos que têm mais dificuldades em aceder, compreender e usar as informações nas áreas da saúde, não têm capacidade para usar adequadamente os recursos em saúde, nem conseguem tomar decisões acertadas em saúde e por isso, num paralelismo com todos os jovens que precisam de um esforço comunicacional e relacional, para além das competências técnicas dos seus educadores.

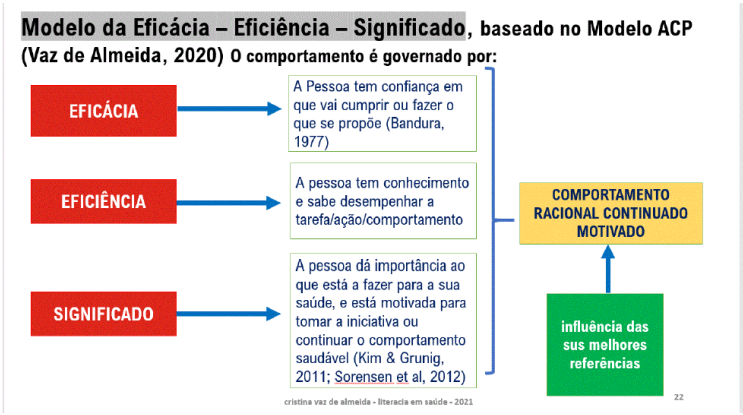
É neste paralelismo que podemos aplicar este Modelo ACP (Almeida, 2018; Vaz de Almeida, 2021; Vaz de Almeida & Belim, 2021), definido, validado e amplamente aplicado nas áreas da saúde, ao domínio da educação, atendendo aos pressupostos similares.

A utilização da assertividade pressupõe a relação de respeito e de equilíbrio entre as partes. A assertividade recusa a arrogância e a subserviência ou submissão. Com um comportamento assertivo mestre e aluno estão num plano de equilíbrio, respeitando-se e sendo "mutuamente benéficas" (Bruning & Ledingham, 1998, p. 199).

O professor é também o tutor, o "maestro" da relação (Almeida, 2018, p. 36). A Clareza pressupõe que a sua comunicação verbal e não verbal, é clara, facilmente compreensível e simples, se usar termos técnicos consegue traduzi-los numa linguagem simples que o aluno compreenda. E finalmente a positividade esta associada à motivação e à esperança que é preciso incutir o aluno para que não desista e se esforce e se empenhe na aprendizagem.

Trata-se de um modelo que pressupõe a eficácia nos resultados previstos, assim como um desempenho mais valorizado das tarefas, porque mais compreendidas, e porque dá importância ao que lhe está a ser transmitido. É um comportamento racional, continuado e motivado que está assente também nas emoções produzidas pelo encontro entre o emissor, que neste caso é o professor e o recetor, que, ao aprender a informação necessária, compreendendo, avaliando e tomando decisões futuras, as está a converter em conhecimento. (Figura 1)

Figura 1. Modelo da eficácia- eficiência e significado. O processo de conhecimento



Fonte: Elaboração própria

O professor pode ser assertivo e não sendo claro e positivo obter os mesmos resultados? Não. A assertividade, o respeito mútuo deve ser usado com a clareza de linguagem e juntos contribuem para a positividade e para a esperança e motivação que o processo de aprendizagem requer. Assim de forma agregada e interdependente é preciso usar a positividade com a clareza e com um comportamento assertivo para que os resultados sejam maximizados através desta tríade de competências comunicacionais transformadoras.

Ranjan e outros (2015) recomendam a inclusão do treino formal em competências de comunicação no currículo e na prática médica, e, pela similitude da função do professor, que tem de contribuir para uma boa "adesão" do aluno, as competências comunicacionais dos professores são importantes para os resultados finais de aprendizagem. Tanto o professor como o aluno devem combinar sinergias. O professor ao estar motivado, motiva o seu destinatário na aprendizagem,

combinando a sua competência técnica na matéria com a sua competência relacional e comunicacional, o lume brando que ajuda a cozer melhor o conhecimento.

O Modelo ACP tem apenas três competências comunicacionais, mas que se forem usadas de forma interdependente e agregada, surtem efeitos positivos, contínuos e transformadores (Almeida, 2019; Vaz de Almeida & Belim, 2021).

Palavras-Chave: Comunicação; Modelo ACP, Competências; aprendizagem; motivação; educação

Referências

- Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA. http://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?2016487
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] — https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7662
- Disponível em: http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica e também em:
- https://www.researchgate.net/publication/338503211_BOOK_-_LITERACIA_EM_SAUDE_NA_PRATICA [accessed Mar 22 2021].
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bruning, S.D, & Ledingham, J.A. (1998). Organization public relations and consumer satisfaction: the role of relationships in satisfaction mix. *Communication Research Reports*, *15*(2), 198–208.
- Ericsson, K.A. (2008). Deliberate Practice and Acquisition of Expert Performance: A General Overview. AEM. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00227
- Ericsson KA. (2007). Deliberate practice and the modifiability of body and mind: a reply to the commentaries. *Int J Sport Psychology, 38,* 109–123.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of "patient-centredness" in patient - physician communication research. Soc. *Sci.MMedicine, 96,* 147–153.
- Hovland, C., Janis, I., & Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, GT: Yale University Press.
- Jackson, L. D. (1992). Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message. *Health Communication, 4*(3), 197–210.
- Littlejohn, S. W. (1982). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- National Research Council. (2012). *A framework for k-12 science education: practices, crosscutting concepts, and core ideas.* Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/13165
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary, *Health Promotion International*, *13,* 349–364.
- Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9*(3), JE01–4.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,* 80.

- Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.
- Wouda, J.C., & Wiel, H.B.M. Van de. (2015). The communication competency of media students, residents and consultants. *Patient Education & Counseling, 86,* 57–62.
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. Disponível em: https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413
- Vaz de Almeida, C. (2021). *Eureka: A Proposal of a Health Communication Model Based on Communication Competences of the Health Professional! The Assertiveness, Clarity, and Positivity Model.* In C. Belim & C Vaz de Almeida, Health Communication Models and Practices in Interpersonal and Media Contexts: Emerging Research and Opportunities. IGI Books. DOI: 10.4018/978-1-7998-4396-2 https://www.igi-global.com/chapter/eureka/286826

Como a estratégia da Netflix se pode aplicar à satisfação do paciente

- Cristina Vaz de Almeida | Novembro 9, 2021

Navegamos na Netflix, um canal de filmes (*streaming*) por assinatura mensal, lançado em 1997 como a primeira loja de aluguer de filmes *on line*, por Randolph e Hastings na Califórnia, EUA, e que tem fidelizado ao longo dos anos milhões de pessoas. Este é um caso paradigmático de aperfeiçoamento das escolhas e preferências dos clientes.

O Professor Johnson publica este ano (2021) um livro sobre os elementos da escolha dos utilizadores, e reflete, com base na Netflix, sobre cinco pontos que nos fazem decidir e usar os serviços de forma persistente: São eles: 1) Os caminhos plausíveis; 2) os padrões; 3) o número de opções; 4) a ordenação e; 5) as opções de descrição.

Quadro 1. Os passos das escolhas persistentes

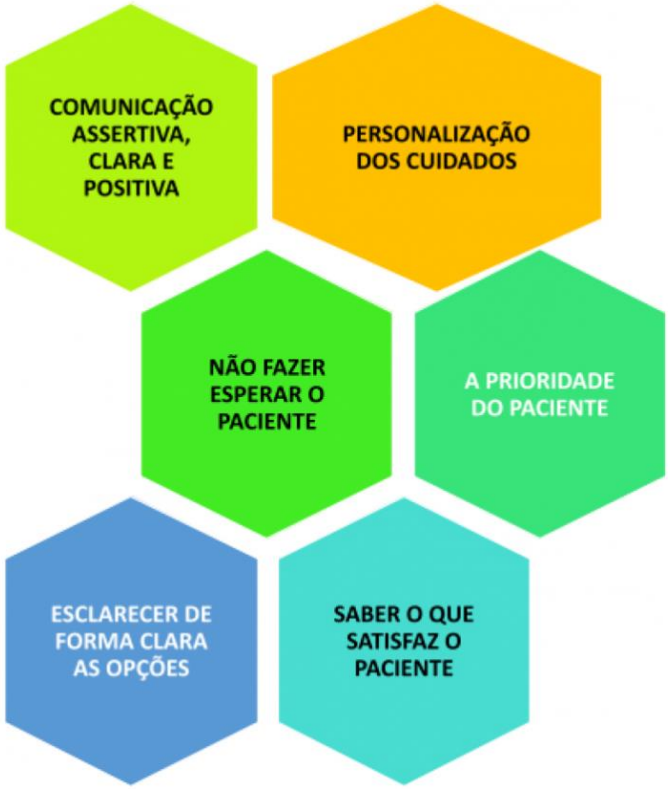
Passos Influências	Intenções
1) Os caminhos plausíveis	É importante mostrar qual o caminho possível ao utilizador e não o fazer esperar muito. O objetivo é prestar um serviço rápido, sem esperas demasiadas.
2) Os padrões	O que vimos antes e gostamos, é passado em trailer, quando voltamos a aceder. As percentagens de correspondência estão sempre lá (98%; 96%...) A escala de satisfação dos filmes é fácil de escolher (dedo para cima, dedo para baixo) não exigindo muito tempo ou pensamento complexo.
3) O número de opções	Apesar de ter milhares de filmes, os que surgem são um menu do que gostamos mais de ver. Os trailers satisfazem diversos públicos (mais sérios, os que gostam de mais ação, mais romantismo), sendo escolhidos tendo em conta os atores, o realizador e outros pormenores que o público-alvo tem referência.
4) A ordenação	As ordenações das nossas prioridades estão patentes em cada acesso. O meu acesso é diferente do acesso de outra pessoa. As linhas onde os filmes são exibidos correspondem a essa ordenação por prioridades
5) As opções de descrição	Os temas "tendências atuais", "aclamado pela critica" "Comédias" variam de espetador para espetador, sempre acompanhadas por uma imagem de referência que nos ajuda a escolher

Fonte: Elaboração própria baseado em Johnson (2021)

Johnson (2021), um especialista sobre decisão comportamental e comunicação explica que "o objetivo da arquitetura de escolha do Netflix é encontrar coisas que nos fazem felizes de forma barata".

Como poderemos então fazer este paralelo entre a vontade persistente de viajar pelos filmes desta plataforma e a satisfação do paciente?

Figura 1. Intervenções para melhoria da relação em saúde



Fonte: Elaboração própria

Passos estruturantes para a relação em saúde

As 50 técnicas de literacia em saúde. Um guia para a saúde (Vaz de Almeida, Moraes & Brasil, 2020) refletem sobre as estratégias que são apresentadas aqui e que servem também de guia para um melhor acesso, compreensão e uso da informação

e dos recursos em saúde, conducentes a melhor tomada de decisão em saúde.

Acresce a estas estratégias, a necessidade de focalização no objetivo dos serviços prestados ao paciente que visam: proporcionar saúde e bem-estar num desempenho eficiente, equilibrado e equitativo onde existe respeito humano entre todas as partes, clareza na comunicação e positividade de esperança, de empatia e compaixão por todos os envolvidos, incluindo os profissionais de saúde.

1.º PASSO: PERSONALIZAÇÃO — CONHECER O PERFIL DO PACIENTE

- O primeiro passo é conhecer o perfil do paciente, tal como faz a Netflix. Só conseguimos personalizar se conhecermos primeiro.
- Johnson (2021), explica que "um mecanismo de escolha interativo é personalizar a arquitetura de escolha". Personalizar também o atendimento ao paciente parece ser um ponto fulcral.
- Em que ciclo de vida esta? De que contextos vem? Quem o influencia? Que nível educacional tem? Que nível de literacia em saúde possui?
- O modelo transteórico (Prochaska, Redding & Evers, 1997) alerta para a necessidade de se perceber em que estádio de mudança de comportamento se encontra o paciente. Um paciente que já tentou muitas vezes proceder a uma mudança de comportamento deve ser

estimulado de forma diferente de um que esteja ativo e que tenha intenção e queira mudar (Decy & Ryan, 2000).

- Aquilo que Johnson (2021), refere como "filtragem colaborativa", isto é, saber o que os utilizadores fizeram antes e escolheram como preferências ajuda a prever o que as pessoas provavelmente desejarão no futuro.
- Pedir regularmente as avaliações do paciente pode ajudar a explorar novos caminhos da sua jornada.
- Conhecer o paciente, a sua família ou quem dele cuida é um passo de confiança na relação em saúde. Saber o perfil, os gostos, as intenções do paciente é o que podemos dizer numa linguagem mais coloquial, "meio caminho andado".

2.º PASSO: NÃO FAZER ESPERAR O PACIENTE

- O tempo de espera para os serviços de saúde tem sido sempre uma das reclamações mais evidentes no processo de auscultação da satisfação com os cuidados de saúde.
- Conseguir diminuir os tempos de espera ou, em alternativa, caso não seja possível, comunicar ativamente com o paciente e a sua família sobre os momentos e os passos que estão a ser dados, para tranquilizar, parece ser essencial.
- Quando a pessoa sabe com o que conta, fica mais ciente e mais capaz de esperar pela sua vez. Para isso a

comunicação tem de funcional e não apenas o paciente como os seus acompanhantes devem saber claramente em que momento estão nesse percurso.

3.º PASSO: SABER O QUE SATISFAZ O PACIENTE — UMA COMUNICAÇÃO ACP

- Os pacientes querem ser bem tratados, com cuidado, com a atenção, como se fossem os únicos. E quantos profissionais de saúde dizem: "Naquele momento ele (paciente) sabe que eu estou ali para ele. Somente para ele".
- Uma comunicação focada no paciente, baseada na assertividade do profissional de saúde, aumenta o envolvimento e confiança do paciente e melhora os resultados, especialmente a satisfação (Ahmed & Bates, 2016).
- O respeito estabelecido através de uma relação assertiva, que implica todas as partes mostra que conduz e fortalece uma relação mais equilibrada e justa.
- Uma comunicação com base no Modelo ACP — Assertividade, Clareza e Positividade tem surtido efeitos através do seu uso interdependente e agregado (Vaz de Almeida, 2021).

4.º PASSO: ESCLARECER DE FORMA CLARA AS OPÇÕES

- Para poderem decidir, os pacientes têm de ser esclarecidos. Não basta a informação. Dotar de mais conhecimento, mais motivação e envolvimento e baixar

as barreiras, como apresentam Kim e Grunig (2011) com a sua teoria de resolução de problemas, é um caminho essencial.

- Um dos grandes desafios dos profissionais de saúde é a necessidade do seu maior contributo na resolução dos problemas do paciente, que podem passar por falhas na compreensão e, assim relacionados com os processos comunicativos, sabendo que esta condição — a compreensão — é também necessária para uma boa adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004).

5.º PASSO: A PRIORIDADE DO PACIENTE

- Qual a prioridade do paciente?
- Tratadas as questões biomédicas, a urgência da cura, segue-se a linha contínua da relação profissional — paciente que envolve, aquilo que Greenhalgh e Heath (2010) chamam de "conversa de cuidado". Uma verdadeira parceria com o paciente (Beck, Ragan & Dupre, 1997).
- E a prioridade do paciente pode ser também a prioridade do seu cuidador e família, e por isso devem também ser envolvidos nesse reconhecimento da "essência" do paciente (Egener & Cole -Kelly, 2014).
- O profissional de saúde não precisa de saber sobre todos os assuntos em profundidade que interessam ao paciente. No entanto, deve poder saber quais são as suas prioridades, quais os temas que são importantes

para ele. Johnson (2021) dá um exemplo que contribui para a satisfação do utilizador: “quando a Apple Music recomenda uma melodia, ela não sabe nada sobre o andamento, a batida, a letra ou a instrumentação da música, simplesmente sabe que pessoas com esse perfil, gostam dessa música também”.

6.º PASSO: CHUNK & CHECK, REPETIÇÃO E TEACH BACK

- Para poder haver compreensão e melhor literacia em saúde tem de haver técnica na forma como a informação em saúde é passada. Tal como na plataforma Netflix, as opções são mostradas passo a passo e com apoio para a melhor decisão. Assim também o profissional pode fazer uso das técnicas do chunk & check, da repetição da informação e do teach-back para mostrar as melhores opções que conduzem a melhores decisões.
- O Chunck & Check é uma técnica que permite dividir a informação em pequenos blocos. Só se passa ao tema seguinte, depois do primeiro ter sido explicado, de forma sucinta e repetida.
- Coleman, Hudson e Pederson (2017), Esteves e Lopes (2021), numa avaliação das melhores práticas de literacia em saúde destacam o uso rotineiro do “teach-back”.
- O teach-back é uma técnica que faz recair sobre o profissional a responsabilidade de comunicar bem e por

isso, depois da explicação de determinado procedimento, intervenção, solicita ao paciente que repita nas suas palavras para garantir que o profissional (ele mesmo) se fez entender bem. O peso da responsabilidade deve recair sobre o profissional, que quer verificar que se fez entender bem, e não sobre o paciente.

- A repetição da informação também é favorável à sua recordação, pelo que repetir com outras palavras o mesmo conteúdo informativo, estimula a memória do paciente para uma melhor retenção.

CONCLUSÃO

Alguns modelos da psicologia social foram usados de forma eficaz em áreas da mudança de comportamentos, por exemplo na publicidade, como o Modelo da Elaboração da Probabilidade (Elaboration-Likelihood Model), de Petty e Cacioppo (1986) utilizado como uma estrutura geral para o estudo da persuasão no campo da psicologia social e no desenvolvimento de comunicação em publicidade. (Sholten, 1996, p. 98).

O Modelo da Elaboração de Probabilidade (Petty & Cacioppo, 1986) prediz uma mudança de atitude face a uma marca publicitada, onde a atitude se refere a uma avaliação geral da marca (Sholten, 1996, p. 98) e onde o consumidor muda a sua atitude na base de argumentos que vai elaborando e assimilando. Também na relação terapêutica, as características da interação entre o profissional e o paciente criam no processo

cognitivo, e por isso envolvendo o conhecimento desse paciente, uma perceção e avaliação geral da qualidade da consulta (O'Connor, 2004), como um reflexo positivo dessa interação de qualidade (Campbell, Roland & Buetow, 2000).

Aprender as técnicas de literacia em saúde para uma melhor prática dos cuidados em saúde parece ser um bom caminho para a maior envolvência do paciente.

Referências

- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2016). To accommodate, or not to accommodate: Exploring patient satisfaction with doctor's accommodative behavior during clinical encounter. *Journal of Communication in HealthCare,* 9, 22–32. Disponível em: http://www.tandfonline.com/loi/ycih20
- Beck, C. S., Ragan, S. L., & Dupre, A. (1997). *Partnership for health: Building relationships between women and health caregivers*. New York: Routledge.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas.* Lisboa: CEMBE.
- Campbell, S.M., Roland, M. O., Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine, 51*(11), 1611–1625.
- Esteves, S.C. L, & Lopes; A. S.L. (2021). Educational Strategy in Digital Health Literacy: A Pedagogical Audiovisual Technique for Healthcare Professionals. In Vaz de Almeida, C. & Ramos, S, (Ed.). *Handbook of Research on Assertiveness, Clarity, and Positivity in Health Literacy.* DOI: 10.4018/978-1-7998-8824-6.ch005
- Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.
- Johnson, E. (2021) How Netflix's choice engine drives its business. Disponível em:

https://behavioralscientist.org/how-the-netflix-choice-engine-tries-to-maximize-happiness-per-dollar-spent_ux_ui/

- Kim, J-N., & Grunig, J. E. (2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. Journal of Communication, 61, 120–149.
- O'Connor, R. (2004). Measuring quality of life in health. London: Churchill Livingstone.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of persuasion. New York: Academic Press.
- Prochaska, J.O., Redding C.A., Evers, K.E. (1997). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz, K., Lewis, F.M, Rimer, B.K. (editors). *Health Behavior and Health Education* (2d ed.) San Francisco: Jossey-Bass. [Google Scholar]
- Scholten, M. (1996). Lost and found: The information-processing model of advertising effectiveness. *Journal of Business Research, 37*(2), 97–104. https://doi.org/10.1016/0148-2963(96)00058-6
- Viswanath, K. (2008). Health Communication. Ed. W. Donsbach, *The international encyclopedia of communication* (pp. 2073–2087). Malden: Blackwell Publishing.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine,* 34(5), 383–389. Disponível em: http://www.stfm.org/Portals/49/Documents/FMPDF/FamilyMedicineVol34Issue5Williams383.pdf
- Vaz de Almeida, C., Moraes, K. & Brasil, V. (2020) 50 técnicas de Literacia em saúde. Um guia para a saúde. Ilhas Mauritias: MoreBooks. Disponível em: https://www.amazon.com/T%C3%A9cnicas-LITERACIA-SA%C3%9ADE-PR%C3%81TICA-Portuguese/dp/6202558822
- Vaz de Almeida, C. (2021). ACP Model-Assertiveness, Clarity, and Positivity: A Communication and Health Literacy Model for Health Professionals. In Vaz de Almeida, C. & Ramos, S, (Ed.). *Handbook of Research on Assertiveness, Clarity, and Positivity in Health*

Literacy. Disponível em: https://www.igi-global.com/chapter/acp-model-assertiveness-clarity-and-positivity/288222
- Imagem de capa: Pixabay

Checklist de avaliação inclusiva de pessoas, evidências e processos: A importância da literacia em saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Novembro 2, 2021

De acordo com o Secretariado-Geral do Conselho da Europa (2018), é **preciso evitar recorrer, mesmo que involuntariamente, a uma linguagem marcada por estereótipos, humilhante, paternalista ou pejorativa**. Mais transversal ainda do conceito de linguagem é a utilização de uma comunicação inclusiva, atenta aos direitos e respeito pelo ser humano e que pode ser verbal, não verbal, escrita, digital, audiovisual, ou outro fim que se destine a combinar os restantes meios para comunicar algo.

Usar uma comunicação inclusiva significa a apologia de uma linguagem ética, com valores e de respeito pela pessoa na sua dimensão holística. Assim como a necessidade de clareza dessa linguagem que deve ser adequada a cada um dos públicos (Shriver, Cheek & Mercer, 2010). E por isso a linguagem inclusiva evita, controla e elimina qualquer expressão que tenha um cunho pejorativo, ofensivo, ou que possa colocar a pessoa em desequilíbrio perante outras seja pela sua idade, género, orientação sexual, raça, convicções religiosas, etnia, classe social ou características físicas ou mentais (Resolução do Conselho de Ministros, 2008; Soares, 2017; WHO, 2020; Vaz de Almeida, 2020).

Entre 2009 e 2021 foram publicados um conjunto de manuais, regras sobre a necessidade das organizações públicas e privadas nas várias áreas de intervenção, desde a educação, saúde, social, serviços públicos ao cidadão, de usarem esta comunicação inclusiva. Para o grupo de cidadãos “politze” (2021), o uso de linguagem inclusiva envolve mudanças no uso das palavras (quadro 2).

Quadro 2. Alguns exemplos de linguagem inclusiva

Ideia-chave	Por exemplo usar:
Palavras que representam a coletividade	"a juventude" em vez de "os jovens", "pessoas beneficiárias" em vez de "beneficiários", "direção" em vez de "os diretores",
Escolher substantivos que representam instituições ao invés de indivíduos	"classe política" em vez de "os políticos", "população indígena" ao invés de "os índios"; "poder judicial" ao invés de "os juízes",
Reformular tempos verbais para que as frases sejam mais inclusivas e menos sexistas	"se tiver uma melhor formação, a polícia será menos racista" em vez de "se os policias tivessem uma formação melhor, o racismo diminuiria"

Fonte: Politze

O Conselho Nacional da União Europeia defendia, em 2018 que "através dos textos e conteúdos visuais que produzimos, podemos contribuir para assegurar que nenhum grupo de pessoas se sinta excluído, mal recebido ou discriminado. A comunicação e a palavra têm poder" (Corbin et al., 2018).

A comunicação inclusiva está relacionada com todos os modos de comunicação: informação escrita; informação online; Telefone; face a face (The Scottish Government, 2011) e por isso

estende-se a muitos enquadramentos, situações, momentos da vida.

E saúde, a exigência de uma comunicação respeitadora e ética do ser humano na sua dimensão integral levou-nos a refletir sobre diferentes sistemas onde a pessoa pode ser ou não afetada por essa comunicação não inclusiva.

Neste âmbito, e com a experiência de bons exemplos atrás referidos, com as práticas da formação avançada em literacia em saúde em Portugal foi elaborada uma checklist de verificação de passos para uma comunicação inclusiva no âmbito da saúde.

O que pretendemos com esta checklist é fazer uma ponte entre a necessidade de comunicação inclusiva que todo o ser humano deve experienciar, com uma literacia em saúde, que permite, dentro das áreas da saúde, mas não apenas nestas, criar caminhos de melhor acesso, compreensão, avaliação e uso da informação e dos recursos em saúde.

Este trabalho visa facilitar a reflexão de todos os interessados que desejem desenvolver **projetos de literacia em saúde**, e por isso promover melhor acesso, compreensão e uso dos recursos em saúde, da informação em saúde.

A montante conseguimos criar melhor literacia em saúde e nesse sentido, a jusante, obter melhores decisões em saúde.

Agrupamos assim um conjunto de **44 pontos de verificação,** cujas fontes inspiradoras foram a *Checklist do State*

Government of Victoria, Australia (2018), no inquérito ACP — Q-COM-LIT (Vaz de Almeida, 2020), Pinheiro et al. (2020), e no Secretariado-Geral do Conselho da Europa (2018).

Esta lista não pretende ser exaustiva ou limitativa. É uma *checklist* dinâmica que nos permite adaptar à evolução dos tempos, inclusivamente a abertura a um mundo digital que implementará certamente novas regras e abordagens.

A estrutura desta *checklist* passou por um processo prévio de análise das dimensões a incluir. Neste sentido, foi efetuada uma segmentação em três áreas chave relativamente a:

1 — Pessoas e à relação interpessoal, relacionando os cinco sentidos (14 pontos de verificação)

2 — Aos documentos, formulários e sinalética (20 pontos de verificação)

3 — Aos espaços físicos associados aos serviços de saúde (10 pontos de verificação)

Quadro 1. Lista de 44 verificações para melhor comunicação

PESSOAS, DOCUMENTOS E ESPAÇOS EM SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO	VERIFICADO	NÃO VERIFICADO
PESSOAS E A RELAÇÃO INTERPESSOAL EM SAÚDE **(também para lidar com pessoas com deficit de audição e visão)**		
Cumprimentar o paciente frente a frente com um aspeto visual limpo, arrumado, penteado		
Tratar a pessoa com deficiência por "pessoa". Ex: pessoa com deficiência visual" e não "o cego" ou pessoa com deficiência auditiva e não "o surdo" ou pessoa com cancro" em vez de "cancerosa"		
Evitar a palavra "vítima", optando por "sobrevivente" ou "pessoa que sofreu		

algum tipo de violência/abuso”		
Tom de voz pausado e suficientemente alto		
Repetição de ideias e uso de *Teach back Ex: “Não se importa de repetir o que eu disse, para ver se eu me fiz entender bem?”*		
Toque no braço para conduzir a pessoa à cadeira ou indicar a saída (sobretudo se for uma pessoa invisual ou com baixa visão)		
Aproximação na distância corporal, mas sem “sufocar” a pessoa		
Evidenciar por palavras que está a ouvir a pessoa com atenção: “*Estou a ouvi-lo/a com muita atenção. Por favor, continue”.*		
Sumarizar as indicações/instruções em saúde —		

Ex: *"Agora irei resumir o que dissemos para ficar tudo claro em relação ao que deve fazer".*		
Desenhar com imagens grandes e contrastantes (ter canetas e papel com cores diversas à mão)		
Usar Linguagem Assertiva, Clara e Positiva (Modelo ACP)		
Ter momentos de silêncio para ouvir a pessoa (Saber ouvir e saber deixar falar o outro. (Avaliar quando é preciso interromper o paciente, com delicadeza)		
Considerar o género, e não o sexo, pela necessidade de considerar a perspetiva social e não biológica da pessoa		
Evitar palavras estigmatizantes (como "drogado; bêbado; e		

substituir por “pessoa com adição de…”		
II — DOCUMENTOS, FORMULÁRIOS E SINALÉCTICA	**VERIFICADO**	**NÃO VERIFICADO**
Utilizar tamanho mínimo do tipo de 12 pontos na fonte do texto. (Útil para pessoas com dificuldade de leitura)		
Utilizar o tamanho mínimo do tipo de 20 pontos nos títulos e 16 pontos nos subtítulos do texto		
Fontes simples como Arial ou Calibri (descrito como *‘sans serif’* — sem características decorativas) podem ser usadas tanto para escrita impressa como digital		
Não utilizar todo o texto em maiúsculas. A informação é mais fácil de ler se for escrita usando uma mistura		

de maiúscula no início da frase e seguintes em minúsculas		
Deixar espaço branco para arejar o texto, e um *layou*t simples. Muitas imagens ou texto confundem.		
Texto bold (negrito) utilizado em alguns momentos em que se pretende destacar algo (palavra ou ideia) — ênfase em vez de sublinhar ou itálico		
Utilizar um conjunto limitado de cores num suporte físico ou digital (até 3 cores)		
Ter em atenção a importância e a força do significado das cores. Ex. vermelho é energia ou "proibido", ou "alerta", azul e *beije* é serenidade, tranquilidade, verde-claro é esperança.		
Margens justificadas no lado esquerdo e		

margem direita à esquerda injustificada. Porém, algumas vezes pode usar o texto justificado por uma questão de geometria e de equilíbrio do documento.		
Cores contrastantes usadas para aumentar a legibilidade. Ex.: texto escuro é preferível num fundo claro e texto claro em fundo escuro.		
Não cortar as palavras. É preferível que passe para a linha debaixo a palavra inteira.		
Evitar colocar texto sobre fotos, fotos ou outras imagens, pois torna o texto difícil de ler á distância (sinalética — pouco texto, claro, incisivo, fonte preta sobre fundo claro)		
Ao fornecer um *link* para um documento PDF, também fornecer um		

formato acessível alternativo, como o Word ou o HTML. Ou tornar o PDF acessível		
Tente usar pontos (bullets) de destaque em vez de sublinhados sempre que possível, para uma melhor visibilidade		
Quando utilizar tabelas, desenhe o conteúdo de modo que seja adequado para *software* de leitura de ecrãs. Colunas ou barras é melhor do que "queijos". Cuidado com excessiva numeracia		
Colocar a etiqueta de acessibilidade incluída na publicação para que os leitores saibam que há outros formatos disponíveis e como obtê-los por telefone, *e-mail* ou site		
Usar tom creme ou papel não brilhante branco para reduzir o		

brilho pois este pode dificultar a leitura depois de impresso		
Se for impresso, use papel com mais de 90 gr — porque, se o texto for visível lado inverso, dificulta a leitura		
Os documentos muito grandes ou muito pequenos podem ser difíceis de manusear. O tamanho A4 ou A5 são geralmente mais fáceis de utilizar.		
Informações em sites devem estar preferencialmente na horizontal, na largura do campo visual (para evitar *scroll,* isto é andar com o cursor para cima e para baixo).		
III — ESPAÇOS DE SAÚDE	**VERIFICADO**	**NÃO VERIFICADO**
Verifique e iluminação (indireta é preferível a luz direta)		

Coloque nas paredes claras *(beije* ou azul ou verde-claro) de forma organizada os cartazes, *flyers* e outros avisos (geometria é preferível á confusão de tamanhos falta de alinhamento)		
Verifique a temperatura (média de 22/23 graus)		
Coloque música ambiente (relaxante, variada)		
Deixe espaço entre as cadeiras de espera e utilize em alguns espaços com cadeiras frente a frente (espaço de distanciamento de 2 metros pelo menos)		
Verifique as cadeiras e mobiliário (confortáveis, limpas, coloridas)		
Verifique o som de chamada (audível sem		

ser demasiado alto ou baixo)		
Verifique leitor audiovisual de chamada para triagem ou gabinete de consulta (as pessoas com baixa visão devem ter a possibilidade de ler a uma distância de 2/3 metros) Preferível som de chamada também. Voz clara, acolhedora e audível		
Verifique decoração (importante ter plantas verdes) e espaços com imagens reconfortantes (cascatas, flores, jardins, água, etc.)		
Verifique odores da sala (limpo, fresco e arejado)		

Fonte: Elaboração própria (Vaz de Almeida, 2020) e baseado na checklist do *State Government of Victoria* (2018).

Para poder atualizar esta checklist ou ter mais informações sobre a sua evolução, por favor contacte:
Cristina Vaz de Almeida (PhD)
vazdealmeidacristina@gmail.com

Referências

Abranches, G. (2009), Guia para uma linguagem promotora da igualdade entre mulheres e homens na administração pública. Comissão para a cidadania e igualdade de género. Presidência do Conselho de Ministros. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/11/Guia_ling_mulhe_homens_Admin_Publica.pdf

Conselho da União Europeia (2018) Comunicação inclusiva no SGC. Secretariado-Geral do Conselho. https://www.consilium.europa.eu/media/35437/pt_brochure-inclusive-communication-in-the-gsc.pdf

Pinheiro, D. (2020). Espaço de espera em saúde. In C. V. Almeida, K., L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde (pp. 50–52). Maurícias: Novas Edições Académicas

Politze (acedido em 2021). https://www.politize.com.br/linguagem-inclusiva-e-linguagem-neutra-entenda/

Resolução do Conselho de Ministros (2008). n.º 161/2008, Diário da República, I Série, n.º 205, de 22 de outubro de 2008. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/438443

Shriver, K., Cheek, A., & Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards. *Clarity, 63*, 26–33.

Soares, H. (2017). Novo grupo interinstitucional sobre linguagem inclusiva. *A folha Boletim da língua portuguesa nas instituições europeias*. Disponível em: https://ec.europa.eu/translation/portuguese/magazine/documents/folha55_pt.pdf

The Scottish Government. (2011). *Principles of Inclusive Communication An information and self-assessment tool for public authorities.* The Scottish Government St Andrew's House Edinburgh. https://www.gov.scot/publications/principles-inclusive-communication-information-self-assessment-tool-public-authorities/documents/

WHO (2020). Why communicate for health. Disponível em: https://www.who.int/about/communications

Vaz de Almeida, C. (2020). Health Competencies: Beyond the Biomedical. How knowledge, skills, and attributes improve the effectiveness of results. Patient Safety & Quality Health Care - PSQH [online) Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/health-competencies-beyond-the-biomedical/

Vaz de Almeida, C. (2020). O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O Modelo ACP Assertividade (A), Clareza (C) E Positividade (P) Na Relação Terapêutica. Zenodo. DOI] https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.4495585.svg)] (https://doi.org/10.5281/zenodo.4495585

VIC.Gov.AU (2021). Make content accessible — digital guide. Disponível em: https://www.vic.gov.au/make-content-accessible

A positividade conta muito para a saúde: Uma das competências do modelo ACP — Assertividade, Clareza e Positividade

- Cristina Vaz de Almeida | Outubro 22, 2021

No Modelo ACP a positividade motiva e leva a melhores resultados em saúde.

O Modelo ACP (2020) baseado na utilização interdependente e agregada de três competências de comunicação: a assertividade, a clareza e a positividade da comunicação, demonstram, cada vez mais, que cada componente é essencial na melhoria da literacia em saúde da pessoa. Não basta ser assertivo e ter respeito pelo outro ou o profissional de saúde saber controlar a relação na consulta ou na relação terapêutica. A clareza exige uma simplificação e tradução da linguagem complexa em saúde, ao qual se junta a positividade.

Para a psicologia positiva, a positividade produz uma mudança na mente do sujeito, que o faz trocar os pensamentos negativos pelos positivos, alterando, também, os objetivos e os limites da sua mente (Seligman e outros, 2005). Fowler e Christakis (2008) observam que se existir um comportamento positivo, isto é, se o indivíduo desenvolver ações de uma forma feliz, estas ações também tendem a fazer as outras pessoas felizes. É um círculo gracioso. Fazer o bem e provocar a felicidade dos outros, parece

ter um efeito propulsor no comportamento das pessoas que nos rodeiam.

Mesmo ao nível dos efeitos neurobiológicos Neumann e outros (2010). Chegam à conclusão de que **a interação positiva entre o profissional e o paciente aumenta a efetividade do tratamento médico**, e nesta revisão da literatura, concluem que "as sugestões verbais positivas dos médicos são capazes de aumentar e/ou **substituir os efeitos do tratamento médico**" (p. 309). Ser positivo tem muitas conotações e significados. Num estudo com 484 profissionais de saúde (Vaz de Almeida, 2020)

Quadro 1. Significados da competência "positividade".

1. Acordo, e não-imposição
2. Ajudar o paciente a libertar pensamentos negativos
3. Empoderamento e motivação do paciente que conduz à autoeficácia
4. Conteúdo motivacional,
5. Expressão verbal e não verbal
6. Controlo ao indivíduo – capacitação
7. Explanação da ação positiva que o paciente precisa desenvolver (o que deve ser feito, em vez de "não fazer")
8. Foco na solução
9. Identificar os pequenos passos do que o paciente faz bem e valorizar
10. Capacidade de acesso das pessoas e situações
11. Mostrar o que é viável para alcançar
12. Guia de ação
13. Saber o que o paciente quer
14. Ter e dar esperança, mas com realismo

Fonte: Vaz de Almeida (2020)

os sentidos atribuídos pelos vários profissionais das áreas da saúde incluíram os seguintes termos:

A **aprendizagem por reforço** deu os seus primeiros passos no início de 1900 com Thorndike (1911). Thorndike (1911) argumentava que as ações que fazemos, se forem seguidas por

sentimentos de satisfação, têm maior probabilidade de voltar a serem repetidas novamente no futuro. Em contraste, as ações que são seguidas por resultados negativos têm menos probabilidade de ocorrer novamente (Thorndike, 1911).

O feedback positivo é crucial para gerar uma mente positiva.

Eppinger e os seus colegas (2007) confirmam, num estudo aprofundado que fizeram, que a precisão da ação também aumenta se for feito um maior investimento no feedback dado e que vai validando os passos prévios. Isto é, **validar o que a pessoa fez anteriormente reforça o seu comportamento**. Pelo que se usarmos este reforço positivo e validação do que a pessoa fizer de positivo, conseguimos um maior envolvimento e potencial adesão aos cuidados. Daí ser importante o uso agregado do modelo ACP, não basta a assertividade que impõe respeito ou a linguagem clara e acessível: a positividade deve fazer parte da intervenção comunicativa para depois gerar intenção, motivação e repetição (Vaz de Almeida, 2021).

Se o *feedback* não tiver informação, acaba por gerar uma negatividade (Baker & Holroyd, 2009). E se simplesmente se atrasar este feedback, podemos vir a eliminar uma positividade da recompensa (Proudfit, 2014).**Vale, por isso a pena dar feedback, atempadamente, de forma positiva, e de forma a validar o que a pessoa já manifestou como comportamento adequado.**

Mesmo quando existe um empate, e aparentemente nenhum dos intervenientes ganha (ou perde), este parece também não

ser favorável, pois tem sido associado a uma negatividade (Kujawa et al., 2013). Neste sentido, também se pode inferir que a positividade tem de ter um campo claro, expresso e bem definido (sem zonas cinzentas) e tem de ser expressa diretamente, no momento ou tempo certo. Ganhar algo ou ser recompensado por algo que se faz, também provoca um aumento de positividade, mas esta reduz-se ou é totalmente ausente nos testes onde não existe recompensa (Foti & Hajcak, 2009).

Se fizermos uma inferência para as áreas da saúde, o profissional de saúde deve saber que esta recompensa e ganho que o paciente deve sentir, traz mais frutos que se não existir esta compreensão. A ausência de uma positividade, que permite ser relacionada com a recompensa deve ser reequacionada nos seus efeitos, pois Proudfit (2014) confirma que a ausência positiva acaba por criar uma negatividade nos julgamentos de perdas (Proudfit, 2014). Numa amostra de 85 universitários, Foti e Hajcak, (2009) descobriram que os aumentos dos sintomas depressivos estão relacionados com uma reduzida positividade da recompensa.

A positividade conta e tem de ser expressa de forma evidente e não ser meramente informativa (Proudfit, 2014**). Fazer sentir ao paciente que ele tem ganhos e é recompensado pelas suas boas atitudes e comportamentos.** Esta recompensa sentida permite trabalhar o conceito do modelo ACP de forma agregada e interdependente.

O profissional das áreas da saúde sai reforçado na relação e nos resultados expetáveis em saúde quando o seu paciente sente respeito na relação assertiva, pode manifestar-se e sentir que aquele caminho que lhe apontam é claro e acessível, mas que também, qualquer passo positivo, explicativo, verbalizado ou demonstrado efetivamente que ele dê na direção do outro, produzirá efeitos recompensadores na relação. Mesmo nos adultos mais velhos, e num estudo de Eppinger, Kray, Mock e Mecklinger (2008), os idosos são menos afetados pelo feedback negativo, mas dependem mais do *feedback* positivo durante os processos de aprendizagem.

Conclusão

A positividade tem um efeito nos comportamentos, permitindo que a comunicação em saúde que pretende alcançar melhores resultados em saúde junto do indivíduo, grupo e populações, tenha um terreno mais fértil. As pessoas estão mais preparadas para mudar se forem ouvidas, se lhes for dado o reforço positivo atempado, se sentirem que elas contam. Como refere a Organização Mundial de saúde: "Não podemos deixar ninguém para trás". E isto significa positivamente, que "todos contam".

Referências

- Baker, T., & Holroyd, C. (2009). Which way do I go? Neural activation in response to feedback and spatial processing in a virtual T-maze. *Cerebral Cortex*, 19, 1708–1722.
- Eppinger, B., Kray, J., Mock, B., & Mecklinger, A. (2008). Better or worse than expected? Aging, learning and the ERN. *Neuropsychologia*, 46, 521–539.

- Foti, D., & Hajcak, G. (2009). Depression and reduced sensitivity to non-rewards versus rewards: Evidence from event-related potentials. *Biological Psychology*, 81, 1–8.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*, *337*. https://doi.org/10.1136/bmj.a2338
- Kujawa, A., Smith, E., Luhmann, C., & Hajcak, G. (2013). The feedback negativity reflects favorable compared to non-favorable outcomes based on global, not local, alternatives. *Psychophysiology*, 50, 134–138. doi: 10.1111/psyp.12002
- Neumann, M., Eldelhauser, F., Kreps, G. L., Scheffer, C., Lutz, G., Tauschel, D., & Visser, A. (2010). Can patient-provider interaction increase the effectiveness of medical treatment or even substitute it?An exploration on why and how to study the specific effect of the provider. *Patient Education & Counseling, 80,* 307–314.
- Proudfit, G.H. (2014). The reward positivity: From basic research on reward to a biomarker for depression. *Psychophysiology* https://doi.org/10.1111/psyp.12370
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*(5), 410–421.
- Thorndike, E.L. (1911). Animal intelligence. New York: Macmillan.
- Vaz de Almeida, C. (2021). *Eureka: A Proposal of a Health Communication Model Based on Communication Competences of the Health Professional! The Assertiveness, Clarity, and Positivity Model.* In C. Belim & C Vaz de Almeida, Health Communication Models and Practices in Interpersonal and Media Contexts: Emerging Research and Opportunities. IGI Books. DOI: 10.4018/978-1-7998-4396-2 https://www.igi-global.com/chapter/eureka/286826
- Vaz de Almeida, C., & Ramos, S. (2021). *Handbook of Research on Assertiveness, Clarity, and Positivity in Health Literacy*. IGI Books. ISBN13: 9781799888246 |

ISBN10: 179988824X |
EISBN13: 9781799888253 https://www.igi-global.com/book/assertiveness-clarity-positivity-health-literacy/273602. IGI Global. http://doi:10.4018/978-1-7998-8824-6.ch001

- Vaz de Almeida, C. (2020). O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O Modelo ACP Assertividade (A), Clareza (C) E Positividade (P) Na Relação Terapêutica. Zenodo. DOI] (https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.4495585.svg)] (https://doi.org/10.5281/zenodo.4495585

Envelhecimento, demência e bem-estar: Uma questão de literacia em saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 7, 2021

As pessoas mais velhas são de uma maneira geral mais felizes que as pessoas mais novas (Cialdini, 2018). O que nos faz crer que seja assim, pois parece um paradoxo? É que as pessoas mais velhas reconhecem o tempo que lhes falta, que pode não ser muito, e não querem perder esse tempo com mais angústias e preocupações, e com situações que não valem a pena.

Claro que também temos um grupo (alargado) de pessoas idosas que não pensa assim, ou que por razões associadas a problemas de saúde (demência e outros tipos de doenças incapacitantes), não conseguem expressar essa sua satisfação.

As evidências mostram que as disparidades nos recursos socioeconómicos, as interações sociais negativas (por exemplo, racismo e discriminação evidentes), o racismo sistémico, e outros fatores socioeconómicos, contribuem para grandes disparidades no risco de demência entre grupos populacionais (NASEM, 2021, p. 3).

A demência será um facto da vida num futuro previsível (NASEM, 2021, p. 1), mas a maioria dos estudos mostra uma maior satisfação com vida e bem-estar por parte da população

idosa, em comparação com os mais novos e ainda na força de trabalho.

Como refere a UMP (2021), “ter muitos anos e /ou perdas devidas a esses muitos anos (função, doença e/ou capacidades cognitivas) não inibe o desejo e o direito de “viver a vida” e manter a qualidade da vida”.

Se considerarmos a sua definição, observamos que o **bem-estar** é um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social e é também **um modo de vida,** que dota o indivíduo para perceber todo o potencial das suas capacidades, e para superar e compensar as fraquezas. Consubstancia-se também num estilo de vida que reconhece a importância da alimentação, aptidão física, redução do stress e autorresponsabilidade (Committee for Healthy People 2030, 2018).

Bem-estar tem sido visto como o resultado de quatro fatores-chave sobre os quais um indivíduo tem diferentes graus de controlo: biologia humana, ambiente social e físico, organização de cuidados de saúde (sistema) e estilo de vida (Committee for Healthy People 2030, 2018, p. 56)

As evidências que demonstram que o desenvolvimento intelectual e a atividade cerebral (ginástica da mente) para além da ginástica do corpo, torna as doenças associadas à demência menos progressivas. E isto é uma boa notícia, uma vez que **apesar de ainda não temos certezas de entrar ou não num processo de demência, temos a capacidade, de alguma maneira, de a prevenir (NASEM, 2021).**

Assim sendo, alegremo-nos por poder controlar alguma parte da caminhada mais consciente da vida que temos, e que é o processo de envelhecimento quando se entra na 3.ª ou 4.ª idade. E, nesta caminhada, começar a pensar um pouco mais cedo em algumas decisões que nos transformam mais tarde em pessoas mais ou menos dependentes, mais ou menos capazes.

NÃO HÁ CURA (DE MOMENTO) PARA VENCER A DEMÊNCIA. O QUE FAZER? PREPARARMO-NOS TODOS.

Não há cura hoje para nenhuma das demências, e não é claro quando realmente a o tratamento para modificar esta doença, chegará (NASEM, 2021, p. vii).

Múltiplas doenças e causas levam à demência e aqueles que já têm demência ou vão desenvolvê-la nos próximos 10 anos, têm vivido por várias décadas e foram expostos a fatores de risco e de proteção.

Um grupo de investigadores do NASEM (2021) realça que a investigação nas ciências sociais e comportamentais aponta para possibilidades de prevenção ou abrandamento do desenvolvimento da demência e redução do seu impacto social e económico (NASEM, 2021, p. 1).

Há provas robustas que sugerem que as pessoas que tomam medidas de senso comum como comer uma dieta saudável, exercitarem-se regularmente, manter um peso saudável, e reduzir o risco cardiovascular têm um menor risco de demência (NASEM, 2021, p. 3). E isto é literacia em saúde: é conseguir

fazer com que as pessoas se auto motivem para conseguirem controlar melhor a sua saúde e acedam, compreendam e usem corretamente a informação em saúde para, no final, tomarem decisões acertadas em saúde (Espanha, Avila & Mendes, 2016; Sørensen et al., 2012)

Em paralelo, também o estudo qualitativo de Morgan et al., (2021), através de 30 entrevistas (on-line e presenciais) semiestruturadas com profissionais de saúde, enfermeiros e médicos que tinham completado três módulos de educação online sobre Fim de Vida visou abordar temas sobre: (1). Perceções de preparação para prestar cuidados em fim de vida, (2). Mudanças na aproximação do fim da vida e (3). Motivação para o envolvimento com módulos online. Esta formação online dos profissionais de saúde foi auto reportada como importante sobre a sua prática clínica. Os participantes deste estudo de Morgan et al. (2021), relataram que melhoraram o conhecimento e confiança para conseguir ter melhores discussões em fim de vida com pacientes, cuidadores e membros da equipa. Observou-se uma melhoria da capacidade de reconhecer o processo de morte e melhorou as conversas com membros da equipa sobre as necessidades do paciente e do cuidador. A conclusão do módulo *on line* (Morgan et al., 2021), aumentou a confiança dos participantes que auto reportaram uma melhor competência na prestação de cuidados em fim de vida. As descobertas baseiam-se em pesquisas prévias que suportam o valioso papel a educação on-line no apoio à confiança e capacidade de se envolver ativamente com

pacientes, cuidadores e colegas sobre a prestação de cuidados em fim de vida.

Entre as soluções para a maior aproximação do profissional do paciente e da sua família, e ainda no caso de pacientes em fim de vida, Rawlings et al. (2019) destaca, no estudo a importância da comunicação. A abordagem incluiu uma variedade de soluções para alterar a comunicação clínica dos profissionais de saúde que se deseja como: sendo mais abertos a perguntas de pacientes, famílias ou mesmo das suas equipas; de resposta a problemas de fim de vida; controlar a tendência de evasão às questões de fim de vida em conversas com os pacientes; poder dizer a palavra "morrer"; serem honestos e fornecerem informações completas, defendendo em nome dos pacientes e das famílias; ouvir eficazmente, pois ouvir é uma parte poderosa da comunicação e cuidados em fim de vida.

A UMP (2021) refere que na fase de terminalidade e de necessidades paliativas, as pessoas devem ser acompanhadas por competências clínicas espirituais e pessoais, através de equipas com competências em necessidades paliativas, reflexão ética, e adequados procedimentos e opções para esta fase da vida (p. 9).

A PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE?

Um estudo recente conduzido pela *Flinders University Palliative Care and Death Research Centre*, procurou identificar as **melhores práticas e requisitos organizacionais para fornecer excelentes cuidados de fim de vida em hospitais**. O estudo

também identificou as medidas necessárias para apoiar os pacientes e familiares durante uma pandemia. Liderado por Deb Rawlings da Escola de Enfermagem e Ciências da Saúde da *Flinders University,* o estudo foi encomendado pela Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Cuidados de Saúde para apoiar a atualização da Declaração de Consenso Nacional para os cuidados de final de vida seguros e de qualidade.

A UMP (2021) descreve a mudança objetiva do perfil cultural dos idosos, com a entrada da nova geração de "Baby Boomers", muito mais exigente (p. 13).

É necessária mais investigação para acompanhar estas descobertas, e para que as intervenções possam ser projetadas no benefício dos indivíduos (mais idosos e com demências) e da população refere a National Academie of Sciences (NASEM, 2021).

A investigação nesta área abordaria:

1. Os efeitos causais dos fatores sociais na incidência e taxa de progressão da demência;
2. Os efeitos dos comportamentos relacionados com a saúde e a sua gestão ao longo do curso de vida;
3. Os condutores modificáveis da desigualdade racial/étnica na incidência da demência, bem como outros dimensões da desigualdade (por exemplo, geografia);

4. Os mecanismos através dos quais os fatores socioeconómicos influenciam a saúde cerebral, incluindo alterações fisiológicas, mecanismos comportamentais e vias de cuidados médicos;

5. A compreensão dos fatores de risco identificados que são necessários para apoiar recomendações aos indivíduos e o desenvolvimento das políticas ao nível populacional.

Os meios eficazes de comunicação da magnitude dos fatores de risco e de proteção potenciais para apoiar a tomada de decisões informadas (NASEM, 2021, p. 3).

O estudo de Rawlings, Devery e Poole (2019) mostrou também, que é preciso investir num conjunto de áreas e medidas nos cuidados de fim de vida. Embora as particularidades dos cuidados de fim de vida exijam medidas específicas, o investimento de base numa maior literacia em saúde, na organização, nos profissionais que, ao serem capacitados, conseguem prestar melhores serviços para além dos biomédicos (hoje em dia envolvendo muito mais do que a cura da doença), são facetas gémeas do investimento que a instalação e o tratamento da demência exigem.

Também em Portugal, a União das Misericórdias Portuguesas não é alheia a estudos avançados, por exemplo sobre a importância do design espacial das residências para pessoas mais velhas, onde se incluem as que têm ou terão demências, que efetuou recentemente (UMP, 2021). (Quadro 1)

Quadro 1. Investimento das organizações para a melhoria dos cuidados de saúde associados à demência

- Apoiar e treinar a força de trabalho para prestar cuidados de final de vida de qualidade;
- Assegurar o envolvimento da família;
- Assegurar um apoio ao luto;
- Desenvolver transversalmente a toda a organização um cuidado centrado na pessoa.

Fonte: Elaboração própria baseado em Rawlings, Flinders University e UMP (2021)

A COMUNIDADE EM PARCERIA COM AS ORGANIZAÇÕES

Os apoios da comunidade são conhecidos por serem recursos-chave, e a comunidade é uma lente importante para compreender formas de reduzir os impactos negativos da demência (NASEM; 2021, p. 4).

Há fortes evidências de que os fatores comunitários moldam as exposições e comportamentos que influenciam o risco de demência, a forma como as pessoas interpretam o significado da experiência de viver com a doença, as suas expectativas para as interações sociais, e a disponibilidade de recursos necessários (NASEM, 2021, p. 4).

Ambicionam-se assim, abordagens inovadoras para o design de comunidades em que as pessoas que vivem com demência

podem prosperar realmente. Estas abordagens, que têm de ser iniciadas com mais investigação envolvem os seguintes passos:

1. A análise sistemática das características das comunidades que influenciam o risco de desenvolvimento de demência e a experiência de viver com a doença, com particular atenção às fontes de disparidades na incidência da demência e na trajetória da doença;

2. A recolha de dados para documentar as oportunidades e recursos disponíveis em comunidades e a avaliação do seu impacto, com atenção particular às disparidades no acesso aos recursos dos grupos populacionais, e incluir o desenvolvimento da infraestrutura necessária para a recolha de dados;

3. A análise das características comunitárias necessárias para fomentar a demência em ambientes amigáveis, incluindo a avaliação de modelos comunitários alternativos que fomentam ambientes amigos da demência em comunidades que têm diferentes constelações de recursos e servem diversas populações;

4. A avaliação de abordagens inovadoras para a adaptação de habitação, serviços e suportes para que as pessoas com demência possam permanecer na comunidade e fora dos cuidados institucionais (NASEM, 2021, p. 5).

CONCLUSÃO: ORGANIZAÇÕES, PESSOAS E SOCIEDADES MAIS COOPERANTES: UM CONTRIBUTO PARA A LITERACIA EM SAÚDE

A demência veio para ficar. A felicidade, o bem-estar, e a satisfação com a vida também.

O investimento das organizações e das comunidades numa maior cooperação vai ao encontro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS 17), são uma aposta clara para a melhoria da literacia em saúde individual e o contributo para sociedades mais literadas. É esta literacia em saúde, o motor para a capacitação e motivação mais efetiva do individuo que está inserido numa determinada família e comunidade.

O passo certo para potenciar decisões acertadas, que levam a um caminho melhor para o envelhecimento progressivo da população que já vislumbramos há algum tempo, exige medidas de cooperação, de investimento num melhor acesso, compreensão e uso da informação e a sua transformação em conhecimento significativo, que leve a tomada de decisão protetora da saúde.

E isto é literacia em saúde, um determinante social que pode ajudar a trilhar o caminho de uma menor incidência de demência. Vamos então olhar para nós e perguntar: daqui a 30 anos, quantos anos terei? Como quero estar? Envelhecimento, demência e felicidade: uma questão de literacia em saúde.

REFERÊNCIAS

Committee for Healthy People 2030. (2018). Issue briefs to inform development and implementation of healthy people 2030 submitted to the secretary of the US. Department of health and human services (1–90). The author.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Morgan, D.D., Litster, C.,Winsall, M., Devery, K., & Rawlings, D. (2021). "It's given me confidence": a pragmatic qualitative evaluation exploring the perceived benefits of online end-of-life education on clinical care. *BMC Palliative Care, 20*(57), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00753-y

NASEM — National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Reducing the Impact of Dementia in America: A Decadal Survey of the Behavioral and Social Sciences*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/26175.

Rawlings, D., Devery, K., & Poole, N. (2019). Improving quality in hospital end-of-life care: honest communication, compassion and empathy. *BMJ Open Quality,* 8:e000669. doi:10.1136/ bmjoq-2019-000669

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12(*80,) 1–13.

Sørensen, K. (2013). *Health literacy: A neglected European public health disparity* (thesis dissertation). University of Maastricht, Netherlands.

UMP. (2021). *Envelhecimento. Respostas seniores do futuro — Um modelo de respostas especializadas integradas* [Maio de 2021]. UMP.

Imagem de PublicDomainPictures por Pixabay

Uma saúde com pacientes quase às escuras: Como acender as luzes da saúde?

- Cristina Vaz de Almeida | Maio 29, 2021

A compreensão mais abrangente do paciente sobre o sistema de saúde envolve passos significativos. Sobretudo quando a decisão em saúde deve ser a mais correta possível para aquele indivíduo, pois ela pode levar a melhores ou a piores resultados em saúde. Não podemos deixar o paciente como se estivesse numa sala da saúde às escuras.

Se tivermos em conta o estudo de Espanha, Ávila e Mendes (2016) e de Pedro, Araújo e Escoval (2016), que aplicaram o questionário europeu de literacia em saúde a uma amostra portuguesa sabemos que a "escuridão" sobre os conceitos de saúde e a movimentação no sistema, é uma sala quase às escuras para 50 % da população portuguesa, o que equivale a mais de cinco milhões de portugueses

São estes milhões de pessoas que efetivamente têm dificuldade (de forma inadequada ou problemática) no acesso, compreensão e uso dos serviços de saúde.

Sem esta ponte de compreensão pelo "lado mais forte da balança" (Almeida, 2018, p. 36), o autocuidado é penalizado, as decisões perigosamente mal tomadas, e a consciência de estar

perdido/a acontece com o excesso de recursos aos serviços de urgências e hospitalizações.

Esta é uma saúde pouco iluminada, de forma recorrente. Esta é também uma época (pandemia) que permite, pela sua complexidade, abrir muitas luzes.

Como acender as luzes?

Este passo só se efetiva com uma estratégia racional/emocional que envolva o doente/utente em práticas que são significativas para ele e para o seu autocuidado. Não podemos pôr pressão sobre o indivíduo, quando ele está numa saúde em que desconhece os termos, não faz inferências nem categorizações do que lhe é transmitido. Se considerarmos os pacientes com doença crónica, mais habituados aos termos, podemos talvez respirar um pouco mais profundamente pois os anos de cronicidade e de partilhas trazem mais conhecimentos e capacidades.

Porém, não deve haver pressão temporal para que a pessoa entenda (ARHQ, 2009). Ela vai entender quando compreender a importância para si sobre a ação a tomar.

O desenvolvimento de competências de comunicação pelos profissionais inclui-se numa estratégia que visa aumentar a qualidade na prestação de serviços de saúde (Silverman, Krutz & Draper, 2013).

A responsabilidade é da força profissional, tecnicamente muito bem preparada, mas com desafios relacionados com o

desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais. Se uns têm estas características de forma espontânea ou intuitiva, sabemos que o desenvolvimento de competências comunicacionais, outros precisam de guiões orientadores (Hulsman, 2009).

O tema tem sido exposto e debatido por muitos autores (Cegala & Post, 2009; Kripalani & Weiss, 2006.; Pendleton, Schofield, Tate & Havelock, 2003; Silverman et al., 2013). Um caminho desafiante a percorrer, de fato.

Um pensador do milénio, Gardner (2002), sublinhou no seu livro "5 mentes para o futuro" a necessidade de desenvolvermos as nossas capacidades mentais. Para isso descreveu as nossas "5 mentes" do futuro, que implicam também para os profissionais que lidam com a saúde e por isso, para além dos círculos restritos dos profissionais de saúde:

As cinco mentes não estão conectadas com as inteligências e são possibilidades que devemos desenvolver para que a comunicação também seja mais iluminada e permita uma compreensão alargada. Os ingredientes desta mente ativa e preparada, e que passam pela: 1) disciplina; 2) síntese; 3) criatividade; 4) respeito; 5) ética. (Gardner, 2009). Com um pouco mais de pormenor na tabela 1.

Tabela 1. As 5 mentes segundo Gardner (2021)

MENTE DISCIPLINADA	Se queremos ser bons em algo, temos de nos esforçar todos os dias. Essa mente pressupõe a necessidade de compreender as formas de raciocínio que desenvolvemos: histórica, matemática, artística e científica. O problema é que muitas escolas ensinam somente fatos e informações.
MENTE SINTETIZADORA	Lidar com excesso de informações — Ela aponta em que prestar atenção e como os dados podem ser combinados. É preciso ter critério para fazer julgamentos e saber como comunicar de forma sintética
MENTE CRIATIVA	Levanta novas questões, cria soluções e é inovadora. Pessoas desse tipo gostam de arriscar e não se importam de errar e tentar de novo, pensa fora da caixa, mas é preciso ter disciplina e síntese.
MENTE RESPEITOSA	Começa com o reconhecimento de que cada ser humano é único e, por isso, tem crenças e valores diferentes.
MENTE ÉTICA	Múltiplos papéis: ser humano, profissional e cidadão do mundo. O que fazemos não afeta uma rua, mas o planeta, pensar nos nossos direitos e nas responsabilidades.

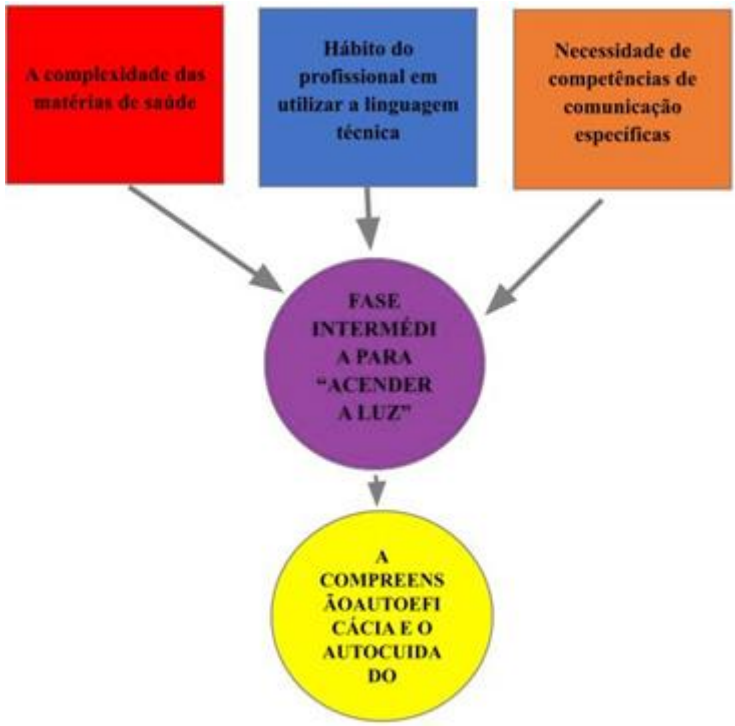
Fonte: elaboração própria baseado em Gardner (2021)

Podemos começar pelo consentimento informado, que permite o "acordo"

O formulário de consentimento tem por objetivo documentar as informações que foram divulgadas ao paciente e que o consentimento do paciente foi obtido (AHRQ, 2009). É preciso garantir que os pacientes sejam informados de uma forma consistente com a ética médica e as diretrizes regulamentares, compreendam o conteúdo de um consentimento informado, para que possam decidir de forma livre e esclarecida (Sudore, Landefeld, Williams, et al., 2006).

O processo de consentimento é também uma atividade educativa, em que os pacientes são os que precisam de aprender e os profissionais os seus "educadores". Os profissionais têm a responsabilidade de garantir que os pacientes compreendam a informação fornecida de uma forma clara e adaptada ao seu nível e literacia em saúde (Kripalani & Weiss, 2006).

A tarefa de o profissional de saúde se fazer compreender, e da efetiva capacidade do paciente saber as respostas para o seu autocuidado depois da intervenção “dedicada” do profissional, continua a ser desafiante devido a vários fatores, que podemos elencar não exaustivamente como apresentado na figura 1. A pessoa depois do “ensino terapêutico” deve poder, por ela própria tomar conta da sua vida no que respeita à saúde, assim como e às capacidades limitadas de literacia de potenciais indivíduos.



(Fonte: Elaboração própria)

Certas populações vulneráveis podem não estar habituadas ou confortáveis com a assinatura de materiais escritos. Quando os formatos escritos são inadequados, os profissionais devem considerar (Paasche-Orlow, Taylor & Brancati, 2003).

Escreva e fale com clareza

A AHRQ (2009), Cegala e Post, (2009), Kripalani e Weiss (2006), Silverman, Krutz e Draper (2013), fornecem algumas sugestões para que se escreva e se comunique em linguagem simples (tabela 2).

Tabela 2. Escrever e falar com clareza

Use a voz ativa.
Mantenha um nível de simplicidade de escrita para um nível de leitura baixo (correspondente ao 7.º/8.º ano escolar).
Use estruturas de frases simples.
Use verbos e evite os substantivos.
Use frases curtas. Aponte para não mais de 8 a 10 palavras (escritas, verbalizadas).
Não utilize o jargão. Peça às pessoas do seu público-alvo para identificarem o jargão e os termos técnicos.
Quando os termos técnicos ou abreviaturas forem essenciais, forneça definições claras.
Ao adaptar os materiais, tenha em mente os seguintes princípios de escrita utilizados para criar suportes de fácil leitura.
Complemente o processo de consentimento informado com materiais adicionais (por exemplo, diagramas, imagens, vídeos).
Utilize pelo menos fontes de 14 pontos se houver a possibilidade de um paciente ter alguma dificuldade visual.

Não utilize a letra toda em maiúsculas.
Não utilize só itálicos.
Divida o texto em partes, utilizando títulos e subtítulos.
Use margens largas. Um comprimento de linha de 50 caracteres e espaços (ou menos) é sempre mais fácil de ler.
As pessoas com deficiência auditiva beneficiam de interações em ambientes privados tranquilos.
Se for necessário use intérpretes de linguagem gestual e outros.
Não é aconselhável que seja o familiar a fazer a tradução para a língua nativa do paciente. Contate serviços de interpretes ou um profissional que possa fazer essa ponte.
Utilize expressões de 10 em 100 em vez de 10% (numeracia).
Repita pausadamente as expressões difíceis e traduza imediatamente.
Use palavras âncora que o paciente reconhece.

Fonte: elaboração própria baseado em AHRQ (2009), Cegala e Post, (2009), Kripalani e Weiss (2006), Silverman, Krutz e Draper (2013).

Comunicação para promover a compreensão

Algumas técnicas como o teach-back, o show back, a repetição e o questionamento com perguntas abertas servem para melhorar a literacia em saúde (Tabela 3)

Tabela 3. Algumas técnicas da literacia em saúde para melhorar a compreensão do paciente

1. Utilize o Modelo de Comunicação em Saúde — Modelo ACP — que se constitui pela utilização agregada e interdependente das competências de comunicação assertividade, clareza de linguagem e positividade.
2. Certifique-se de que o paciente compreendeu todos os elementos importantes da informação em saúde. Comece com frases como: “Quero ter a certeza de que temos o mesmo entendimento sobre esta investigação. Pode dizer-me do que se trata este projeto nas suas próprias palavras, para verificar se eu me fiz entender?” “O meu trabalho é explicar as coisas claramente. Para ter a certeza de que fiz isto, gostaria de ouvir a sua compreensão do projeto de investigação.”
3. **O objetivo é verificar a compreensão, não** a memória. Faça/Coloque perguntas em aberto. Evite perguntas fechadas como “Tem alguma pergunta?” e “Entende?” Pergunte em vez disso, “Que perguntas ainda tem?” e “Sobre o que gostaria de ouvir mais?” “O que posso fazer mais por si?” Como posso esclarecê-lo/a mais”?
4. **Benefícios e Compensações** “O que espera ganhar quando iniciar este processo de autocuidado?”
5. A repetição é essencial com memorização subsequente através de ideias que motivam o paciente a aderir. Corrija qualquer desinformação até ser “exaustivo”. É preferível repetir e reforçar

através do teach-back ou show-back do que não o fazer. Vamos voltar a falar sobre o propósito do seu tratamento/cuidado, porque acho que posso não o ter explicado claramente.”
6. Avalie se o paciente prefere ter um pouco de conversa “social” para se sentir mais confortável. A conversa de “cuidado” pode trazer efeitos muito positivos
7. Organize workshops sobre a escrita de documentos compreensíveis e sobre oralidade baseada na clareza de linguagem
8. Crie um fórum para discutir formas de identificar e abordar preocupações dos pacientes

Fonte: Elaboração própria baseado no AHRQ (2009); Vaz de Almeida (2021 a, b)

b) Vamos acender as luzes ao paciente, para que ele possa caminhar, sem tropeçar e com mais segurança nos corredores da saúde.

Referências:

AHRQ (2009). The AHRQ Informed Consent and Authorization Toolkit for Minimal Risk Research. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. (Consultado a 13 maio 2021][online] https://www.ahrq.gov/funding/policies/informedconsent/ictoolkitref.html

Cegala, D. J., & Post, D. M. (2009). The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education & Counseling*, *77*, 202–208.

Gardner, H. (2009) 5 Minds for the future. Harvard Business Review Press

Hulsman, R. L. (2009). Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Education & Counseling, 74*(3), 302–308.

Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine, 21,* 888–890.

Paasche-Orlow M.K, Taylor H.A, & Brancati F.L. (2003). Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *N Engl J Med*.,*348*(8), 721–726.

Pendleton, D., Schofield, T., Tate P., & Havelock, P. (2003). *The new consultation. Developing doctor–patient communication*. Oxford: Oxford University Press.

Silverman, J., Krutz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients.* Boca Raton: Taylor & Francis.

Sudore R.L., Landefeld C.S., Williams B.A., et al. (2006). Use of a modified informed consent process among vulnerable patients: a descriptive study. *J Gen Intern. Med.,*21(8):867–73.

Vaz de Almeida, C. & Reis, B. (2021). Autoestima entre adultos tende a melhorar com o aumento da confiança e da assertividade, *Jornal de investigação Médica,2(*1), 25–38. DOI: https://doi.org/10.29073/jim.v1i2.304 Disponível em: https://revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/view/331/217

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021b). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald
Publishing. https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413

(Foto D.R.)

A jornada do paciente no sistema de saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Maio 10, 2021

Embora o conceito de “experiência de serviço” tenha sido cunhado por Holbrook e Hirschman (1982), definido como “um estado de consciência subjetiva com uma variedade de significados simbólicos, respostas hedónicas e critérios estéticos” (p. 132), é agora, em pleno século XXI que o conceito se estrutura como uma condição inadiável para as organizações de saúde.

Se a literacia em saúde promove uma boa navegabilidade no sistema, nas dimensões do acesso, compreensão e uso dos serviços e da informação em saúde (Sørensen et al., 2012), torna-se então necessário elencar quais os problemas, dificuldades, necessárias mudanças e consequentes melhorias a fazer, que podem existir nesta “navegação” pelo sistema complexo da saúde.

Alguns dos pontos elencados nos questionários de satisfação de utentes em unidades de saúde (Ferreira, Raposo & Pisco, 2017) revelam que, estes estão geralmente muito tempo à espera da sua consulta. Se estiverem numa organização de saúde privada, pode acontecer que vão saltando de sala em sala.

Seja por telefone ou de forma virtual ou presencial, passam por um processo longo de conversação em que têm de dar explicações a várias pessoas até chegar ao profissional de saúde;

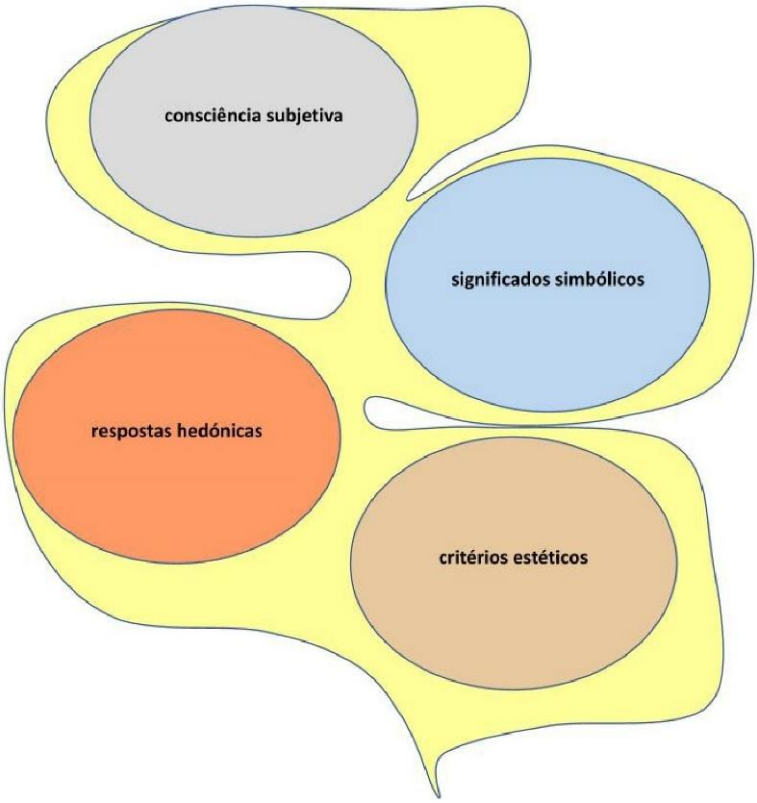
e quando estão com o profissional de saúde, geralmente o focus é no problema atual, e não na totalidade do bem-estar do paciente. Em seguida, o paciente faz o percurso inverso, tira a senha para ir pagar, tira a senha para depois ir buscar resultados… e o caminho desdobra-se em múltiplas paragens As configurações e os elementos de design específicos podem diferir ao longo do continuum de atendimento, mas os objetivos de segurança, eficiência, satisfação e atendimento de alta qualidade permanecem constantes.

Pelo que, o primeiro passo torna-se necessário ouvir o paciente, integrá-lo, pelo menos, nos processos preparatórios de reflexão sobre a mudança.

Esta mudança, seja na área de recursos humanos, seja nos processos e fluxos ou nas evidências físicas (espaços/ambientes) devem contar com a satisfação percebida do paciente, pois é ele que essencialmente vai utilizar os serviços. No entanto, espaços aprazíveis, fluxos simplificados e estandardizados e pessoas amáveis, assertivas, claras e positivas (Vaz de Almeida, 2016;2019;2021; 2021b)) beneficiam todos, inclusive os profissionais de saúde.

Relativamente ao investimento em espaços para pessoas com demência, por exemplo, Hopkins e colegas (2017 mostraram que há algumas evidências que sugerem que **residentes, com demência, em lares de idosos dormiram melhor quando expostos a níveis elevados de luz (luz azul).**

Figura 1. A experiência do serviço



O utente é racional e emocional, pelo que toda a envolvência precisa de estar integrada, de acordo com os órgãos sensoriais. Assim, na experiência do paciente, é importante sentir essa caminhada através dos seus olhos. O que ele sente, que emoções tem, o que ele vê, como é o seu circuito habitual para os respetivos serviços (ambulatório, urgência, internamentos, especialidades, etc.), os odores em cada espaço, os equipamentos que ele tem de tocar ou visualizar. É esta caminhada sensorial que permite o trabalho da cognição com a emoção (Damásio, 2020), e que permite proporcionar uma experiência única, satisfatória, boa de ser relembrada. (Figura 1)

Se atendermos ao modelo de Weick (1979), e a sua adaptação da teoria da evolução sociocultural (descrição dos processos pelos quais as pessoas se adaptam às mudanças nas suas relações sociais e culturais para sobreviver) podemos observar as três fases que delimitam o processo de comunicação como seja a regulamentação, a seleção e a retenção (Kreps, 2009, p. 348). Os processos de retenção são essenciais para a experimentação de sentimentos e emoções do paciente, e são usados para preservar o que foi aprendido nos processos de regulamentação e seleção, criando um conjunto de experiências sobre o que resultou e não resultou, que futuramente, orientam a pesquisa e seleção dos cuidados de saúde (Kreps, 2009, p. 348).

Ikea, Postlethwaitb e Parker (2019) **focam-se no uso das artes como uma nova forma de envolver e promover a comunicação de saúde e a literacia em saúde**. O envolvimento com as artes permite aos profissionais de saúde melhorar a sua competência clínica, promover o bem-estar e prevenir o *burnout*.

Também, segundo o guia da cidade amigável para os idosos (WHO, 2008), "a dimensão interpessoal da comunicação é muito importante" sendo necessário enfatizar que a melhor maneira de se estar informado, é permanecer ativo e envolvido na comunidade" (p. 54).

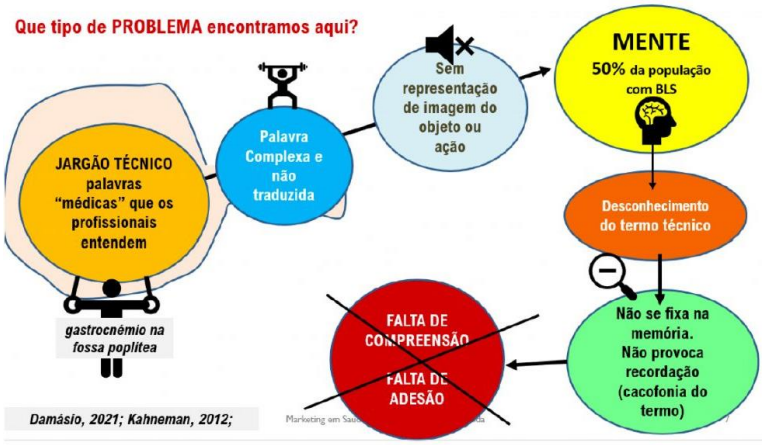
Se compreendermos que um dos problemas "raiz" da falta de compreensão e também falta de adesão é a ausência de uma compreensão perfeita em relação ao seguimento das instruções

de saúde propostas pelos profissionais de saúde, conseguimos perceber o que se passa na mente de uma pessoa com baixa literacia em saúde.

Se tal como Damásio (2020) afirma que são as **representações das imagens e dos objetos do mundo externo que provocam uma determinada imagem na mente**, que pode ou não ser percebida, entendemos que quando não existe esta representação, isto é, tradução através da compreensão na mente da pessoa, esta não fica gravada nem compreendida. Como uma "cacofonia" de palavras quando o paciente ouve um jargão técnico que não compreende e por isso, não existe representação de imagem e de informação correta na sua mente. Quem não compreende ou não traduz ou traduz incorretamente o que lhe foi transmitido, seja por via oral, escrito ou digital.

Representamos na Figura 2 este fluxo de um "jargão técnico" por exemplo as palavras "gastrocnémio na fossa poplítea", (expressão encontrada num site de saúde e bem-estar e por isso para a população em geral) e o seu efeito na mente de uma pessoa com baixa literacia em saúde, de acordo com o que é analisado na literatura, por exemplo por Damásio (2020) e por Kahneman (2012).

Figura 2. O jargão técnico e a sua viagem na mente da pessoa com baixa literacia em saúde.



Fonte: Elaboração própria.

Sabemos (Espanha, Avila & Mendes, 2016) que existem grupos muito vulneráveis em literacia em saúde, que precisam de um esforço acrescido do sistema e dos profissionais de saúde para conseguirem ter uma experiência mais positiva e eficaz, quando navegam no sistema de saúde ou precisam de encontrar informação esclarecedora para a sua saúde, lidar com fatores de risco, reconhecer a importância dos determinantes sociais e fazer melhor uso deles, então é preciso criar estratégias específicas para cada um destes perfis ao longo do seu ciclo de vida (tabela 1):

Tabela 1. Lista de perfis com baixa literacia em saúde e com dificuldade de compreensão das instruções técnicas de saúde

1. Idosos
2. Pessoas com Baixos níveis de escolaridade;
3. Pessoas com rendimentos baixos;
4. Pessoas com doenças prolongadas;
5. Pessoas com uma auto percepção de saúde "má";
6. Pessoas que frequentaram no último ano 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários;
7. Pessoas que se sentem limitadas por terem alguma doença crónica.
8. Pessoas que não aprenderam a ler ou escrever
9. Grupos de migrantes
10. Desempregados de longa duração
11. Pessoas que não seguem as instruções em saúde devido a crenças culturais
12. Pessoas que não aderem ou têm um baixo acesso aos rastreios preventivos

Fonte: elaboração própria.

Neste desafio constante para as organizações, estas precisam de entender a experiência dos seus pacientes, não apenas em qualquer ponto de contato, mas em toda a jornada do paciente. Sentir, vivenciar diretamente pelos olhos dos pacientes é uma das formas de se identificar quais as áreas de melhoria e também de criação de novo valor. As perguntas a serem feitas nesta "jornada do paciente" podem ser (tabela 2):

Tabela 2. As questões para avaliar a jornada do paciente

1. O que é que os olhos dos pacientes vêm?
2. O que é que eles sentem?
3. Quais as suas dúvidas?
4. O que é que os atemoriza ? (por exemplo as crianças?)
5. Em que situações isso acontece (em que ponto da navegabilidade no sistema e no hospital ou unidade de saúde?)
6. Quais os facilitadores dessa jornada?
7. Em quem confiam verdadeiramente?
8. O que os faz avançar?
9. Que tipo de soluções eles apreciam para diminuir a tensão e stress?
10. Em que locais e momentos esses "facilitadores" devem estar?

Fonte: elaboração própria.

E a partir das respostas vivenciadas diretamente com os utilizadores, é possível partir para a resolução do problema. Os pequenos passos que levam a uma melhoria desta jornada do paciente:

E o investimento poderá ser, entre outros (Tabela 3):

Tabela 3. O investimento no sistema para melhorar a jornada do paciente

1 –No espaço (integrando áreas "verdes", de descanso, de bem-estar (por exemplo em instalações para pessoas com demências)
2- Nos formulários (simplificação)
3 – Nos elementos sensoriais (cheiro, luz, cores, etc)
4 – Na relação humana (relação terapêutica com conversa social e mais humanizada)
5 – Nos elementos humanos e na sua formação, para lidar com cada pessoa no seu ciclo de vida

Fonte: elaboração própria.

Torna-se necessário criar equipas e grupos de trabalho para avaliar esta "jornada do paciente" no sistema, na organização de saúde, nas organizações sociais que interagem com a saúde e outras, nas estruturas da comunidade, para que se consiga

resgatar um valor que todos os pacientes procuram: qualidade e satisfação percebida no sistema de saúde que conduz a melhores o*utcomes* e a um incremento da literacia em saúde das organizações e da sociedade no seu todo.

Referências

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). A literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, P. L., Raposo, V. M., Pisco, L. (2017). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3), 747–758.
- Health Design (2021). https://www.healthdesign.org/insights-solutions/interactive-design-diagrams
- Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The experiential aspects of consumption: consumer fantasies, feelings, and fun. Journal of Consumer Research, Vol. 9(2), 132. Hopkins, S., Morgan, P. L., Schlangen, L. J. M., Williams, P., Skene, D. J., & Middleton, B. (2017). Blue-enriched lighting for older people living in care homes: Effect on activity, actigraphic sleep, mood and alertness. Current Alzheimer Research, 14(10), 1053–1062. https://doi.org/10.2174/1567205014666170608091119
- Ikea, J. D., Postlethwaitb, R., & Parkerc, R. (2019). Nurturing context: TRACE, the arts, medical practice, and health literacy. Information Services & Use 39 ,93–104. DOI 10.3233/ISU-180040
- Kahneman, D. (2012). Pensar depressa e devagar. Maia: Círculo de Leitores. Kreps, G. L. (2009). Applying Weick's Model of organizing to health care and health promotion:

Highlighting the central role of health communication. Patient Education & Counseling, 74, 347–355.

- Weick, K. E. (1979). The social psychology of organizing. Reading: Addison-Wesley.
- WHO — World Health Organization. (2008). Guia global: cidade amiga do idoso. [Global guide: city friendly to the elderly]. [online] Disponível em https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021). Health Professionals' Communication Competences as a Light on the Patient Pathway: The Assertiveness, Clarity, and Positivity (ACP) Model. International Journal of Applied Research on Public Health Management (IJARPHM), 6(1), 14–29. DOI: 10.4018/IJARPHM.2021010102 Retrieved from: https://www.igi global.com/article/health-professionals-communication-competences-as-a-light-on-the-patient-pathway/267793
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021b). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413
- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de Comunicação em Saúde — ACP. Revista Enformação, 10, 20–22. Retrieved from: https://issuu.com/ace-enfermeiros/docs/10__revista_ace.pdf_1
- Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, Capacitar, Encaminhar — Literacia Em Saúde: Os Caminhos Para Uma Maior Capacitação Dos Profissionais De Saúde. In Congresso da Associação Científica de Enfermeiros (ACE). Revista En Formação, pp 8–15 Retrieved from:

http://www.acenfermeiros.pt/ficheiros/uploads/6011fa933c32bfb94c5cc8388fcb30e6.pdf

Imagem de capa: Pixabay

Gamificação na saúde atrai e promove resultados

- Cristina Vaz de Almeida | Abril 7, 2021

A gamificação na saúde atrai e pode produzir melhores resultados em saúde: o aumento do interesse pela temática "pandemia", através dos jogos virtuais, permite um aumento de conhecimentos sobre a pandemia, pode levar a melhores resultados em saúde.

A notícia chega da Organização Mundial da Saúde (2021), que anuncia que "especialistas e jogadores unem-se para combater o COVID-19 e travar futuros surtos de doenças, via *Plague,* um jogo virtual".

Através da gamificação, a OMS entra no mundo digital e nas estratégias de marketing social para melhorar comportamentos e controlar riscos. Está também comprovado que para a melhoria da literacia em saúde, o investimento em estratégias de mudança de comportamentos.

O já conhecido jogo *Plague Inc*: The Cure estimula os jogadores a entrarem num desafio que simula um surto de saúde pública global muito parecido com a pandemia COVID-19.

Este jogo permite ainda receber comentários especializados, que fazem uma comparação com as decisões que os jogadores tomam em cenários da vida real (WHO, 2020).

Para Pattison (WHO, 2021) gestor dos canais digitais da OMS "educar as pessoas através de jogos e simulações interativas é uma ótima maneira de manter as comunidades informadas e seguras, especialmente no meio de informação generalizada online."

O jogo pertence à Ndemic Creations, que, em conjunto com a OMS, estão a lançar uma campanha de sensibilização do público para promover ações para que as pessoas se mantenham saudáveis e que aprendam também, não apenas a detetar como agir sobre as notícias falsas.

O jogo "*Plague Inc: The Cure é uma simulação envolvente e oportuna que permite aos jogadores explorar as questões que a humanidade enfrenta ao tentar parar uma pandemia global*" refere Vaughan, o fundador da empresa NDemic (WHO, 2021).

A gamificação foi um dos temas abordados no Volume II "50 Técnicas de Literacia em saúde na Prática. Um guia para a saúde" (Almeida, Moraes & Brasil, 2020, p. 101), desenvolvido pelo médico Vital Brito.

Segundo Brito, no Volume II das "50 Técnicas de Literacia em saúde na Prática, "Esta prática ganha relevância em intervenções que visem gerar mudanças comportamentais — seja a evicção de comportamentos de risco ou a adoção de um estilo de vida mais saudável (2020, p. 102). (Figura 1)

Figura 1. Benefícios da gamificação

Fonte: Elaboração própria baseada em Brito, 2020, p. 103

O jogo foi desenvolvido pela *Ndemic Creations* em colaboração com especialistas em doenças infeciosas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN). O desafio é enorme para os jogadores, que têm de salvar o mundo e controlar a pandemia.

Os jogadores começam por "Caçar a Doença", que lança no terreno equipas de pesquisa para encontrar o paciente zero, rastrear a propagação do surto, e também aumentar a capacidade de testagem e apoiar as comunidades locais. Também têm de "controlar o surto" e aí os participantes implementam medidas, desenvolvendo a rede de contactos,

encerrando fronteiras, ensinando e estimulando as pessoas a lavarem as mãos e organizarem os hospitais.

Passam também por uma fase de apoiar a comunidade e a economia, e já dentro de uma linha estratégica, há que tomar decisões certas para a população cumprir. E por isso, é preciso organizar boas medidas de quarentena e políticas para melhorar o apoio da comunidade.

Esta "comunidade" virtual só cumpre se as medidas forem boas, em paralelismo com a realidade. No final a vacina está em desenvolvimento e ainda é solicitado ao jogador parcerias e trabalho a realizar para que seja atingido com sucesso o final: "mais saúde, mais proteção da população".

Um bom exemplo de gamificação estimulante, com vários passos e etapas e desafios motores e estratégicos, que envolvem o jogador. (Figura 2)

Figura 2. Fases do Jogo

Fonte: Elaboração própria

Johnson, Deterding , Kuhn, et al. (2016) registam, numa revisão sistemática, que as evidências mostram que, apesar de serem necessários mais estudos de aprofundamento e comparativos entre o uso e o não uso de jogos na saúde, “a gamificação pode ter um impacto positivo na saúde e bem-estar, em especial nos comportamentos de saúde” (p. 86).

Referências

- Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (2020). Introdução. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde (Vol. 2, pp. 09–13). Maurícias: Novas Edições Académicas.
- Brito, D.V. (2020). Interatividade/gamificação digital no desenvolvimento da literacia em saúde do paciente. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde (Vol. 2, pp. 101–103). Maurícias: Novas Edições Académicas
- Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K-A., Staneva, A., Stoyanov, S., & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. Internet Interventions, 89–106.
- NDemic Creations (2021). Plague inc: the cure is out now for ios and android!. Disponível em: https://www.ndemiccreations.com/en/news/184-plague-inc-the-cure-is-out-now-for-ios-and-android
- WHO. (2021) Experts and gamers join forces to fight COVID-19 and stop future disease outbreaks via Plague Inc: The Cure. [onlinr] Disponivel em: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/experts-and-gamers-join-forces-to-fight-covid-19-and-stop-future-disease-outbreaks-via-plague-inc-the-cure

Imagem D.R. de Helena Jankovičová Kováčová por Pixabay

Não basta oferecer ipads! A literacia em saúde exige mais.

- Cristina Vaz de Almeida | Março 16, 2021

As conversas com pacientes através da telesaúde necessitam de preparação prévia (Wicklund, 2021), pelo que não basta oferecer *ipads* para que estes pacientes, sobretudo os com baixa literacia em saúde compreendam as informações dadas através desta comunicação à distância.

Os números mostram que o digital está para ficar. A ITU, agência especializada da ONU em tecnologias de informação (TIC), e fonte oficial de estatísticas globais de TIC, estimou que, desde final de 2019, mais de 51 por cento da população global, ou 4 mil milhões de pessoas, usam a Internet (UTI, 2021).

Os números mostram que os pacientes continuam com baixa literacia em saúde (inadequada ou problemática) em mais de 50% da população adulta na Europa (e nos Estados Unidos).

A literacia em saúde é um constructo que engloba as competências (conhecimento, capacidades e atributos pessoais), a motivação (ter intenção de comportamento e sentir-se impelido a cumprir o que lhe é proposto ou o que considera ser um benefício para a sua vida), atribuir importância/benefício a essa ação (intenção) e ter autoeficácia (saber que consegue fazer/cumprir a ação que lhe é proposta) para aceder, compreender, avaliar e usar a informação sobre saúde (Vaz de Almeida, 2020).

Sendo o acesso, compreensão e uso da informação em saúde por si só, complexos, a pessoa, corporizada tantas vezes no papel de paciente, assim como a sua família que o acompanha, devem conseguir passar os obstáculos que se levantam, em todas as suas dimensões cognitivas.

No acesso deve conseguir chegar à informação de forma simples efetiva, com diversidade que se explana nas várias especialidades que necessita, e com garantia que consegue suportar os custos.

Na compreensão, os materiais que fazem parte da rede de saúde como bulas, consentimento informado, prescrições e outros suportes informativos devem conter a linguagem que está precisamente no nível e compreensão do respetivo leitor.

E, finalmente, o uso dessa informação deve ser obtido com consciência de todos os passos que são necessários para conseguir manter ou ter mais saúde.

Se a este processo, por si muito complexo, adicionarmos a distância, a dificuldade pode aumentar.

As razões prendem-se, não com a proximidade, pois o profissional, apesar da distância física, está presente virtualmente, mas com as condições em que é feita essa nova proximidade virtual. É preciso por isso, atender aos três elementos-chave: 1) "pessoa", que é representada pelo paciente e sua família, o profissional de saúde ou de outra área e a relação que deve ser estabelecida, 2) pelas "evidências"

onde se inclui o espaço ambiental, a iluminação, as cores envolventes, a estrutura que acolhe, os materiais , o desenho do espaço, as cadeiras, entre outros elementos, e 3) aos "processos" representados pelos formulários de consentimento informado, instruções em saúde, fluxogramas, prescrições e tudo o que precisa de circular para que, no final, resulte em mais saúde, mais prevenção e promoção da saúde, cuidados adequados, menos dano, mais segurança, maior satisfação.

Não basta por isso "oferecer o *ipad*", é preciso ensinar e mostrar os caminhos, as vantagens e o processo de usar o *ipad*, e sobretudo relacionado com um ambiente de saúde.

Os pacientes devem saber o que fazer, quais as questões que devem colocar (o questionamento é crítico) e sentir a presença do profissional (Vaz de Almeida, Coelho, Rodrigues e Guarda, 2021) como se ele estivesse perto, lado a lado.

O profissional também deve preparar-se, criar o ambiente, verificar a estética desse ambiente, reduzir o barulho exterior, ter uma presença, postura, visibilidade como se estivesse sentado na sua cadeira no consultório com o paciente em frente de si ou ao lado de si.

O desenho do espaço, quando centrado no ser humano como uma ferramenta, pode complementar o processo terapêutico, contribuindo para a redução do *stress*, melhoria da segurança dos pacientes e da equipe.

As estratégias de design, com foco em domínio espácio-social, podem ter um impacto profundo em crianças e adolescentes que recebem tratamento de saúde mental.

Elementos de design tangíveis e intangíveis que reduzem o estresse e a agressão do paciente fortalecem a conexão da equipa-paciente, facilitando um tratamento mais seguro, com resultados na melhoria da qualidade da saúde do paciente.

Para que o desenho do espaço seja analisado para se tornar ele próprio uma ferramenta de saúde torna-se necessário: 1) identificar as características ambientais que induzem estresse e desencadeiam a instabilidade do paciente; 2) reconhecer e intervir numa abordagem de design centrado no ser humano, que pode melhorar a segurança e os resultados dos pacientes em unidades de saúde; 3) entender como os elementos de design da natureza, a luz natural, a arte e os elementos aprazíveis, adequados aos paciente, podem ser usados para reduzir o estresse; 4) incorporar estratégias que incluam recursos recreativos nas unidade de saúde e estimulem a movimentação e o bem-estar do paciente.

Através do telemóvel, *ipad,* computador, o mundo de saúde daquela pessoa é exposto, pelo que o cuidado na confidencialidade de dados deve ser garantido.

As estratégias de comunicação devem ser usadas de forma extensiva, focando-se não apenas na comunicação verbal, mas também na não verbal. A linguagem verbal e não verbal deve

ser assertiva, clara e positiva (Vaz de Almeida, 2018, 2019, 2020).

O meio tecnológico deve ser acessível a um processo de compreensão, quase imediato, de quem o utiliza. Os caminhos que o paciente deve percorrer, com os dedos pelo écran que representa o "encontro em saúde" devem estar perfeitamente sinalizados por campos (menus) fáceis de aceder. Este mesmo dispositivo poderá servir de apoio e suporte quando o paciente estiver internado, e precisar de estar perto da sua família ou amigos. O *ipad* é uma janela de ligação para a saúde, para os afetos que o indivíduo necessita quando tem de estar distante, por razões de saúde (ou outras).

Mas o processo de conexão deve estar embebido em todas as dimensões defendidas pela literacia em saúde: acesso fácil, compreensão imediata ou quase imediata, e uso facilitado pelas ferramentas que suportam e defendem uma maior eficácia e resultados do processo em saúde. Essas ferramentas assentam na maioria das vezes em processos comunicativos e relacionais mais cuidados e no desenvolvimento de competências que permitem um maior empoderamento.

Cada país varia na sua abordagem na avaliação das tecnologias de saúde, mas um fator continua a ser crítico: o envolvimento do paciente (GAfPA.ORG, p. 2).

Segundo o GAfPA.ORG (2020), nenhum país ou organização pode capturar totalmente o valor de novos medicamentos ou dispositivos médicos sem considerar os utilizadores finais (p. 2),

e isto implica comunicação à distância, através de meios que usam a tecnologia digital.

Soluções para uma maior participação do paciente

A GAFPA.ORG sublinha que as avaliações das tecnologias de saúde devem incorporar, de forma significativa, o feedback do paciente. Este acesso à construção de soluções tecnológicas, tem de revisitar com frequência, as avaliações que o paciente pode dar, especialmente através de um diálogo que permita uma verdadeira retroalimentação (GAFPA.ORG, p. 12).

Desde o início do processo, as organizações de tecnologia da saúde devem delinear como pretendem utilizar a participação do paciente, assim como devem depois demonstrar como foi efetuada e incorporada essa participação efetiva do paciente.

O envolvimento requer materiais inteligíveis e utilizáveis.

Destaca-se neste ponto a necessidade de materiais executados em linguagem clara e acessível para que exista um efetivo acesso, compreensão e uso dessa informação, sobretudo por parte de pacientes com mais baixa literacia em saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

Muito dos materiais utilizados pelos produtos tecnológicos contém linguagem excessivamente técnica, muitas vezes com conceitos que não são traduzidos para uma linguagem percetível, mesmo ara os que não têm baixa literacia em saúde. Esta ponte da necessidade de o produto tecnológico servir a saúde, exige de princípios que se avalie a satisfação e a

compreensão do seu uso e finalidades pelos que serão envolvidos, isto é, tanto os profissionais como os pacientes.

Nesta ordem, os materiais que servem de base aos produtos tecnológicos, e usados para explicar procedimentos devem necessariamente conter uma **comunicação assertiva, clara e positiva** (Vaz de Almeida, 2018, 2019, 2020).

A "tradução" dos materiais de avaliação da tecnologia de saúde para uma linguagem simples reduz a barreira à entrada de pacientes e grupos de defesa do paciente que querem envolver-se (GAfPA.ORG, p. 12)

A participação significativa do paciente requer apoio, tempo e recursos.

Segundo a Aliança Global para o Acesso do Paciente (GAfPA.ORG, 2020):

1. As organizações de tecnologias de saúde muitas vezes incentivam a participação dos pacientes, mas deixam o ónus em cima das organizações de saúde, para que elas façam as análises do processo, a identificação e a comunicação da informação necessária.

2. Ora, para se otimizar o envolvimento dos pacientes, também estas organizações de tecnologia da saúde devem ajudar na tradução para uma linguagem mais acessível e compreensível estes materiais, seja através de questionários, guias, formadores, ou outro meio eficaz, que consiga facilitar o

processo e torne a participação dos pacientes mais efetiva, obtendo deles um verdadeiro feedback.

3. A transparência incentiva um processo de avaliação justo e equilibrado.

4. À medida que os pacientes sentem o impacto dos resultados da avaliação da tecnologia de saúde, visionam maior transparência no processo.

5. Gerar uma avaliação fiável das tecnologias de saúde requer que os pacientes e os grupos de doentes não só sejam incluídos, mas também estejam devidamente equipados para se envolverem e fazerem contribuições significativas para o processo.

Aliança Global Para o (melhor) Acesso Do Paciente — Gafpa.org

A Aliança Global para o Acesso do Paciente (2020) avaliou como, e quão bem, os diferentes países incorporam a participação dos pacientes nos processos tecnológicos e reviu práticas de avaliação de tecnologia de saúde. Nesse âmbito, e colocou um conjunto de questões sobre as infraestruturas, os materiais de comunicação e a capacitação dos pacientes, para poderem participar efetivamente (Quadro 1).

Quadro 1. Questões sobre a efetiva participação dos pacientes nos processos tecnológicos de saúde

Temas	Questões:		
Sobre infraestruturas robustas para o envolvimento do paciente.	• O processo de avaliação inclui oportunidades de envolvimento claramente definidas? • A organização dispõe de pessoal para facilitar o envolvimento? • A organização dispõe de formação para facilitar o envolvimento? • A organização dispõe de guias orientadores para facilitar o envolvimento? • O processo permite um aviso e tempo suficientes para haver feedback?	**Sobre a capacitação dos pacientes no processo de tomada de decisão.**	• As reuniões são transparentes e abertas aos doentes? • Os doentes têm lugares em comissões e grupos de trabalho? • Os pacientes podem recorrer ou impugnar decisões de avaliação?
		Incorporar significativamente os contributos dos pacientes.	• Os procedimentos presenciais refletem os contributos dos pacientes? • A metodologia e os resultados são atualizados para incorporar o feedback do paciente? • As organizações de avaliação da tecnologia da saúde relatam como incorporarão ou incorporaram o *feedback* dos pacientes?
Sobre os materiais inteligíveis e utilizáveis para os pacientes.	• A organização fornece versões, em linguagem simples, dos relatórios e da metodologia e outros materiais, que permitem que mais grupos de pacientes se envolvam significativamente? • A organização fornece ou distribui questionários, para simplificar os comentários dos pacientes?		

Fonte: Elaboração própria, baseado em GAFPA.ORG, 2019

A importância de crescimento dos grupos de advocacia (mediadores) dos pacientes

A voz do paciente tem-se feito viva, muitas vezes através de grupos organizados, especialistas na mediação entre o paciente e o ambiente em saúde. Os patient Advocacy são os verdadeiros mediadores que facilitam os caminhos percorridos, tanto ao paciente como aos profissionais de saúde, tantas vezes facilitando a comunicação, traduzindo o jargão técnico, fornecendo meios facilitadores de acesso, compreensão e uso.

Os grupos de advocacia dos doentes admitem, porém, um fosso entre as oportunidades que lhes são oferecidas e o impacto que a sua contribuição pode ter (GAfPA.ORG, p. 2).

Para além da possibilidade de ter uma voz, os grupos de defesa dos pacientes estão ansiosos para ver as suas experiências e *insights* incorporados de uma forma mais tangível, informando o processo de avaliação e, em última análise, ajudando a garantir resultados mais significativos (GAFPA.ORG, p. 2).

Comunicar é mais do que informar, e a comunicação em saúde tem especificidades próprias: é feita à medida, tem conteúdo informativo e envolve a própria relação entre os participantes (Zarcadoolas, Pleasent, Greer, 2005, p. 196).

Pelo que não basta oferecer *ipads*.

É preciso comunicar bem, preparar o terreno da tomada de decisão, com ferramentas que capacitam, com mediadores (*patient advocates*) que possam apoiar o paciente neste desafio de atravessar o meio tantas vezes inóspito de saúde. São precisos mais apoios, que façam o paciente conseguir fortalecer o seu controlo sobre a sua saúde, mesmo que à distância de um click.

Referências:

- Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–

42). Lisboa: Edições ISPA. http://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?2016487

- GAfPA.ORG (2020). Patient engagement in health technology assessment. Practices and Principles for Europe & the United States. [online]. Disponível em: https://pharmerit.com/patient-engagement-in-health-technology-assessment-practices-and-principles-for-europe-the-united-states-report/

- Espanha, R. Avila, P. Mendes, R.M (2016). A literacia em saúde em Portugal. Fundação Calouste Guklbenkian, CIES — IUL. Disponível em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf

- Wicklund, E. (2021). Digital onboarding uses telehealth to start conversations with patients. MHealth Intelligence. [online] Available from: https://mhealthintelligence.com/news/digital-onboarding-uses-telehealth-to-start-conversations-with-patients

- UTI (2021). Statistics. Disponível em: https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx

- Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de Comunicação em Saúde — ACP. *Revista Enformação, 10*, 20–22. *Retrieved from*: https://issuu.com/ace-enfermeiros/docs/10__revista_ace.pdf_1

- Vaz de Almeida, C. (2020). O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O Modelo ACP Assertividade (A), Clareza (C) E Positividade (P) Na Relação Terapêutica. Zenodo. DOI] (https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.4495585.svg)] (https://doi.org/10.5281/zenodo.4495585

- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2021). Health Professionals' Communication Competences as a Light

on the Patient Pathway: The Assertiveness, Clarity, and Positivity (ACP) Model. *International Journal of Applied Research on Public Health Management (IJARPHM), 6*(1), 14–29. DOI: 10.4018/IJARPHM.2021010102 Retrieved from: https://www.igi-global.com/article/health-professionals-communication-competences-as-a-light-on-the-patient-pathway/267793

- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2006). Advancing health literacy: A framework for understanding and action. San Francisco: Jossey-Bass

Imagem pertence ao site da ITU / Fonte da imagem: https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/ff2020interactive.aspx

“Silver man”: O homem do futuro

- Cristina Vaz de Almeida | Fevereiro 12, 2021

Daqui a 30 anos número de pessoas com mais de 60 anos duplica (2050) passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050. Se avançarmos ainda mais uns anos, até 2100, este número de pessoas com 60 ou mais anos passará a ser de 3,1 mil milhões: O mundo consolidado e florescente dos “*silver man*”.

Não é novidade que a população está a envelhecer, uma vez que não existe um equilíbrio entre os nascimentos e as mortes. Há menos crianças no mundo.

Em 2019, a ONU sublinhava que, pela primeira vez na história do mundo, há mais idosos do que crianças, contabilizando nesta altura 705 milhões de pessoas acima de 65 anos contra 680 milhões entre zero e quatro anos. O que significa em comparações mais simples, que até 2015, haverá duas pessoas com mais de 65 anos para cada uma criança até os quatro anos.

Os autores falam em “4.ª idade” para as pessoas com idade dos 75 aos 84 anos.

No estudo de Serrão, Veiga e Viera (2015), Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade, numa pesquisa de carácter quantitativo junto de 433 adultos com mais de 65 anos de idade, em Portugal, as autoras reconhecem que grande

maioria dos sujeitos participantes (80%) evidenciou um nível de literacia em saúde baixo.

de acordo com Sørensen et al. (2012) e a WHO (2013), a literacia em saúde está ligada à literacia e capacita as pessoas de conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde, que lhes permitem fazerem julgamentos e ainda conseguirem decidir em múltiplas situações da sua vida diária no que diz respeito a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do seu ciclo de vida.

E por isso, se incrementarmos esta literacia nas pessoas, elas, à partida, conseguirão viver melhor o seu dia-a-dia, porque conseguem ter controlo da sua vida, porque a regem bem com vista à sua saúde, ou dos que dela dependem e nas restantes dimensões mais ou menos exigentes do quotidiano.

SILVER HUMAN RESOURCES

Okochi (1989) marcou o arranque dos *silver human resource centres* em 1974. Nessa altura, o governo japonês implementou o programa experimental que proporcionou oportunidades aos aposentados que queriam a tempo parcial dos empregos ao serviço da comunidade.

Estas organizações "*silver human resource centres*" (SHRC), surgiram no Japão visando prestar apoio e aconselhamento a

pessoas com mais de 60 anos, permitindo que desempenhem trabalho em meio período de tempo.

Para além do emprego também desenvolvem atividades sociais e consultoria e aconselhamento.

De acordo com o estudo de Weiss, Bass, Heimovitz e Oka, M. (2005) com 393 novos participantes em idade de reforma, do programa Silver Human Resource Center (SHRC) onde examinaram se o trabalho em tempo parcial influenciava seu bem-estar ou "ikigai". Os resultados mostraram que nos homens, trabalhar ativamente num emprego de SHRC foi associado a um maior bem-estar, em comparação com membros inativos. E os homens com empregos no SHRC e experiência anterior de voluntariado tiveram o maior aumento no bem-estar. No entanto, as mulheres ocupadas com trabalho nestes SHRC não experimentaram um aumento de bem-estar no final do ano, que talvez se justifique pela disparidade de salários, em que as mulheres podem auferir menos 50% do salário do homem em iguais funções (Weiss et al*.,* 2005, p. 49).

Poder trabalhar a tempo parcial é um meio para a participação social contínua, mas sem as tensões e responsabilidades do trabalho a tempo inteiro (Barth, McNaught, & Rizzi, 1995).

O trabalho a tempo parcial, também pode servir para aliviar algum desconforto associado à separação total da força de trabalho por força da reforma (Moody, 1988; Weiss, 2005, p. 47).

A sensação de bem-estar obtida por estas pessoas japonesas mais velhas estavam associadas a um "lugar social" (Weiss et al., 2005), não podendo ser esta expressão traduzido diretamente para a sociedade ocidental, incluindo o autorrespeito e também o respeito da família e dos amigos (p. 61). De acordo com os investigadores (Weiss et al*.,* 2005) existem outros componentes nos fatores de bem-estar, mais suscetíveis de transcender culturas, e que incluem um sentir que a vida vale a pena e otimismo sobre o futuro (p. 61).

Estes Centros "Silver" também mobilizam os idosos com consciência cívica para prestar serviços comunitários, como cuidar dos idosos ou ajudar na regeneração urbana (The Guardian, 2014).

"IKIGAI": BEM-ESTAR E TRABALHO EM CONCILIAÇÃO

"**Ikigai**" é um conceito japonês, amplamente usado e compreendido, cuja tradução é "aquilo que mais faz a vida parecer digna de ser vivida", e implica mais do que o prazer ou a felicidade (Mathews, 1996; Weiss, 2005, p. 51). É o significado do valor de uma pessoa na vida, um senso de propósito, significado e bem-estar (Weiss, 2005, p. 51). Assim o bem-estar pessoal é uma componente do "Ikigai".

Weiss et al., 2005, p. 51) referem que para aumentar o ikigai a pessoa deve ser socialmente ativa e prestar serviços à comunidade. Assim, se uma pessoa se sentir bem com sua contribuição para a comunidade e conexão social, consegue

sentir um bem-estar pessoal quando divide as suas tarefas entre o voluntariado e o emprego a tempo parcial.

Estes trabalhadores prestes a aposentarem-se ou já aposentados, conseguem obter novos empregos em empresas mais pequenas, e embora com um salário mais baixo conseguem pôr ao serviço as suas competências, sendo por isso preferidas nestas empresas mais pequenas (The Guardian, 2014).

Em 2013, Gill, numa conferencia da *British Geriatrics Society* sublinhou que é necessário "um bom envelhecimento", tanto para os para idosos como para gerações mais jovens. E isso inclui instalações de saúde, mobilidade, sistemas integrados de transporte, oportunidades de voluntariado, meios de influenciar os decisores, e a certeza, absoluta, de saber que se nos tornássemos frágeis, enlutados ou doentes, os cuidados e apoio de que precisávamos estariam disponíveis de forma inequívoca (Gill, 2013).

E isto significa segurança e bem-estar. É por isso preciso traduzir em ações concretas a nível individual das famílias, da comunidade e das suas organizações e da sociedade no seu todo o que vamos fazer para preservar o nosso futuro, que é mesmo o futuro dos "*Silver man*".

BONS PARCEIROS DOS *SILVER MAN*: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde são sempre "o lado mais forte da balança" (Almeida, 208, p. 36). Também Serrão, Veiga e Vieira (2015) exortam aos profissionais sublinhando: "Além de apelarem a uma participação ativa dos sujeitos no desenvolvimento de atitudes saudáveis e na prevenção e/ou resolução de problemas de saúde, [os profissionais] podem e devem disponibilizar informações, pertinentes e claras, e um acompanhamento de maior proximidade de acordo com as características e necessidades singulares de cada idoso (p. 37).

Este investimento trará melhor literacia em saúde e, consequentemente, melhores níveis de satisfação de qualidade de vida destes "*silver man*" que são, sem dúvida os Homens do futuro.

Referências

Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.

http://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?2016487

Barth, M.C., McNaught, W. & Rizzi, P. (1995). Older Americans as workers. In S. Bass (ed.), *Older and active: How Americans over 55 are contributing to society* (pp. 35–70). NewHaven, CT: Yale University Press.

Gill, L. (2013). The social and economic contribution of our elders. British Geriatrics Society. [online] Disponível em:

https://www.bgs.org.uk/blog/the-social-and-economic-contribution-of-our-elders

Moody, H. (1988). From zero-sum to productive society: The contradictions of an aging society. In R. Morris (ed.), *Economic roles for older people in maturing societies*. New York:Springer.

Serrão, C., veiga, S., Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,* 2, 33–38.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,* 80.

The Guardian (2014). Lessons from Japan: helping the older unemployed back into work. [online]. Disponível em: https://www.theguardian.com/careers/careers-blog/retirement-ageing-workforce-japan-jobs

Weiss, R. S., Bass, S. A., Heimovitz, H. K., & Oka, M. (2005). Japan's silver human resource centers and participant well-being. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 20(1), 47–66. doi:10.1007/s10823-005-3797-4

Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. Archives of Internal Medicine, 165, 1946–1952. doi: 10.1001/archinte.165.17.1946

World Health Organization (2013). Health literacy: solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Telesaúde: Os olhos da saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Fevereiro 10, 2021

O médico "A" atende o seu paciente "B" às 15:00. B, com 75 anos, está sentado num sofá, na sua sala, após o almoço com a televisão ligada com o som alto. O médico cumprimenta-o, acenando com a cabeça, e pede-lhe delicadamente para baixar o som da televisão, para que a consulta possa decorrer com maior clareza.

B, levanta-se pesadamente do seu sofá e baixa o som da televisão, pois nesse momento não tem o comando para o fazer. O seu telemóvel fica numa posição que permite uma perspetiva da parca, pobre e pouco iluminada habitação em que B reside.

Nessa altura o profissional de saúde, após B ter agarrado de novo no telefone, pergunta-lhe se não existe problema de ele ter visto a sua casa? B sorri e responde-lhe que não há problema nenhum: "*A minha casa é pequena e modesta e não tem nada que não possa ser visto"*.

Nessa altura o médico fica com uma informação acrescida, pois consegue aperceber-se das condições de habitação que podem também ter tido alguma influência na pneumonia que B tem.

Com a permissão do paciente, o médico pede-lhe para que ele mostre a sua casa para ver como pode agir para melhorar alguns aspetos da habitabilidade que podem melhorar o seu estado de saúde.

Temos a sensação de que a telesaúde veio para ficar. A telesaúde pode trazer um profissional para dentro da casa do paciente, dando-lhe uma visão, de perto, do ambiente em que o paciente vive.

A telesaúde pode ser "os olhos da saúde" quando falamos em determinantes da saúde. Reconhecer as condições de habitabilidade das pessoas através de um processo simples de teleconsulta, e com o consentimento prévio do paciente, por exemplo, ou a forma como as pessoas guardam em casa os medicamentos, ou como percorrem a habitação pode ajudar respetivamente a criar melhores condições de tratamento, reavaliar no direto a medicação e as condições de segurança ou evitar quedas, pedindo às pessoas, sobretudo as mais idosas, que retirem alguns tapetes de casa.

Em 2016, já Espanha, Avila e Mendes referiam que as novas tecnologias *"surgem como uma forte alternativa à divulgação da informação sobre saúde e à promoção e desenvolvimento de ações de saúde e de promoção da literacia em saúde"* (Espanha, Ávila & Mendes, 2016, p. 14).

O estudo ***Saúde digital em tempos de pandemia*** (Vaz de Almeida, Coelho, Martins & Guarda, 2021) mostra que os pacientes são favoráveis à telesaúde, desde que as condições de relacionamento existentes com a presença física, sejam transpostas para a saúde digital. Este estudo (Vaz de Almeida et al., 2021) revela ainda que o sistema híbrido, em que coabitam

a consulta à distância e a presencial é de manter, se se mantiverem algumas regras de proximidade e de continuidade.

Ao refletir sobre as principais barreiras, em relação aos sistemas de saúde digitais, há um conjunto de preocupações, como a falta de conhecimento das aplicações; falta de formação de profissionais; o custo efetivo desconhecido, a falta de regulamentação, infraestruturas subdesenvolvidas, falta de investigação e liderança e investimentos, para além das barreiras humanas, crenças, constrangimentos (Vaz de Almeida, 2020, p. 1).

Por outro lado, os pacientes têm de fazer também o seu caminho e estar preparados para entrar em "teleconsulta". Por exemplo, B estava com a televisão ligada, e o som alto impediria uma boa conexão auditiva entre os dois — médico e paciente.

Os pacientes precisam ainda de preparar os formulários, prescrições e medicação que estão a tomar, para que esta possa ser facilmente apresentada no momento da teleconsulta.

Quanto ao ambiente físico onde a teleconsulta ocorre "*é importante para conseguir o melhor acesso à qualidade da telesaúde, experiências, resultados de saúde que suportam uma prestação segura e eficaz de cuidados*" (Vaz de Almeida, 2020, p. 6).

A telesaúde é uma forma de pensar, uma atitude e compromisso de *networking* para melhorar a saúde a nível

local, regional, nacional e global, utilizando tecnologias de informação e de comunicação (Vaz de Almeida, 2020, p. 2).

Para se diminuir a complexidade do sistema são necessários alguns passos chave que implicam, entre outros: 1) Simplificar a linguagem; 2) Melhorar a comunicação; 3) Criar "caminhos" claros para o autocuidado cuidados próprios e 3) promover decisões "certas" na saúde dos cidadãos (Vaz de Almeida, 2019, p. 4).

Os profissionais de saúde podem encorajar os pacientes a ligarem as suas câmaras e dizerem: 'Estou aqui para o apoiar e fazer tudo o que puder. E consigo apoiá-lo melhor, se eu puder vê-lo. Por isso, se lhe for possível, não se importa de me mostrar onde guarda os seus medicamentos" (Heath, 2021).

Neste processo de estabelecer o relacionamento através da teleconsulta, as competências dos profissionais de saúde valorizam-se com a ampliação dos seus conhecimentos, capacidades e atributos (Tench & Konkzos, 2013) sobretudo quando falamos de encontros digitais que contribuem decisivamente para o bem-estar da pessoa.

Desenvolvendo a **assertividade, com clareza de linguagem e comunicação positiva (Modelo ACP), associado à empatia,** os profissionais criam uma linha de base para a confiança e o relacionamento com os pacientes e podem explicar por que ter a câmara ligada ajuda a melhorar o atendimento clínico que oferecem.

Os profissionais têm de ter em conta o desejo de privacidade e de segurança por parte do paciente, pois pode este estar num ambiente onde não pode falar livremente sobre os seus cuidados profissionais, estar num espaço onde não se sente seguro, ou estar com outras pessoas, ou encontrar-se numa altura fragilizada psicologicamente ou economicamente ou mesmo poder estar em risco de violência doméstica ou sem abrigo, por exemplo.

Não se deve pressupor as situações lineares por isso, e deve-se perguntar aos pacientes sobre se a sua privacidade é importante, para iniciar chamadas de telesaúde e a forma e o tempo em que eles se sentem melhores para falar e interagir.

É preciso avaliar onde é que os pacientes estão (contexto), partilhar metas de bem-estar, e aproveitar os benefícios associados à telesaúde que podem ajudar a construir mais confiança entre o paciente e o profissional.

O propósito de partilhar cria mais união, um sentido social e de espírito comum. É preciso afirmar que o caminho é comum de familiarização da rede digital, tanto para o profissional como para o paciente.

Em rede estamos em comunidade. Os resultados apontam que é muito eficiente para os pacientes, e pode funcionar bem para os profissionais se enfrentarem ambos os desafios da tecnologia.

Se o resultado, depois deste encontro de saúde à distância, acaba por ficar na perceção do paciente como uma relação reconfortante, de confiança, segura, de continuidade e de presença estabelecida entre aquele profissional e o paciente, há mais probabilidade de este ficar mais satisfeito, com maior bem-estar e aderir ao que lhe é proposto. Articular estes cuidados biopsicossociais significa aprofundar a importância das dimensões da literacia em saúde que preconizam que um bom acesso, boa compreensão e uso da informação e dos serviços, melhora resultados em saúde ao longo do ciclo de vida.

Referências bibliográficas:

- Espanha, R. (2013) Informação e saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, [online] Retrieved from: https://www.wook.pt/livro/informacao-e-saude-rita-espanha/19337706
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science, 100*, 1033–1041. https://10.1016/j.procs.2016.09.277
- Heath, S. (2021) How to Frame Post-Pandemic Telehealth Use for Patient Satisfaction. Patient Engagement IT [online]. Disponível em: https://patientengagementhit.com/news/how-to-frame-post-pandemic-telehealth-use-for-patient-satisfactioneid=CXTEL000000550257&elqCampaignId=17840&utm_source=nl&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&elqTrackId=4687c73f48964878a832918fa972792a&elq=5b966c5b36c84157bddb929da0c82772&elqaid=18589&elqat=1&elqCampaignId=17840#

- Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.
- Vaz de Almeida, C. Coelho, I.D., Martins, P. & Guarda, L. (2021). *Saúde Digital em tempos de pandemia. Encontrar o sentido do espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças*. Lisboa: APPSP. Doi: 10.5281/zenodo.4522750
- Vaz de Almeida, C. (2020). Digital health literacy: a future healthy choice. International Journal of Mobile Devices, Wearable Technology, and Flexible Electronics (IJMDWTFE), IGI, 1–16. (231220-091327)

Pandemia: Um CISNE NEGRO?

- Cristina Vaz de Almeida | Janeiro 18, 2021

A pandemia provocada pelo vírus SARS — 2 mais conhecido por COVID — 19 parece ser um CISNE NEGRO, um conceito que se baseia na estrutura de aleatoriedade na realidade empírica (Taleb, 2007, p. 27).

Em 2007, Nassim Taleb descrevia um "CISNE NEGRO" como um acontecimento que reúne três atributos: 1) é atípico, encontra-se fora das nossas expetativas normais, porque nada que tenha ocorrido no passado pode apontar, de forma credível, para esta possibilidade; 2) reveste-se de um enorme impacto; 3) e apesar do seu carácter desgarrado, a natureza humana faz com que construa explicações para a sua ocorrência depois de o fato ter lugar, tornando-o compreensível e previsível.

A pandemia provocada pelo COVID — 19 reúne aparentemente estas características de estar para além das expetativas (não acreditámos inicialmente que fosse tão letal, pelo menos o ser humano comum sem serem os matemáticos estatísticos), tem um enorme impacto nas nossas vidas, e depois de acontecer está a ser profundamente explicado como previsível.

Taleb (2007) refere que este acontecimento prima pela raridade, impacto extremo, previsibilidade retrospetiva, havendo assim uma combinação entre a "baixa previsibilidade e o forte impacto" (p. 16).

AS OUTRAS PANDEMIAS, A GLOBALIZAÇÃO E OS MEDIA

Pese embora tivessem ocorrido outras epidemias em tempos passados (SARS, H1N1; MERS -COV; Zika, entre outros) e estas tivessem a característica de "pandemia" por o novo vírus ser isolado em humanos; haver transmissão pessoa a pessoa; haver manifestações clínicas de doença e; a epidemia afetar mais do que um país (OMS, 2020), estes não evidenciaram a nível global os efeitos desta pandemia COVID — 19. Provavelmente o sistema de comunicação mais eficaz que nos liga a todos no mundo, e por outro, os efeitos da globalização que nos permite movimentar para todo o lado a todo o tempo, propagou de forma explosiva o vírus e a informação sobre ele, assim como as suas consequências biopsicossociais, alastrando uma multidão com stress, ansiedade e depressões. Taquet, Luciano, Geddes e Harrison (2020) registam que, em pacientes sem história psiquiátrica anterior, um diagnóstico de COVID-19 foi associado ao aumento da incidência de um primeiro diagnóstico psiquiátrico nos 14 a 90 dias seguintes em comparação com outros eventos de saúde relacionados com gripe, outras infeções do trato respiratório, infeção da pele, distúrbios hepáticos e do trato urinário, e fratura de um grande osso.

É certo que a "gripe espanhola" (1918) matou em dois anos (janeiro de 1918 a dezembro de 1920), 30 milhões de pessoas e infetou cerca de 500 milhões de pessoas (um quarto da população mundial). O vírus era o H1N1.Trinta e nove anos depois, em 1957 surgiu a "gripe asiática" que, com "gripe de

Hong Kong" (1968) mataram um total de 4,5 milhões de pessoas. Se compararmos com os dados da pandemia provocada pelo COVID — 19, em janeiro 2021 e a nível mundial, os dados de mortes provocadas pelo vírus e os casos registados eram os seguintes: 2.027.49 mortes e 94 826 490 casos registados mundialmente (Johns Hopkins, 17 jan 2021).

Em Portugal a 16 de janeiro 2021 existiam quase 540.000 casos, quase 8.000 mortes e quase 130.000 casos ativos com 638 pessoas internadas em cuidados intensivos. O início da vacinação em dezembro de 2020 permitiu 106 mil pessoas vacinadas no início de janeiro, sobretudo profissionais de saúde e idosos (RTP Notícias, 2021).

Taleb (2007) sublinha que a lógica do CISNE NEGRO torna aquilo que não sabemos mais relevante do que aquilo que sabemos, e estes acontecimentos podem suceder pelo fato de não serem esperados (p. 17). O autor (Taleb, 2007, p. 17) dá o exemplo do atentado às torres gémeas em setembro de 2001 nos EUA, sublinhando que se o risco fosse previsível não teria ocorrido ou poderia ser melhor controlado.

De uma forma um tanto irónica, Taleb revela que o problema "está na nossa mente" (p. 20) porque não aprendemos regras, apenas fatos única e exclusivamente, "desprezando o abstrato" (p. 20). Reforça ainda que os fatos demonstram que "pensamos muito menos do que na realidade julgamos, exceto, claro, quando pensamos sobre isso!" (p. 21). Este filósofo (Taleb, 2007) sugere que o ser humano precisa de estudar os

acontecimentos raros e extremos, para poder perceber os acontecimentos mais vulgares (p. 23).

ENVIESAMENTOS E COMPORTAMENTOS

O ser humano tem tendência para os enviesamentos, com uma "tendência para generalizar a partir daquilo que vemos" (Taleb, 2007, p. 30). Tendemos assim: 1) a confirmar o erro de suposição, isto é, a olharmos para aquilo que confirma o nosso conhecimento e não a nossa ignorância; 2) para a falácia narrativa, ou como nos enganamos com os fatos da história; 3) a ser deixados levar pelas emoções, que muitas vezes atrapalham a nossa inferência; 4) a não dar atenção aos problemas das provas silenciosas, ou como a história vai ocultando os diversos os cisnes negros (Taleb, 2007, p. 30).

As perspetivas de crescimento dos números da pandemia foram de alguma forma relativizados, devido à tentativa inicial de "achatamento" da curva (DGS, 2020). O que acontece num enviesamento de ajustamento é que geralmente os ajustamentos que se fazem à estimativa inicial ("a âncora") são sempre insuficientes, e a estimativa final está sempre influenciada por essa informação inicial que a pessoa reteve. O enviesamento de ajustamento são essas adaptações insuficientes que são feitas a partir da informação inicial (a "âncora").

O excesso de confiança (*overconfidence bias*) refere-se à convicção (que podem ser também de um grupo de pessoas dentro das organizações) de que as suas capacidades próprias

de raciocínio, de tomada de decisão e demais aptidões cognitivas são superiores ao que se verifica na realidade. Talvez o "achatamento inicial da curva de casos" anunciada pela DGS em março de 2020 fosse importante, mas não foi de todo suficiente. O Expresso (Jornal Expresso, 17 março 2020) sublinhada que "é urgente "achatar" essa curva para que o sistema de saúde consiga gerir recursos. Quem baixa a curva? A população. Como? Reduzindo contacto e ficando em casa citando a DGS: *O que as pessoas fizerem neste momento é um fator decisivo para termos sucesso ou não.*

A propósito desta mensagem de "reduzir o contato" (apenas, além das medidas de higienização das mãos, e mais tarde, de uso de máscara), e referindo Simões (1983) destaca-se o *enviesamento da previsão a posteriori* que descreve a tendência para assumir, depois do conhecimento de um acontecimento ou dos seus resultados, que estes são inevitáveis e poderiam ter sido facilmente prognosticados (p. 259). A assunção por parte da população da existência da pandemia, por um lado e do confinamento, acabou por ser uma informação limitativa relativamente aos efeitos futuros desta doença. Nesta altura todos os investigadores virologistas sabiam os efeitos das pandemias anteriores. A sua inserção na difusão dos *media*, como comentadores, poderia ter sido ainda mais aproveitada, para poderem intervir no sistema de saúde e na sua regulamentação que, entretanto, foi sendo anunciada pelas autoridades sanitárias. Várias entidades, como o Conselho das Escolas Médicas foram críticos de algumas medidas, como o

atraso na utilização de máscaras em locais fechados, além de considerarem as medicas insuficiente quanto à evolução previsível da pandemia (Público, 2020).

A 17 janeiro de 2021, e 10 meses depois, a evidência salta à vista. O coordenador de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental *assume a gravidade inédita da situação nos hospitais de Lisboa* (Expresso, 17 janeiro 2021). António Pais Martins, médico de Cuidados Intensivos altera: *Não podemos falar em colapso, mas o flagelo é enorme* (Expresso, 17 janeiro 2021).

Mas depois do acontecimento e pela necessidade de se encontrarem caminhos, várias vozes se têm erguido para uma resposta mais global e efetiva ao combate a esta e às próximas pandemias.

24 ORIENTAÇÕES CLARAS PARA UMA MUDANÇA POSITIVA NA ESTRATÉGIA DE COMBATE A PANDEMIAS

Destaca-se pela sua acutilância, o médico Luís Campos, diretor do Hospital S. Francisco Xavier, que em junho de 2020, refletia de uma forma profunda sobre a resolução de um conjunto de problemas relacionados com a pandemia (Público, 3 junho 2020). A 3 de junho 2020 Campos refere que *"a possibilidade de uma pandemia era previsível, e temos de nos preparar para novas ondas*", pois em 2003 Portugal passou pelo SARS, no ano seguinte pela gripe aviária (H5N1), em 2009 a gripe A (H1N1), em 2012 o MERS -COV, em 2005 pelo Zika vírus. Embora esta sistematização das ideias não estivesse numerada na sua

crónica, Campos (2020), anunciava que seriam necessários os seguintes passos, sugerindo um total de 24 orientações para uma pandemia:

1) Ter planos de contingência e catástrofe;
2) Possuir uma reserva estratégica nacional de equipamentos para emergências;
3) Reforçar a capacidade de produção de medicamentos em laboratórios nacionais;
4) Contratar pessoal deficitário;
5) Corrigir de défices estruturais, como o número de camas de cuidados intensivos (média de 5,2 camas por 100.000 habitantes em contraste com a média europeia de 11,5);
6) Manter em paralelo os cuidados de saúde de outras patologias;
7) Fortalecer o Serviço Nacional de Saúde (com contratação, remuneração justa);
8) Proceder a uma atualização tecnológica e organizacional;
9) Contar tanto com os recursos públicos como com os privados;
10) Revitalização urgente da saúde pública;

11) Implementação de uma rede de saúde mental para resposta ao incremento de casos de ansiedade e depressão;

12) Flexibilidade nas estruturas de saúde e na sua organização (readaptação de áreas, escalabilidade; diferenciação de circuitos; isolamento;

13) Planeamento de recursos humanos, com o necessário aumento dos internistas (especialidade que permite a versatilidade de resposta face à incerteza de epidemias e pandemias);

14) Flexibilizar as estruturas (rígida, vertical e inadequada) dos hospitais para fazer face, por exemplo, às multimorbilidades e aos doentes idosos que devem ser tratados de forma holística, sem ser fragmentada, de forma contínua, em oposição ao tratamento episódico e de forma proativa, e por isso sem ser reativa;

15) Criar áreas comuns departamentais nos hospitais onde serão admitidos todos os doentes urgentes, geridos pela medicina interna;

16) Criação de equipas de hospitalização domiciliária, liderada pela medicina interna (libertando camas de hospitais);

17) Articulação entre os vários níveis de cuidados: proteção civil, emergência pré-hospitalar; cuidados primários;

cuidados continuados; lares, assistência social regional e nacional;

18) Comunicação entre as várias estruturas de níveis de cuidados com cadeias de responsabilidade comuns e com participação do social com a saúde;

19) Uma reavaliação e resolução do problema dos idosos internados em hospitais, já com altas hospitalares (1551 idosos internados já com alta, nos hospitais do SNS em fevereiro de 2020);

20) Debater e encontrar caminhos para o problema do desemprego, que desencadeia mais problemas na saúde mental, doença crónica, no âmbito da pandemia, pois é um verdadeiro determinante da saúde;

21) Criação de sistemas locais de saúde e de assistência social com união dos vários níveis de cuidados, para um olhar e gestão comum (mesmo orçamento e centralização nas populações);

22) Uma visão reformulada na gestão, evitando redundâncias (de exames, combate ao sobrerastreio, sobrediagnóstico, sobretratamento);

23) Valorizar e investir adequadamente na telemedicina e na telesaúde (economia de custos, de tempo) mas atendendo à importância da comunicação netes novos meios digitais;

24) Maior clareza e técnicas nas campanhas de comunicação em saúde.

Tal como Taleb (2007) referia que um evento desta natureza, um verdadeiro CISNE NEGRO, depois de ocorrer torna-se compreensível e previsível, e por isso, seria bom continuar a ouvir e reunir com peritos de várias áreas para se poderem organizar estratégias, como as enunciadas por Campos (2020) e outros, que permitam acionar ainda mais a máquina da mudança, antes que surge outro CISNE NEGRO, ainda mais impactante do que este que agora sentimos.

O viés de disponibilidade diz que as pessoas atribuem uma maior importância relativa às informações que estão mais acessíveis por estas serem mais fáceis de recordar. E a próxima reflexão será sobre os efeitos da comunicação massiva sobre "depressão" no estado emocional das pessoas durante a pandemia.

Referências

Campos, L. (2020). Que lições da pandemia para o futuro do sistema de saúde. Jornal Público [online]

Johns Hopkins (2021) Coronavirsus resource center. Disponível em https://coronavirus.jhu.edu/map.html

Jornal Expresso (17 março 2020). Covid-19. Os portugueses têm agora uma missão: "achatar a curva". [online] Disponível em: https://expresso.pt/coronavirus/2020-03-17-Covid-19.-Os-portugueses-tem-agora-uma-missao-achatar-a-curva-2

Jornal Expresso (17 janeiro 2021). Covid-19 António Pais Martins, médico de Cuidados Intensivos: "Não podemos falar em colapso, mas o flagelo é enorme". [online] Disponível

em: https://expresso.pt/coronavirus/2021-01-17-Covid-19-Antonio-Pais-Martins-medico-de-Cuidados-Intensivos-Nao-podemos-falar-em-colapso-mas-o-flagelo-e-enorme

Público (2020). Covid-19: Conselho de Escolas Médicas critica DGS pela posição sobre máscaras.(consultado a 17 janeiro 2021) Disponível em: https://www.publico.pt/2020/04/03/sociedade/noticia/covid19-conselho-escolas-medicas-critica-dgs-posicao-mascaras-1910805

Taquet,M., Luciano, S., Geddes, J.R., & Harrison, P.J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet.*

Taleb, N.N (2007). *The Black Swan*. Portugal. Publicações D. Quixote

RTP Notícias (2021). A evolução da COVID -19 em Portugal [online] Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/a-evolucao-da-covid-19-em-portugal_i1213879

Simões, M.R. (1993). Heurísticas, Enviesamentos e. Erros Inferenciais na Mecânica da Avaliação Psicológica. *Análise Psicológica, 2*(Xi): 253–266.

WHO (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. (Acedido em 17 janeiro 2021) Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_22020

Público (2020). Covid-19: Conselho de Escolas Médicas critica DGS pela posição sobre máscaras.(consultado a 17 janeiro 2021) Disponível em: https://www.publico.pt/2020/04/03/sociedade/noticia/covid19-conselho-escolas-medicas-critica-dgs-posicao-mascaras-1910805

Imagem D.R. https://www.itnews.com.au/

Literacia em saúde: Desafios da leitura e do processamento cognitivo da informação online

- Cristina Vaz de Almeida | Dezembro 25, 2020

Mesmo para as pessoas com baixa literacia em saúde, o tempo médio utilizado para navegar por página *on line* é muito curto, sendo cerca de 15 segundos ou menos. E quando se trata de informações e questões saúde, pretendem sobretudo duas coisas de forma rápida e fácil: 1) entender o problema ou o comportamento de saúde e; 2) descobrir como agir, isto é, saber o que podem fazer para mudar o seu comportamento ou resolver o problema (Office of Disease Prevention and Health Promotion, ODPHP, 2006, 2007).

A maioria dos utilizadores da Web — incluindo aqueles com competências limitadas de literacia, procuram informações específicas ou uma resposta para uma pergunta (Redish, 2012).

Ora a combinação do tempo de paragem para leitura de uma página *on line* com a necessidade de encontrar respostas, associado a uma baixa literacia em saúde, naturalmente podem gerar erros de interpretação e de ação. O risco emerge rapidamente, podendo levar a consequências fatais para a pessoa ou para os que dela dependem (Almeida, Moraes & Brasil, 2020).

Lefebvre, Tada, Hilfiker e Baur (2010) afirmam que os altos níveis de envolvimento com informações de saúde *on-line* podem levar a mudanças de comportamento em saúde.

Escrever para a *web* é diferente de escrever para impressão (ODPHP, 2016). De acordo com Baker, DeWalt, Schillinger e outros (2011), os utilizadores com competências de literacia limitadas ou baixa literacia em saúde (BLS) têm mais problemas com a memória de curto prazo e de trabalho do que os utilizadores com maiores competências de literacia.

A ODPHP (2016) afirma que estes indivíduos com BLS podem lutar para descodificar palavras desafiadoras assim como para se lembrarem dos seus significados. Pelo que, se uma página web tiver uma grande quantidade de conteúdos, os utilizadores podem não ser capazes de se lembrar de tudo e o que lembram, pode não ser a informação mais importante (ODPHP, 2016).

A título de exemplo, e em tempo de pandemia COVID-19, Vila, Moraes e Brasil (2020) referem que "muitas vezes são informações conflitantes e até mesmo sem base científica, situação que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou de *infodemia* (p.15)

Ainda assim e talvez por vergonha de assumir a baixa literacia em saúde os utilizadores com competências de literacia limitadas muitas vezes descrevem-se como bons leitores (Kirsch, Jungeblut, Jenkins & Kolstad,2002). No entanto, os dados dos estudos de rastreio e de usabilidade pintam um quadro diferente. (Quadro 1)

Quadro 1. **Comportamentos de pessoas com competências limitadas de literacia**

COMPORTAMENTOS EM BLS	FONTES
Distrair-se com palavras e elementos extra de um website (como links e ícones	Colter, A., & Summers, K. (2014). Chaudry, B. M., Connelly, K. H., Siek, K. A., & Welch, J. L. (2012)
Navegar de forma linear e recuar com frequência	Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Pignone, M. (2011) Kodagoda, N., Wong, B. L. W., & Khan, N. (2009)
Escolher a primeira resposta que encontrar, sem verificar se está correta	Kodagoda et al., (2009)
Tem dificuldade em distinguir a diferença entre informação de alta e baixa qualidade	Colter, A., & Summers, K. (2014) Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P., & Shenkman, E. (2011)
Tem problemas em recuperar dos erros	Kodagoda et al., (2009)

Ao ler focam-se no centro do ecrã, pelo que é improvável que olhem para trás para a navegação para resolver um problema ou mudar de rumo se o conteúdo não estiver a satisfazer as suas necessidades	Kodagoda et al., (2009) Alton, N. T., Rinn, C., Summers, K., & Straub, K. (2014)
São mais propensos a desistir se não encontrarem informação rapidamente	Kodagoda et al., (2009)
Tendem a clicar apenas em 1 ou 2 links no resultado da pesquisa	Birru et al. (2004)
Passam mais tempo em tarefas de pesquisa de informação	Colter, A., & Summers, K. (2014).
Adicionam termos para refinar uma pesquisa em vez de alterar a sua estratégia de pesquisa	Modesto, D. M., & Ferreira, S. B. L. (2014)
Leem mais lentamente;	Usability.gov. (n.d.).
Releem palavras, secções ou elementos num website (como botões ou menus) a fim de compreendê-los.	Colter, A., & Summers, K. (2014)
Podem saltar palavras ou secções, ou começar a ler no meio de um parágrafo	Summers, K., & Summers, M. (2004).

Não conseguem extrair o significado geral ou elaborar categorias de informação	Kodagoda et al., (2009)
Tentam ler cada palavra porque não conseguem extrair o significado a partir do conteúdo	ODPHP (2016)

Fonte: Elaboração própria a partir dos vários autores citados

Os formulários online são outro dos campos da compreensão\ e usabilidade que apresentam um conjunto de desafios para utilizadores de literacia limitada. Para Colter e Summers (2014), os utilizadores precisam de ler as instruções e as etiquetas de campo do formulário e, em seguida, soletrar as respostas às perguntas ou ler e selecionar a partir de respostas de escolha múltipla. Os autores (Colter & Summers, 2014), chegam à conclusão que é pedir muito aos utilizadores com BLS.

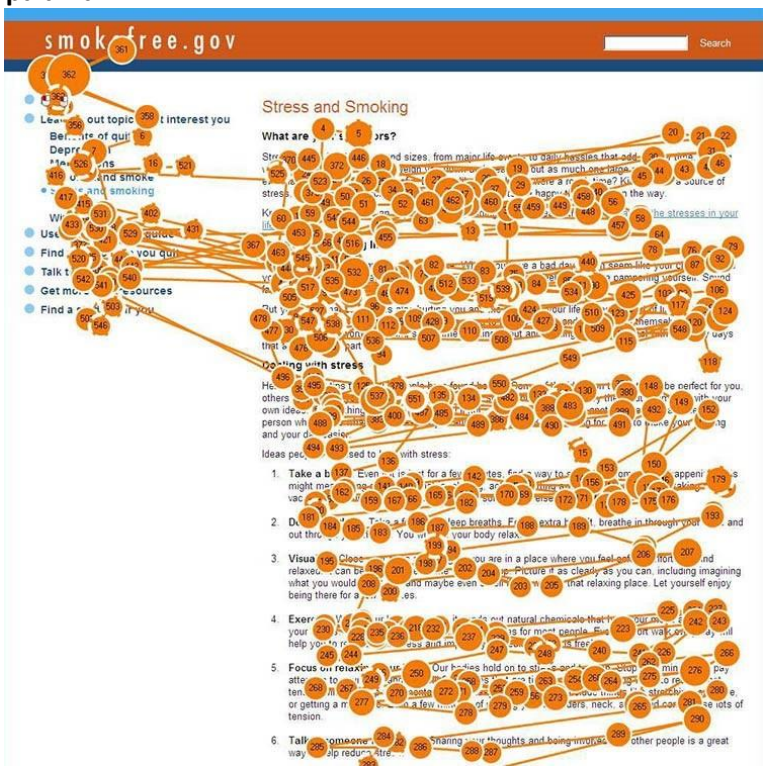
O rastreio dos olhos mede onde o olho está focado ou o movimento do olho enquanto um utilizador olha para uma página web (Usability.gov., n.d.). Estes dados mostram quais as áreas de uma página web que captam a atenção de um utilizador e quais as áreas que o utilizador está a ignorar (Usability.gov., n.d.) Nielsen e Loranger (2006) referem que este rastreio do caminho dos olhos numa página pode ajudar a compreender como os utilizadores leem e procuram informações online. (Figura 1, 2 e 3)

Figura 1. Caminho do olhar de um leitor que não tem limitação de LS a deslizar uma página.

Fonte: Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2016); Colter Colter, A., & Summers, K. (2014). Eye Tracking with Unique Populations: Low Literacy Users. In J. Romano Bergstrom & A. J. Schall (Eds.), Eye Tracking in User Experience Design (pp. 331–346). Waltham, MA: Morgan Kaufmann Publishers/Elsevier.

Quando as palavras são complexas e demasiado técnicas ou não estão no léxico do utilizador, acabam por ser desconsideradas, permitindo uma falta de compreensão do todo. (Figura 2)

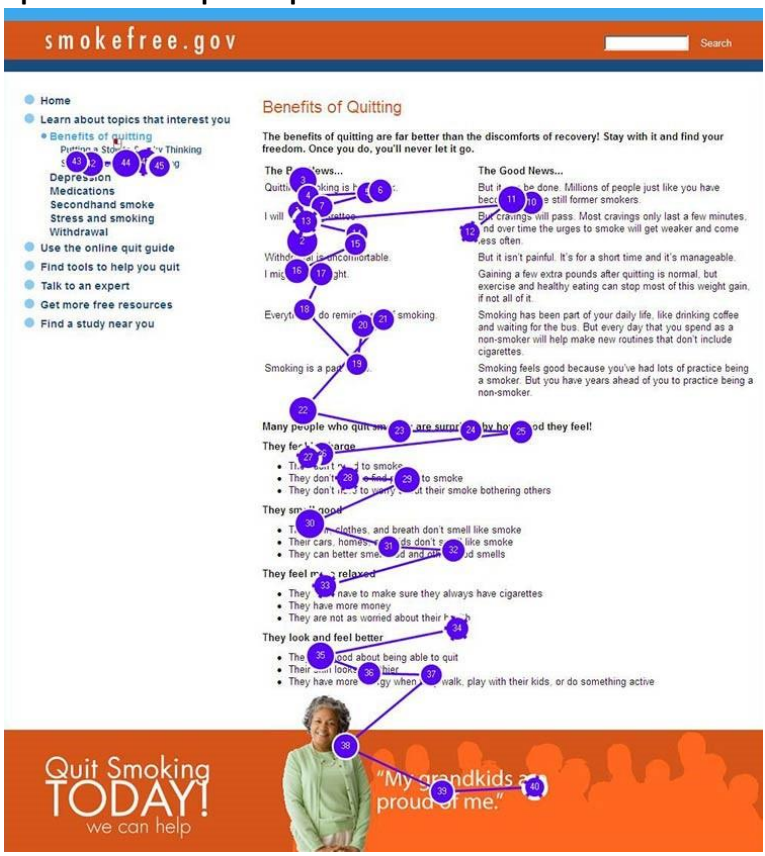
Figura 2. Caminho do olhar de um utilizador que tem uma limitação de literacia em saúde lendo (e re-lendo) cada palavra.



Fonte: Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2016); Colter Colter, A., & Summers, K. (2014). Eye Tracking with Unique Populations: Low Literacy Users. In J. Romano Bergstrom & A. J. Schall (Eds.), Eye Tracking in User Experience Design (pp. 331–346). Waltham, MA: Morgan Kaufmann Publishers/Elsevier.

A simplificação parece ser um caminho a seguir, com clareza das palavras, evitando o jargão técnico e promovendo uma compreensão quase imediata, assim como a extensão da linha e do número de palavras e caracteres usados.

Figura 3. Caminho do olhar de um utilizador com BLS, lendo apenas o texto que lhe parece fácil de ler.



Fonte: Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2016); Colter, A., & Summers, K. (2014). Eye Tracking with Unique Populations: Low Literacy Users. In J. Romano Bergstrom & A. J. Schall (Eds.), Eye Tracking in User Experience Design (pp. 331–346). Waltham, MA: Morgan Kaufmann Publishers/Elsevier.

Estas estratégias e comportamentos de pessoas com BLS, e que estão já detetadas, reforçam a importância de se criarem conteúdo simples, e que estes tenham em conta o número de

palavras e as suas expressões mais ou menos técnicas que ajudem nessa compreensão.

A experiência e a evidência prática dizem-nos que para incrementar a literacia em saúde das pessoas e a sua compreensão, devemos seguir na comunicação *on line* um caminho de reflexão mais aprofundada sobre o posicionamento dos sites, o conteúdo da informação, a forma e a utilização das próprias palavras em combinação com as imagens, os vídeos, os textos.

Referências

Almeida, C. V., Moraes, K. L. & Brasil, V. V. (2020). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (Vol,2). Alemanha: Novas Edições Académicas.

Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., … Pignone, M. (2011). "Teach to Goal": Theory and Design Principles of an Intervention to Improve Heart Failure Self-Management Skills of Patients with Low Health Literacy. *Journal of Health Communication*, *16*, 73–88. http://doi.org/10.1080/10810730.2011.604379

Colter, A., & Summers, K. (2014). Eye Tracking with Unique Populations: Low Literacy Users. In J. Romano Bergstrom & A. J. Schall (Eds.), *Eye Tracking in User Experience Design* (pp. 331–346). Waltham, MA: Morgan Kaufmann Publishers/Elsevier.

Kodagoda, N., Wong, B. L. W., & Khan, N. (2009). Identifying information seeking behaviours of low and high literacy users: combined cognitive task analysis. In *Proceedings of NDM9, the 9th International Conference on Naturalistic Decision Making* (pp. 347–354). London, UK: British Computer Society. Retrieved from http://eprints.mdx.ac.uk/4751/

Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (2002). *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National*

Adult Literacy Survey. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.

Nielsen, J., & Loranger, H. (2006). Prioritizing Web usability. Berkeley, CA: New Riders.

Usability.gov. (n.d.). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. www.usability.gov

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2006). My healthfinder usability testing for ODPHP, fall 2006 (final report, prepared by ACS Healthcare Solutions). Rockville, MD: Author.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (ODPHP). (2007). Healthfinder.gov redesign: Prevention prototype usability study results report (prepared by Z-Tech Corp.). Rockville, MD: Author.

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP). (2006). Prevention content prototype development: ODPHP card sort study report (prepared by Z-Tech Corp.). Rockville, MD: Author.

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2016). Health Literacy Online (2nd Ed.).Disponível em: About — Health Literacy Online | health.gov

Redish, J. (2012). Letting Go of the Words: Writing Web Content that Works (2nd ed.). Waltham, MA: Morgan Kaufmann Publishers/Elsevier.

Summers, K., & Summers, M. (2004). Making the Web Friendlier for Lower-Literacy Users. *Intercom*, *51*(6), 19–21.

Summers, K., & Summers, M. (2005). Reading and navigational strategies of Web users with lower literacy skills. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, *42*(1). http://doi.org/10.1002/meet.1450420179

Summers, K., Langford, J., Wu, J., Abela, C., & Souza, R. (2006). Designing web-based forms for users with lower literacy skills. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, *43*(1), 1–12.

Usability.gov. (n.d.). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. www.usability.gov

Vila, V. S. C., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (2020). Acesso, compreensão e uso dos serviços e da informação em tempo de pandemia. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (Vol,2, pp. 14–17). Alemanha: Novas Edições Académicas.

Imagem gratuita em Pixabay (secondfromthesun0)

O grande potencial da Realidade Virtual (RV) na saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Novembro 17, 2020

A Realidade Virtual (RV) é um ambiente virtual e tecnológico com cenas e objetos que simulam a realidade e em que os utilizadores se sentam imersos nessa realidade. Esse ambiente pode ser sentido e visualizado através de óculos ou de um capacete de Realidade Virtual que faz mergulhar a pessoa numa multiplicidade de conteúdos. Inclusive a saúde e a doença.

A RV permite que o participante seja a personagem da cena que é visualizada através dos óculos ou capacete. No seu início a tecnologia da RV era reconhecida exclusivamente pelo valor de entretenimento (Li, Montaño, Chen, & Gold, 2001). No entanto nos últimos anos a aplicação expandiu-se a uma variedade de áreas clínicas, incluindo a gestão da dor, a reabilitação física e o tratamento de distúrbios psiquiátricos (por exemplo, fobias, transtorno de stresse pós-traumático e transtorno de ansiedade). Li e colegas (2001) referem ainda o estudo de aplicação da RV em ambientes médicos como um meio de atenuar além da perceção da dor, a ansiedade e angústia geral durante procedimentos médicos dolorosos, como sejam o tratamento de feridas, a quimioterapia, os procedimentos odontológicos assim como em procedimentos médicos de rotina. A RV é usada ainda na melhoria da qualidade de vida dos doentes de Parkinson e de outros doentes neurológicos. As

tecnologias como a realidade virtual abrem caminhos inovadores à melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos pacientes, assim como aos profissionais de saúde que precisam de ampliar rapidamente conhecimentos para atuarem nos vários campos da saúde. O controlo da dor e o conhecimento são ingredientes chave desta porta aberta tecnológica que vem ocupando cada vez um maior território nas organizações hospitalares.

Identificamos e analisamos um conjunto de artigos relevantes associados especificamente a intervenções de realidade virtual em hospitais, através de pesquisas eletrónicas da Cochrane Library, MEDLINE, além de plataformas eletrónicas de hospitais americanos e ingleses e bases de referência de busca manual. Efetuamos todas as pesquisas até 13 de novembro de 2020.

O Treino dos médicos

O sistema de realidade virtual ajuda a formar médicos residentes, auxilia os cirurgiões no planeamento das operações e também educa os pacientes (Steinberg, 2020).

A Stanford Medicine (Stanford Medicine, 2020) está a usar um novo sistema que combina as imagens de ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e angiogramas criando um modelo tridimensional. Com este modelo, tanto os médicos como os pacientes podem ver e manipular como um jogo de realidade virtual.

Para os residentes, a aula é ministrada em uma sala onde os médicos estão rodeados por três telas enormes. Em cadeiras reclináveis com suportes para bebidas, os profissionais iniciam a sua viagem confortável dentro do crânio humano. Depois de colocarem os aparelhos, o instrutor, que surge como um avatar de bata branca encaminha-os para o cérebro do paciente.

As diferentes componentes do cérebro surgem perante a visão do grupo que assiste e participa na sessão, vendo artérias que mostram um aneurisma, ossos que exibem patologias do crânio ou tecido com um tumor (Stanford medicine, 2020). Ao mesmo tempo os médicos vão girando as imagens e verificando em pormenor os temas, ficando com uma visão háptica do cenário proposto pela realidade virtual.

O hospital Stanford Medicine (2020) usa um novo sistema de software que combina as imagens de ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e angiogramas para criar um modelo tridimensional que médicos e pacientes podem ver e manipular — exatamente como um jogo de realidade virtual.

O potencial para o paciente

Para mostrar aos pacientes o que acontece dentro das suas cabeças, no hospital Stanford Medicine, o paciente é acompanhado no processo de visualização do seu órgão, mesmo no quarto de hospital. O fato de ele ser capaz de ver o problema em três dimensões tranquiliza o doente, sendo especialmente útil para pacientes jovens ou aqueles que não entendem bem o inglês (Steinberg, 2020).

Os médicos podem ainda gravar as imagens numa pen drive e dar ao paciente como lembrança (Steinberg, 2020).

Estes especialistas revelam ainda que enquanto que "tradicionalmente, os médicos podem mostrar aos pacientes um modelo físico padrão do cérebro ou da coluna vertebral e apontar a sua localização, com a RV, "somos capazes de imergir os pacientes na sua própria anatomia, para que eles possam ter uma noção muito clara do que está a acontecer" (Steinberg, 2020).

Na sala de cirurgia

A realidade virtual orienta os cirurgiões no espaço tridimensional.

No Laboratório de Simulação Neurocirúrgica os cirurgiões praticam com imagens do paciente real, em vez de um cérebro genérico, conseguindo mapear a cirurgia com antecedência. Veeravagu, um dos médicos do Stanford Medicine afirma que é "uma janela para o cérebro de um paciente específico que será operado" (Steinberg, 2020).

Este processo de simulação, com a imagem real tridimensional do órgão, facilita o planeamento dos cirurgiões, além de melhorar a precisão da cirurgia (Steinberg, 2020). Aumenta ainda a segurança do doente, pois tem o objetivo de produzir procedimentos mais seguros (Steinberg, 2020).

Steinberg (2020) refere que é possível "planear como abordar um tumor e evitar áreas críticas como o córtex motor ou as

áreas sensoriais" através da capacidade o reconstruir em três dimensões.

As doenças neurológicas

Na RV, a pessoa com Parkinson permite ter/fazer uma prática repetitiva de tarefas motoras, estimulando simultaneamente os processos motores e cognitivos.

A RV oferece aos pacientes com déficits neurológicos uma oportunidade de desenvolver novas estratégias motoras ou de reaprender habilidades motoras que foram perdidas devido aos processos de lesão ou doença (Dockx, Bekkers, Van den Bergh et al., 2016).

Estes investigadores fizeram uma extensa revisão bibliográfica em 2016 do qual resultaram 8 estudos e 263 pacientes. Os resultados (Dockx et al., 2016) apontaram que as intervenções de RV podem levar a melhorias maiores tanto no comprimento do passo como na passada (movimento), em comparação com as intervenções efetuadas pela fisioterapia, existindo evidências de que as melhorias na marcha, equilíbrio e qualidade de vida foram semelhantes às encontradas em intervenções de controle ativo (Dockx et al., 2016).

Limitar a dor e tranquilizar os pacientes

Os investigadores Li, Montaño, Chen e Gold (2001) referem que a realidade virtual (RV) tem sido usada para gerir a dor e a angústia associadas a uma variedade de procedimentos médicos dolorosos (p. 147). Estes investigadores verificaram

que, tanto em ambientes clínicos como estudos experimentais, os participantes na RV experimentam níveis reduzidos de dor, angústia ou desagrado geral e relatam ainda o desejo de usar novamente a RV durante procedimentos médicos dolorosos (Li et al., 2001, p. 147).

Para Li et al. (2001) a RV pode agir como uma forma não farmacológica de analgesia, atuando sobre uma série de processos emocionais, afetivos, cognitivos e de atenção baseados na emoção (Li et al., 2001, p. 147).

Também os investigadores de um hospital em Los Angeles utilizaram a RV para desviar a atenção do paciente da dor. Os resultados positivos mostraram uma redução do sofrimento até 24%. Colocando o paciente em situações agradáveis, como lugares relaxantes, e até introduzindo jogos interativos, permitem que o paciente "esqueça" momentaneamente a sua situação, permitindo fazer tratamentos mais invasivos, ou tratar por exemplo de feridas de pessoas queimadas ou administrando vacinas a crianças pequenas. A realidade virtual pode ser aplicada num conjunto de tratamentos diversos (Li, Montaño, Chen, & Gold, 2001). Para além da distração, há estudos que mostram a capacidade da RV para bloquear os recetores de dor.

Lidar com o stress e ansiedade

A capacidade de se desenvolverem atividades amenas, divertidas e relaxantes, faz da RV um potencial para diminuir a ansiedade e o stress, podendo intervir no processo respiratório,

na meditação e gerir os eventos stressantes que trazem angústia e dor à pessoa.

O Instituto de Neurociências (IN) da Universidade de Barcelona (2020) oferece sessões de 30 minutos a pacientes com stress e ansiedade. O Instituto de Neurociências (2020) anuncia um protocolo de realidade virtual de autoajuda — COVID Feel Good — que ajuda as pessoas a superar o fardo psicológico das tensões provocadas pelo COVID — 19, ao reduzir os níveis de stresse e ansiedade causados pelo bloqueio e melhorar o relacionamento interpessoal. Este serviço é gratuito segundo o site do IN, necessitando apenas da disponibilidade de um telemóvel com a aplicação Youtube, óculos de realidade virtual como o Google Cardboard. O protocolo consiste em assistir, durante uma semana, pelo menos uma vez ao dia, um vídeo de 10 minutos, denominado "O Jardim Secreto" em que a pessoa só precisa de seguir uma série de exercícios previstos no projeto do site, com metas específicas para cada dia da semana.

Educação à distância

Treviranus (1998) referia há mais de duas décadas que os dispositivos que exibissem informações hápticas, isto é, que envolvessem o toque e a cinestesia (movimentos) melhorariam as aprendizagens. Treviranus (1998) referia-se nesta altura aos antecedentes da Realidade virtual, como os dispositivos táteis que permitem que os utilizadores, usando as suas próprias mãos e dedos, "toquem" virtualmente os objetos apresentados em telas de computador como se fossem objetos físicos reais.

A computação gráfica abordava assim a visão "háptica" de uma melhor aprendizagem, simulando as forças que alguém sentiria ao tocar como se fosse um objeto real, criando a ilusão de "tocar" efetivamente num determinado objeto.

Sabemos que as competências, isto é, o construto que integra os conhecimentos, as capacidade e atributos se desenvolvem, quando ao "saber" se junta o "fazer" (Tench & Konczos, 2013, OCDE, 2005).

Mais do que a informação, o conhecimento exige mais do utilizador, mas prepara-o melhor para as tarefas seguintes. A capacitação ou o empoderamento individual (WHO, 2009) permite ao individuo tomar controlo sobre a sua vontade e tomar melhores decisões em saúde (Sorensen et al., 2012).

REFERÊNCIAS

Axt, M., & Schuch, E.M.M. (2001). Environments of virtual reality and education: what is this reality? Interface (Botucatu), 5(9),11–30.

Dockx, K., Bekkers, E.M.J., Van den Bergh, V., Ginis, P., Rochester, L., Hausdor, J.M., Mirelman, A., Nieuwboer, A. (2016). Virtual reality for rehabilitation in Parkinson's disease. In: Dockx, K. (Ed.). Cochrane Database Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463967/

Institute Neurociencias (2020). Virtual reality to reduce stress and anxiety levels caused by the lockdown, Universitat Barcelona. Disponível em: http://www.neurociencies.ub.edu/virtual-reality-to-reduce-stress-and-anxiety-levels-caused-by-the-lockdown/

Li, A., Montaño, Z., Chen, V.J., & Gold, J.I. (2001). Virtual reality and pain management: current trends and future directions.

Journal of Pain Management. 1(2),147–157. doi:10.2217/pmt.10.15

Physiopedia. (2020). Virtual Reality and Parkinson's. Disponível em: https://www.physio-pedia.com/Virtual_Reality_and_Parkinson%27s

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public health, 12, 80.

Steinberg (2020) Virtual reality system helps surgeons, reassures patients. Stanford Medicine. Disponível em: https://medicalgiving.stanford.edu/news/virtual-reality-system-helps-surgeons-reassures-patients.html

TNH (2020) 5 aplicações inteligentes e eficazes de Realidade Virtual na saúde. Disponível em: http://tnh.health/blog/aplicacoes-realidade-virtual-saude/

Treviranus J. (1998). Adding Feeling, Sound and Equal Access to Distance Education. University of Toronto: Adaptative Technology Resource Centre. Disponível em: https://www.dinf.ne.jp/doc/english/Us_Eu/conf/csun_99/session0112.html

Imagem gratuita em Pixabay

Organizações e profissionais de saúde: e depois, continuamos no digital?

- Cristina Vaz de Almeida | Novembro 3, 2020

Existem oportunidades na saúde digital (WHO, 2020) reveladas de forma mais intensiva e evidente neste processo temporal de pandemia, que permitem compreender a sua oportunidade na saúde, e ir ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relativos à saúde e ao bem-estar (ODS 3).

Não há saúde digital sem o envolvimento efetivo dos profissionais de saúde, seja para a telemedicina, tele saúde, videoconferências ou aplicativos móveis para consultas, rastreios ou seguimento.

Por si só, os profissionais de saúde têm o valor técnico da sua perícia, competência e a sua capacidade de interação em saúde, mas é com a força do envolvimento da gestão de topo das organizações que lhes exponencia o seu papel (Brach e outros, 2012). Este é o princípio geral de orientação que subjaz ao perfil das organizações literadas (Brach e outros, 2012).

Os gestores de topo devem estar envolvidos fortemente nas estratégias de literacia em saúde (digital e não digital) e passar esta perspetiva às suas equipas, no seu planeamento, desenvolvimento e implementação de qualquer atividade,

incluindo também os seus destinatários finais, isto é dar voz dos utentes.

As soluções digitais de saúde podem provocar uma revolução na forma como as pessoas acedem aos serviços, promovem a sua saúde e o seu bem-estar, e por fim, conseguem atingir padrões mais altos de saúde (WHO, 2020). (Quadro 1)

Quadro 1. Alguns serviços que podem ser realizados usando apenas o telefone.

• 1. Visitas estabelecidas/marcadas por telefone para encontro entre paciente e profissional de saúde.
• 2. Check-ins virtuais: check-in rápido (5 minutos média) com pacientes via telefone ou outro dispositivo, para se decidir se é necessária uma visita à unidade de saúde ou domiciliária.
• 3. Revisão de imagens enviadas por pacientes. Estes podem gravar vídeos e / ou imagens e enviam ao profissional de saúde (armazenar e encaminhar).
• 4. Visitas eletrónicas: visita ao consultório assíncrona entre paciente e profissional de saúde através de um portal do paciente ou por email. Estes pedidos são depois respondidos de forma assíncrona.
• 5. Monitorização remota: dados fisiológicos, através de parâmetros com dispositivos médicos.

Fonte: Elaboração própria baseado em Almeida, Moraes & Brasil (2020).

2. Check-ins virtuais: check-in rápido (5 minutos média) com pacientes via telefone ou outro dispositivo, para se decidir se é necessária uma visita à unidade de saúde ou domiciliária.

Há vários exemplos de sucesso nas organizações de saúde, através da utilização de meios digitais que visam dar continuidade ao contato profissional — paciente. Não se pode parar a roda de conexões. Evocamos aqui o aplicável e atual modelo relacional de competência de comunicação em saúde (Kreps, 1988), representado graficamente por uma "roda com eixos" (raios), em que o centro da roda representa o paciente e os raios representam os vários prestadores de serviços de saúde (profissionais de saúde, organizações, outros serviços relacionados). Através dos papéis interdependentes de cada um, gera-se nesta "roda", um nível de competências de comunicação relacional (Kreps, 1988, p. 353) entre os profissionais e os pacientes, e o digital é o óleo que permite que a roda continue a girar com os seus componentes profissionais — pacientes.

Mesmo casos de pessoas menos literadas, e por isso com baixa capacidade de leitura e compreensão, a utilização do telemóvel, foi das ferramentas mais úteis para estabelecer a proximidade com o paciente, referem Veiga e Ramos enfermeiras hospitalares (Vaz de Almeida, 2020). A título de exemplo estes dois casos de sucesso do acompanhamento por "teleconsultas" seja com os pacientes com baixa visão no Instituto Oftalmológico Gama Pinto (IOGP), seja os pacientes do centro Hospitalar Lisboa central, organizadas pela Enfermeira Susana Ramos e efetuadas tanto por médico como por enfermeiro, mostram que este seguimento de proximidade digital permitiu uma adesão eficaz, compromisso do paciente, e satisfação com

o contato, diminuição da ansiedade, sensação de proximidade, conexão social, tempo para fazer perguntas, e um estado geral de melhor saúde mental.

Já os pacientes acostumados com uma prestação de serviços de saúde *online* anseiam por uma experiência de saúde sem atritos (Change healthcare, 2020). Estes pacientes habituados ao digital querem ter mais capacidade de acesso aos serviços, marcar uma consulta *on line*, pedir acompanhamento/seguimento facilmente, fazer perguntas com respostas diretas e pagar o serviço num só lugar (Change healthcare, 2020).

Figura 1. O que desejam os pacientes com maior literacia digital?

Fonte: Elaboração própria baseado em *Change healthcare* (2020).

Para que estas teleconsultas tenham um melhor resultado em termos de adesão do paciente e seguimento (à distância), os profissionais de saúde envolvidos nestes processos durante a pandemia (Vaz de Almeida, 2020a) revelaram que, **para aumentar o acesso ao serviço e informação, a compreensão do**

seu conteúdo e o uso dessa informação via digital, tiveram, necessariamente, de ir ao encontro dos princípios da literacia em saúde (Vaz de Almeida, 2020a). Nesse sentido houve uma exigência por parte dos profissionais de saúde de uma maior adaptação a: interação digital com ou sem vídeo, uso de uma linguagem mais clara, e sobretudo com várias repetições, sendo eficaz que "quanto mais se repetir a mensagem, maior a probabilidade da sua memorização (Rodrigues, 2020); a utilização de técnicas comuns usadas pela literacia em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020).

Figura 2. Benefícios das consultas de saúde digitais

Fonte: Elaboração própria, baseado em Brach e outros, 2012; *European Commission* (2020); Almeida, Moraes & Brasil, 2020.

Três pilares para apoiar uma abordagem digital

Neste momento ao nível europeu, a Comissão Europeia está a operacionalizar formas de se efetivar uma maior transformação digital, extensível a um benefício comum das pessoas, pelo que

estão incluidos todos os profisisonais de saúde e as organizações de saúde. A Comissão Europeia destaca os três principios orientadores para uma solução digital efetiva (*European Commission*, 2020b). (Quadro 1).

Quadro 1. Princípios para a solução digital europeia

1. Colocar as pessoas em primeiro lugar;
2. Abrir novas oportunidades para as organizações darem impulso a este desenvolvimento de tecnologia confiável;
3. 3. Promover uma sociedade aberta que permita uma economia ativa e sustentável que ajude também a combater as mudanças climáticas permita uma rápida transição "verde".

Fonte: Baseado em *European Commission* (2020b).

Para haver sucesso na estratégia digital, e no que diz respeito à saúde, pode avaliar-se pelas guidelines europeias (*European Commission*, 2020b) que **é preciso investir em competências digitais**, **acelerar a implantação de banda larga,** isto é internet mais rápida tanto das habitações particulares como hospitais e escolas, **investir na capacidade de supercomputação de soluções inovadoras para a medicina.**

Figura 3. Estratégias europeias para melhoria digital

Fonte: Elaboração própria, baseado em *European Commission* (2020b)

Para haver um maior recurso às tecnologias digitais, os profissionais devem tornar-se mais capacitados, através de diversos meios, onde se inclui a formação, para poderem usar e responder às necessidades mais imediatas da saúde digital, e, por outro os pacientes necessitam de melhor e maior

“advocacia” (Ramos, 2020) e de apoio das organizações literadas no processo (Brach e outros, 2012). (Quadro 2).

Quadro 2. 12 Passos para melhorar a interação digital profissional-paciente

1. Incentivar os pacientes a definirem previamente a lista das suas preocupações.
2. Incentivar os pacientes a organizarem previamente toda a documentação necessária para a teleconsulta.
3. Personalizar a experiência de saúde, enriquecendo com os aspetos relacionais valorizados pelos pacientes.
4. Fazer um acompanhamento das suas necessidades e questões, com seguimento por mensagem, telefone ou vídeo conferencia (com tempo limitado, mas que marca a continuidade e proximidade do contato).
5. Listar e fornecer dados importantes para que o paciente mantenha a sua saúde, através do envio de recomendações e informações (SMS por ex.)
6. Avaliar as questões (mesmo que as que não sejam diretamente de saúde) colocadas pelo paciente a nível digital e conseguir dar resposta direta ou através de outros serviços
7. Proporcionar uma experiência agradável pelo telefone ou vídeo conferencia (a luz, a postura do profissional a expressão facial, a possibilidade de não ter a máscara e por isso conseguir ver o rosto.

8. Repetir as vezes que forem necessárias num tom claro, assertivo e positivo. A repetição ajuda na memorização.
9. Controlar e monitorizar os tempos de conversa, deixando falar, mas marcando as prioridades. Conversa de saúde, pode incluir conversa social, mas continua a ser uma conversa de saúde.
10. Registar os dias em que existiram “sucessos” nos tratamentos e fazer uma lista das razões, dos momentos, dos dias e da mudança eventual que ocorreu na comunicação digital em saúde.
11. Compreender e ir ao encontro das limitações digitais que o paciente tem, seja a nível do aparelho (telemóvel simples) seja ao nível do conteúdo e do follow up.
12. Assegurar que o paciente tem alertas para as consultas digitais e usar as comunicações por SMS para que este recorde medicação, orientações e comportamentos de saúde (educação para a saúde).

Fonte: Elaboração própria

A **capacitação do cidadão** para uma melhor literacia em saúde envolve as pessoas na sua individualidade (WHO, 2009), nessa capacidade de controlo dos atos da sua vida e por isso, elas também têm um papel ativo no melhor controlo e proteção da sua saúde e na sua contribuição para esta estratégia digital comum que beneficie a sociedade na sua globalidade. Criar meios fáceis, assertivos, claros e positivos de passar a

mensagem e as ações especificas para uma maior e melhor eficácia (Bandura, 1999) na utilização da saúde digital parece ser um dos caminhos.

Reconhecemos, porém, que o nível literacia em saúde da população europeia é baixo (Espanha, Avila e Mendes, 2016) representando metade dos portugueses e dos europeus, que não conseguem adequadamente aceder, compreender, avaliar e usar a informação em saúde por forma a tomarem decisões acertadas em saúde (Sorensen e outros, 2012).

Ao nível das organizações, o salto digital deve cada vez mais ser intencional e não reativo como foi o que surgiu através do efeito COVID -19. Desde março 2020, altura do início do confinamento em Portugal que as organizações de saúde iniciaram um processo reativo de construção de soluções digitais para manter a ligação e a continuidade na prestação dos serviços de saúde.

Este salto voluntário científico e tecnológico das organizações, que se pretende através de uma série de esforços conjuntos entre as entidades reguladoras e promotoras de fundos europeus (*European Commission,* 2020c) , permite mais passos para uma transformação proativa de melhoria de prestação de serviços de saúde de qualidade, estimula a promoção da pesquisa, o diagnóstico e o tratamento, assim como "**combater a desinformação on-line e promover diversos e confiáveis conteúdos de media"** (*European Commission*, 2020b).

Acompanhando esta mudança mais digital de uma sociedade que se transforma com a pandemia, criando e reforçando outras necessidades, é necessário haver também um bom suporte legal (Lei de Serviços Digitais) para regulamentar e esclarecer as regras desta prestação de serviços online, em particular a proteção de dados confidenciais que a saúde gere diariamente, e que tem de ser salvaguardada, "garantindo que os dados pessoais e sensíveis sejam protegidos" (*European Commission*, 2020b).

Por outro lado, a Comissão Europeia está convencida que **os dados de saúde, bem regulamentados podem contribuir para o bem comum** (European Commission, 2020b). Os dados podem fornecer pistas, por exemplo, através do reaproveitamento de registos de saúde ou dados sociais de domínio público, **que ajudem no desenvolvimento de medicamentos personalizados ou a avançar com pesquisas para encontrar curas para doenças específicas** (European Commission, 2020b).

Fontes

- Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (2020). Introdução. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 8–12). Alemanha: Novas Edições Académicas.
  Bandura, A. (Ed.). (1999). *Self-efficacy in changing societies*. NY: Cambridge University Press.
  Brach, C., Keller,D., Hernandez,L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D.

(2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.
Change healthcare (2020). The Draw of Frictionless Healthcare 10 Best Practices for Creating an Outstanding Digital Patient Experience.[on line]. Disponível em: changehealthcare.com
European Commission. (2020). Three pillars to support our approach. [on line] Disponível em: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/shaping-europe-digital-future_en
European Commission. (2020a). Shaping Europe's digital future: Commission presents strategies for data and Artificial Intelligence. [on line]. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_273
European Commission. (2020b). Shaping Europe's digital future — Questions and Answers. [on line]. Disponível em: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/new-opportunities-digital-health-startups-and-smes
European Commission. (2020c). New opportunities for digital health startups and SMEs. [on line]. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_264
Kreps, G.L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal, 53*, 344–359.
Ramos, S. (2020). Advocacia do paciente. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 14–18). Alemanha: Novas Edições Académicas.
Rodrigues, P. (2020). Repetição. In C. V. Almeida, K. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 93–94). Alemanha: Novas Edições Académicas
Vaz de Almeida, C. (2020a). Organizações literadas, literacia em saúde e boas práticas em tempo de pandemia — ao encontro dos objetivos do

desenvolvimento sustentável. APDH. [on line]. Disponível em: https://www.apdh.pt/artigo/67

Organizações que usam linguagem inclusiva são mais literadas

- Cristina Vaz de Almeida | Outubro 24, 2020

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência apela para uma maior consciência dos estereótipos, e para os evitar como abstermo-nos de usar uma linguagem estigmatizante.

Em 2008 uma Resolução do Conselho de Ministros (n.º 161/2008 de 22-10-2008) adotou medidas de promoção da transversalidade da perspetiva de género na administração central do Estado e aprova o estatuto das conselheiras e dos conselheiros para a igualdade, bem como dos membros das equipas interdepartamentais para a igualdade.

Nesta resolução (2008) é afirmado que se devem "desenvolver práticas não discriminatórias da linguagem", tais como:

1. **a) a referência explícita aos dois sexos e;**
2. **b) a neutralização ou abstração da referência sexual, recorrendo a uma mesma forma neutra para designar ambos os sexos (Resolução 161/2008).**

Soares (2017) afirma que "para escrever de forma inclusiva, não é necessário reinventar a roda" (p. 2), isto porque já existem manuais orientadores, como o "Guia" de Abranches (2010) para uma linguagem promotora da igualdade entre mulheres e homens na administração pública (2008).

O QUE É UMA LINGUAGEM INCLUSIVA?

A linguagem inclusiva evita a utilização de expressões pejorativas ou que excluam pessoas devido à sua idade, género, orientação sexual, raça, convicções religiosas ou outras, etnia, classe social ou características físicas ou mentais.

É preciso evitar recorrer, mesmo que involuntariamente, a uma linguagem marcada por estereótipos, humilhante, paternalista ou pejorativa (Secretariado-Geral do Conselho da Europa, 2018).

A linguagem inclusiva assim como uma linguagem clara é aquela que os seus destinatários compreendem à primeira.

A linguagem clara pode ser expressa de várias formas. A escrita clara não é apenas sobre linguagem, mas também reflete comunicação e comportamentos.

Temos consciência que mudar o comportamento das pessoas leva tempo, sendo necessário ter paciência neste processo. Quanto mais específico o projeto, mais duradouro é o efeito que tem.

Quando pensamos em comunicação pública, integramos todos os setores de serviços essenciais como os do fornecimento de água, luz, sistemas de segurança social e de saúde onde a linguagem verbal e não verbal usada pelos colaboradores das várias organizações deve ser clara, simples, concisa e conter informações completas e precisas

Além da linguagem oral, a escrita clara traduz-se numa ferramenta de eficiência, que também contribui para a diminuição do erro.

A escrita clara não é apenas sobre linguagem, mas comunicação e comportamento.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência defende que deve haver consciência de linguagem inclusiva, apelando a todos o combate aos estereótipos e ao uso de uma linguagem que pode ser humilhante, paternalista ou pejorativa (Secretariado-Geral do Conselho da Europa, 2018).

GRUPOS DE TRABALHO

Tiveram de passar quase 10 anos para em 2017 ser criado um grupo de trabalho interinstitucional de língua portuguesa sobre linguagem inclusiva que caminhasse neste sentido de inclusão e por isso também para um processo de literacia em saúde dos indivíduos e das organizações relativamente ao uso de uma linguagem compreensível e acessível a todos de acordo com o seu perfil (Shriver, Cheek & Mercer, 2010).

As palavras refletem as nossas atitudes e convicções e é precisamente por isso que importa utilizar as palavras certas, E nenhuma pessoa gosta de ser identificada pela sua deficiência (Secretariado-Geral do Conselho da Europa, 2018).

A nível europeu, a linguagem inclusiva "assegura a coerência entre os valores da UE (como a igualdade e a não discriminação,

princípios consagrados nos Tratados) e as mensagens que esta veicula (Soares, 2017).

AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OUTRAS DESIGNAÇÕES

As indicações estendem-se a todos os profissionais e, mais especificamente, aos de saúde, que lidam rotineiramente com pessoas com deficiência.

Relativamente às pessoas com deficiência, o profissional de saúde deve avaliar o perfil do seu paciente, o seu nível da sua literacia em saúde e ajustar a sua capacidade de comunicação, adaptando ainda o seu discurso (Watson Institute, 2020). Por exemplo, a repetição dos conceitos de uma forma mais lenta e audível, permite que o paciente vá acompanhando, e retenha mais facilmente a informação a transmitir. O desenvolvimento de competências do profissional de saúde através do reforço dos seus conhecimento, capacidade e atributos pessoais, é essencial (Vaz de Almeida, 2020).

De acordo com a WHO (2020) a comunicação deve ser acessível, acionável, credível, relevante, atempada e compreensível.

Porém, porque ainda não dominam a linguagem mais atualizada e inclusiva, muitos ainda utilizam expressões que podem ser estigmatizantes como chamara de “cego” ou “surdo” por exemplo. Então como proceder? (Quadro 1).

Quadro 1. A Referência à "pessoa".

- Colocar a tónica na pessoa ("uma pessoa com deficiência").
- Salientar a singularidade e as capacidades de cada pessoa, em vez de a definir por um problema de saúde.
- Evitar expressões como "sofre de" e palavras que remetam para a ideia de vítima "coitada".

Fonte: Baseado no Secretariado-Geral do Conselho da Europa, 2018.

A linguagem inclusiva trata as mulheres e os homens de forma igual, sem perpetuar as perceções estereotipadas de cada pessoa em função do género ou do seu estado, cor, religião, cultura, etc. (Quadro 2).

Quadro 2. Utilização da melhor linguagem inclusiva pelos profissionais de saúde.

A EVITAR	COMO DEVE PASSAR A SER DITO
Evite designações coletivas, como a referência a "cegos" ou "surdos". Existem diferentes graus de deficiência visual e auditiva e as informações devem ser focadas na pessoa e não na deficiência.	Pessoa com deficiência visual ou Pessoa com deficiência auditiva.
Expressões paternalistas Expressões para uma senhora adulta: A menina porte-se bem.	A Senhora X deve seguir estas recomendações para se sentir melhor.
Expressões humilhantes: *Não sejas mariquinhas!*	Não tenhas receio. Não tenhas medo.

Fonte. Elaboração própria baseado em Secretariado-Geral do Conselho da Europa (2018).

Também existe orientação do Conselho sobre Igualdade de Género (2016) relativamente às relações de casal. Assim, a orientação do Conselho (2016) é que os termos "parceiro/parceira" ou "cônjuge" são mais inclusivos do que

"marido/mulher" e refletem melhor a variedade de relações que existem atualmente na sociedade (por exemplo, pessoas não casadas, pessoas em união de facto ou parcerias registadas, casais do mesmo sexo).

Também se torna necessário ter atenção relativamente a expressões que estejam ultrapassadas ou negativamente conotados segundo o Conselho sobre igualdade de género (2016). A tónica deve ser colocada na pessoa: em vez de "as lésbicas, os gays, os bissexuais, os transgénero, os intersexo", é preciso referir verbalmente ou por escrito, as "pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero e intersexuais" ou as "pessoas LGBTI" (Conclusões do Conselho sobre igualdade de género, 2016).

ESPECIFICAÇÃO

A especificação é uma solução a evitar sempre que é possível e adequado recorrer à neutralização ou abstração, uma vez que tem o inconveniente de tornar os textos mais longos e menos elegantes. Num texto inclusivo nem sempre é possível evitar a especificação. Nos casos em que é necessário utilizá-la, existem duas soluções alternativas: as formas duplas ("os alunos e as alunas", ou "os e as alunas") e o emprego de barras ("o/a professor/a").

NEUTRALIZAÇÃO OU ABSTRAÇÃO

Substituição por termos neutros (termos genéricos, abstratos ou coletivos, nomes sobrecomuns, etc.).

Substituição de nomes por pronomes invariáveis.

Soluções alternativas: estrutura gramatical diferente (passiva, imperativo, infinitivo).

IMAGENS

A escolha de imagens pode ter efeitos não inclusivos e discriminatórios. Por isso, torna-se necessário escolher imagens que mostrem a diversidade do ambiente de trabalho, pelo que +e importante quando retrata pessoas de selecionar pessoas de vários géneros.

O QUE PODE AINDA SER FEITO PARA UMA LINGUAGEM MAIS INCLUSIVA NO ÂMBITO DE UMA MAIOR LITERACIA?

O caminho é ainda está a ser feito. Existem muitas orientações regionais, nacionais, europeias, internacionais a nível político, social e de saúde (Resolução 161/2008; Secretariado-Geral do Conselho da Europa, 2018).

No entanto, o reforço de algumas áreas-chave pode ser considerado para estruturar e consolidar aquilo que é pretendido pela Literacia em Saúde por um lado, respetivamente quanto ao acesso, compreensão e uso da informação (Sørensen e outros, 2012) transversal e promotor de resultados efetivos em saúde e, por outro, pela ambição de tornar o cidadão/ã mais preparado/a para um comportamento mais inclusivo, humanista, interventor, onde se destaca a necessidade de uma comunicação mais inclusiva e promotora de uma igualdade. O investimento nas competências dos

profissionais de saúde é um dos caminhos (Vaz de Almeida & Belim, 2020), além de outras intervenções estratégicas promotoras de resultados.

A consciência da importância desta comunicação inclusiva dentro das organizações que se desejam literadas não tem muito tempo (Brach e outros, 2012).

Sugere-se, por isso, o reforço dos seguintes passos (entre outros mais que certamente existem) para uma comunicação em saúde mais inclusiva (Quadro 3).

Quadro 3. Os 17 Passos de uma literacia em saúde inclusiva

1. **Contribuir para uma maior Cidadania** — isto significa que é preciso que a sociedade se prepare e desenvolva estratégias para dar importância ao tema;
2. **Incluir as pessoas com deficiência na construção dos programas de comunicação em saúde**;
3. **Desenvolver práticas formativas** que ensinem os profissionais de saúde a usar e a compreender melhor a linguagem inclusiva;
4. **Implementar a noção e a prática do Respeito**, com o investimento no desenvolvimento do ser humano desde a infância, através do desenvolvimento de competências parentais, nas escolas, aos educadores formais e através de uma educação global que promova também a educação para a saúde;
5. **Desenvolver canais adequados de Informação** que se transforme em conhecimento, combinando os meios impressos, audiovisuais e digitais;
6. **Conhecer melhor o que desejam as audiências,** como se movem e o que as faz mudar;
7. **Perceber se as pessoas têm eficácia para agir,** isto é, têm o conhecimento suficiente para a ação; compreendem as razões que estão por detrás de não se dizer "o cego" ou o "surto" ou o "autista" e falar na pessoa com cegueira, na pessoa com surdez, na pessoa com deficiência? Porque de fato é a pessoa que está no centro;
8. **Perceber e resolver as questões relacionadas com a indiferença ou a**

inércia. Se se compreender a base da inércia pode arranjar-se meios mais influenciadores e motivadores para que as pessoas sintam vontade de atuar por uma maior inclusão;

9. **Descobrir os influenciadores, motivadores de uma maior inclusão promotora de uma literacia em saúde que use uma comunicação inclusiva** e inseri-los nas campanhas locais, regionais, nacionais, internacionais;
10. **Preparar melhor a organizações** para formar os seus colaboradores nesta linguagem inclusiva também promotora de uma maior literacia em saúde? Alguém ensinou os profissionais na linguagem correta inclusiva?
11. **Trabalhar em rede multissectorial e dentro das comunidades** para compreender as crenças, os estereótipos que existem e saber ultrapassá-los;
12. **Medir constantemente os resultados** até se atingirem patamares razoáveis de sucesso e depois monitorizar de uma forma regular a evolução;
13. **Utilizar profusamente as** ferramentas da literacia em saúde, uteis para comunicar melhor, de forma mais acessível e transparente (AHRQ, 2015).
14. **Demonstrar o valor e os resultados de uma comunicação inclusiva** (nas organizações, na comunidade, nos media);
15. **Desenvolver uma investigação** associada ao tema da comunicação inclusiva na literacia em saúde;
16. **Organizar e mostrar as boas práticas inclusivas em saúde promotoras de uma melhor literacia em saúde e cidadania**.

17. **Abranger todos os cidadãos no seu ciclo de vida**.

Mudar o comportamento das pessoas leva tempo, é essencial ter paciência. Quanto mais específico o projeto, mais duradouro o efeito que tem.

As orientações sobre o idioma são apenas uma parte das instruções. É importante saber sobre como obter a atenção das pessoas, reduzir a sua resistência e produzir efeitos.

ALGUMAS ORIENTAÇÕES SOBRE LINGUAGEM CLARA	
EM VEZ DE…	DIZER OU ESCREVER ASSIM
Acompanhar	Ir com
Realizar	Fazer
Concedido	Dado
Adequadamente	Tão
Acumular, adicionar	Ganhar, juntar
Precisão	Correto, exato, certo
Adicional adicionado	Mais
Endereçar	Discutir
Destinatários	Você, vós
Aconselhar, recomendar	Dizer
Adjacente	Próximo
Vantajoso	Útil
Adverso	Mau

Permitir, oportunidade	Ir
Antecipar	Esperar
Um número de	Alguns
Um número apreciável	Vários
Apropriado	Certo
Tal como	Assim
Conforme prescrito	De acordo, feito, fazer assim
No tempo presente	Agora
Tentativa	Tentar
Competência	Capacidade
Proximidade	Perto
Combinado	Junto
Iniciado	Começar
Em concordância	Seguir, de acordo
Componente	Parte

Consequentemente	Assim, desta forma
Consolidar	Juntar, unir

É importante olhar para como o comportamento muda quando damos ou recebemos uma mensagem.

Pode ser usada por vezes uma linguagem mais coloquial associada a comportamentos para tornar os textos mais eficazes, com uma lista de verificação de técnicas comportamentais para cartas e correios.

Referências

Abranches, G. (2009). Guia para uma Linguagem Promotora da Igualdade entre Mulheres e Homens na Administração Pública. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-Linguagem.pdf.

Brega, A. G., Freedman, M. A. G., LeBlanc, W. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Albright, K., Weiss, B. D., Brach, C., & West, D. R. (2015). Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *Journal of Health Communication*, *20*(2), 69–76.

Parrott R. (2004). Emphasizing "communication" in health communication. *J Commun*ication,54, 751–787. doi: 10.1111/j.1460-2466.2004.tb02653.x

Resolução do Conselho de Ministros (2008). n.º 161/2008, Diário da República, I Série, n.º 205, de 22 de outubro de 2008. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/438443

Shriver, K., Cheek, A., & Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards. *Clarity, 63*, 26–33.

Soares, H. (2017). Novo grupo interinstitucional sobre linguagem inclusiva. *A folha Boletim da língua portuguesa nas instituições europeias*. Disponível em: http://ec.europa.eu/translation/portuguese/magazine N.º 55 — outono de 2017 NOVO GRUPO INTERINSTITUCIONAL SOBRE LINGUAGEM INCLUSIVA — Helena Soares

Who (2020). Why communicate for health. Disponível em: https://www.who.int/about/communications

Vaz de Almeida, C. (2020). Health Competencies: Beyond the Biomedical. How knowledge, skills, and attributes improve the effectiveness of results. Patient Safety & Quality Health Care - PSQH [online] Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/health-competencies-beyond-the-biomedical/

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2020). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413

Vaz de Almeida. (2020). A literacia em saúde usa uma linguagem inclusiva. A Pátria [on line] Disponível em https://apatria.org/saude/a-literacia-em-saude-usa-uma-linguagem-inclusiva/

Outras fontes

https://www.soportugues.com.br/secoes/sint/

Este site permite introduzir o texto e verificar se é de complexa ou fácil leitura. https://cental.uclouvain.be/amesure/

Plain language — exemplos dados pelo governo dos estados unidos para a plain language https://plainlanguage.gov/guidelines/words/use-simple-words-phrases/

Imagem gratuita em Pixabay

Health literacy uses inclusive language

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 14, 2020

Having health literacy means that those who communicate must reinforce the correct access, understanding and use of health information, trough the encoding/decoding process (Hall, 1980) with the responsibility to promote inclusive, formal and informal communication. Literate organizations are also responsible for preparing teams to know how to give the correct access, understanding and use of their services (Brach et al., 2012).

CASE 1.

- A. goes to a primary health care appointment. She is seated at a distance from the entrance to the offices.
- Someone goes to the waiting room and calls “Mrs. A.” At the moment she is taking a phone call, and does not hear.
- The assistant returns to the doctor’s office and returns to the waiting room and says out loud: “Her name is A, the blind lady!
- A. gets up and goes to the consultation … **What is wrong here?**

CASE 2.

- B. is in a queue to go to an outpatient appointment, in a hospital, and waits in an entrance queue with the necessary distance because of the care to be taken with Covid-19 (SARS). It takes a few seconds to take the step forward to advance the queue.
- A person behind her says: “hurry up, come on…”
- A security guard who controls the entrances replies: “don’t mind, she is deaf like a door!”… **What is wrong here?**

We all share the responsibility for creating an inclusive work environment.

Today, it is important to use an inclusive language for political, cognitive and linguistic reasons (Soares, 2017).

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities calls for awareness of stereotypes, to avoid them and to refrain from using stigmatizing language.

In 2008, A Resolution of the Council of Ministers (No. 161/2008 of 10/22/2008) adopts measures to promote the gender perspective in the central administration of the State and approves the statute of councilors and councilors for equality, as well as members of the interdepartmental teams for equality. In this resolution (2008) it is stated that "non-discriminatory language practices should be developed", such as:

1. **a) the explicit reference to both sexes and;**
2. **b) neutralization or abstraction of the sexual reference, using the same neutral form to designate both sexes (Resolution 161/2008).**

Soares (2017) states that "to write in an inclusive way, it is not necessary to reinvent the wheel" (p. 2), because there are already guiding manuals, such as Abranches' Guide (2009) for a language that promotes equality between women and men in public administration (2008).

It is necessary to avoid resorting, even if involuntarily, to a language marked by stereotypes, humiliating, paternalistic or pejorative (General Secretariat of the Council of Europe, 2018).

They had to spend almost 10 years in 2017 to create an interinstitutional working group of Portuguese language on inclusive language that would move in this direction of inclusion and therefore also for a process of health literacy of individuals and organizations regarding the use of a language

understandable and accessible to everyone according to their profile (Shriver, Cheek & Mercer, 2010).

The words reflect our attitudes and beliefs and that is precisely why it is important to use the right words, and no person likes to be identified by their disability (General Secretariat of the Council of Europe, 2018).

At European level, inclusive language "ensures consistency between EU values (such as equality and non-discrimination, principles enshrined in the Treaties) and the messages it conveys (Soares, 2017).

Referrals are extended to all professionals and health professionals routinely deal with people with disabilities. In relation to people with disabilities, the health professional must assess the profile of their patient, their level of health literacy and adjust their communication skills, while also adapting their speech (Watson Institute, 2020). For example, the repetition of concepts in a slower and more audible way allows the patient to follow, and more easily retain the information to be transmitted. The development of health professional skills through the reinforcement of their knowledge, capacity and personal attributes is essential (Vaz de Almeida, 2020).

According to WHO (2020) communication must be accessible, actionable, credible, relevant, timely and understandable.

However, because they have not yet mastered the most updated and inclusive language, many still use expressions that

can be stigmatizing as they call “blind” or “deaf” for example. So how to proceed? (Table 1).

Table 1. Reference to the “person”.

- Emphasize the person (“a person with a disability”).
- Emphasize the uniqueness and capabilities of each person, rather than defining it as a health problem.
- Avoid expressions like “suffers from” and words that refer to the idea of “poor” victim.

Source: Based on the General Secretariat of the Council of Europe, 2018.

Inclusive language treats women and men equally, without perpetuating each person’s stereotyped perceptions based on gender or status, color, religion, culture, etc. (Table 2).

Table 2. Use of the best inclusive language by health professionals.

TO AVOID	HOW IT SHOULD BE TOLD
Avoid collective designations such as the reference to "the blind", or "deaf"	Visually impaired person or Hearing-impaired person
Paternalistic expressions Expressions for an adult lady: *The girl behaves well.*	*Ms. X must follow these recommendations to feel better.*
Paternalistic expressions *Stop being sissy! .*	*Don't be afraid.*

Source. Own elaboration based on the General Secretariat of the Council of Europe (2018).

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities argues that there should be awareness of inclusive language, calling on everyone to combat stereotypes and use of language that can be humiliating, patronizing or pejorative (General Secretariat of the Council of Europe, 2018).

The awareness of the importance of communication in the relationship between professional and patient and within organizations that wish to be literate, it's an actual thematic.

Only in 2009, and for the first time, (Rimal & Lapinski, 2009), health communication was linked to the goals of Healthy People 2010, illustrating its growing importance (Parrott).

In these objectives of Healthy People 2010, health communication is seen as relevant in almost all aspects of health and well-being, including disease prevention, health promotion and quality of life (Rimal & Lapinski, 2009).

What can still be done for a more inclusive language within the framework of greater health literacy?

The road is long and is still being done.

There are many regional, national, European, international political, social and health guidelines (Resolution 161/2008; General Secretariat of the Council of Europe, 2018).

However, the reinforcement of some key areas can be considered to structure and consolidate what is intended by Health Literacy on the one hand, respectively in terms of access, understanding and use of information (Sørensen et al., 2012) transversal and promoting effective results in health and, on the other, for the ambition to make the citizen more prepared for a more inclusive, humanistic, intervening behavior, which highlights the need for a more inclusive communication that promotes equality.

Investment in the skills and abilities of health professionals is one of the in addition to other strategic interventions that promote health results (Vaz de Almeida & Belim, 2020).

Therefore, it is suggested to reinforce the following 17 steps (among others, which certainly exist) for a more inclusive health communication (Table 3).

Table 3. The 17 Steps of Inclusive Health Literacy

1. Contribute to greater Citizenship — this means that it is necessary for society to prepare and develop strategies to give importance to the theme;
2. Include people with disabilities in the construction of health communication programs;
3. Develop training practices that teach health professionals to use and better understand inclusive language;
4. Implement the notion and practice of Respect, with investment in the development of human beings since childhood, through the development of parenting skills, in schools, to formal educators and through a global education that also promotes health education ;
5. Develop appropriate channels of information that can be transformed into knowledge, combining printed, audiovisual and digital media;
6. Know better what the audiences want, how they move and what makes them change;
7. Realize whether people are effective in acting, that is, they have sufficient knowledge for action; Do you understand the reasons behind not saying “the blind” or “outbreak” or “autistic” and talking about the blind person, the deaf person, the disabled person? Because in fact it is the person who is at the center;
8. Understand and resolve issues related to indifference or inertia. If the basis of inertia is understood, more influential and motivating means can be found for people to feel the desire to act for greater inclusion;
9. Discover the influencers, motivators of a greater inclusion that promotes health literacy that uses an inclusive communication and insert them in local, regional, national, international campaigns;

10. Better prepare organizations to train their employees in this inclusive language that also promotes greater health literacy? Has anyone taught professionals in correct inclusive language?
11. Work in a multisectoral network and within communities to understand the beliefs, stereotypes that exist and how to overcome them;
12. Constantly measure results until reasonable levels of success are achieved and then monitor progress on a regular basis;
13. Use profusely the tools of health literacy, useful to communicate better, in a more accessible and transparent way (AHRQ, 2015);
14. Demonstrate the value and results of inclusive communication (in organizations, in the community, in the media);
15. Develop an investigation associated with the theme of inclusive communication in health literacy;
16. Organize and showcase good inclusive health practices that promote better health and citizenship literacy.
17. Cover all citizens in their life cycle.

References

Abranches, G. (2009). Guia para uma Linguagem Promotora da Igualdade entre Mulheres e Homens na Administração Pública. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-Linguagem.pdf.

Brega, A. G., Freedman, M. A. G., LeBlanc, W. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Albright, K., Weiss, B. D., Brach, C., & West, D. R. (2015). Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *Journal of Health Communication*, *20*(2), 69–76.

Parrott R. (2004). Emphasizing “communication” in health communication. *J Commun*ication,54, 751–787. doi: 10.1111/j.1460-2466.2004.tb02653.x

Resolução do Conselho de Ministros (2008). n.º 161/2008, Diário da República, I Série, n.º 205, de 22 de outubro de 2008. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/438443

Shriver, K., Cheek, A., & Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards. *Clarity, 63*, 26–33.

Soares, H. (2017). Novo grupo interinstitucional sobre linguagem inclusiva. *A folha Boletim da língua portuguesa nas instituições europeias*. Disponível em: http://ec.europa.eu/translation/portuguese/magazine N.º 55 — outono de 2017 NOVO GRUPO INTERINSTITUCIONAL SOBRE LINGUAGEM INCLUSIVA — Helena Soares

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,* 80.

Who (2020). Why communicate for health. Disponível em: https://www.who.int/about/communications

Vaz de Almeida, C. (2020). Health Competencies: Beyond the Biomedical. How knowledge, skills, and attributes improve the effectiveness of results. Patient Safety & Quality Health Care - PSQH [online] Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/health-competencies-beyond-the-biomedical/

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2020). Health professionals’ communication competences decide patients’ well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Joy. Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413

Literacia em saúde como manifesto: Um olhar para dentro de nós

- Cristina Vaz de Almeida | Setembro 15, 2020

Conseguimos desenvolvermo-nos externamente para sabermos matérias científicas complicadas, usar aparelhos eletrónicos complexos, guiar automóveis de última geração e depois não conseguimos comunicar com os que menos sabem, com os que mais precisam de cuidar de si para ter uma vida e uma saúde melhor. Vivemos nas nossas bolhas. Pensamos que são os outros que têm de aprender por si. Mas são os profissionais de saúde o lado mais forte da balança (Almeida, 2018, p. 36). Temos do nosso lado o saber, as competências para melhorar o acesso, a compreensão e o uso dos serviços e da informação (Sorensen e outros, 2012). Pois trata-se efetivamente da saúde de todos nós e do bem-estar que nos rodeia e por isso, nos afeta e diz respeito.

Banalizamos os termos e muitas vezes esquecemos o seu verdadeiro significado.

Falamos também de **equidade em saúde** que exige que cada um de nós tenha valores e justiça (Oickle & Clement, 2019, p. 2), o que significa que através da nossa capacidade como indivíduos, podemos dar a oportunidade justa para que outros alcancem um pleno potencial de saúde. E quando falamos nessa oportunidade que damos aos outros, esta não deve ser

prejudicada por fatores socioeconómicos, ambientais, religiosos, raciais ou outros socialmente determinados (*National Collaborating Centre for Determinants of Health*, 2014).

Se desejamos um mundo que se equilibre, que seja mais saudável e justo, o primeiro passo é daquele que tem maior literacia em saúde, porque tem mais poder, porque consegue mostrar melhor o caminho e comunicar qual o passo seguinte a dar.

E a literacia em saúde tem a ver com isto: com a nossa capacidade de intervir para mudar comportamentos dos que têm menos literacia em saúde do que nós próprios. É uma transferência de saberes, quase uma "dádiva", que envolve partilha de conhecimento, desenvolvimento de capacidades dos outros e melhoria dos seus atributos pessoais, como a resiliência, o otimismo, o humor, o rigor, a determinação, entre outros. Os efeitos pretendidos? Naturalmente melhores resultados em saúde (Parvanta & Bass, 2020; WHO, 1998).

Literacia em saúde representa assim um verdadeiro *constructo* (Almeida, 2019; Belim & Vaz de Almeida, 2018), envolvendo uma constelação de competências (*Ad Hoc Committee on Health Literacy*, 1999) individuais e sociais para que a pessoa possa, com motivação, competência e conhecimento (Sorensen et al. 2012), aceder, usar, compreender, avaliar e interpretar a informação em saúde e

navegar no sistema e tomar decisões “acertadas em saúde” (Nutbeam, 1998).

Sabemos que as pessoas conseguem ter mais saúde, gerir melhor as suas doenças, ter maior autocuidado, defender dos riscos a si próprias e as suas famílias, ter menos internamentos/hospitalizações, assim como um índice menor de mortalidade prematura se conseguirem aceder melhor a toda a informação e aos serviços, compreender melhor e fazer melhor uso deste mundo complexo da saúde.

Com maior literacia em saúde evitam-se as decisões precipitadas, ou mal compreendidas, conseguindo-se um reforço dos efeitos cognitivamente pretendidos. Com a literacia em saúde, e particularmente com uma postura assertiva, clara e positiva obtém-se mais informação e sobretudo maior conhecimento (Almeida, 2018, 2019). E a comunicação é esta informação codificada e descodificada (Hall, 1980) continuamente que se torna compreensível e por isso, cheia de significados.

Tabela 1. Equilíbrio entre Equidade e literacia em saúde

TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS E CAPACIDADES PARA OS QUE TÊM MENOS LITERACIA EM SAUDE, PARA MELHORAR O EQUILIBRIO DO SISTEMA	**MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE SOCIEDADES MAIS EQUILIBRADAS**	**LITERACIA EM SAÚDE : MELHOR ACESSO, COMPREENSÃO E USO DOS SERVIÇOS E DA INFORMAÇÃO**

Fonte: Elaboração própria

EFEITOS DO RENDIMENTO NA SAÚDE

O rendimento tem efeitos nos determinantes da saúde (King's Fund, 2018, p. 21):

1. Gerir a vida com rendimento baixo é stressante e tem impacto no sistema fisiológico;
2. Está associado a comportamentos não saudáveis e tem efeitos na forma como as pessoas tomam decisões;
3. O rendimento permite aquisição e produtos e serviços que melhoram a saúde.

Pessoas com baixo rendimento têm mais dificuldade de gerir a sua saúde. Pessoas com maior rendimento gerem, á partida melhor a sua saúde. Se conseguirmos partilhar este rendimento de formas estruturantes, isto é criar oportunidades de trabalho dentro das comunidades, as pessoas tornam-se mais fortes. Significa criar uma interação dinâmica entre as organizações existentes na comunidade, os serviços de saúde e as pessoas. Se for possível capacitar alguns grupos, esses próprios grupos podem servir de testemunhos para outros, tendo como recompensa a sua visibilidade e sujeitos identificados como "líderes de mudança".

Se conseguimos promover competências parentais (Community Preventive Services Task Force, 2012) torna-se possível criar um efeito futuro de melhoria de estilos de vida e promotores do bem-estar.

Os profissionais de saúde são de fato este lado mais forte, os que têm o comando da relação (Almeida, 2019; Belim & Almeida, 2018), mas os que não são profissionais de saúde e têm níveis educacionais elevados, rendimentos médios ou acima da média, qualidade de vida, apartamentos com conforto, também têm esse poder de mudar o próximo, permitindo que tenha maior saúde, estilo de vida e comportamentos mais saudáveis.

EFEITOS DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Segundo a OMS (2008) as desigualdades e os riscos para a saúde passam de uma geração para outra, e por isso a OMS recomenda a garantia de condições para a qualidade dos pais e a construção da família, educação, com a promoção da equidade de género e a proteção social assim como uma saúde adequada.

É observável e comprovada a degradação da qualidade de vida e bem-estar de pessoas em risco e socialmente vulneráveis.

A qualidade de vida é afetada pela diminuição dos recursos disponíveis para atender às solicitações e às necessidades dos vários setores da sociedade que enfrentam crises

O estado social é obrigado a fazer uma gestão complexa das expectativas. Para além dos poderes governamentais centrais, naturalmente, os municípios, organizações de natureza social ou solidariedade social têm um papel ativo. No cerne destas organizações está o individuo com a sua rotina do dia-adia. A literacia em saúde representa também a quebra dessa rotina.

De repensar com criatividade o que poderemos fazer nesse mês para melhorar a saúde de alguém, para capacitar uma pessoa a tomar decisões mais acertadas na sua saúde.

Desejamos a literacia em saúde como um resultado da promoção em saúde, que representa os fatores pessoais, sociais e estruturais que podem ser modificados para se conseguir alterar os determinantes da saúde (Nutbeam, 2000, p. 261).

Esse é o grande papel atual e futuro das pessoas assim como das organizações que querem ser mais literadas, sejam da área da saúde ou do social, ou cultural: repensar o dia-a-dia em termos de melhor literacia em saúde. O que significa fazer a pergunta: como posso fazer que aquela pessoa (x) melhore o seu acesso á saúde, consiga compreender melhor e usar melhor o mundo complexo que envolve a saúde para que ela e a sua família consigam maior bem-estar e qualidade de vida?

No mês em que se celebra a Literacia em saúde, devemos olhar para o seu significado profundo e senti-la como um manifesto: um olhar para dentro de nós.

Referencias

- Almeida, C.V., Moraes, L.K., & Brasil, V.V. (2020). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde. Alemanha: Novas Edições Académicas. Disponível em: https://www.morebooks.de/store/es/book/50-t%C3%A9cnicas-literacia-em-sa%C3%BAde-na-pr%C3%A1tica/isbn/978-620-2-55882-2

- Ad Hoc Committee on Health Literacy. (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA*, 281, 552–557.
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook]Disponível em: http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica
- Belim, C., & Vaz de Almeida, C. (2018). Healthy Thanks to Communication: A Model of Communication Competences to Optimize Health Literacy — Assertiveness, Clear Language, and Positivity. In V. Papalois, & M. Theodosopoulou (Eds.), *Optimizing Health Literacy for Improved Clinical Practices* (pp. 124–152). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-4074-8.ch008
- Belim C, De Almeida CV (2018) Communication Competences are the Key! A Model of Communicattion for the Health Professional to Optimize the Health Literacy — Assertiveness, Clear Language and Positivity. *J Health Communication*. 3 (3),1–13. http://healthcare-communications.imedpub.com/communication-competences-are-the-keya-model-of-communication-for-the-healthprofessional-to-optimize-the-health-literacy-assertive.pdf
- Canadian Council on Social Determinants of Health (2013). Communicating the Social Determinants of Health. guidelines for common messaging. Canadá: Canadian Council on Social Determinants of Health.
- Community Preventive Services Task Force. (2012). Improving adolescent health through interventions targeted to parents and other caregivers: a recommendation. *Am J Prev Med, 42*(3):327–328.

- Davis, T., & Wolf, M. S. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine, 36*(8), 595–598.
- Gazmarian, J.A., Cunan, J.W., Parker,R.M., Bernahardt, J.M., & Debuono, B. A. (2005). Public health literacy in America. An ethical imperative. *Prev. Med., 28*(3), 317–322.
- Hall, S. (1980). Encoding/decoding. In S. Hall, D. Hobson, A. Lowe & P. Willis (Eds.), *Culture, media, language: Working papers in cultural studies* (pp. 128–138). London: Hutchinson.
- Harrel, J.A., Baker, E.L. (1994). Essential services workgroup. The essential services of public health. American Public Association. Available at: http://www.apha.org
- Hibbard, J., & Gilburt., H. (2014). *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. London: King's Fund.
- Ishikawa, H., Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*. 4(18), 1–5. http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/18
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*,*15*, 351–377.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2014). Glossary of essential health equity terms. Antigonish (NS): NCCDH, St. Francis Xavier University.
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 13, 349–364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International. 1*5(3), 259–267.

- Oickle, D., & Clement, C. (2019). Glossary of health equity concepts for public health action in the Canadian context. *J Epidemiol Community Health, 73*(9):802–805. doi:10.1136/jech-2018-210851
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva. (1986).
- Parvanta, C., & Bass, S.B. (2020). *Health communication strategies and skills for a new era*. Wall Street: Jones & Bartlett Learning.
- Sørensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International, 29*(4), 634–644. doi:10.1093/heapro/dat013
- 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*.
- Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health organization. Geneva: World Health Organization.
- (1998). *Health promotion glossary.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1
- (2008). Closing the gap. Geneva: World Health Organization. Retrieved on: Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

- Vaz de Almeida, C., & Veiga, A. (2020). Social Determinants and Literacy in Health of the Elderly: Walk to Well-Being. *Open Access Library Journal* 7, 1–16. DOI: 10.4236/oalib.1106390 Disponível em: https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=100811

- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health organization. World Health Organization, 1–20. Retrieved from https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1

- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2020). Health professionals' communication competences decide patients' well-being: Proposal of a communication model. In A. Tkalac Verčič, R. Tench & S. Einwiller, *Using strategic communication to improve well-being and organizational success*. 12, (5), Bingley, UK: Emerald Publishing. https://books.emeraldinsight.com/page/detail/Joy/?k=9781800432413

Imagem gratuita (sabinevanerp) em Pixabay

Pensar a literacia em saúde como determinante de saúde e social

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 19, 2020

Atualmente temos de pensar a literacia em saúde em duas vertentes-chave: a sua influência e efeitos no bem-estar dos indivíduos e os efeitos num nível organizacional, abrangendo e transformando organizações de saúde e sociais.

A literacia em saúde é um determinante da saúde com efeitos a nível social: tem influência no nível de conexão do individuo com a sociedade (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) e no papel das organizações, que combinam a sua intervenção numa atuação integrada da saúde e do social. É preciso olhar para o individuo no seu contexto.

O Healthy People 2020 enfatiza uma abordagem ecológica para prevenção de doenças e para a promoção da saúde. Esta abordagem ecológica centra-se tanto nos determinantes individuais quanto no nível populacional da saúde e das intervenções (Healthy People 2020).

Os determinantes da saúde são definidos pelo Healthy People 2020 como o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam o estado de saúde e enquadram ainda diversas categorias tais como a formulação de políticas, os fatores sociais, os serviços de saúde, o comportamento individual, a biologia e genética. E são as inter-relações entre

esses fatores que determinam a saúde individual e populacional (Healthy People 2020).

A ponte entre as organizações literadas

É necessário fazer a ponte entre as organizações de saúde e as organizações sociais para se conseguir ter uma visão mais holística sobre o bem-estar do individuo e das populações. Isto porque persistimos em ter uma população com baixa literacia em saúde (Espanha, Avila & Mendes, 2016) e por isso os esforços talvez tenham de ser diferentes.

As organizações querem olhar para as pessoas de uma forma holística. Por exemplo um individuo idoso com doença crónica que precise de apoio domiciliário para a sua higiene e alimentação, irá também precisar de cuidados de saúde em domicílio.

Uma organização literada (Brach e outros, 2012) providenciará esta integração de cuidados sob uma perspetiva social e de saúde nos aspetos do acesso adequado, de compreensão e de uso dos serviços.

Para que esta articulação flua, a preparação das equipas nas dimensões do acesso, da compreensão e do uso dos serviços é primordial para se conseguirem resultados.

Estivemos a refletir durante anos na necessária mudança do individuo para ser mais capacitado, para controlar mais os domínios da sua vida. Só o esforço de ambas as partes, profissional e utente tem melhores resultados.

Mas para preparar os utentes, é necessário haver uma preparação prévia dos profissionais de saúde e sociais. Saber fazer-se compreender é um desafio, de linguagem, de conhecimento, de fatores motivacionais, percebendo o contexto em que o paciente sistema se move (Almeida, 2018).

A ponte com o paciente

Em 2009, na 7.ªreunião em Nairobi, os peritos da Organização Mundial de Saúde (Kanj & Mitic, 2009) refletiam sobre a necessidade das exigências relacionadas com a apresentação das informações de saúde.

Kanj e Mitic (2009) afirmam que existe uma incompatibilidade entre os níveis de leitura de materiais relacionados com a saúde e as capacidades de leitura do público-alvo, pois o uso de jargão e linguagem técnica tornam muitos recursos relacionados com saúde "desnecessariamente difíceis de usar" (p. 5).

Neste sentido, deve haver um esforço das organizações que querem ser literadas em rever os conteúdos dos seus suportes, sejam eles impressos ou digitais para que a comunicação seja mais fluida e compreendida.

Por outro lado, já nesta reunião em 2009 se defendem as abordagens participativas e baseadas na comunidade, pois "parecem ser promissoras" (Kanj e Mitic, 2009), como por exemplo os princípios de educação participativa e as teorias de empoderamento parecem ajudar os pais a aceder,

compreender e usar as informações de saúde em benefício próprio e de seus filhos (p. 5).

Neste sentido é preciso cada vez mais envolver o paciente num *patient advocacy* (Ramos, 2020, p. 14)

A palavra traz efeitos na mudança de comportamento

Numa organização literada os colaboradores devem estar preparados para saber comunicar corretamente, isto é, saberem os conteúdos da informação que têm de transmitir, mas que também o saibam dizer por palavras que os seus destinatários compreendam.

E, neste domínio, uma linguagem acessível é essencial para produzir resultados de compreensão e para que a mensagem seja eficaz, isto é, cumpra os resultados da sua intenção.

O que acontece muitas vezes é que os colaboradores não possuem formação em linguagem acessível, positiva e inclusiva, e não detêm a informação essencial para uma resposta eficaz (mesmo que esta não seja completa).

Estamos habituados à perícia dos *contact center*, mas o colaborador de uma área de atendimento não tem, na maioria das vezes a preparação de um comunicador de um *contact center*. Mas é fácil preparar se houver gestão que considere importante incrementar o nível de literacia dos seus profissionais.

Os princípios da linguagem devem obedecer aos requisitos da comunicação eficaz e assentar na: clareza, assertividade, positividade, inclusão (Vaz de Almeida, 2020).

O que fazer? Alguns passos simples iniciais:

- **Compromisso da direção** das organizações na caminhada para ser uma "organização literada";
- **Definição dos passos**, objetivos e estratégias para alcançar os resultados pretendidos (baby steps);
- Treinar e preparar os colaboradores com uma **linguagem acessível, positiva e inclusiva** através de formação sem grandes custos, e com efeitos potenciadores de uma melhor assistência, com resultados na satisfação dos seus destinatários;
- Treinar e preparar os colaboradores com **as técnicas de literacia em saúde** para poder aplicar diariamente nas rotinas tanto dos profissionais de saúde como dos outros profissionais das áreas sociais. Aconselhamos o livro "50 técnicas de literacia em saúde. Um guia para a saúde" agora sistematizado com a participação de 20 especialistas em literacia em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020);
- **Envolver o paciente** para saber quais as suas necessidades reais e refletir isso no atendimento, suportes, gestão;
- **Envolver os parceiros** das organizações;

- **Compreender a comunidade** para compreender o contexto onde o individuo se insere.

Caminhar para uma maior equidade significa que se consegue apoiar o individuo com baixa literacia em saúde na gestão da sua própria saúde de forma eficaz, fomentando adequadamente o acesso aos serviços de saúde e a sua compreensão sobre as informações disponíveis e, assim, tomar decisões saudáveis informadas.

Melhorar a literacia em saúde daquelas pessoas com os piores resultados de saúde é uma poderosa ferramenta para reduzir as desigualdades em saúde" (Kanj e Mitic, 2009).

Referências

Almeida, C.V., Moraes, K.L. & Brasil, V.V. (2020). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde.* Alemanha: Novas Edições Academicas.

Brach, C., Keller,D., Hernandez,L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Healthy people (2020). Determinants of health. [on line]. Disponível em: https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health

Kanj, M., & Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. The author.

Kickbusch I, Wait S, & Maag D. (2006). Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK.

Ramos, S. (2020). A advocacia do paciente. In Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V.. *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp 14–18). Alemanha: Novas Edições Académicas.

Vaz de Almeida. (2020). A literacia em saúde usa uma linguagem inclusiva. A Pátria [on line] Disponível em https://apatria.org/?p=8153

Imagem gratuita (jmexclusives) em Pixabay

Thinking health literacy as a determinant of health and social

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 19, 2020

We currently must think about health literacy in two key areas: its influence and effects on the well-being of individuals and the effects on an organizational level, encompassing and transforming health and social organizations.

Health literacy is a determinant of health with social effects: it influences the individual's level of connection with society (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) and the role of organizations, which combine their intervention in an integrated action of health and social. It is necessary to look at the individual in his context.

Healthy People 2020 emphasizes an ecological approach to disease prevention and health promotion. This ecological approach focuses on both individual determinants and the population level of health and interventions (Healthy People 2020).

The determinants of health are defined by Healthy People 2020 as the set of personal, social, economic and environmental factors that influence health status and also fit several categories such as policy formulation, social factors, health services, individual behaviour, biology and genetics. In addition, it is the interrelationships between these factors that determine individual and population health (Healthy People 2020).

The bridge between literate organizations

It is necessary to bridge the gap between health organizations and social organizations in order to achieve a more holistic view of the well-being of individuals and populations. This is because we persist in having a population with low health literacy (Espanha, Avila & Mendes, 2016) and therefore efforts may have to be different.

Organizations want to look at people in a holistic way. For example, an elderly individual with a chronic illness who needs home support for hygiene and food, will also need health care at home.

A literate organization (Brach et al., 2012) will provide this integration of care from a social and health perspective in terms of adequate access, understanding and use of services.

For this articulation to flow, the preparation of the teams in terms of access, understanding and use of services is essential to achieve good results.

We have been reflecting for years on the necessary change of the individual to be more qualified, to control more the domains of his life. Only the effort of both parties, professional and patient or the user of services or client, has better results.

Nevertheless, in order to prepare users, it is necessary to have prior preparation by health and social professionals. Knowing how to make oneself understood is a challenge, of language,

knowledge, motivational factors, realizing the context in which the patient system moves (Almeida, 2018).

The bridge with the patient

In 2009, at the WHO 7th meeting in Nairobi, experts from the World Health Organization (Kanj & Mitic, 2009) reflected on the need for requirements related to the presentation of health information.

Kanj and Mitic (2009) state that there is an incompatibility between the reading levels of health-related materials and the reading capacities of the target audience, as the use of jargon and technical language makes many health-related resources "unnecessarily difficult to use" (p. 5).

In this sense, there must be an effort by organizations who want to be literate, in reviewing the contents of their supports, whether printed or digital, so that communication could be more fluid and understood.

On the other hand, already in this meeting in 2009, participatory and community-based approaches are advocated, as they "seem to be promising" (Kanj & Mitic, 2009), such as the principles of participatory education and theories of empowerment seem to help parents to access, understand and use health information for their own benefit and that of their children (p. 5).

In this sense, it is increasingly necessary to involve the patient in patient advocacy (Ramos, 2020, p. 14)

The word has effects on behavior change

In a literate organization, employees must be prepared to know how to communicate correctly, that is, to know the content of the information they have to transmit, but also to know how to say it in words and body communication, that their recipients understand.

In addition, in this domain, an accessible language is essential to produce results of understanding and for the message to be effective, that is, to fulfil the results of our intention.

What often happens is that employees do not have accessible, positive and inclusive language training, and do not have the essential information for an effective response (even if it is not complete).

We are used to the expertise of the *contact centers*, but the employee of a service area does not have, in most cases, the preparation of a *contact center* communicator. However, it is easy to prepare if there is management who considers it important to increase the level of literacy of its professionals.

The principles of language must obey the requirements of effective communication and be based on: clarity, assertiveness, positivity, inclusion (Vaz de Almeida, 2020).

Table 1. What to do? Some simple initial steps

- Commitment by the direction of organizations on the path to being a "literate organization";
- Definition of steps, objectives and strategies to achieve the desired results (baby steps);
- Train and prepare employees in an accessible, assertive, positive and inclusive language through training without great costs, and with the potential to improve their assistance, with results in the satisfaction of their publics/patients/users;
- Train and prepare employees with health literacy techniques to be able to apply daily to the routines of both health professionals and other professionals in the social areas. We advise the book "50 health literacy techniques. A guide to health care", with health literacy techniques systematized with the participation of 20 specialists in health literacy (Almeida, Moraes & Brasil, 2020);
- Involve the patient to know what their real needs are and reflect this in the care, support and management;
- Involve the partners of the organizations;
- Understand the community, to understand the context in which the individual is inserted.

Source: The author.

Moving towards greater health literacy and equity means that it is possible to support individuals with low health literacy in managing their own health effectively, properly promoting access to health services and their understanding of available information and, thus, making healthy decisions informed.

Improving health literacy for those with the worst health outcomes is a powerful tool for reducing health inequalities" (Kanj and Mitic, 2009)

References

- Almeida, C.V., Moraes, K.L. & Brasil, V.V. (2020). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde.* Alemanha: Novas Edições Academicas.
- Brach, C., Keller,D., Hernandez,L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.
- Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Healthy people (2020). Determinants of health. [on line]. Disponível em: https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. The author.
- Kickbusch I, Wait S, & Maag D. (2006). Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK.
- Ramos, S. (2020). A advocacia do paciente. In Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V.. *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp 14–18). Alemanha: Novas Edições Académicas.
- Vaz de Almeida. (2020). A literacia em saúde usa uma linguagem inclusiva. A Pátria [on line] Disponível em https://apatria.org/?p=8153

Health skills: Beyond the biomedical

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 14, 2020

How knowledge, skills and attributes improve the effectiveness of health results and health literacy

Dealing effectively with human relationships (Moscovici, 1981), through adaptation to situational needs and demands (Wiemann, 1977, p. 17). This is a permanent challenge, above all, and nowadays, and particularly in the health area, it requires a herculean effort from health professionals.

In this context, competence is an important factor in the way individuals help to shape the world and not just how they deal with it (OECD, 2005, p. 5).

And in the health area, it is the competencies that allow the effectiveness of health results.

In the domain of information exchanged in the health relationship, it is necessary to "know how to question" (Hargie & Dickson 2004), with the communicative competences central in the interaction between professional and patient, such as:

1. asking questions (question-asking);
2. provide information (information provision) and encourage the patient to express concerns or report symptoms clearly and completely; and

3. verify that the information (verifying) received is understood, which implies clarifying issues, increasing understanding and remembering the information (Cegala (2003, p. 92).

The understanding of what "competence" is described in the literature as a complex concept and as a multidimensional construct (Flynn, 2014, p. 364), in which communication skills are also integrated, based on the functionality of communication, adequacy and sufficient knowledge, judgment and skills (Light & McNaughton, 2014).

Communicative competence allows the (interacting) individual to function effectively in society using language and non-linguistic behavior (Wiemann & Backlund, 1980, p. 186).

SKILLS: HEALTHCARE PROFESSIONALS MUST BE HOLISTIC TODAY.

Competence thus means using knowledge, skills and attributes to act in society. And the more complex the society is, the more demands are placed on health professionals. Adopting a holistic view makes the health professional a "transformative" human being, as many health professionals said during an investigation carried out in Portuguese hospitals in 2019 by the researcher.

The OECD (2005) stresses that key competences are determined by the nature of the goals of individuals and society and must relate to the main resources and requirements in life (p. 5). Thus, the skills of individuals cannot be determined only by

arbitrary decisions, about what are the personal qualities and cognitive skills of individuals (OECD, 2005, p. 5).

An individual with interpersonal competence has an open (available) posture to receive messages from other people, does not cause anxiety in others (Wiemann, 1977, p. 196), is empathetic, affective, supportive and calm while interacting, adapting his behavior to situation within an encounter and changes as it moves between encounters (p. 197).

Interpersonal communication skills integrate the ability to:

1. formulate and achieve goals.
2. collaborate effectively with others in an interdependent manner; and
3. adapt to situations (Wiemann, 1977, p. 197).

Figure 1. Interpersonal communication skills

Figura 1. Competências de comunicação interpessoal

Fonte: A autora

Source: The author

Competence is thus a combination of skills, knowledge and personal attributes that lead to a superior performance of professionals (Tench & Konczos, 2013, p. 5).

In professional-patient interaction, different skills (acquired and learned) are used (Hulsman, 2009), which allow continuity of care (Wonca, 2002) and include clinical and communicative skills. In the therapeutic relationship, interpersonal, strategic communication is used, with previous information and knowledge, empathy, commitment to balance of powers, assertive and clear language and behavior, whose focuses in the patient's life involve a conversation of healing and care (Greenhalgh & Heath, 2010).

Communication skills include (Epstein et al., 2005, p. 1) creating a sustainable relationship with the patient; 2) explore the patient's perspective and help him verbalize his emotional experiences; 3) use empathy; 4) encourage the sharing of tasks and the joint development of strategies that aim to improve health outcomes (Epstein et al., 2005, p. 415) In Table 1, we summarize some of the main competences of health professionals integrated respectively in knowledge, skills and personal attributes.

Table 1: Some competencies of health professionals

Examples of competencies: Knowledge, skills and attributes
Knowledge • Understanding duties and limits • Understand the other determinants of health (social, cultural, economic, political) • Find health information on the Internet or in periodicals and books • Understand the implications of health-related initiatives • Understand and defend patients' rights • Understand patients' rights and responsibilities • Understand, interpret and analyze health information • Understand and know the effects of good communication on health
Skills • Support the patient in solving their problem • Help the patient to navigate the Health System • Determine the use of medical records as an act of patient privacy • Determine which health sites contain accurate information and which do not • Disseminate patients' good practices through testimonies to other professionals and patients • Understand the patient and support him / her in informed consent • Asking questions and providing appropriate responses • Make summaries of quality reports • Read and apply health information • Read, understand and make decisions based on labels

- Participate actively in health care meetings
- Ask for clarification and ask questions to the patient
- Fill out an application with a health insurance or form
- Have a key question and answer checklist for your patients

Attributes

- Therapeutic empathy to understand the patient's good practices
- Leadership to manage the therapeutic relationship with good results
- Realize what can put the patient at risk due to lack of understanding
- Know how to make the appropriate decisions based on the information received
- Verbal and non-verbal sensitivity
- Be honest in the interaction
- Be organized to promote and protect the health and prevent diseases of patients
- Pay attention to the analysis of risk factors in advertisements for prescription drugs
- Have confidence to act
- Have courage when needed
- Have humility in dealing with the patient
- Willingness to work as a health partner

Source: The author, based on Gazmararian et al., 2005; Tench and Konczos (2013); Sørensen et al., (2012).

REFERENCES

Cegala, D.J. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling, 50*, 91–94.

Flynn, T. (2014). Do They Have What It Takes? A review of the literature on knowledge, competencies, and skills necessary for

twenty-first-century public relations practitioners in Canada. *Canadian Journal of Communication, 39*, 361–384.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality Safe health*, *13*(1), i85–i90. Doi: 10.1136/qshc.2004.0110033

Leape, L. L. (1994). Error in medicine. JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, *272*(23), 1851–1857. doi:10.1001/jama.1994.03520230061039

Light, J., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication, 30,* 1–18. doi:10.3109/07434618.2014.885080

Moscovici, F. (1981). Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. *Revista Administração Empresarial, 21*(2), 17–25.

OCDE (2005). The definition and selection of key competencies. Executive summary. Author. 1–20.

Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.

Wiemann, J.M., & Backlund, P. (1980). Current Theory and Research In Communicative Competence. *Review of Educational Research. 50(1). 185–199.*

Wiemann, J. W. (1977). Explication and test of a model of communicative competence. *Human Communication Research*, *3*(3), 195–213.

Vaz de Almeida, C. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde. Literacia em saúde e competências de comunicação dos profissionais de saúde. O modelo de comunicação em saúde ACP. *Revista Nephros, 21*(1), 25–28. https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAU

DE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Somos todos pacientes. Os direitos e os deveres

- Cristina Vaz de Almeida | Junho 8, 2020

Somos todos pacientes. Mais tarde ou mais cedo.

Porque ser paciente não quer dizer ser doente.

No ciclo de vida, e por isso mesmo antes do nosso nascimento, quando estamos a crescer na barriga da nossa mãe, ela provavelmente foi seguida desde o início da sua consulta de planeamento familiar, passou por uma série de consultas de rotina, de ecografias ou de medições e avaliações, até ao nascimento. E aí, oficialmente seguimos o nosso caminho em saúde, como pacientes.

Somos assim, todos pacientes, mais tarde ou mais cedo.

Já na década de 50, Szasz e Hollender (1956), vislumbravam um cuidado centrado no paciente, onde a hegemonia do médico dava lugar a um acordo mais colaborativo e representativo da verdadeira díade em saúde mostrando a possibilidade de existência, na relação em saúde, de poderes aproximadamente iguais entre profissional e paciente, numa interdependência mútua e atividades satisfatórias para ambos (p. 587).

Engel (1981) mostrou-nos a força do modelo biopsicossocial e da natureza humana da relação em saúde. Nada se faz sem a pessoa. E é com a pessoa que o profissional de torna no que é.

Esta força identitária que o cunha como "fonte credível", permite-lhe ter o reconhecimento e visibilidade no mundo.

Esta credibilidade da fonte é vista como a capacidade do profissional de saúde para fornecer informações válidas, à qual acresce a sua confiabilidade, isto é, a sua veracidade, sem considerações de ganho (Crano & Siegel, 2017, p. 98).

O profissional é um perito fiável (O'Keefe & Medway, 1997).

Mas esta introdução vem a propósito do que se pretende refletir, e que é o campo dos direitos e dos deveres dos pacientes.

A Ordem dos Médicos (2020) designa a **Carta dos Direitos e dos Deveres dos Utentes** como um "instrumento de parceria na saúde, e refere imediatamente que não é um documento "de confronto", mas que contribui para o "primado do cidadão, figura central de todo o Sistema de Saúde" e que serve "para desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde". Esta nota da OM (2020) realça no seu texto que o objetivo da "Carta" é "sobretudo, estimular uma participação mais ativa por parte do doente".

Mas esse "confronto" a que a OM (202.ª) alerta não parece fazer sentido, quando observados que temos o dobro dos direitos (12) face aos deveres (6).

Nesta reflexão, talvez valesse a pena não designar por "doente" aquele que é representado na "Carta". Porque se pensarmos na tal senhora grávida, que não tem doença ou patologia por

simplesmente estar nesse estado, e querer fazer o seu seguimento em cuidados de saúde na comunidade, por exemplo, e que será acompanhada, e bem, por um médico de medicina geral e familiar (MGF), não é necessariamente uma "doente", "palavra que etimologicamente provém de *dolentia* e que pode ser entendida como falta ou perturbação da saúde" (Nunes & Melo, 2010, p. 3).

E mesmo "considerando que as pessoas doentes constituem um grupo particularmente vulnerável e fragilizado" (Nunes & melo, 2010, p. 9), como pessoas que são, têm os direitos que assistem a todas as outras. E o primeiro desses direitos é o "respeito pela dignidade humana".

Quando se fala em "dignidade humana" assume-se um direito fundamental, constituído em todas as civilizações.

Cruz e Gomes (2013), reflectem que "a doença não dá ou tira direitos à pessoa, o que acontece é o reconhecimento vindo de fora, do outro (do médico), e o assentimento da pessoa que se auto-constitui no "direito" e no "dever" de ser curada e tratada (p. 83).

Para estes autores (Cruz & Gomes, 2013), "só existe doença se existir pessoa. Por isso, a pessoa é anterior à doença, logo, por antonomásia, a dignidade intrínseca da pessoa confere-lhe o direito e dever substancial e nunca circunstancial" (p. 83).

A carta dos *Direitos do Paciente* (American Hospital Association-AHA Patient's Bill of Rights, 1992) realça que o atendimento

ideal deve basear-se numa comunicação aberta e honesta, com respeito pelos valores pessoais e sensibilidade quanto às diferenças (e.g. culturais, raciais, linguísticas, religiosas, etárias, de género).

Talvez por isso, e porque os direitos estão bem patentes, e o "paciente" deixou de ser "aquele que sofre em paciência", e não é simplesmente "utente" por que pode não ser um mero "utilizador" de serviços públicos, que o termo "paciente", imediatamente percetível e reconhecível neste mundo global, poderá ser usado de forma efetiva, e sem conotações negativas, transversalmente.

Se, porém, persistirmos em reconhecer que a pessoa recorre aos serviços de saúde como um consumidor, e se considerarmos a saúde como um bem de consumo, e não de direito social, talvez devêssemos designar de "cliente" (Takauti, Pavone, Cabaral & Tanaka, 2013, p. 176).

Mas seja nos serviços privados, seja no serviço público, os direitos que nos são reservados, a todos sem exceção de género, cor, raça, idade, convicções culturais, filosóficas e religiosas, pressupõem que sejamos tratados no respeito pela dignidade humana.

Informação, consentimento e confidencialidade estão patentes na Carta dos Direitos.

Esta "informação" é mais do que a junção do signo e do seu conteúdo, pois vem imbuída de compreensão, pelo que se transforma em "comunicação" (Wonca, 2002).

Quando refletimos sobre os "deveres", evidenciam-se: a responsabilidade de cada um por "zelar pelo seu estado de saúde".

A "Carta" é clara, isto quer dizer que cada pessoa (ou de quem dela depende, por exemplo cuidador de pessoa idosa ou pais e filhos) "deve" procurar garantir o mais completo restabelecimento" (e por isso do próprio ou do dependente) estendendo-se à "comunidade em que vive". Em tempos de Covid 19, esta determinação do "dever" mesmo em relação à comunidade, faz ainda mais sentido.

Lemos ou ouvimos nas notícias disseminadas, de casos de pessoas infetadas com Covid 19 que saem das suas habitações para circularem no meio de outras, ou que as praias estão cheias (de potenciais propagadores) e não respeitando este "dever" claro, muitas pessoas colocam outras em risco.

Se refletirmos nesta incapacidade, recusa, indiferença ou alheamento de responsabilidade para o dever destas pessoas, que colocam as comunidades em risco, não poderemos chamá-los de "cidadãos".

Ser "cidadão" é um título de credibilidade e de responsabilidade que é dado a quem intervém em benefício, seu, dos que deles dependem e dos que consigo convivem

numa comunidade, para a construção de uma melhor sociedade.

Continuando pelos deveres, este é particularmente interessante, o "dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento". **Haverá quem minta? Quem tenha vergonha ou embaraço do que tem? Provavelmente a resposta é "sim".** Sabemos que são os que têm mais baixa literacia em saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016) que são os mais embaraçados e envergonhados, mas provavelmente aqui estarão não apenas os que têm educação e rendimentos limitados ou escassos. **A vergonha e o embaraço da doença atingem muitas pessoas independentemente do seu *status*.**

Se por um lado, há "liberdade" para aceitar as indicações dadas pelos profissionais de saúde, por outro, o paciente tem o dever de cooperação, isto é, deve colaborar para o fim que se pretende (preventivo, curativo, de promoção).

Esta participação do paciente na saúde implica ainda que, ao utilizar os serviços de saúde, o faça de forma apropriada.

Quando outro dos deveres consiste também na sua colaboração ativa para reduzir gastos desnecessários, voltamos outra vez ao determinante da saúde que é a literacia em saúde, que envolve as competências cognitivas (próprias) e sociais (saber viver em comunidade) para gerir a sua saúde,

e tomar decisões que melhorem o seu estado ou de quem de si depende, de forma responsável e com cidadania.

Fica a pergunta se esta cidadania precisa de mais educação, promotora não apenas de conhecimento em saúde, mas do valor da dignidade e do respeito humano.

Somos, fomos e seremos sempre pacientes. Pacientes em saúde, sem dúvida e, pacientes em tudo?

Urge educar. Urge mudar. Urge intervir.

Excerto da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (extraído do *sítio* público da Ordem dos Médicos (2020)

DIREITOS DOS DOENTES

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.

4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados.

5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.

7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.

8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico.

9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.

10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico. 11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.

11. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

DEVERES DOS DOENTES

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.

2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento.

3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.

4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.

5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.

6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários.

Referências

American Hospital Association. (2003). The patient care partnership: Understanding expectations, rights and responsibilities. Disponível em: http://wwwahaorg/content/00-10/pcp_english_030730.pdf

Crano, W. D., & Siegel, J. T. (2017). Social signals and persuasion. In J. K. Burgoon, N. Magnenat-Thalmann, M. Pantic & A. Vinciarelli (Eds.), *Social signal processing* (pp. 97–109). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Cruz, J., & Gomes, C. (2013). O conceito de filosofia da medicina em Pellegrino e Thomasma. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 11, 82–99 / ISSN: 2244-7482

Engel, G.L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy, 6,* 101–123.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Nunes, R., & Melo, H. (). Parecer n.º p/18/apb/10 — carta dos direitos do utente dos serviços de saúde relatores. Porto; Associação Portuguesa de Bioética. www.apbioetica.org

O'Keefe. D.J. & Medway, F.J. (1997). The application of persuasion research to consultation in school*. Psychology*, *35*(2), 173.193.

Ordem dos Médicos. (2020). Carta de direitos e deveres dos utentes. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/carta-dos-direitos-e-deveres-dos-utentes/

Szasz. T., & Hollender M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine, 97,* 585−592.

WONCA. (2002). Definição europeia de medicina geral e familiar *(Clínica Geral/Medicina Familiar).* Barcelona: WONCA.

Vaz de Almeida, C. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde. Literacia em saúde e competências de comunicação dos profissionais de saúde. O modelo de comunicação em saúde ACP. *Revista Nephros, 21*(1), 25–28. https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Imagem (fernandozhiminaicela) gratuita em Pixabay

We’re all patient — Rights and duties

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 14, 2020

We’re all patient. Sooner or later. Because being patient doesn’t mean being sick.

In the life cycle, and so even before our birth, when we are growing up in our mother’s belly, she was probably followed from the beginning of her family planning consultation, went through a series of routine consultations, ultrasounds or measurements and evaluations, until birth. And then, we officially go our way in health, as patients.

We’re like this, all patient, sooner or later.

Already in the 1950s, Szasz and Hollender (1956) envisioned patient-centered care, where the hegemony of the physician gave way to a more collaborative and representative agreement of the true dyad in health, showing the possibility of existence, in the relationship in health, of approximately equal powers between professional and patient, in mutual interdependence and satisfactory activities for both (p. 587).

Engel (1981) showed us the strength of the biopsychosocial model and the human nature of the relationship in health. Nothing is done without the person. And it is with the person that the professional makes it into what it is.

This credibility of the source is seen as the ability of the health professional to provide valid information, to which its reliability is added, that is, its veracity, without considerations of gain (Crano & Siegel, 2017, p. 98).

The professional is a reliable expert (O'Keefe & Medway, 1997).

But this introduction comes about what is intended to be reflected and what is the field of the rights and duties of patients.

The Order of Physicians (Ordem dos Médicos , 2020) designates the Charter of Rights and Duties of Users as an "instrument of partnership in health and immediately states that it is not a document of "confrontation", but that it contributes to the "primacy of the citizen, central figure of the entire Health System" and that serves "to develop a good relationship between patients and health care providers". This note from the OP — Order of Physicians (Ordem dos Médicos , 2020) highlights in its text that the purpose of the "letter" is "above all to stimulate a more active participation by the patient".

But this "confrontation" to which the OP (Ordem dos Médicos, 2020) warns does not seem to make sense, when observed that we have twice the rights (12) in relation to duties (6).

In this reflection, it might be worth not to designate as "sick" the one who is represented in the "Letter", because if we think of such a pregnant lady, who has no disease or pathology because

she is simply in this state and wants to follow up on health care in the community, for example, and who will be accompanied, and well, by a general and family medicine physician (FGM) during her pregnancy, is not necessarily a "sick", "word that etymologically comes from *dolentia* and that can be understood as lack or disturbance of health" (Nunes & Melo, 2010, p. 3).

And even "considering that sick people constitute a particularly vulnerable and fragile group" (Nunes & Melo, 2010, p. 9), as people who are, have the rights that assist all others. And the first of these rights is "respect for human dignity."

When we talk about "human dignity" we assume a fundamental right, constituted in all civilizations.

Cruz and Gomes (2013), reflect that "the disease does not give or take away rights to the person; what happens is the recognition coming from outside, from the other (from the doctor), and the assent of the person who constitutes himself in the "right" and the "duty" to be healed and treated" (p. 83).

For these authors (Cruz & Gomes, 2013), **"there is only disease if there is a person"**. Therefore, the person predates the disease, so by antonomasia, the intrinsic dignity of the person confers on him the substantial right and duty and never circumstantial" (p. 83).

The *Patients' Rights of* American Hospital Association-AHA Patient's Bill of Rights (1992) stresses that **optimal care should**

be based on open and honest communication, with respect for personal values and sensitivity to differences (e.g., cultural, racial, linguistic, religious, age, gender).

Perhaps that is why, and because the rights are well evident and the "patient" is no longer "the one who suffers in patience", and is not simply "user" because he may not be a mere "user" of public services, that the term "patient", immediately perceivable and recognizable in this global world, can be used effectively, and without negative connotations, transversally.

If, however, we persist in recognizing that the person uses health services as a consumer, and if we consider health as a good of consumption and not of social law, we should perhaps call it a "client" (Takauti, Pavone, Cabaral & Tanaka, 2013, p. 176).

But whether in private services or in public service, the rights reserved for us, all without exception of gender, colour, race, age, cultural, philosophical and religious convictions, presuppose that we are treated with respect for human dignity.

Information, consent and confidentiality are evident in the Charter of Rights.

This "information" is more than the junction of the sign and its content, because it is imbued with understanding, so it becomes "communication" (Wonca, 2002).

When we reflect on the "duties", the responsibility of each one for "ensuring their state of health" is evidenced. The "Charter"

is clear, that is to say that each person (or on whom it depends, for example care of elderly person or parents and children) who "must" seek to ensure the most complete re-establishment (and therefore of the own or the dependent) and extends and to the "community in which he lives". In Times of Covid 19, this determination of "duty" even in relation to the community makes even more sense.

We read or hear in the widespread news, of cases of people infected with Covid 19 who leave their homes to circulate in the midst of others, that the beaches are full (of potential propagators) and not respecting this "duty" of course, many people put others at risk.

If we reflect on this inability, refusal, indifference or alienation of responsibility for the duty of these people, who put the community at risk, we cannot call them "citizens".

Being a "citizen" is a title of credibility and responsibility that is given to those who intervene in beneficence, to their own, to those who depend on them and to those who live in a community for the construction of a **better society.**

Continuing by the duties, this is particularly interesting, the **"duty to provide health professionals with all the information necessary to obtain a correct diagnosis and appropriate treatment"**. Will there be those who lie? Who's ashamed or ashamed of what they have? Probably the answer is yes. We know that it is the ones with the lowest health literacy (Espanha, Ávila & Mendes, 2016) who are the most embarrassed and

ashamed, and probably here will be not only those who have limited or scarce education and incomes. **The shame and embarrassment of the disease affects many people regardless of their *status.***

If there is “freedom” to accept the indications given by health professionals, the patient has a duty of cooperation, that is, he must collaborate for the intended purpose (preventive, curative, promotion).

This participation of the patient in health also implies that, when using health services, it does so appropriately.

When another of the duties also consists of their active collaboration to reduce unnecessary expenses, we return again to the determinant of health that is health literacy, which involves cognitive (own) and social skills (knowing how to live in community) to manage their health and make decisions that improve their state or on whom they depend, responsibly and with citizenship.

The question remains whether this citizenship needs more promoting education, not only health knowledge, but the value of dignity and human respect.

We are and we will always be patient. Patients in health, no doubt and patients at all?

There is an urgent need to educate. It is urgent to change. There is an urgent need to intervene.

Excerpt from the Charter of the Rights and Duties of patients (extracted from the public *site* of the Order of Physicians (Ordem dos Médicos, 2020)

PATIENTS' RIGHTS

1. The patient has the right to be treated with respect for human dignity.
2. The patient has the right to respect his cultural, philosophical and religious convictions.
3. The patient is entitled to receive the appropriate care for his/her health, in the context of preventive, curative, rehabilitation and terminal care.
4. The patient is entitled to continued care.
5. The patient has the right to be informed about existing health services, their skills and levels of care.
6. The patient is entitled to be informed of his/her health situation.
7. The patient has the right to obtain a second opinion on his/her health situation.
8. The patient shall be entitled to give or refuse his consent before any medical act or participation in research or clinical teaching.

9. The patient has the right to the confidentiality of all clinical information and identifying elements that respect him/ her.

10. The patient has the right of access to the data recorded in his clinical process. 11. The patient has the right to privacy in the provision of any and all medical acts.

11. The patient is entitled, by himself or by the person who represents him/ her, to make suggestions and complaints.

PATIENT'S DUTIES

1. The patient has a duty to ensure his/her state of health. This means that it must seek to ensure the most complete recovery and also participate in the promotion of one's own health and the community in which it lives.

2. The patient has a duty to provide health professionals with all the information necessary to obtain a correct diagnosis and appropriate treatment.

3. The patient has a duty to respect the rights of other patients.

4. The patient has a duty to cooperate with health professionals, respecting the indications recommended to him and freely accepted by him.

5. The patient has a duty to respect the rules of operation of health services.

6. The patient has a duty to use health services appropriately and to actively collaborate in reducing unnecessary expenditure.

References

American Hospital Association. (2003). The patient care partnership: Understanding expectations, rights and responsibilities. Disponível em: http://wwwahaorg/content/00-10/pcp_english_030730.pdf

Crano, W. D., & Siegel, J. T. (2017). Social signals and persuasion. In J. K. Burgoon, N. Magnenat-Thalmann, M. Pantic & A. Vinciarelli (Eds.), *Social signal processing* (pp. 97–109). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Cruz, J., & Gomes, C. (2013). O conceito de filosofia da medicina em Pellegrino e Thomasma. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 11, 82–99 / ISSN: 2244-7482

Engel, G.L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy, 6,* 101–123.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Nunes, R., & Melo, H. (). Parecer n.º p/18/apb/10 — carta dos direitos do utente dos serviços de saúde relatores. Porto; Associação Portuguesa de Bioética. www.apbioetica.org.

O'Keefe. D.J. & Medway, F.J. (1997). The application of persuasion research to consultation in school. *Psychology*, *35*(2), 173.193.

Ordem dos Médicos. (2020). Carta de direitos e deveres dos utentes. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/carta-dos-direitos-e-deveres-dos-utentes/

Szasz. T., & Hollender M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine, 97,* 585−592.

WONCA. (2002). Definição europeia de medicina geral e familiar *(Clínica Geral/Medicina Familiar).* Barcelona: WONCA. https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Investir nas organizações literadas para além da saúde: Um caminho para a literacia em saúde

- Cristina Vaz de Almeida | Abril 29, 2020

Destaca-se cada vez mais pela evidência, a importância de refletirmos sobre as "organizações literadas" (Brach e outros, 2012) tanto nas áreas da saúde como na área social (e eventualmente outras) com fortes reflexos no incremento do nível de literacia em saúde dos indivíduos já bem caracterizado por esta baixa LS: idosos, pessoas com carência socioeconómica, migrantes (Sorensen e outros, 2012), pessoas com doenças prolongadas e crónicas, jovens (Svendsen e ouros, 2020), desempregados de longa duração (Espanha e outros, 2016).

A literacia em saúde tem sempre estado associada aos domínios da saúde, embora tenha começado a ser abordada na área da educação (Simonds, 1974).

Face aos desafios de evidência crescente das **populações estarem a envelhecer,** e é nos mais idosos que encontramos maiores níveis de baixa literacia em saúde, urge refletir sobre o investimento académico, social, organizacional e de políticas sociais que prevejam um reforço de investimento na área do social, em particular no âmbito das organizações sociais. **Não esqueçamos, porém, os jovens** que, aprendendo por modelação (Bandura, 1986) beneficiariam de aprendizagens que lhes reforcem os benefícios da promoção da saúde (Nunes,

Almeida & Belim, 2020), além da prevenção da doença e dos cuidados de saúde.

Já em 2012, Brach e seus colegas debruçavam-se sobre "**Dez atributos das organizações de assistência à saúde com conhecimento em saúde**" e consideravam que a literacia em saúde é o produto das capacidades dos indivíduos e das exigências e complexidades relacionadas com a Literacia em saúde e o sistema de saúde (p. 1). Consideram os autores (Brach e outros, 2012) que a falta de comunicação que afeta negativamente o atendimento e os resultados do paciente é muito comum, e os mal-entendidos ocorrem não apenas em situações clínicas (p.2).

Embora Brach e colegas (2012) referissem que os 10 atributos são mais relevantes para as organizações que prestam cuidados de saúde diretamente e incluam os centros comunitários de saúde, consideramos que **também deveriam estar mencionadas as organizações de apoio social em todos os países que combinam o apoio e o serviço social com o serviço e prestações de saúde**, como são por exemplo as IPSS de Portugal ou as Misericórdias a nível nacional, entre outras.

Os autores (Brach e outros, 2012) definiam os 10 passos destas organizações literadas (p. 3):

1. Possui liderança que integra a literacia em saúde na sua missão, estrutura e operações.

2. Integra a literacia em saúde ao planeamento, medidas de avaliação, segurança do paciente e melhoria da qualidade.

3. Prepara a força de trabalho para ser literada em saúde e monitora o progresso.

4. Inclui populações atendidas no planeamento, implementação e avaliação de informações e serviços de saúde.

5. Atende às necessidades das populações com uma variedade de competências de literacia em saúde, evitando a estigmatização.

6. Utiliza estratégias de literacia em saúde nas comunicações interpessoais e confirma o entendimento em todos os pontos de contato.

7. Fornece acesso fácil a informações e serviços de saúde e assistência à navegação.

8. Projeta e distribui conteúdo impresso, audiovisual e de media social fácil de entender e de agir.

9. Aborda a literacia em saúde em situações de alto risco, incluindo transições de cuidados e comunicações sobre medicamentos.

10. Comunica claramente o que os planos de saúde cobrem e o que os indivíduos terão de pagar pelos serviços.

É também nas organizações de cariz social que encontramos uma grande massa de indivíduos, sobretudo idosos, com baixa literacia em saúde que passam por estes 10 atributos e que beneficiariam de um incentivo para a sua melhor preparação, acesso, compreensão e uso da informação e dos serviços.

Recentemente foram publicados alguns artigos que nos permitem refletir sobre esta importância. Um deles é o artigo de "The impact of health literacy on medico-social follow-up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN Survey" (Ousseine e outros ,2020). No estudo de **Ousseine e outros (2020)** "A maioria dos sobreviventes de cancro (66,7%) foi acompanhada por um clínico geral após o diagnóstico inicial de cancro". Observaram os investigadores que, quanto ao acompanhamento da assistente social, "apenas 14,5% tiveram contato com uma assistente social desde o diagnóstico, mas, nos indivíduos com baixo nível de literacia em saúde aumentou o seu contacto e visitas ao médico de família significativamente com o contato com os assistentes sociais".

A literacia em saúde é uma garantia de resultados em saúde, pois permite, de maneira refinada, através de vários instrumentos já bem definidos, o acesso, a compreensão e o uso correto das informações em saúde que interessam a cada indivíduo, para que ele mantenha e melhore sua saúde.

De facto, pessoas com baixa literacia em saúde estão bem identificadas atualmente (Espanha e outros, 2016, Sorensen e outros, 2012), mas estamos a ver outras evidências de baixa

literacia em saúde, como o caso do estudo de **Svendsen, Kronborg, Sørensen, Pelikan e outros (2020),** "Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults" (2020). Neste estudo que utilizou o Questionário Europeu de Literacia em Saúde resumido (HLS 16), verificou-se que os jovens também apresentam baixa escolaridade em saúde, além de populações conhecidas como aquelas com baixo nível socioeconômico, migrantes, pessoas com doenças crônicas, etc.

Torna-se importante refletir sobre as "organizações literadas" nas áreas social, de saúde e educação (e possivelmente outras), com fortes efeitos no nível de literacia em saúde de indivíduos já bem caracterizados por esse baixo LS.

Isso ocorre porque **as organizações sociais também têm um forte componente de intervenção em saúde e lidam continuamente com esses públicos com baixa literacia em saúde.** E por isso têm um nível e proximidade evidente que permite a intervenção sobre questões de literacia em saúde.

No domínio das organizações sociais, são as assistentes e os gestores e técnicos sociais com a parceria com a saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas, higienistas orais e outros) que, devidamente preparados, também podem dar uma contribuição gigantesca para a melhoria das condições de vida e "bem-estar", além da saúde destes indivíduos.

Vemos que para além da saúde as **intervenções sobre o "bem-estar" dos indivíduos e populações, repercute-se muito na sua qualidade de vida** (Kottke e outros, 2016) essencial nessas populações, por exemplo para reintegrar socialmente e ativamente pessoas com doenças crónicas ou que estejam em recuperação de situações oncológicas, e que tenham ao mesmo tempo as múltiplas limitações como sejam necessidades económicas, baixo nível educativo e com baixa percepção do mundo complexo da saúde.

Através da **capacitação dos profissionais** de saúde (Almeida, 2019) e de outras áreas é possível obter resultados.

Este também deve ser um lema de novas reflexões sobre organizações literadas, como as que existem em Portugal de médio e grande dimensão.

A literacia em saúde é o resultado de um bom controle das bases da saúde: garantir que o acesso, a compreensão e o uso sejam corretos para cada indivíduo, independentemente dos seus círculos de proximidade, e chegar onde ele possa estar afeto, seja em organizações de saúde, sociais, educativas ou culturais.

Referências

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literaci

a%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf

Brach, C., Keller,D., Hernandez,L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016). ***A literacia em saúde em Portugal***. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kottke, T.E, Stiefel, M., & P. Pronk, N. P. (2016). "Well-Being in All Policies": Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People's Lives. ***Preventing chronic disease — Public health research, practice, and policy 13***(e52), 1–7. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160155

Nunes, C., Almeida, C. & Belim, C. (2020) Health Literacy in Younger Age Groups: Health Care Perceptions: Informed People Will Be More Prepared People. ***Open Access Library Journal***, 7, 1–14.
doi: 10.4236/oalib.1106187. https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=98997

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy***. Health Education Monograph***, ***2,*** 1–25.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. ***BMC Public health***, ***12,*** 80.

Veiga, A., & Vaz de Almeida, C. (2020). Problem-Solving in Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus in Older People. Patient Safety & Quality Health Care - PSQH [online) Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/problem-solving-in-prevention-of-type-2-diabetes-mellitus-in-older-people/

Youssoufa M. Ousseine; Y.M., Bouhnik, A-D, **Peretti-Watel**, P., **Sarradon-Eck**, A., **Memoli**, V., **Bendiane**, M-K., **Durand**, M-A., Mancine, J., (2020). The impact of health literacy on medico-social follow-up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN survey https://doi.org/10.1002/cam4.3074

Imagem gratuita em Pixabay

Investing in literate organizations beyond health: A path to health literacy

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 14, 2020

The evidence highlights the importance of reflecting on "literate organizations" (Brach et al., 2012) both in the health and social areas (and eventually others) with strong repercussions in increasing the level of literacy in health of individuals already well characterized by this low LS: elderly, people with socioeconomic deprivation, migrants (Sorensen et al., 2012), people with long-term and chronic illnesses, young people (Svendsen and others, 2020), long-term unemployed (Espanha and others, 2016).

Health literacy has always been associated with health domains, although it has started to be addressed in the area of education (Simonds, 1974).

In view of the challenges of increasing evidence that populations are aging, and it is in the elderly that we find the highest levels of low health literacy, there is an urgent need to reflect on academic, social, organizational and social policy investments that provide for increased investment in the area of particularly in the context of social organizations. Let us not forget, however, young people who, learning through modeling (Bandura, 1986) would benefit from learning that reinforces the

benefits of health promotion (Nunes, Almeida & Belim, 2020), in addition to disease prevention and health care.

As early as 2012, Brach and his colleagues looked at "Ten attributes of health care organizations with knowledge in health" and considered that health literacy is the product of the capabilities of individuals and the requirements and complexities related to Literacy in health and the health system (p. 1). The authors consider (Brach et al., 2012) that the lack of communication that negatively affects patient care and results is very common, and misunderstandings occur not only in clinical situations (p.2).

Although Brach and colleagues (2012) mentioned that the 10 attributes are most relevant for organizations that directly provide health care and include community health centers, we believe that social support organizations in all countries that combine support and social service with health services and services, such as the IPSS of Portugal or the Misericórdias at national level, among others.

The authors (Brach et al., 2012) defined the 10 steps of these literate organizations (p. 3):

1. Has leadership that integrates health literacy in its mission, structure and operations.
2. Integrates health literacy into planning, assessment measures, patient safety and quality improvement.

3. Prepare the workforce to be health literate and monitor progress.
4. Includes populations served in the planning, implementation and evaluation of health information and services.
5. Meets the needs of populations with a variety of health literacy skills, avoiding stigmatization.
6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact.
7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance.
8. Designs and distributes print, audiovisual and social media content that is easy to understand and act.
9. Addresses health literacy in high-risk situations, including transitions in care and communications about medicines.
10. Clearly communicate what health plans cover and what individuals will have to pay for services.

It is also in social organizations that we find a large mass of individuals, especially the elderly, with low health literacy who go through these 10 attributes and who would benefit from an incentive for their better preparation, access, understanding and use of information and services.

Recently, some articles have been published that allow us to reflect on this importance. One is the article in “The impact of health literacy on medico-social follow-up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN Survey” (Ousseine et al., 2020). In the study by Ousseine et al. (2020) “The majority of cancer survivors (66.7%) were followed up by a general practitioner after the initial cancer diagnosis”. Researchers observed that, regarding the monitoring of the social worker, “only 14.5% had contact with a social worker since the diagnosis, but in individuals with a low level of health literacy their contact and visits to the family doctor increased significantly contact with social workers”.

Health literacy is a guarantee of health outcomes, as it allows, in a refined way, through several well-defined instruments, access, understanding and the correct use of health information that interests each individual, so that it maintains and improve your health.

In fact, people with low health literacy are currently well identified (Espanha and others, 2016, Sorensen and others, 2012), but we are seeing other evidence of low health literacy, such as the case of the study by Svendsen, Kronborg, Sørensen, Pelikan et al. (2020), ”Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults” (2020). In this study that used the summarized European Health Literacy Questionnaire (HLS 16), it was found that young people

also have low health education, in addition to populations known as those with low socioeconomic status, migrants, people with chronic diseases, etc.

It is important to reflect on “literate organizations” in the social, health and education areas (and possibly others), with strong effects on the level of health literacy of individuals already well characterized by this low LS.

This is because social organizations also have a strong component of health intervention and continuously deal with these publics with low health literacy. That is why they have an evident level and proximity that allows intervention on health literacy issues.

In the field of social organizations, it is the assistants and managers and social technicians in partnership with health (nurses, doctors, psychologists, pharmacists, therapists, oral hygienists and others) who, if properly prepared, can also make a huge contribution to health. improvement of living conditions and “well-being”, in addition to the health of these individuals.

We see that in addition to health interventions on the “well-being” of individuals and populations, it has a great impact on their quality of life (Kottke et al., 2016) essential in these populations, for example to socially and actively reintegrate people with diseases chronic or recovering from oncological situations, while having multiple limitations such as economic needs, low educational level and low perception of the complex world of health.

Through the training of health professionals (Almeida, 2019) and other areas, it is possible to obtain results.

This should also be a motto for new reflections on literate organizations, such as those that exist in Portugal of medium and large dimensions.

Health literacy is the result of a good control of the bases of health: ensuring that access, understanding and use are correct for each individual, regardless of their circles of proximity, and reaching where they may be affected, whether in organizations health, social, educational or cultural.

References

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf

Brach, C., Keller,D., Hernandez,L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kottke, T.E, Stiefel, M., & P. Pronk, N. P. (2016). "Well-Being in All Policies": Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People's Lives. *Preventing chronic disease — Public health research, practice, and policy 13*(e52), 1–7. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160155

Nunes, C., Almeida, C. & Belim, C. (2020) Health Literacy in Younger Age Groups: Health Care Perceptions: Informed People Will Be More Prepared People. *Open Access Library Journal*, 7, 1–14.
doi: 10.4236/oalib.1106187. https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=98997

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, *2,* 1–25.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,* 80.

Veiga, A., & Vaz de Almeida, C. (2020). Problem-Solving in Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus in Older People. Patient Safety & Quality Health Care - PSQH [online) Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/problem-solving-in-prevention-of-type-2-diabetes-mellitus-in-older-people/

Youssoufa M. Ousseine; Y.M., Bouhnik, A-D, Peretti-Watel, P., Sarradon-Eck, A., Memoli, V., Bendiane, M-K., Durand, M-A., Mancine, J., (2020). The impact of health literacy on medico-social follow-up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN survey https://doi.org/10.1002/cam4.3074

Source: https://apatria.org/saude/investir-nas-organizacoes-literadas-para-alem-da-saude-um-caminho-para-a-literacia-em-saude/

Imagem gratuita em Pixabay

Literacia em saúde e a prevenção da deficiência: Prevenir antes de reabilitar

- Cristina Vaz de Almeida | Julho 16, 2020

Se as pessoas pensassem e percebessem melhor as consequências dos seus atos, para si e para os outros, provavelmente não se colocariam tanto em risco. Mas para aceder, compreender e usar a informação, as questões da literacia em saúde são cruciais, e o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais dos indivíduos devem estar na ordem do dia. Educar para agir e prevenir.

Promover competências implica dar mais conhecimentos, capacidades e atributos pessoais (OCDE, 2005; Tench & Konczos, 2013).

Até 2020, um quinto da população da União Europeia deverá ter algum tipo de deficiência (União Europeia, 2020). A UE e os seus Estados-Membros anunciam que "estão empenhados em melhorar a situação social e económica das pessoas com deficiência" (União europeia, 2020). Segundo o centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC) cerca de 10% das pessoas, isto e, um total de 650 milhões de pessoas tem uma deficiência, considerando-se "a maior minoria do mundo".

Quando a Comissão Europeia descreve as formas de "Sensibilização", apesar de ser uma forma positiva de intervir

sobre o que já existe, mostra uma visão *a posteriori*, e já depois dos acontecimentos que provocaram esta catástrofe anual de deficiência prevenível: a Comissão Europeia (2010) está "empenhada em aumentar a conscientização sobre as condições de vida das pessoas com deficiência, os desafios que encontram no dia-a-dia e ferramentas para melhorar suas vidas" (União Europeia, 2020).

A questão, por isso, que urge refletir com maior profundidade e com debates entre as várias forças interventoras de cada nação é, para além da intervenção ajuzante, como se procede também para se intervir numa prevenção da deficiência adquirida, que tem necessariamente de ser a "montante" (Vaz de Almeida, 2014).

Para se evitar deficiência adquirida, sobretudo a provocada por acidentes de viação, em obras, domésticos o trabalho mais profundo no desenvolvimento das competências de acesso, compreensão e uso da informação e dos serviços é determinante para uma antecipação e prevenção dos riscos.

Os acidentes de viação na Europa matam cerca de 25.600 vidas e deixam mais de 1,4 milhão de pessoas feridas, nos dados de 2016 (European Commission, 2018). Destes totais e numa distribuição de fatalidades/mortes pelo modo de transportem verifica-se que um total de 47% são devidas a acidentes de carro, 22% de circulação de pedestres, 14% de motas, 8% de bicicletas e o resto devido a pequenos veículos (CARE, 2018)

Baseando-nos em Kim & Grunig (2011) que avaliam uma dimensão tripartida e interligada para a resolução de problemas, se as pessoas fossem ensinadas/educadas a conhecer melhor as formas de estar em maior segurança na sociedade, avaliar melhor os seus limites, reconhecer as suas barreiras e crenças e ultrapassar os seus constrangimentos, provavelmente o nível de acidentes desceria.

No campo apenas dos acidentes de viação, se tivermos em consideração o estado do tempo, e de acordo com os dados da CARE (2018), 71% dos acidentes verificam-se com o tempo seco, 9% devido a chuva, 13% não se conseguiu identificar a condição do tempo, 4% outros fatores e 1% devido ao vento. Destes dados pode tirar-se a ilação que a maioria não é provocada pelo tempo (tempo seco: 71%). (Tabela 1).

Tabela 1. As condições do tempo nos acidentes.

Influência do tempo	*Tempo seco*	*Chuva*	*Vento*	*Não identificado*
Acidentes de viação	71%	9%	1%	13%

Fonte: CARE

A Pordata (2017) revela que apesar dos números estarem a diminuir, a Europa regista ainda 3.116. 691 (2017) acidentes graves.

Os países europeus onde se registam mais quedas, esmagamentos, choques ou outros acidentes de trabalho que provocam ferimentos graves ou a morte de trabalhadores continua a ser na Alemanha com 878.525 pessoas com acidentes graves e com 430 mortos (2017), seguido de França com 753.156, Espanha com 453.437, Itália com 294.16, e Portugal com 135.488 acidentes graves e 130 mortos (2017).

A maior descida de acidentes preveníveis desde 1994 foi registada pela Alemanha que em 1994 contabilizava 1.763.961 pessoas e pela Itália que nesse ano contava com 752.450 pessoas com graves acidentes, mas, em contrapartida, com 484 mortos e por isso superior a Alemanha.

Continuamos a creditar "que a literacia é de fato uma acessibilidade anterior, para uma maior compreensão do mundo em que vivemos, e por isso, compreendendo e

prevenindo melhor o acidente a deficiência adquirida" (Vaz de Almeida, 2015, p. 107)

CAMINHOS DE INTEGRAÇÃO PARA UM RESULTADO MAIS EFICAZ

O caminho da literacia em saúde na prática exige uma reflexão e intervenções conjuntas do indivíduo, da família, grupos, associais, organizações e entidades sociais, económicas, culturais, desportivas, políticas, e outras para que se surta um resultado integrado.

Entre algumas soluções e intervenções, podemos destacar no quadro 1 as seguintes.

Quadro 1. Literacia em saúde como prevenção da deficiência adquirida: Acesso, compreensão e uso da informação e dos serviços

ACESSO	COMPREENSÃO	USO
Apresentar uma informação realista e fundamenta da em dados nos Media	Implicar as escolas e professores na dinamização da informação compreensível para os vários graus de alunos	Uso da informação relacionada com a prevenção dos riscos de uma deficiência adquirida
Preparar educadores e professores sobre os riscos dos acidentes, formas de se evitar a deficiência prevenível	Implicar organizações do trabalho nas formas de disseminação das regras de segurança, com formação obrigatória de todos os envolvidos nos processos de operacionalização com risco para a pessoa	Uso dos espaços que integram uma filosofia de atenção à prevenção, seja a nível da arquitetura ou da construção
Envolver os media nacionais e locais na	Reconhecer e registar a falta de compreensão dos públicos-alvo, fazendo-os	Formas de uso e de proteção do corpo e da mente no trabalho,

prevenção de riscos	participar na construção das intervenções	domicílio, vias de circulação, praias, etc.
Melhorar comunicação da prevenção de riscos integrando um conjunto de intervenções (media, redes sociais, campanhas, boca a boca, folhetos, artigos, ações)	Preparar suportes mais compreensíveis usando o Modelo ACP, com linguagem assertiva, clara e positiva (Vaz de Almeida, 2019)	Uso sistemático de medidas e equipamentos de proteção em obras/construções, com punição de coimas elevadas para as organizações e fiscalização intensiva
Dar mais acesso aos números relacionados com os resultados dos riscos e da deficiência prevenível nas escolas	Utilizar o entretenimento para melhorar a compreensão da prevenção dos riscos de deficiência prevenível	Criar estruturas locais de ensino de pessoas que possam já ter algum tipo de deficiência (pessoas com *Síndrome de Down*) e preparar as famílias, comunidade e elas próprias

		para o uso correto dos materiais, equipamentos, etc.
Preparar melhor os profissionais de saúde para o acesso de pessoas com potencial de risco futuro de acidentes preveníveis	Preparar os grupos e organizações mais intervenientes na comunidade para alerta de fatores de riscos (violência doméstica sobre idosos, crianças), criando camais mais efetivos de denúncia	Criar canais expeditos de denúncia de riscos de violência conducentes a deficiência prevenível
Rever formas de acesso á informação, procurando o que é inovador e sobretudo o que tem interesse em termos de meios e de conteúdos para os vários segmentos	Utilizar sistematicamente uma comunicação assertiva, clara e positiva, de construção de significados e de *feedback* constante, que conte com as pessoas e com o que elas compreendem efetivamente	Criar estruturas comunitárias de grupos de voluntários para limpeza de espaços que possam trazer doenças e deficiência evitável (limpeza de praias onde possam estra vidros, materiais que possam provocar lesões

no ciclo de vida (crianças, jovens, adultos, idosos)		graves que conduzam a uma deficiência prevenivel)

Fonte: Elaboração própria

CAMINHOS NA PREVENÇÃO

O que pode ainda ser feito para se prevenir a deficiência exige um olhar numa perspetiva sistémica e de interinfluências (Mcleroy e outros, 1988). Para isso temos de avaliar e integrar o individuo entre os seus pares, nos grupos que frequenta ou pelos quais são influenciados, na família, escola, comunidade e sociedade.

A par disto os determinantes sociais como a educação, os transportes, o emprego, e um grande determinante da saúde, a literacia em saúde que envolve o acesso, a compreensão e o uso da informação crucial que estimula a capacidade de cognição para a prevenção e avaliação dos riscos.

Este trabalho de literacia em saúde envolve assim um conjunto de elementos que contribuem para uma sociedade mais segura e que, detém os conhecimentos específicos que podem também ser partilhados de forma multissectorial. Os próprios objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) refletem esta necessidade e capacidade integrativa das várias forças da sociedade.

Sãos as linhas programáticas dos Objetivos do Desenvolvimento sustentável que anunciam os necessários investimentos e que incluem não apenas os países em desenvolvimento e que passam por (entre outros):

- **Reforçar a capacidade de todos os países, para o alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos nacionais e globais de saúde.**

E como poderemos alcançar este desígnio? Que caminhos práticos são possíveis? Para este alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos nacionais e globais de saúde, torna-se importante reunir um conjunto integrado e participativo de intervenções (Quadro 2).

Quadro 2. Integração e participação multisetorial para evitar uma deficiência prevenível

1. **Inclusão dos bombeiros, polícias, nadadores-salvadores, e outras forças de prevenção do risco e de segurança no ensino da prevenção de acidentes.**
2. **Promover visitas de escolas a centros de reabilitação para troca de experiências com pessoas que sofreram acidentes preveníveis.**
3. **Promover competências parentais, seja nos locais de trabalho, através dos *media*, ou mesmo no domicílio.**
4. **Trabalhar os conceitos/ideias e ações juntando a razão + emoção: Melhorar as formas e meios de educação em saúde com componentes obrigatórias de cognição e emoção (aprender significa reter a informação e apenas com a combinação de aspetos cognitivos e emocionais se impregna na memória as ações pretendidas).**
5. **Coordenar com os *media* nacionais e locais as formas de difusão de informação adequada aos vários segmentos.**
6. **Trabalhar com as associações promotoras de segurança infantil, jovens e adultos em projetos integrados na comunidade (virados para fora das associações).**

7. **Promover políticas comunitárias de adaptação de espaços e arquitectura para uma maior segurança (estrada, habitação, acessibilidade).**

8. **Concursos orientados para crianças e jovens sobre prevenção da deficiência e associar as políticas de estilos de vida saudável a esta necessária prevenção de riscos e acidentes que provoquem deficiência.**

9. **Fomentar os testemunhos nos media e nos meios diversos de comunicação em redes socais, daqueles que já sofreram sinistros que conduziram a deficiência e promover as campanhas para além da sua limitada duração no tempo (passar dos media para as comunidades e grupos).**

10. **Organizar eventos associados á prevenção de deficiência adquirida com prémios para soluções inovadoras relacionadas com as pessoas, com os espaços físicos e meios.**

Investir neste determinante da saúde que é a literacia em saúde parece ser um bom caminho. Mas deve ser feito de forma consciente, participada e trabalhar em conjunto na procura de caminhos e soluções que tornem as pessoas mais atentas, mais eficazes na prevenção dos riscos e na defesa da sua saúde física, mental, psicológica e espiritual.

Referências

CARE project. (1993). Community database on road accidents (93/704/EC). European Commission, *Jornal Oficial, L 329, 0063–0065.*

Comissão Europeia. (2010). Estratégia europeia para a deficiência 2010–2020: compromisso renovado a favor de uma europa sem barreiras

European Commission (2018). Annual Accident Report 2018. European Commission: Directorate General for Transport.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, *15*, 351–377.

OCDE. (2005). The definition and selection of key competencies executive summary. OCDE.

Pordata. (2017). Acidentes de trabalho graves e mortais. [on line]. Disponível em: https://www.pordata.pt/Europa/Acidentes+de+trabalho+graves+e+mortais-1355

Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.

União Europeia. (2020). Persons with disabilities. [online]. Disponível em: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137

Vaz de Almeida, C. (2015). A Literacia como uma acessibilidade no domínio da prevenção da deficiência. *Revista Cidade Solidária*, 106–113. [online] Disponível em:https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Vaz_De_Almeida/publication/337992416_LITERACIA_COMO_ACESSIBILIDADE_NO_DOMINIO_DA_DEFICIENCIA/links/5df95158a6fdcc283728dc99/LITERACIA-COMO-ACESSIBILIDADE-NO-DOMINIO-DA-DEFICIENCIA.pdf

Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook]

http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf

Imagem (PublicDomainPictures) gratuita em Pixabay

O humor cura? O sentido do bem-estar

- Cristina Vaz de Almeida | Maio 12, 2020

O mês de maio é dedicado à promoção da saúde mental (Mental Health Foundation, 2020). A Semana de Consciencialização em Saúde Mental acontece de 18 a 24 de maio de 2020. O tema é 'bondade', o que implica também ser gentil consigo mesmo, tirando um tempo para si.

A saúde mental tem vindo a ser debatida de forma contínua, mas ainda com soluções escassas a nível mundial.

As estratégias para lidar com o stress, com o medo, com a ansiedade (consideradas a níveis normais e não patológicos) tem uma forte componente emotiva, emocional, que a maioria das pessoas entende à primeira.

Percorremos o caminho da saúde para alcançarmos um patamar mais elevado de bem-estar.

O bem-estar é o componente positivo da saúde, que inclui ter uma boa qualidade de vida e uma boa sensação de bem-estar, através de uma visão positiva da vida (WHO, 2014, p. 25).

Kottke Stiefel e Pronk (2016) defendem que o bem-estar é um conceito positivo e não se trata apenas de saúde física. Uma pessoa pode ter uma doença crónica, limitante, mas mesmo assim sentir satisfação com a vida. Vemos exemplos desses diariamente, como por exemplo uma pessoa mais velha que

recebe a visita e os abraços dos netos que a deixam num "estado de felicidade", apesar de poder ter uma doença crónica tendencialmente incapacitante.

Sorrimos e distraímos os pensamentos mais negativos quando lemos ou vemos imagens divertidas sobre uma situação ou acontecimento real, como tem acontecido com os inúmeros textos e imagens associados ao humor nestes tempos de Covid-19.

O humor envolve questões cognitivas (a perceção das incongruências), emocionais (maior bem-estar) e interpessoais (Martin, 2007).

De acordo com a OMS, o simples fato de não estar doente não significa que a pessoa esteja bem. Cognição, emoção, comportamento e comunicação fazem parte do constructo do humor, que é considerado por Ganz e Jacobs (2014) como um estado mental.

E o humor tem uma componente muito forte em tempos de tensão.

Quando avaliados os efeitos físicos, vários autores (Fredrickson, 2000; Lefcourt, Davidson, Prkachin & Mills, 1997; Franzini, 2001; Martin, Kuiper, Olinger & Dance, 1993;) revelam que **os efeitos dos humores são fisiológicos, psicológicos e sociais.**

Fredrickson (2000) explica que o **contentamento e a alegria têm efeitos aceleradores na recuperação cardiovascular e na superação de emoções negativas.**

Lefcourt, Davidson, Prkachin e Mills (1997) mostram que o humor tem efeitos fisiológicos ao **nível da pressão arterial e cardiovascular**.

Franzini (2001) aborda o humor terapêutico e os seus efeitos na **diminuição do stress e desgaste dos profissionais.**

Martin, Kuiper, Olinger e Dance (1993) associam o uso do humor **à elevação da autoestima e uma função protetora do stress**, assim como Martin aforma que é um fenómeno social (2016).

Se considerarmos estes tempos de confinamento e de restrições diversas que a população tem passado, nomeadamente, limitação no contato social, afastamento dos entes queridos, questões económicas, desgaste perante a incerteza, outras incapacidades tanto físicas como psicológicas que surgiram desta crise COVID — 19, poder-se-á fazer um paralelo com os resultados de um grande cataclismo, súbito, imediato, inesperado e com efeitos muitas vezes não visíveis nos primeiros tempos. Os resultados deste impacto podem ainda não ser visíveis. As questões associadas ao trauma após os incidentes gravosos (SPT — stress pós-traumático), estados de grande ansiedade poderão ainda vir a manifestar-se.

Cai, Yu, Rong e Zhong (2014) e Newman e Stone (1996), são autores que defendem que usar e treinar o humor para uma melhor saúde mental pode se uma das estratégias para se ultrapassarem momentos difíceis.

Atualmente as redes digitais permitem essa navegação pelo humor nas várias vertentes, permitindo aceder a filmes, vídeos, cartoons imagens, desenhos e outras manifestações de arte associada ao humor.

Porque melhora a qualidade de vida, diminui sintomas de depressão e ansiedade (Lebowitz, Suh, Diaz & Emery, 2011), melhora a saúde psicológica, estimula a nossa relação com o mundo (Martin, 2007), o humor faz bem.

Pela facilidade e diversidade, deixo aqui alguns links interessantes. A partilha aumenta a nossa capacidade relacional. Pelo que incentivo a uma partilha de bom humor entre os vossos amigos e conhecidos. Faz bem à saúde. Proporciona bem-estar. Estabelece relações.

- Museu virtual do cartoon http://cartoonvirtualmuseum.org/i_gal_anticovid_f.htm
- Cartoons na internet: https://www.google.com/search?q=cartoons+covid&sxsrf=ALeKk02Twhc1nzxQqcL_2O7qXQqqQSwJnQ:1589225001707&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjfoMe9xKzpAhUKEBQKHcKgAroQ_AUoAXoECAsQAw&biw=1920&bih=947
- Rute agulhas falando sobre o humor: http://cartoonvirtualmuseum.org/i_gal_anticovid_f.htm

Referências

Andresky, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. Psychiatry Research, 79, 131–138.

Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.

Cai, C., Yu, L., Rong, L., & Zhong, H. (2014). Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research, 59*, 174–178. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.09.010

Cassoli,T. (2016). Humanização, psicologia e riso: produção de liberdade e processos de subjetivação. *Revista Polis e Psique,* 6(2),109–133.

CDC. (2020). Health Literacy in the United States. [online report]. Retrieved from: https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page669.html

Damásio. A. (2013). O sentimento de si. Corpo, emoção e consciência. Lisboa: Círculo de Leitores.

Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and wellbeing. *Prevention and Treatment, 3,* 1–26.

Ganz, F. & Jacobs, J. (2014). The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*, 35(3), 205–211. doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.01.005

Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: A Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 1–8.* doi:10.1093/ecam/nep106

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Kottke, T.E, Stiefel, M., & P. Pronk, N. P. (2016). “Well-Being in All Policies”: Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People’s Lives. *Preventing chronic disease—Public health research, practice, and policy 13*(e52), 1–7.

Lebowitz, K., Suh, S., Diaz, P., & Emery, C. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4), 310–319. doi: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.07.010

Lefcourt, H.M., Davidson, K., Prkachin, K.M., & Mills, D.E. (1997). Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. *Journal of Research in Personality*, 31, 523–542.

Franzini, L. R. (2001). Humor in therapy: the case for training therapists in its uses and risks. *J Gen Psychology, 128*(2), 170–193.

Martin, R. A., Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Dance, K. A. (1993). Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research, 6*(1), 89–104. https://doi.org/10.1515/humr.1993.6.1.89

Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin, 127,* 504–519.

Martin, R.A. (2016). Humor and Mental Health. In Encyclopedia of Mental Health (2Ed.) (pp. 350–353). doi: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00044-6

Martin, R.A. (2007). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach.* Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

Mental Health Foundation (2020). Mental Health Awareness Week [online] retrieved from: https://www.mentalhealth.org.uk/campaigns/mental-health-awareness-week

Newman, M.G., & Stone, A.A. (1996). Does humor moderate the effects of experimentally induced stress? *Annals of Behavioral Medicine, 18,* 101–109.

Nimmon, L., & Regehr, G. (2018). The complexity of patient health communication social networks: a broadening of physician communication. *Teaching and Learning in Medicine, 30*(4),352–366.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary, *Health Promotion International*, *13,* 349–364.

Rotton, J. (1992). Trait humor and longevity: Do comics have the last laugh? *Health Psychology, 11,* 262–266.

Rutherford, K. (1994). Humor in psychotherapy. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice, 50*(2), 207–222.

Siamparlis-Wildeboer AHC, Feijen-De Jong EI, Scheele F, (2020). Factors influencing patient education in Shared Medical Appointments: integrative literature review. Patient *Education and Counseling,* 1–18.

Sirigatti, S., Penzo, I., Giannetti, E., Casale, S., & Stefanile, C. (2016). Relationships between humorist profiles and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 90,* 219–224. doi: https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.011

Stieger, S., Formann, A., & Burger, C. (2010). Humor styles and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Personality and Individual Differences, 50*(5), 747–750. doi: https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.025

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A Archives of Internal Medicine, 97*(5), 585–592.

Tench, R., & Moreno, A. (2015). Mapping communication management competencies for European practitioners. *Journal of Communication Management, 19*(1), 39–61. doi:10.1108/jcom-11-2013-0078

Tench, R., Zerfass, A., Verhoeven, P., Moreno, A., Okay, A., & Verčič, D. (2013a). *ECOPSI Benchmarking Report.* Leeds: Leeds Metropolitan University.

Thompson, T. (2003). Introduction. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 1–5). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Thorson, E., & Duffy, M. E. (2009). Health communication in the new media landscape: A summary. In J. Parker & E. Thorson (Eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 437–446). NY: Springer.

Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11(3), 170–180.* doi:10.1037/0278-6133.11.3.170

Vilaythong, A.P., Arnau, R.C., Rosen, D.H., & Mascaro, N. (2003). Humor and hope: Can humor increase hope? *Humor, 16*(1)9–89

WHO. (2018). Whe learning strategy. who health emergencies programme learning strategy a learning strategy to create a ready, willing and able workforce — a workforce of excellence — for health emergency work: author.

Imagem fonte: Bansky (https://www.sabado.pt/vida/detalhe/uma-enfermeira-como-heroina-eis-a-nova-obra-de-banksy)

Comunicação em saúde: A relação à distância de um click

- Cristina Vaz de Almeida | Abril 23, 2020

A relação terapêutica antecede e precede sempre o suporte digital. Os princípios que regem a intervenção da saúde à distância, através da telemedicina (apoiado por médicos) ou da telesaúde (apoiada por um grupo diverso de profissionais de saúde) têm vindo a ajustar-se ao longo dos anos.

O novo digital começa a ter em conta a importância do estabelecimento de relações interpessoais estabelecidas pelos profissionais de saúde através de meios tecnológicos, como a rede digital, os computadores, telemóveis e comunicação eletrónica.

E na saúde, o fator relacional é crucial, pois as relações terapêuticas em saúde são intrinsecamente relações pessoais que produzem resultados em saúde.

É da relação interpessoal em saúde que saem os cuidados em saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, a compreensão, o uso adequado e as futuras decisões em saúde dos indivíduos. Seja ou não mediada por um suporte digital.

Para além do canal de transmissão, seja o telefone, o ecrã de computador ou mesmo em combinação entre a voz, áudio e o visual, há uma relação terapêutica estabelecida entre o

profissional de saúde e o paciente e que visa a melhoria do bem-estar físico e emocional de um paciente que a ele recorre.

A comunicação (Corcoran, 2007, p. 7; Watzlawick e outros, 1967) divide-se em "conteúdo", que inclui a mensagem, as palavras e as informações transmitidas e "relacionamento", a dinâmica entre os envolvidos na transação, em que, na comunicação em saúde, o remetente principal é o profissional de saúde (Almeida, 2018) e o destinatário o paciente (Corcoran, 2007, p. 6), havendo primazia do recetor num processo contínuo de codificação e descodificação (Hall, 1980).

A comunicação terapêutica, através da utilização de um conjunto de competências comunicativas, gera maior confiança, compromisso, investimento, envolvimento (Bruning & Ledingham, 1998). O profissional de saúde continua a ser a fonte mais credível em saúde, embora com concorrência de outras fontes, que ao longo dos anos, passaram a ter, embora sem estrutura técnica, também credibilidade em saúde, tais como os vizinhos, as celebridades, a família, entre outros (Vaz de Almeida & Sebastião, 2018).

A WHO (2020) refere que a telemedicina é uma prestação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde que utilizam tecnologias de informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e a educação continuada dos

profissionais de saúde, com o objetivo de promover a saúde de indivíduos e comunidades (WHO, 2020, p. 20)

De facto, os dados apontam que a saúde deve entrar no digital, porque este abre novos caminhos. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) sublinha que o uso das soluções digitais de saúde podem revolucionar a maneira como as pessoas em todo o mundo atingem padrões mais altos de saúde e acedem aos serviços, por forma a promover e a proteger sua saúde e bem-estar. Neste âmbito a WHO (2020) concorda com as oportunidades da saúde digital que permitem acelerar a prossecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à com a saúde e bem-estar, especialmente o ODS 3.

É através da comunicação verbal e não verbal que se melhora a qualidade da relação terapêutica. A comunicação é o instrumento para se conseguir a partilha nessa relação em saúde tão especifica. Para comunicar bem, o profissional de saúde beneficia se estiver dotado de ferramentas de comunicação, que já foram testadas e validadas.

Assim, propomos o uso durante a consulta *on line*, seja de telemedicina, seja de telesaúde ada utilização do **Modelo de Comunicação ACP — Assertividade, Clareza e Positividade.**

Trata-se de um modelo de comunicação em saúde já experimentado por centenas de profissionais em saúde da formação pós-graduada em Portugal (ISPA, ESEL) e de formações em vários centros hospitalares e administrações

regionais de saúde (ARS), assim como validado por um inquerito *on line* com 388 respondentes (médicos e enfermeiros) e 14 focus groups em grandes hospitais da Área Metropolitana de Lisboa.

Para levar o paciente a agir, o profissional de saúde deve assegurar que ouve e compreende as suas preocupações. "Saber ouvir" foram as duas palavras intensamente repetidas pelos profissionais de saúde participantes nos 14 focus groups. "Saber ouvir" leva a uma "escuta ativa". Neste processo, o respeito pelo paciente, o tempo dado para que ele se exprima, a gestão cuidada de qualquer conflito que possa surgir, e a orientação da consulta, que deve ser efetuada pelo profissional de saúde estão associados á **competência "Assertividade".** Ser assertivo é respeitar o outro dinamizando a fazendo -o participar na interação, equilibrando a relação.

Clareza é ser claro, e é a segunda condição interdependente. Falar claramente é traduzir o jargão técnico e adequar a linguagem ao interlocutor. E sobretudo em comunicação onde não existe presença física, e apenas auditiva ou audiovisual, a clareza da linguagem (plain language) deve ser usada e adequada ao perfil do paciente.

A positividade é a terceira competência e significa abrir o caminho da motivação, da esperança, da capacidade de resolução do problema e ao mesmo tempo garantir a importância do tema e a sua eficácia, e para isso a positividade

deve ser combinada com a assertividade. A positividade está associada ao comportamento positivo que desejamos que o paciente tenha, por forma a melhorar a sua saúde. Neste processo, a autoeficácia é essencial para criar a motivação para uma pessoa atingir seus objetivos. Assim, quanto maior for o seu nível de autoeficácia, maior o nível de motivação e maior o esforço investido para alcançar uma meta pessoal (Bandura, 1993).

O National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2020) fornece algumas orientações importantes, que acrescem ao Modelo de Comunicação ACP, tais como:

- Adaptar a comunicação médico-paciente para atender às necessidades culturais e preferências linguísticas dos pacientes e dos seus familiares;
- Promover a literacia em saúde nas organizações de saúde;
- Criar listas de verificação (checklists) de prontidão nas organizações de saúde para garantir que as necessidades de literacia em saúde e de comunicação dos pacientes sejam atendidas;
- Implementar programas de navegação do paciente para enfrentar barreiras, incluindo o potencial de acesso reduzido devido à falta de literacia em saúde;
- Treinar todos os funcionários da organização nas melhores práticas de comunicação e nas estratégias

para atender às necessidades de literacia em saúde dos pacientes e familiares, e, neste caso, sugerimos a aprendizagem do Modelo de Comunicação ACP que permite uma resposta e adaptabilidade eficaz aos diferentes perfis de pacientes/utentes.

E o profissional de saúde é o "maestro" desta composição da saúde, que todos os dias rescreve com perícia a sua intervenção, produzindo resultados em saúde diariamente através dos seus pacientes.

É esta maestria, reforçada com as competências técnicas, as competências comunicativas e relacionais, que gera maior confiança, a base sólida da credibilidade em saúde.

E um paciente satisfeito, motivado, que compreende e toma decisões acertadas em saúde, é a satisfação dos profissionais de saúde, que vêm a sua missão cumprida: melhores resultados em saúde a nível individual, comunitário e da sociedade no seu todo.

Porque todo o processo é de interinfluências e, como referia Lalonde (1981) é preciso apoiar, informar e influenciar, e o Modelo ACP ajuda nesse caminho.

Referências

Bandura A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist, 28*(2), 117–148.

Bruning, S.D, & Ledingham, J.A. (1998). Organization public relations and consumer satisfaction: The role of relationships in

satisfaction mix. *Communication Research Reports*, *15*(2), 198–208.

Corcoran N. (Ed.). (2007). Communicating Health: Strategies for Health Promotion. *Journal of Health Communication, 13(3),* 303–305. doi:10.1080/10810730801985509

Hall, S. (1980*).* Encoding/decoding. In S. Hall, D. Hobson, A. Lowe & P. Willis (Eds.), *Culture, media, language: Working papers in cultural studies* (pp. 128–138). London: Hutchinson.

Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Canada: Information Canada.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Health Literacy and Communication Strategies in Oncology: Proceedings of a Workshop. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25664. *(*Available from: https://www.researchgate.net/publication/339843175_SUGESTOES_DOS_ESPECIALISTAS_PARA_A_MELHORIA_DA_LITERACIA_EM_SAUDE_E_COMUNICACAO_NA_ONCOLOGIA_2020 [accessed Apr 22 2020].

Watzlawick, P., Beavin, J., H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxo da interação*. São Paulo: Cultrix.

Who (2010). Global strategy on digital health (Draft 22nd March 2020). Author.

Wyber, R., Vaillancourt, S., Perry W., Mannava, P., Folaranmi, T, & Celi, L.A. (2015). Big data in global health: improving health in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 203–208. (doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.139022, accessed 18 December 2019).

Vaz de Almeida, C. (2018a). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.

Vaz de Almeida, C & Sebastião, S. (2018b). A perceção dos profissionais de saúde sobre fontes de informação e sua influência na relação terapêutica. *Observatorio (OBS*) Journal*, (2018), 2(4), 1–18. 1–18. 026–043 1646-5954/ERC123483/2018 026 retrieved: http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/1169/0

Mudança de comportamentos em saúde: Como chegar ao paciente-sistema sendo “etic”

- Cristina Vaz de Almeida | Abril 17, 2020

A evidência mostra que diferentes padrões de comportamento estão profundamente enraizados nos aspetos sociais e materiais das pessoas, assim como nas suas circunstâncias e no seu contexto cultural (NICE, 2007, p. 6), económico, político (WHO, 2019).

Os seres humanos são seres culturais, com uma enorme capacidade de sobreviver às adversidades, que repetem comportamentos muitas vezes influenciados pelos comportamentos de outros (modelação) (Bandura, 1963, 1986). Os contextos sociais e económicos influem no grau de

acesso, compreensão e uso dos serviços de saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

Na sua vivência, e entre os comportamentos que levam a vários desempenhos, as crenças dos indivíduos têm um importante papel na sua ação para a mudança. As crenças são um potencial de duas vias, que atuam positivamente para a mudança, quando por exemplo um individuo acredita que só a alimentação *Y* pode melhorar a saúde, ou invés, as crenças servem de resistência e constrangimentos obstando à mudança, como por exemplo acreditar que só a fé humana cura a contaminação de um vírus, ou que a urina de criança é curativa para algumas doenças de pele (situações relatadas por vários profissionais de saúde).

Porque é importante perceber os conceitos? Para podermos agir sobre a realidade nas suas várias dimensões.

A cultura influi nos comportamentos individuais e coletivos. Tylor (1920) na corrente do evolucionismo cultural definiu "cultura" como um conjunto complexo que compreende os conhecimentos, as crenças, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o homem, enquanto membro de uma sociedade adquire.

Quando falamos de cultura estamos a referir-nos a uma dimensão *emic* e *etic*, que são perspetivas que interferem no cuidado cultural: a ***emic*** remete para a forma como os indivíduos de uma cultura entendem o seu próprio mundo, e o estudo de uma cultura sem foco transcultural; a ***etic*** , está associada à interpretação de experiências vivenciadas na

cultura de referência, após se ter experimentado certos fatores culturais, pelo que existe aqui o estudo de uma cultura com foco transcultural (Vijver, 2010).

E também por isto temos um "paciente-sistema" (Vaz de Almeida, 2018) que balança entre o que lhe é proposto pelos seus influenciadores (família, pares, comunidade) os seus valores, e a assimilação das experiências que vai vivenciando pelos territórios e pessoas por onde passa, e neste caso, pelas experiências de saúde que tem. Estas experiências de saúde, muitas vezes um recurso mal utilizado (Espanha e outros, 2016), têm uma poderosa influência do profissional de saúde, na sua relação interpessoal, e que, se estiver dotado do conhecimento e de ferramentas comunicativas e técnicas, contribuem decisivamente para moldar os seus comportamentos com vista a uma vida mais saudável. O profissional de saúde é um educador.

É na relação terapêutica que se constrói também a mudança de comportamento. E a saúde convive com este "paciente-sistema" (Vaz de Almeida, 2018, p. 36; Koh, 2010) de uma forma constante, permanente, desafiadora.

E para atingir a essência desse paciente sistema o profissional de saúde sai beneficiado quando usa uma estratégia "etic", compreendendo o indivíduo dentro da sua cultura e as influências que as suas culturas (de origem e as relacionais) lhe provocam na sua saúde. O desenvolvimento de competências do profissional de saúde contribui decisivamente para a

melhoria da relação terapêutica, e entre os comportamentos técnicos (de cura) estão as competências de cuidado (relacionais, comunicativas). O objetivo do profissional de saúde é permanentemente a procura de melhores resultados em saúde, para além da satisfação da relação terapêutica e da qualidade da relação, que é preenchida por um conjunto de elementos que fazem parte da conversa de cura e de cuidado (Greenhalgh & Heath, 2010).

Existe, porém, um poder desigual, mas positivo, entre o profissional de saúde e o paciente, especialmente quando existem barreiras ao nível da linguagem, cultura e classe social (The King's Fund, 2010, p. 25), pelo que o lado mais forte desta "balança" é sempre o profissional de saúde (Almeida, 2018, p. 36).

Quando refletimos sobre mudança de comportamentos de indivíduos, é uma mais-valia pensar nos modelos psicológicos que atentam, para além da sua dimensão individual, cognitiva, emocional e comportamental, ao contexto em que o individuo se movimenta, nas dinâmicas mais ou menos abertas entre ele, a sua família e grupo de pares, a comunidade, a sociedade em geral e o mundo.

Mcleroy e outros (1988) e Engel (1981) lembram-nos da racional abordagem holística de ver o mundo e o indivíduo, sobretudo o paciente, como um paciente-sistema. As intervenções que bebem da psicologia social e da saúde refletem sobre os melhores caminhos para se obterem resultados. Adaptando

também a teoria da resolução de problemas de Kim & Grunig (2011) é possível obter um caminho para a mudança de comportamentos.

O que dizem estes autores (Kim & Grunig) é que é necessário investir em 4 dimensões:

1. O conhecimento
2. As crenças e os constrangimentos que as pessoas têm
3. A motivação necessária que é preciso incutir para a mudança
4. O contexto e a dimensão cultural em que a pessoa se encontra

Assim, um paciente que precise de mudar o seu comportamento tem de conhecer o que precisa de mudar. E o conhecimento começa pela melhoria da informação do sujeito sobre esse assunto.

Em segundo lugar o individuo vive as suas crenças. É preciso saber quais as crenças favoráveis que podem ajudar na mudança? E quais as crenças desfavoráveis que podem impedir ou ser um obstáculo para a mudança.

Em terceiro lugar a motivação para a mudança também pressupõe a descoberta do que é significativo para esse individuo, a importância que dá ao tema e a sua eficácia no comportamento.

Em quarto lugar, atender aos hábitos, costumes, e contextos em que o indivíduo se move e quais os fatores de influência.

Considerando um conjunto de autores que profusamente têm refletido sobre formas de mudança de comportamentos, recolhemos ideias sobre a autoeficácia (Bandura), a mudança por estágios/níveis (Prochaska e outros, 1994) a resolução de problemas (Kim & Grunig), a assertividade, clareza de linguagem e positividade na consulta (Vaz de Almeida, 2016, 2018; 2019, 2020), a motivação (Sørensen e outros, 2012; Wonca, 2002) e apresentamos na tabela 2 um resumo de potenciais ações, intervenções que contribuem para a mudança de comportamentos em saúde.

Tabela 2 — Mudança de comportamentos em saúde

MUDAR COMPORTAMENTOS EM SAÚDE
1. Relevância pessoal — destacar a importância dos comportamentos individuais de saúde
2. Atitude positiva — promover sentimentos positivos em relação aos resultados da mudança de comportamento
3. Autoeficácia — aumentar a crença das pessoas na sua capacidade de mudar
4. Normas descritivas — promover a visibilidade de comportamentos positivos de saúde nas pessoas aos grupos de referência, ou seja, nos grupos aos quais eles se comparam ou aspiram
5. Intervenção subjetiva — aprimorar a aprovação social para comportamentos positivos de saúde em outros grupos de referência)
6. Normas pessoais e morais — promover compromissos pessoais e morais para mudança de comportamento
7. Formação de intenção e planos concretos — ajudar as pessoas a formar planos e metas para mudança de comportamentos ao longo do tempo e em contextos específicos

8. Partilhar casos de sucesso — pedir às pessoas que os partilhem seus planos e metas com outras pessoas. Partilhar nos vários serviços e grupos de trabalho pelo menos um caso de sucesso por semana

9. Ajudar as pessoas a desenvolver um conhecimento preciso sobre as consequências para a sua saúde os seus comportamentos

10. Prevenção de recaídas — ajudar as pessoas a desenvolver habilidades, isto é, formas de "atuar", assim como conhecimentos, formas de "saber" para lidar com situações difíceis e objetivos conflituantes

11. Perceber quais as atividades "significativas" para aquela pessoa mudar o comportamento. Perceber em que fase dessa mudança ela se encontra

12. Desenvolver competências culturais. Saber os hábitos, atitudes, comportamentos, estigmas, estados de felicidade que se encontram em cada cultura para poder agira sobre o individuo

13. Preparar toda a equipa com conhecimento sobre as intervenções positivas da literacia em saúde, nomeadamente nas dimensões do acesso, da compreensão e do uso de informações de saúde e navegabilidade no sistema

14. Utilizar durante a relação terapêutica o Modelo ACP — Assertividade, Clareza de linguagem e

Positividade (Vaz de Almeida, 2016, 2018, 2019, 2020)

Fonte: Vaz de Almeida, 2020.

Referências:

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York (NY): Holt, Rinehart, and Winston.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Espanha, R., & Ávila, P. (2016a). Health literacy survey Portugal: Contributions for the knowledge and health and communications. *Procedia Computer Science, 100*, 1033–1041.

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016b). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Kim, J.-N., & Grunig, J. E. (2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. *Journal of Communication, 61*, 120–149.

Koh, H.K. (2010). Foreword. In U.S. Department of Health and Human Services. *National action plan to improve health literacy* (pp. iii-iv). Washington, DC: Author.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, *15*, 351–377.

NICE. (2007). Behaviour change: the principles for effective interventions. Retrieved from: *guidance.nice.org.uk/ph6*

Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly, 21*(4), 471–486. doi: 10.1177/109019819402100410 40

Tylor, E.B. (1920). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. London: Jonh Murray, Albemarle Street, W. Retrieved from:

https://archive.org/stream/primitiveculture01tylouoft#page/n7/mode/2up

WONCA. (2002). Definição europeia de medicina geral e familiar *(Clínica Geral/Medicina Familiar).* Barcelona, Espanha: WONCA.

Vaz de Almeida, C. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.

Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, Capacitar, Encaminhar — Literacia Em Saúde: Os Caminhos Para Uma Maior Capacitação Dos Profissionais De Saúde. In Congresso da Associação Científica de Enfermeiros (ACE). *Revista En Formação*, pp 8–15 *Retrieved from:* http://www.acenfermeiros.pt/ficheiros/uploads/6011fa933c32bfb94c5cc8388fcb30e6.pdf

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2019a). Good Steps to Safety: Guidelines for Communication and Health Literacy. P*atient Safety & Quality Healthcare*

Retrieved from: https://www.psqh.com/analysis/good-steps-to-safety-guidelines-for-communication-and-health-literacy/

Vaz de Almeida, C. (2019b). Communication determines safety. *Patient Safety & Quality HealthCare,* 1–6. *Retrieved from:* https://www.psqh.com/analysis/communication-determines-patient-safety/

Vaz de Almeida, C. (2019c). Capacitação dos profissionais de saúde. Literacia em saúde e competências de comunicação dos profissionais de saúde. O modelo de comunicação em saúde ACP. *Revista Nephros, 21*(1), 25–28.

https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAU

DE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Vaz de Almeida, C. (2020). Modelo de Comunicação em Saúde — ACP. *Revista Enformação, 10*, 20–22. *Retrieved from*: https://issuu.com/ace-enfermeiros/docs/10__revista_ace.pdf_1

Vijver F.J. (2010). Emic–Etic Distinction. In Clauss-Ehlers C.S. (eds). *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology.* Boston, M.A.: Springer. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-71799-9_15

Competências em saúde: Para além do biomédico

- Cristina Vaz de Almeida | Abril 1, 2020

Lidar eficazmente com as relações humanas (Moscovici, 1981), através de uma adaptação às necessidades e exigências situacionais (Wiemann, 1977, p. 17). Este é um desafio permanente, sobretudo, e nos dias que correm, e particularmente, na área da saúde, exige um esforço hercúlea aos profissionais de saúde.

Neste âmbito, a competência é um fator importante na maneira como os indivíduos ajudam a moldar o mundo e não apenas como lidam com ele (OCDE, 2005, p. 5).

E na área da saúde são as competências que permitem a eficácia dos resultados em saúde.

No domínio da informação trocada na relação em saúde é preciso "saber questionar" (Hargie & Dickson 2004) sendo as competências comunicativas centrais na interação entre profissional e paciente como:

1. colocar perguntas (question-asking);
2. dar informação (information provision) e encorajar o paciente a expressar preocupações ou reportar sintomas de forma clara e completa; e
3. verificar se a informação (information verifying) recebida é compreendida, o que implica clarificar

questões, aumentar a compreensão e lembrar a informação (Cegala (2003, p. 92).

O entendimento sobre o que é "competência" está descrita, na literatura, como um conceito complexo e como um construto multidimensional (Flynn, 2014, p. 364), no qual se integram também as competências de comunicação, baseadas na funcionalidade da comunicação, na sua adequação e suficiente conhecimento, julgamento e habilidades (Light & McNaughton, 2014).

A competência comunicativa permite que o indivíduo (interatuante) funcione efetivamente na sociedade através do uso da linguagem e do comportamento não linguístico (Wiemann & Backlund, 1980, p. 186).

COMPETÊNCIAS: É PRECISO QUE O PROFISSISONAL DE SAÚDE SEJA NOS DIAS DE HOJE HOLÍSTICO.

Competência significa assim utilizar conhecimentos, habilidades e atributos para atuar em sociedade. E quanto mais complexa é a sociedade, mais exigência se coloca aos profissionais de saúde. Adotar uma visão holística torna o profissional de saúde um ser humano "transformador" como referiram muitos profissionais de saúde durante uma investigação realizada em hospitais portugueses em 2019 pela investigadora.

A OCDE (2005) sublinha que as competências-chave são determinadas pela natureza dos objetivos dos indivíduos e da sociedade e devem relacionar-se com os principais recursos e

exigências na vida (p. 5). Assim, as competências dos indivíduos não podem ser apenas determinadas por decisões arbitrárias, sobre quais são as qualidades pessoais e habilidades cognitivas dos indivíduos (OCDE, 2005, p. 5).

Um indivíduo com competência interpessoal tem uma postura aberta (disponível) para receber mensagens de outras pessoas, não provoca ansiedade nos outros (Wiemann, 1977, p. 196), é empático, afiliativo, solidário e tranquilo enquanto interage, adaptando o seu comportamento à situação dentro de um encontro e muda conforme se move entre os encontros (p. 197).

As competências da comunicação interpessoal integram a capacidade de

1. formular e alcançar objetivos;
2. colaborar efetivamente com os outros de uma forma interdependente; e
3. adaptar-se às situações (Wiemann, 1977, p. 197).

Figura 1. Competências de comunicação interpessoal

Fonte: A autora

A competência é assim uma combinação de habilidades, conhecimentos e atributos pessoais que levam a um superior desempenho dos profissionais (Tench & Konczos, 2013, p. 5).

Na interação profissional-paciente, são utilizadas competências diversas (adquiridas e aprendidas) (Hulsman, 2009), que permitem a continuidade do cuidado (Wonca, 2002) e incluem competências clínicas e comunicativas. É usada, na relação terapêutica, uma comunicação interpessoal, estratégica, com informação e conhecimento prévios, empatia, compromisso com equilíbrio de poderes, linguagem e comportamento assertivos e claros, cujos focos na vida do paciente envolvem uma conversa de cura e de cuidado (Greenhalgh & Heath, 2010).

As competências de comunicação incluem (Epstein e outros, 2005, p. 1) criar um relacionamento sustentável com o paciente; 2) explorar a perspetiva do paciente e ajudá-lo a verbalizar as suas experiências emocionais; 3) usar a empatia; 4) incentivar a

partilha de tarefas e o desenvolvimento conjunto de estratégias que visam melhorar os resultados em saúde (Epstein e outros, 2005, p. 415) Sintetizamos na tabela 1 algumas das principais competências dos profissionais de saúde integradas respetivamente nos conhecimentos, habilidades e atributos pessoais.

Tabela 1: Algumas competências dos profissionais de saúde

Exemplos de competências: Conhecimentos, habilidades e atributos
Conhecimentos • Compreeender os deveres e os seus limites • Compreender os outros determinantes da saúde (sociais, culturais, económicos, políticos) • Encontrar informações de saúde na Internet ou em periódicos e livros • Entender as implicações de iniciativas relacionadas com a saúde • Entender e defender os direitos dos pacientes • Entender os direitos dos pacientes e as responsabilidades • Entender, interpretar e analisar informações de saúde • Perceber e conhecer os efeitos de uma boa comunicação em saúde
Habilidades • Apoiar o paciente na resolução do seu problema • Ajudar o paciente a navegar no Sistema de saúde • Determinar o uso de registos médicos como um ato de privacidade do paciente • Determinar quais sites de saúde contêm informações precisas e quais não • Disseminar as boas práticas dos pacientes através de testemunhos para outros profissionais e pacientes • Entender o paciente e apoiá-lo no consentimento informado • Fazer perguntas e transmitir respostas adequadas • Fazer súmulas dos relatórios de qualidade • Ler e aplicar a informação em saúde

- Ler, compreender e tomar decisões com base em rótulos
- Participar ativamente em encontros de cuidados de saúde
- Pedir esclarecimentos e colocar questões ao paciente
- Preencher uma inscrição relacionada com seguro de saúde ou formulário
- Ter uma checklist de perguntas e respostas chave para os seus pacientes

Atributos

- Empatia terapêutica para compreender as boas práticas do paciente
- Liderança para gerir a relação terapêutica com bons resultados
- Perceber o que pode pôr em risco o paciente pela falta de compreensão
- Saber tomar as decisões apropriadas com base nas informações recebidas
- Sensibilidade verbal e não-verbal
- Ser honesto na interação
- Ser organizado para promover e proteger a saúde e prevenir doenças dos pacientes
- Ter atenção na análise de fatores de risco em propagandas de medicamentos prescritos
- Ter confiança para atuar
- Ter coragem quando necessário
- Ter humildade no trato com o paciente
- Ter vontade de trabalhar como parceiro de saúde

Fonte: A autora, baseada em Gazmararian et al., 2005; Tench e Konczos (2013); Sørensen et al., (2012).

Referências

Cegala, D.J. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling, 50*, 91–94.

Flynn, T. (2014). Do They Have What It Takes? A review of the literature on knowledge, competencies, and skills necessary for twenty-first-century public relations practitioners in Canada. *Canadian Journal of Communication, 39*, 361–384.

Light, J., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication, 30,* 1–18. doi:10.3109/07434618.2014.885080

Moscovici, F. (1981). Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. *Revista Administração Empresarial, 21*(2), 17–25.

OCDE (2005). The definition and selection of key competencies. Executive summary. Author. 1–20.

Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.

Wiemann, J.M., & Backlund, P. (1980). Current Theory and Research In Communicative Competence. *Review of Educational Research. 50(1).185–199.*

Wiemann, J. W. (1977). Explication and test of a model of communicative competence. *Human Communication Research*, *3*(3), 195–213.

Vaz de Almeida, C. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde. Literacia em saúde e competências de comunicação dos profissionais de saúde. O modelo de comunicação em saúde ACP. *Revista Nephros, 21*(1), 25–28. https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAU

DE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Imagem gratuita em Pixabay

Changing health behaviors: How to reach the patient system by being “etic”

- Cristina Vaz de Almeida | Agosto 14, 2020

The evidence shows that different patterns of behavior are deeply rooted in the social and material aspects of people, as well as in their circumstances and cultural context (NICE, 2007, p. 6), economic, political (WHO, 2019).

Human beings are cultural beings, with an enormous capacity to survive adversity, who repeat behaviors often influenced by the behaviors of others (modeling) (Bandura, 1963, 1986). Social and economic contexts influence the degree of access, understanding and use of health services (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

In their experience, and among the behaviors that lead to various performances, the beliefs of individuals have an important role in their action for change. Beliefs are a potential of two ways, which act positively for change, when for example an individual believes that only Y food can improve health, or instead, beliefs serve as resistance and constraints preventing change, such as believing that only human faith cures the contamination of a virus, or that children’s urine is curative for some skin diseases (situations reported by several health professionals).

Why is it important to understand the concepts? So that we can act on reality in its various dimensions.

Culture influences individual and collective behaviors. Tylor (1920) in the current of cultural evolutionism defined “culture” as a complex set comprising the knowledge, beliefs, customs and all other skills and habits that man, as a member of a society, acquire.

When we talk about culture, we are referring to an emic and etic dimension, which are perspectives that interfere in cultural care: emic refers to the way individuals of a culture understand their own world, and the study of a culture without cross-cultural focus; etic, is associated with the interpretation of experiences lived in the reference culture, after having experienced certain cultural factors, so there is a study of a culture with a cross-cultural focus here (Vijver, 2010).

And also for this reason we have a “patient-system” (Vaz de Almeida, 2018) that balances what is proposed by its influencers (family, peers, community) its values, and the assimilation of the experiences that it is going through in the territories and people wherever he goes, and in this case, for the health experiences he has. These health experiences, often a poorly used resource (Espanha et al., 2016), have a powerful influence on the health professional, in his interpersonal relationship, and that, if he is endowed with knowledge and communicative and technical tools, they contribute decisively to shape their behaviors towards a healthier life. The health professional is an educator.

It is in the therapeutic relationship that behavior change is also built. And health coexists with this "patient-system" (Vaz de Almeida, 2018, p. 36; Koh, 2010) in a constant, permanent, challenging way.

And to achieve the essence of this patient system, the health professional benefits when he uses an "etic" strategy, understanding the individual within his culture and the influences that his cultures (of origin and relational ones) have on his health. The development of health professional skills contributes decisively to the improvement of the therapeutic relationship, and among the technical (healing) behaviors are the care skills (relational, communicative).

The health professional's goal is to constantly seek better health results, in addition to satisfying the therapeutic relationship and the quality of the relationship, which is filled by a set of elements that are part of the healing and care conversation (Greenhalgh & Heath, 2010).

There is, however, an uneven but positive power between the health professional and the patient, especially when there are barriers in terms of language, culture and social class (The King's Fund, 2010, p. 25), so the more strong of this "scale" is always the health professional (Almeida, 2018, p. 36).

When we reflect on changing individuals' behaviors, it is an added value to think about psychological models that pay attention, in addition to their individual, cognitive, emotional and behavioral dimensions, to the context in which the

individual moves, in the more or less open dynamics between him, his family and peer group, the community, society in general and the world.

Mcleroy et al. (1988) and Engel (1981) remind us of the rational holistic approach of seeing the world and the individual, especially the patient, as a system patient. The interventions that drink from social psychology and health reflect on the best ways to obtain results. Also adapting Kim & Grunig's (2011) problem solving theory, it is possible to obtain a path for behavior change.

What these authors say (Kim & Grunig, 2011) is that it is necessary to invest in 4 dimensions:

1. Knowledge
2. The beliefs and constraints that people have
3. The necessary motivation that needs to be instilled for change
4. The context and cultural dimension in which the person is

Thus, a patient who needs to change his behavior must know what he needs to change. And knowledge begins with improving the subject's information on this subject.

Second, the individual lives his beliefs. Is it necessary to know which favorable beliefs can help with change? And what unfavorable beliefs can prevent or be an obstacle to change.

Thirdly, the motivation for change also presupposes the discovery of what is significant for this individual, the importance it attaches to the theme and its effectiveness in behavior.

Fourth, attend to the habits, customs, and contexts in which the individual moves and what are the influencing factors.

Considering a group of authors who have profusely reflected on ways of changing behaviors, we collect ideas on self-efficacy (Bandura), change by stages / levels (Prochaska et al., 1994), problem solving (Kim & Grunig, 2011), assertiveness , clarity of language and positivity in the consultation (Vaz de Almeida, 2016, 2018; 2019, 2020), motivation (Sørensen et al., 2012; Wonca, 2002) and we present in table 2 a summary of potential actions, interventions that contribute to changing health behaviors.

Table 2 — Change in health behaviors

CHANGING HEALTH BEHAVIORS
1. Personal relevance — highlight the importance of individual health behaviors
2. Positive attitude — promoting positive feelings regarding the results of behavior change
3. Self-efficacy — increasing people's belief in their ability to change
4. Descriptive standards — promote the visibility of positive health behaviors in people to the reference groups, that is, in the groups to which they compare or aspire
5. Subjective intervention — improving social approval for positive health behaviors in other reference groups)
6. Personal and moral standards — promoting personal and moral commitments to change behavior
7. Formation of intent and concrete plans — helping people to form plans and goals for changing behaviors over time and in specific contexts
8. Share success stories — ask people to share their plans and goals with others. Share at least one

success case per week in the various services and work groups
9. Helping people to develop accurate knowledge about the consequences for their health and behavior
10. Relapse prevention — helping people to develop skills, that is, ways of “acting”, as well as knowledge, ways of “knowing” to deal with difficult situations and conflicting objectives
11. Realize what activities are “meaningful” for that person to change behavior. (understand what level of change the person is in)
12. Develop cultural skills. Know the habits, attitudes, behaviors, stigmas, states of happiness that are found in each culture to be able to act on the individual
13. Prepare the entire team with knowledge about the positive interventions of health literacy, namely in the dimensions of access, understanding and use of health information and navigability in the system
14. Use the ACP Model — Assertiveness, Language Clarity and Positivity during the therapeutic relationship (Vaz de Almeida, 2016, 2018, 2019, 2020)

Source: Vaz de Almeida, 2020.

References:

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York (NY): Holt, Rinehart, and Winston.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Espanha, R., & Ávila, P. (2016a). Health literacy survey Portugal: Contributions for the knowledge and health and communications. *Procedia Computer Science, 100*, 1033–1041.

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016b). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Kim, J.-N., & Grunig, J. E. (2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. *Journal of Communication, 61*, 120–149.

Koh, H.K. (2010). Foreword. In U.S. Department of Health and Human Services. *National action plan to improve health literacy* (pp. iii-iv). Washington, DC: Author.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, *15*, 351–377.

NICE. (2007). Behaviour change: the principles for effective interventions. Retrieved from: guidance.nice.org.uk/ph6

Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly, 21*(4), 471–486. doi: 10.1177/109019819402100410 40

Tylor, E.B. (1920). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. London: Jonh Murray, Albemarle Street, W. Retrieved from: https://archive.org/stream/primitiveculture01tylouoft#page/n7/mode/2up

WONCA. (2002). Definição europeia de medicina geral e familiar *(Clínica Geral/Medicina Familiar).* Barcelona, Espanha: WONCA.

Vaz de Almeida, C. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Lisboa: Edições ISPA.

Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, Capacitar, Encaminhar — Literacia Em Saúde: Os Caminhos Para Uma Maior Capacitação Dos Profissionais De Saúde. In Congresso da Associação Científica de Enfermeiros (ACE). *Revista En Formação*, pp 8–15 *Retrieved from:* http://www.acenfermeiros.pt/ficheiros/uploads/6011fa933c32bfb94c5cc8388fcb30e6.pdf

Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2019a). Good Steps to Safety: Guidelines for Communication and Health Literacy. P*atient Safety & Quality Healthcare Retrieved from*: https://www.psqh.com/analysis/good-steps-to-safety-guidelines-for-communication-and-health-literacy/

Vaz de Almeida, C. (2019b). Communication determines safety. *Patient Safety & Quality HealthCare,* 1–6. *Retrieved from:* https://www.psqh.com/analysis/communication-determines-patient-safety/

Vaz de Almeida, C. (2019c). Capacitação dos profissionais de saúde. Literacia em saúde e competências de comunicação dos profissionais de saúde. O modelo de comunicação em saúde ACP. *Revista Nephros, 21*(1), 25–28.

https://www.researchgate.net/publication/335327823_LITERACIA_EM_SAUDE_CAPACITACAO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_DESENVOLVIMENTO_DE_COMPETENCIAS_DE_COMUNICACAO_O_MODELO_ACP

Vaz de Almeida, C. (2020). Modelo de Comunicação em Saúde — ACP. *Revista Enformação, 10*, 20–22. *Retrieved from*: https://issuu.com/ace-enfermeiros/docs/10__revista_ace.pdf_1

Vijver F.J. (2010). Emic-Etic Distinction. In Clauss-Ehlers C.S. (eds). *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology.* Boston, M.A.: Springer. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-71799-9_158 (contato com a autora: vazdealmeidacristina@gmail.com) Article can be retrieved on: https://apatria.org/saude/mudanca-de-comportamentos-em-saude-como-chegar-ao-paciente-sistema-sendo-etic/

De costas voltadas? Como a comunicação e a literacia em saúde nos põem frente-a-frente

- Cristina Vaz de Almeida | Março 19, 2020

No domínio da saúde (e eventualmente em outros), quando não compreendemos a informação, quando não conseguimos aceder, ou quando não sabemos usar essa informação, é como se estivéssemos de "costas voltadas" para as questões complexas da vida. Toda a envolvência e ambiente estão presentes, mas por diversas razões, não conseguimos aceder, compreender e usar essa informação. Apesar de ela estar lá.

Estão definidos em vários estudos (HLS-EU, 2012; HLS-EU-PT 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2016) os perfis das pessoas com baixa literacia em saúde: são os idosos, os migrantes, as pessoas com baixos rendimentos e condição socioeconómica, as pessoas que têm uma autoperceção má da sua saúde, os desempregados de longa duração (Espanha, Ávila & Mendes, 2016), e ainda as pessoas com elevada literacia ou nível educacional, mas que por razões de stress e ansiedade não assimilam as instruções em saúde, como por exemplo pais que levam os filhos ás urgências (Vaz de Almeida, 2019).

E a literacia em saúde debruça-se precisamente sobre isto: Sobre as competências cognitivas e sociais dos indivíduos, associadas à sua motivação, conhecimentos, habilidades e

atributos que lhes permitem rodar as costas e olhar de frente, e responderem à complexidade que o sistema de saúde impõe.

O conceito de literacia em saúde tem evoluído ao longo do tempo, tendo sido Simonds (1974) o seu primeiro autor, que, com uma abordagem educacional, fez a ponte com a educação para a saúde (p. 9). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a literacia em saúde inclui autoeficácia, as crenças em saúde e o conhecimento em saúde. (Aldoory, 2017, p. 212).

Enquanto os primeiros estudos sobre literacia em saúde não atenderam ao contexto em que ocorrem as relações em saúde, atualmente tem-se em conta no estudo da literacia em saúde a importância da influência de todo o ambiente físico e social dos cuidados de saúde (Karuranga e outros, 2017).

Na relação em saúde, para a comunicação ser efetiva, a mensagem tem de ser compreendida, recordada e tem de haver uma ação apropriada (Ley & Spelman, 1967). A questão é que nesta relação, a comunicação é muitas vezes hermética, difícil de compreender e o paciente sai da consulta e esquece grande parte do que ouviu. E esse fato tem consequências nefastas para a sua saúde, para o seu autocuidado e para os resultados em saúde. As pessoas com baixa literacia em saúde geralmente têm pouca compreensão e recordação da informação que ouvem/leem (Schwartzberg, Vangees & Wang, 2005).

A comunicação é poder (Dance, 1970), porque permite, através da compreensão e do conhecimento, estender o poder a outros e tornar comum a vários o que era monopólio de um ou de

poucos (p. 206). A sociedade exige, cada vez mais, cidadãos empoderados para fazer face aos desafios que se apresentam em saúde.

A comunicação é "a pedra angular de toda a relação entre paciente e profissional" (Ross & Deverell, 2004, p. 56) e qualquer comunicação implica um compromisso e define a relação (Watzlawick e outros, 1967, p. 47). E sabemos que a comunicação que tende a ser simétrica tem mais sucesso que a comunicação assimétrica (Hon & Grunig, 1999).

A comunicação em saúde representa o "pilar" de tudo (Vaz de Almeida, 2019). Através da comunicação o cidadão tem capacidade para sentir motivação e satisfação, que lhe vai estimulando num ciclo positivo uma maior autoeficácia (entre o saber e o saber-fazer).

É também a comunicação assertiva, clara e positiva que reforça os aspetos técnicos da relação em saúde, a chamada relação de cura (Greenhalgh & Heath, 2010). É esta comunicação em saúde feita à medida, influenciadora (Rubinelli, 2013) que ajuda o paciente e o profissional a estabelecerem uma relação onde é gerada confiança, compromisso envolvimento e abertura. Onde as costas voltadas se voltam, se enfrentam e dialogam para um resultado "mutuamente benéfico" (Ledingham & Bruning, 1998).

Segundo Sørensen e outros (2012), a literacia em saúde é cada vez mais reconhecida como um objetivo de saúde pública e um determinante da saúde, contribuindo para o campo da saúde,

influenciada pelos fatores sociais, ambientais e culturais na variedade das populações.

Um investimento nesta literacia contribui para "catapultar o indivíduo de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo, em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria" (Saboga-Nunes, 2014, p. 96).

Tabela 1. Alguns números e dados relacionados com literacia em saúde

Mais de 54% das queixas e 45% das preocupações não são levantadas na consulta (Stewart et al., 1979);
Só uma minoria de profissionais de saúde levantam mais de 60% das maiores preocupações dos pacientes (Maguire et al., 1996);
Os médicos frequentemente interrompem o paciente demasiado cedo, no início da abertura da consulta, e os pacientes não têm oportunidade de mostrar as maiores preocupações (Beckman & Frankel, 1984);
Um estilo de "grande controlo" pelos profissionais e um focus prematuro nos problemas médicos pode levar a uma abordagem restrita e a uma consulta menos precisa (Platt & McMath, 1979);
Os pacientes são passivos, e raramente opinam ou iniciam a conversa sobre aspetos do tratamento, enquanto quem os médicos mencionam o nome dos medicamentos em 78,2% das consultas e as instruções de uso em 86,7% das consultas. (Makoul et al., 1995);
Os médicos usam de forma regular jargão técnico (linguagem complexa) sem o explicar (Svarstad, 1974; Kripalani, 2010);
Há problemas significativos com a recordação, memória e compreensão dos pacientes sobre informação em saúde (Dunn et al., 1993);

Em Portugal 50 % da população portuguesa tem baixa literacia em saúde o que corresponde a mais de 5 milhões de pessoas;
Na Europa, 49% dos participantes no Questionário Europeu de Literacia em saúde têm inadequada literacia em saúde;
Nos EUA, 36% (cerca de 77 milhões) de adultos têm "baixa literacia em saúde";
No Canadá, seis em cada dez adultos não possuem as competências necessárias para gerir bem seus cuidados de saúde.

Fontes: Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults (2003); Pendleton e outros (2003).

Referências

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43–52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf

Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, CIES — IUL.

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Hon, L. C., & Grunig, J.E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations*. Guineville, F.L.: Institute for Public Relations.

Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C.Mahmud, A. J. (2017). Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e247–256.

Ley, P. & Spelman, M.S. (1967). Communicating with patient. London: Staples Press.

Lopes, C. A., & Almeida, C. V. (2019). Introdução. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 17–23). Lisboa: Edições ISPA. [ebook] file:///C:/Users/cristina.vazalmeida/Downloads/2020-lopesevazdealmeida-LiteraciaSaudenapratica-2019.pdf

Kurtz, S.M. (2002). Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can. J. Neurol. Sci., 29(*2) — S23–S29

Pendleton, D. (1983). Doctor-patient communication: A review. In F. Pendleton & J. Hausler (Eds). Doctor-Patient Communication (pp 5–53). London.

Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, (III), 94–99.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, *2,* 1–25.

Schwartzberg, J. G., Cowett, A., Vangeest, J., & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Journal Health Behaviour, 31*(1), s96–s104.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,* 80.