

Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP

Health literacy and health professionals training: the ACP health communication model

Cristina Vaz de ALMEIDA. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Lisboa, Portugal.
(cristina.vazalmeida@scml.pt)

Resumo

Introdução: A comunicação é uma condição sine qua non para o bem-estar da vida humana¹ e para a ordem social e toda a comunicação afeta o comportamento humano, incluindo a saúde². A prática de boas competências de comunicação influi numa relação significativa e confiável entre os seus intervenientes, em concreto os profissionais de saúde e os seus pacientes³. Os modelos de comunicação em saúde não se centram especificamente no conteúdo das competências de comunicação necessárias na relação terapêutica. Este estudo centra-se no contributo interdependente e agregado de competências de comunicação do modelo ACP – Assertividade, Clareza e Positividade. **Objetivos:** O contributo das competências de comunicação utilizadas no contexto da relação terapêutica pelos profissionais da área da saúde, concretamente médicos e enfermeiros, junto dos pacientes, potenciando a sua literacia em saúde. **Métodos:** O estudo transversal qualitativo integrou 14 *focus group* com profissionais de saúde e a aplicação de um questionário a 341 enfermeiros hospitalares e a 48 médicos de medicina geral e familiar sobre o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde, em particular para validar o modelo de comunicação em saúde ACP, mais resumidamente designado por modelo ACP⁴⁻⁵. **Resultados:** Os resultados demonstram uma forte convicção de todos os profissionais de saúde na necessidade de desenvolvimento de competências de comunicação entre os profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, uma quase inexistência de formações e intervenções que lhes permitam aprender as técnicas de comunicação, em particular na relação interpessoal. O modelo ACP foi validado por todos os participantes dos *focus group*, reforçado pelo Questionário Q-COM – LIT, que resultou numa clara confirmação da importância destas competências de comunicação em saúde ao longo da relação terapêutica. **Conclusão:** As *guidelines* de suporte aos profissionais de saúde, em particular em competências de comunicação em saúde, consubstanciadas no modelo ACP permitem-lhes uma melhoria das suas competências⁶.

Palavras-chave

Comunicação; Literacia em saúde; Relação terapêutica

Abstract

Introduction: Communication is a sine qua non for the well-being of human life¹ and for the social order and all communication affects human behavior, including health². The practice of good communication skills influences a meaningful and reliable relationship between its stakeholders, specifically health professionals and their patients³. Health communication

models do not focus specifically on the content of the communication skills needed in the therapeutic relationship. This study focuses on the interdependent and aggregated contribution of communication skills of the ACP Model – Assertiveness, Clarity and Positivity. **Goals:** The contribution of communication skills, used in the context of the therapeutic relationship by health professionals, specifically doctors and nurses, with patients, enhancing their health literacy. **Methods:** The qualitative cross-sectional study included 14 focus groups with health professionals and the application of a questionnaire to 341 hospital nurses and 48 doctors of General and Family Medicine on the development of health communication skills, in particular to validate the Communication Model in ACP health, more briefly called the “ACP Model”⁴⁻⁵. **Results:** The results demonstrate a strong belief of all health professionals in the sample, to develop communication skills among health professionals and, at the same time, an almost inexistence of training and interventions that allow them to learn communication techniques, particularly in interpersonal relationship. The ACP Model was validated by all focus group participants, reinforced by the Q-COM – LIT Questionnaire, which resulted in a clear confirmation of the importance of these health communication skills throughout the therapeutic relationship. **Conclusion:** The guidelines for supporting health professionals, particularly in health communication skills, embodied in the ACP Model, allow them to improve their skills⁶.

Keywords

Communication; Health literacy; Therapeutic relationship

Introdução

A literacia em saúde requer uma análise transversal associada aos determinantes da saúde, sociais, culturais, económicos e também políticos, que influenciam a forma como a saúde é pensada, gerida e como os seus intervenientes atuam.

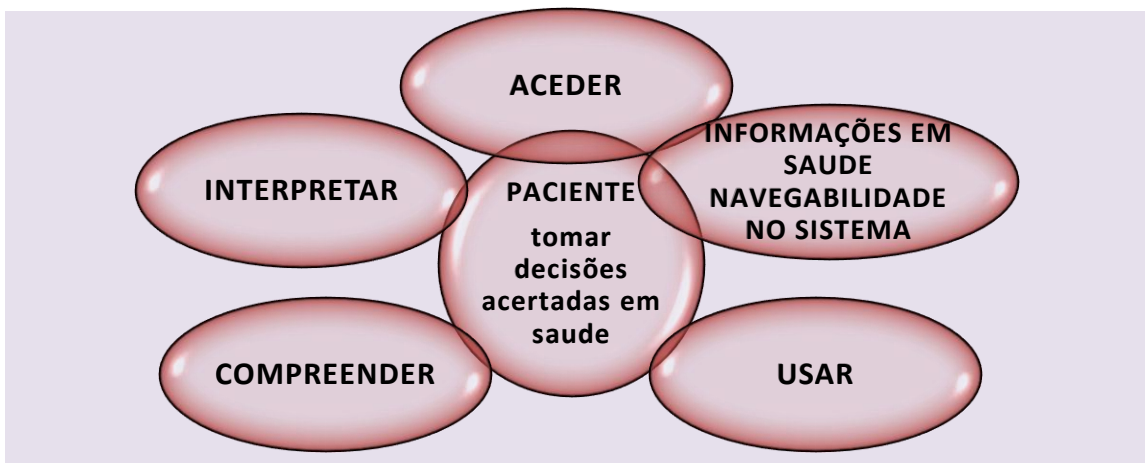
É também no domínio interpessoal que se alinham as relações que permitem uma boa saúde (individual e pública) e o bem-estar⁸ dos indivíduos e das comunidades⁹.

Sabemos que a relação terapêutica é 90% uma relação de comunicação em saúde. Este foi um dos resultados evidenciados por um estudo quantitativo com 400 profissionais de saúde que responderam a um questionário (Q-COM-LIT) disseminado via *online*, reforçado por um estudo qualitativo com 88 profissionais de saúde participantes em 14 *focus group* organizados com médicos e enfermeiros em 2019.

A melhoria das competências de comunicação dos profissionais da saúde junto dos pacientes promove uma melhor compreensão das orientações em saúde e dos níveis de literacia em saúde do paciente. Este melhor entendimento das instruções em saúde permite uma melhoria da adesão e da relação terapêutica.

Os cinco domínios de tarefas interpessoais incluem: (1) iniciação de interações e relacionamentos; (2) a afirmação de direitos pessoais e o descontentamento com os outros; (3) autorrevelação de informações pessoais; (4) emoções de apoio a terceiros; e (5) gestão de conflitos interpessoais que surgem em relacionamentos íntimos. Os dois primeiros domínios respeitantes à iniciação de interações e relacionamentos e a afirmação de direitos pessoais e o descontentamento com os outros têm sido abordados nos estudos comportamentais sobre assertividade¹⁰.

A literacia em saúde é um constructo dinâmico⁴⁻⁵ em evolução que, pela sua própria dinâmica, relaciona-se com o desenvolvimento das competências dos indivíduos para melhor acederem, usarem, avaliarem e compreenderem o sistema de saúde, por forma a tomarem decisões fundamentadas.



Fonte: A autora.

Figura 1. Dimensões da literacia em saúde.

Os dados do Questionário Europeu de Literacia¹¹, composto por 47 questões integrando os domínios dos cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, com quatro níveis de processamento da informação nas vertentes do acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação em saúde, demonstram que as pessoas na Europa têm níveis baixos de literacia em saúde. Foi avaliado que em Portugal 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos nove países em 49,2%. E por isso um nível de compreensão baixo da informação em saúde.

Resulta da própria definição de literacia em saúde dada pela Organização Mundial da Saúde (1998)¹², que esta relação culmina nas “decisões fundamentadas e na gestão da saúde por parte do indivíduo, através de um processo de acesso, uso e compreensão e avaliação da informação em saúde, que gera resultados em saúde”. Para que estes resultados sejam eficientes, os conteúdos de informação disponibilizados pelo emissor, o profissional (através da linguagem verbal e não-verbal), devem ser entendíveis pelo recetor, o paciente, de forma clara e acessível¹³.

Tabela 1. Caminhos por onde passa a literacia em saúde

A literacia em saúde afeta a capacidade das pessoas de:
<ul style="list-style-type: none"> • Navegarem pelo sistema de saúde, incluindo o preenchimento de formulários complexos e localizar fornecedores de serviços • Partilhar informações pessoais, como histórico de saúde, com os prestadores de serviços • Envolver-se no autocuidado e na gestão de doenças crónicas • Compreender conceitos matemáticos, como probabilidade e risco (numeracia)

Fonte: A autora, baseado em Sorensen et al.¹⁴

A comunicação em saúde tem um caráter abrangente, centralizador e estratégico no processo de saúde: a) é transversal quanto às várias áreas e contextos; b) é central na relação que os profissionais de saúde estabelecem com os pacientes no quadro da prestação dos cuidados de saúde; e c) é estratégica por se relacionar com a satisfação dos pacientes¹⁵, podendo influenciar significativamente a avaliação que os pacientes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental¹⁵.

Também Ong e outros¹⁶ defendem três objetivos da comunicação em saúde na relação interpessoal profissional-paciente: 1) criar uma relação interpessoal positiva; 2) trocar informação¹⁶ e envolver as pessoas em escolhas saudáveis¹⁷; e 3) tomar decisões relacionadas com o tratamento^{6,14}.

No contexto da comunicação há determinantes relacionados com os objetivos a atingir e problemas a serem resolvidos⁶, como por exemplo, as variáveis do paciente (e.g., o género, a idade, o nível de educação, a etnia, a familiaridade com os cuidados de saúde). Nesta equação é essencial o conhecimento do profissional de saúde que envolve o conhecimento interpessoal e socio-emocional⁶.

A relação terapêutica, com as componentes das competências e da comunicação do profissional, é a base para que os resultados da qualidade em saúde sejam efetivos.

Além do apoio técnico/clínico, o suporte emocional envolve a prestação de conforto aos outros quando estes enfrentam problemas ou angústias¹⁸. A competência é, por isso, um fator importante na maneira como os indivíduos ajudam a moldar o mundo e não apenas como lidam com ele.

As competências de comunicação “permitem a eficiência e a eficácia” (FG3). E existe autoeficácia¹⁹ percebida quando o indivíduo acredita (crença) na sua capacidade em organizar, desenvolver e realizar as ações que são essenciais para lidar com situações futuras. Acreditar na autoeficácia condiciona os indivíduos sobre o que pensam, sentem, atuam e se motivam.

Parece também que o otimismo conta: os indivíduos mais otimistas conseguem adaptar-se melhor a diferentes contextos que os menos otimistas, seja a nível psicológico ou físico²⁰. As expressões verbais podem também estar relacionadas com o comportamento positivo, com a apreciação do outro, motivação e subsequentes e necessários pedidos de mudança de comportamento. “Existe um profissional que tem conhecimentos e competências perante outra pessoa que precisa dos nossos cuidados e da nossa atenção, baseado muito no ensino e no despertar de interesse para a sua pessoa e conseguir gerir a sua saúde e o seu estado de doença” (FG6).

Entre as vantagens destaca-se que “o profissional só ganha com o uso dessa linguagem clara e ganha credibilidade” (D3C), “aumenta a relação de confiança na relação terapêutica” (E3C). Observamos que estudos sobre suporte social sugerem que as pessoas que têm uma maior competência interpessoal têm maior probabilidade de construir e usar redes de relacionamentos de apoio perante as circunstâncias stressantes da vida¹⁸. E também os indivíduos “cronicamente solitários”¹⁸ registam uma menor competência nas relações interpessoais do que as pessoas que não estão sozinhas²¹. Estes resultados vão ao encontro de Espanha, Avila e Mendes (2016) que referem, num paralelismo com as pessoas que têm baixa literacia em saúde, que por exemplo os desempregados de longa duração manifestam uma

menor literacia em saúde, provocados pelo baixo contato de rotina social que o emprego com os seus horários e contatos sociais fornece.

Um comunicador competente é que está ciente da “qualidade sagrada dos encontros”²², ajuda no estabelecimento e manutenção da identidade pessoal e social dos participantes e tem, por isso, habilidade para ajudar os outros a “salvar a cara”, isto é, ajuda se houver alguma ameaça (e.g., uma doença que a vai limitar física ou mentalmente no futuro)²².

Pelo que a relação terapêutica é curativa de emoções, sentimento e estados, e promotora dessa socialização que os pacientes também procuram. Tal como foi referido nos FG a propósito dos pacientes com doenças crónicas: é preciso “manter a dignidade da pessoa dando força para o seu caminho” (...), “mas sem falsas esperanças...”, ele (o doente) “sabe que está a ser acompanhado” (FG2) e que se consubstancia nesta declaração de disponibilidade e compromisso “ele sabe que nós estamos cá para ele...” (FG2).

Uma abordagem integrada e transversal dos determinantes sociais da saúde envolve também uma análise das competências e da participação (OCDE, 2005), de acordo com os tipos de domínios de tarefas interpessoais (e.g., iniciar conversas e recusar pedidos que não façam sentido) e a outra abordagem tenta identificar comportamentos e habilidades que determinam que uma interação seja eficaz¹⁸, como por exemplo as habilidades necessárias para descodificar a comunicação não-verbal²³ e a expressividade social²⁴.

Métodos

O estudo transversal qualitativo e quantitativo integrou 14 *focus group* com profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros ($n=88$) e a aplicação de um questionário a 341 enfermeiros hospitalares e a 48 médicos de medicina geral e familiar sobre o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde, em particular para validação do Modelo de Comunicação em Saúde ACP, mais resumidamente chamado de «Modelo ACP»^{4-5,7}.

Resultados e sua Discussão

A comunicação deve ser acessível (A4C, D4C, D11S), descodificada (A3C, B3S, B4S, C3S, C6S, D4C, D4S), é preponderante e fundamental para a literacia em saúde (todos os FG) e motiva para a mudança de comportamentos (A3C, A10S, A11S, C5S, E3C, E3S, D4C, F3C, F4S, F6C). Estes foram alguns dos resultados da investigação levada a cabo com mais de 400 profissionais de saúde distribuídos entre médicos e enfermeiros portugueses.

Ter ou não níveis adequados de literacia, apresentando competências para processar e compreender a informação de saúde, conseguindo tomar decisões adequadas com a mesma, pode ditar a diferença, por exemplo, entre tomar doses terapêuticas adequadas ou tóxicas de fármacos, ou seguir ou não as indicações de técnicos de saúde²⁵. Rudd et al.²⁶ afirmam que a literacia em saúde pode ser um fator que contribui para as grandes disparidades na qualidade da assistência médica que muitos recebem.

Acesso, uso e compreensão: os efeitos da educação

O acesso, a compreensão e o uso da informação, assim como a navegação em saúde devem ser vistos como processos individualizados, com repercussões não apenas a nível interpessoal, mas grupal e comunitário⁹.

Neste processo de interação que deve tender ao equilíbrio e às relações mutuamente benéficas²⁷, os profissionais de saúde participantes na investigação sublinham também a necessidade de preparação prévia para poder fazer face às exigências complexas da interação em saúde. “Nós antes de cada consulta devemos preparar-nos... Temos de ter tudo resumido, temos de ter o plano para a consulta, para depois podermos falar com clareza para o doente”, o que significa que têm necessariamente de adequar a sua linguagem verbal e não verbal e munirem-se de ferramentas úteis que lhes facilitem esse trabalho junto dos seus pacientes. É a mudança de comportamentos para estilos de vida mais saudável, que representa muito do trabalho efetuado pelos profissionais de saúde. Para o U.S. Department of Health and Human Services²⁸, os principais responsáveis para melhorar a literacia em saúde do paciente são os profissionais de saúde e os sistemas de saúde e saúde pública, sublinhando “muito simplesmente, a responsabilidade é nossa, como profissionais de saúde”. E, reforça, “sem comunicação clara, não podemos esperar que as pessoas adotem comportamentos saudáveis e as recomendações que defendemos”, pois quando as pessoas “recebem informações precisas e fáceis de usar sobre um problema de saúde, ficam mais aptas a tomar medidas para proteger e promover sua saúde e bem-estar”²⁸.

A teoria social cognitiva sugere que os pré-requisitos da mudança são: 1) o conhecimento dos riscos para a saúde; 2) os benefícios; 3) as autoinfluências associadas às crenças sobre a eficácia pessoal (consigo mesmo fazer isto?) e os resultados esperados, que podem incluir a aprovação ou a desaprovação social ou ainda a autoavaliação positiva ou negativa do sujeito. A mudança de comportamento pode dever-se à redução ou à eliminação de barreiras: a pessoa percebe que tem controlo sobre os resultados e que há poucas barreiras externas e a pessoa tem, assim, confiança na sua competência para executar o respetivo comportamento. Este pressuposto está de acordo com a teoria da resolução de problemas de Kim e Grinig²⁹.

Segundo Cegala³⁰, o uso mais frequente de perguntas abertas pelos médicos ocorreu com a conversa sobre sintomas. O uso de perguntas abertas são melhor ilustradas por declarações do tipo: “Há mais alguma coisa que deseja perguntar?” Neste estudo de Cegala, de 1997, cerca de 42% das perguntas não especificadas dos médicos ocorreram nos últimos minutos da entrevista.

O modelo de comunicação em saúde ACP

Os resultados desta investigação mostraram que o modelo ACP contribui para melhorar o nível da relação terapêutica, que se torna mais humanizada porque é vista de uma forma holística onde a comunicação transporta a bandeira da compreensão.

Tal como Hargie e Dickson³¹ e Rego³², também a assertividade foi considerada pelos profissionais de saúde como uma “competência aprendida” (G10S) e “não um traço de personalidade que a pessoa detém ou não”³². A assertividade promove o equilíbrio e a exatidão da informação: o nível de informação que pretendo transmitir ou receber é exatamente aquilo é para transmitir (A5S, A6S, B7S, F4C, G10S). Um dos resultados do estudo apontou a assertividade como promotora tanto do sucesso e resultados em saúde, em que a motivação é um dos elementos constituintes.

Pfaffman³³ diz que a assertividade envolve expressar adequadamente as ideias, sentimentos e os limites, respeitando os direitos dos outros, mantendo um efeito positivo no recetor, enquanto se preveem as possíveis consequências das expressões. E, por isso, inclui a dose de

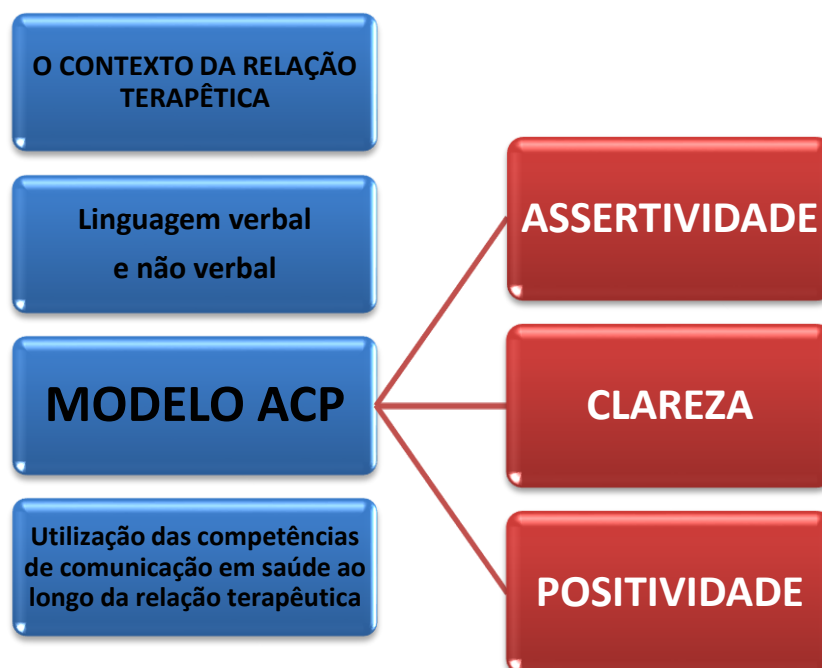
positividade, que procura atingir objetivos pessoais e/ou instrumentais³³, contribuindo assim para uma mudança de comportamentos.

A clareza da linguagem contribui para o aumento da literacia em saúde do paciente (todos os FG) e é preciso privilegiar na relação terapêutica o uso da linguagem clara para que se obtenham melhores resultados em saúde³⁴.

A positividade é o foco na solução e é ver o caminho em frente. Numa revisão sistemática da literatura em 2001, efetuada por Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou e Kleijnen³⁵, e mais tarde por Howick e outros autores³⁶, também numa revisão sistemática e meta-análise, onde foram combinados dados de estudos sobre intervenções de empatia (houve prática de empatia) e intervenções com expectativas (onde os profissionais enviaram mensagens positivas para promover as expectativas positivas dos pacientes sobre os resultados), mostraram que a empatia e a comunicação positiva podem ajudar a melhorar os resultados em saúde dos pacientes¹⁴.

Uma comunicação mais eficiente, desenvolvida através de uma postura assertiva, através de uma linguagem clara e positiva, poderá conduzir a uma melhor compreensão do recetor/paciente e, por sua vez, aos melhores resultados em saúde, individuais e sociais (meso e macro).

Um dos fundamentos assenta na teoria social-cognitiva¹⁹, com origem na teoria da aprendizagem social que sustenta que o comportamento é determinado pelas expectativas, incentivos e cognições sociais, sendo necessário que se promova a autoeficácia do paciente. Isto é, é preciso ensiná-lo a atuar em prol da sua saúde através da motivação e da confiança. Garantindo que paciente sabe executar a tarefa ou ação¹⁹, é um dos meios para que este consiga a mudança pretendida para a melhoria da sua saúde. É a autoeficácia (saber-fazer) que leva a uma maior confiança e motivação, sendo geradora de maior motivação e ação.



Fonte: A autora.

Figura 2. Estrutura do modelo ACP.

Assim, tanto as competências de comunicação em saúde como os conteúdos da comunicação podem ser usados ao longo da linha da relação interpessoal, adequando a linguagem verbal e não verbal de acordo com o perfil do paciente, do assunto, e do nível de ansiedade em que este se encontra. Cegala³⁰ confirma que o número médio de perguntas abertas foi maior sem um determinado tópico específico.

Pelo que, considerando o que resulta dos guiões para a consulta, o *Calgary Cambridge Guide* e o *Kakamazoo Consensus Statement*³⁷, podemos afirmar que pelo menos existem pelo menos três momentos cruciais: o da abertura (*rapport*); o desenvolvimento (trabalhar a essência do problema que trouxe o paciente à consulta); e o fecho da relação (encerramento) onde devem existir e ser aplicadas competências de comunicação em saúde específicas, como as consubstanciadas pelo modelo ACP. Esta utilização intencional no início, meio e no fim da interação corrobora o que é explicado sobre os efeitos de primazia e recensão, que contribuem para uma melhor compreensão e memorização da informação após a consulta, assim como a linguagem positiva utilizada para os comportamentos desejáveis³⁸.

O modelo ACP foi também testado e comprovado nos seus efeitos por um conjunto vasto de centenas de profissionais de saúde que beneficiaram, entre 2012 e 2018, da formação avançada no ISPA em literacia em saúde, assim como da pós-graduação em LITERACIA EM SAÚDE: MODELOS, ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÃO (2017/2018), de formações em contexto hospitalar em Portugal, assim como evidenciado por 14 *focus group* de profissionais de saúde de áreas profissionais da medicina e da enfermagem, reforçados por mais três FG com profissionais de outras áreas, como psicólogos, terapeutas, higienistas orais, entre outros.

Os resultados do estudo efetuado demonstram uma forte convicção de todos os profissionais de saúde na necessidade de desenvolvimento de competências de comunicação entre os profissionais de saúde, tanto na formação graduada como pós-graduada.

O modelo ACP foi validado no estudo pela amostra e resultou numa clara confirmação da importância destas competências de comunicação em saúde ao longo da relação terapêutica.

Tabela 2. Os contributos da comunicação para a literacia em saúde

Contributos da comunicação para a literacia em saúde – Ideias-chave
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação deve ser acessível (A4C, D4C, D11S) • Comunicação deve ser decodificada (A3C, B3S, B4S, C3S, C6S, D4C, D4S) • Comunicação é preponderante e fundamental para a literacia em saúde Todos os FG) • Comunicação motiva para a mudança de comportamentos (A3C, A10S, A11S, C5S, E3C, E3S, D4C, F3C, F4S, F6C) • Linguagem clara contribui para aumento da literacia em saúde do paciente (todos os FG) • Equilíbrio e exatidão da informação: o nível de informação que pretendo transmitir ou receber é exatamente aquilo é para transmitir (A5S, A6S, B7S, F4C, G10S)

Fonte: A autora (resultado dos 14 FG com profissionais de saúde).

Conclusão

Os profissionais de saúde inquiridos estão cientes da importância do seu desenvolvimento de competências de comunicação para alcançarem este desiderato, seguindo as *guidelines* da OMS, que sublinha a necessidade de integrar outras estratégias de mudança comportamental numa abordagem multifacetada, por forma a conseguir atingir a mudança pretendida³⁹.

As *guidelines* de suporte aos profissionais de saúde, em particular em competências de comunicação em saúde, consubstanciadas no modelo ACP como um guião prévio permitem-lhes uma melhoria das suas competências⁶ técnicas e humanas em que se consubstancia o cuidar e o cuidado.

Podemos sintetizar em 10 pontos os benefícios proporcionados por este modelo de comunicação em saúde – modelo ACP –, que contribui para melhorar: 1) o nível da relação terapêutica, que se torna mais humanizada e mutuamente benéfica através do desenvolvimento das competências de comunicação em saúde; 2) o nível de literacia em saúde do paciente, por permitir um melhor uso, acesso e sobretudo uma maior compreensão das instruções em saúde; 3) a interação das relações em saúde, com dinâmicas participativas entre profissional de saúde e paciente, geradoras de maior confiança; 4) a diminuição ou o controlo dos níveis de *stress* e ansiedade emocional (em diversos graus) presentes nesta relação; 5) o reconhecimento de competências imediatas (ACP) que podem ser facilmente aprendidas e usados em todos os momentos e como reserva para qualquer momento da relação terapêutica (guiões prévios); 6) a dotação do profissional de um conjunto de competências-chave que lhe permita ser também um educador, ao coordenar assertivamente a relação interpessoal, ao traduzir o jargão técnico e ao ser positivo para que o paciente saiba a ação a fazer, a memorize e a reconheça como significativa na sua vida e para a sua saúde; 7) o reconhecimento das limitações humanas e da melhor compreensão sobre o significado do respeito e da decisão partilhada (assertividade), da acessibilidade que deve ser proporcionada ao paciente e dos efeitos do poder da simplicidade da linguagem em saúde e da esperança e do bem-estar que é proporcionado pelo comportamento positivo, assim como pelo “comportamento positivo” para a ação; 8) a disseminação de boas práticas e da consciência (cognição) do bom poder transformador que as relações em saúde proporcionam à sociedade; e, finalmente, 9) o melhor nível de preparação dos alunos e profissionais de saúde no conhecimento de competências de comunicação em saúde, em particular através deste modelo de comunicação em saúde, o modelo ACP.

Referências bibliográficas

1. Inglehart R. Gender, aging, and subjective well-being. *Int J Comp Sociol.* 2002;43:391-408.
2. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D, Cabral A. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxo da interação.* São Paulo: Cultrix; 1967.
3. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? *J Clin Diagn Res.* 2015;9(3):1-4.
4. Almeida CV. Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde: o lado mais forte da balança. In: Lopes C, Almeida CV, editors. *Literacia em saúde: modelos, estratégias e intervenção.* Lisboa: Edições ISPA; 2018. p. 33-42.
5. Almeida CV. Modelo de comunicação em saúde ACP: as competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In: Lopes C, Almeida CV, editors. *Literacia em saúde na prática.* Lisboa: Edições ISPA; 2019. p. 43-52.
6. Hulsman RL, Smets EM, Karemaker JM, de Haes HJ. The psychophysiology of medical communication: linking two worlds of research. *Patient Educ Couns.* 2011;84:420-7.

7. Belim C, Almeida CV. Healthy thanks to communication – A model of communication competences to optimize health literacy: assertiveness, clear language, and positivity. In: Papalois VE, Theodosopoulou, editors. *Optimizing health literacy for improved clinical practice*. IGI Global; 2017. p. 124-152.
8. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos*. 2005;8:335-41.
9. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos*. 1981;6:101-23.
10. Galassi J, Galassi M. Relationship between assertiveness and aggressiveness. *Psychol Rep*. 1975;36:352-4.
11. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):259-75.
12. World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO; 1998.
13. Silverman J, Krutz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Boca Raton: Taylor & Francis; 2013.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):1-13.
15. Teixeira JA. Comunicação em saúde – Relação técnicos de saúde: utentes. *Anal Psicol*. 2004;22(3):615-20.
16. Ong L, De Haes JD, Hoos A M, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
17. Parvanta C, Bass S. *Health communication strategies and skills for a new era*. Wall Street: Jones & Bartlett Learning; 2018.
18. Buhrmester D, Furman W, Wittenberg, MT, Reis HT. Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(6):991-1008.
19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
20. Brissette I, Scheier, MF, Carver CE. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82(1):102-11.
21. Jones WH, Hobbs AS, Hockenbury D. Loneliness and social skill deficits. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42:682-9.
22. Wiemann JW. Explication and test of a model of communicative competence. *Hum Commun Res*. 1977;3(3):195-213.
23. Silverman J, Draper J, Kurtz SM. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching II: the SET-GO method of descriptive feedback. *Educ Gen Pract*. 1997;8:16-23.
24. Riggio RE. Assessment of basic social skills. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51(3):649-60.

25. Bodie GD, Dutta MJ. Understanding health literacy for strategic health marketing: ehealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Mark Q.* 2008;25(1/2):175-203.
26. Rudd RE. Needed action in health literacy. *J Health Psychol.* 2013;18(8):1004-10.
27. Bruning SD, Ledingham JA. Organization public relations and consumer satisfaction: the role of relationships in satisfaction mix. *Commun Res Rep.* 1998;15(2):198-208.
28. Office of Disease Prevention and Health Promotion. National action plan to improve health literacy. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
29. Kim JN, Grunig JE. Problem solving and communicative action: a situational theory of problem solving. *J Commun.* 2011;61:120-49.
30. Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *J Health Commun.* 1997;2:169-94.
31. Hargie O, Dickson D. Skilled interpersonal communication: research, theory and practice. 4th ed. East Sussex: Routledge; 2004.
32. Rego A. Comunicação pessoal e organizacional. Lisboa: Sílabo; 2016.
33. Pfaflman T. Assertiveness. Springer; 2017.
34. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *J Health Commun.* 2013;18(8):991-1001.
35. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;357:757-62.
36. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240-52.
37. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001;45:25-34.
38. Cialdini R. Pre-Suasão: a influência começa ainda antes da primeira palavra. Barcarena: Marcador; 2018.
39. ECOSOC Annual Ministerial Review. Regional preparatory meeting on promoting health literacy, Beijing, China, 29-30 April 2009: background note [Internet]. United Nations Economic and Social Council; 2009. Available from: <https://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf/chinameetinghealthliteracybackgroundpaperv2.pdf>

Nota biográfica

Cristina Vaz de ALMEIDA. Investigadora, docente, especialista em Literacia em Saúde. Doutorada em Ciências da Comunicação – Literacia em Saúde, pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Mestre em Novas Tecnologias Aplicadas à Educação, com especialização em comunicação em e-learning, pela Universidade Autónoma de Barcelona e Universidade Carlos III, em Madrid (2007). Pós-graduada em Marketing, pelo Instituto Superior de Gestão (1996). Pós-graduada em Psicologia Positiva, pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2016). Pós-graduada em Direito do Ambiente, pela Universidade Católica Portuguesa (1991). Licenciada em Direito, pela Universidade Católica Portuguesa (1990). Docente e formadora de inúmeros cursos de Comunicação e Literacia em Saúde e Marketing em Saúde em instituições académicas e organizações de saúde (centros hospitalares, ARS, etc.). Formadora sénior do ISPA – Instituto Universitário e da ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Co-diretora da 1ª Pós-graduação de Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção, também no ISPA. Diretora do Serviço de Gestão de Produtos de Apoio, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2012-2019).