



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Literacia em Saúde e Literacia Digital em Saúde:
o papel das farmácias comunitárias no preenchimento
do gap numa sociedade digital**

Mónica Isabel Nobre Rodrigues Correia Maia

Doutoramento em Ciências da Comunicação

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Associada (com Agregação),
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023



**SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Departamento de Sociologia

**Literacia em Saúde e Literacia Digital em Saúde:
o papel das farmácias comunitárias no preenchimento
do gap numa sociedade digital**

Mónica Isabel Nobre Rodrigues Correia Maia

Doutoramento em Ciências da Comunicação

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Associada (com Agregação),
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Literacia em Saúde e Literacia Digital em Saúde:
o papel das farmácias comunitárias no preenchimento
do gap numa sociedade digital**

Mónica Isabel Nobre Rodrigues Correia Maia

Doutoramento em Ciências da Comunicação

Júri:

Doutora Marta Entradas, Professora Auxiliar, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutor Filipe Santos Silva, Investigador Associado i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde

Doutora Cristina Vaz de Almeida, Investigadora Colaboradora CAPP, ISCSP-Instituto de Ciências Sociais e Políticas

Doutor Jorge Vieira, Professor Auxiliar, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Rita Espanha, Professora Associada (com Agregação), Iscte – Instituto Universitário de Lisboa (Orientadora)

The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place.

George Bernard Shaw

Agradecimentos

"It always seems impossible until it's done".

Esta frase é frequentemente associada a Nelson Mandela, embora não exista uma fonte definitiva que confirme sua autoria. As palavras que nela constam capturam, de forma eloquente – e mesmo poética – a tenacidade e a abnegação que nortearam Mandela na defesa dos seus princípios primordiais, além de incorporarem o conceito central de desafio e superação, fundamentais na realização de grandes metas. Perseguir um sonho e concretizá-lo pode ser uma jornada incrivelmente desafiadora, mas, ao mesmo tempo, profundamente gratificante.

Foram diversos os estados de espírito que me acompanharam ao longo deste percurso. Inicialmente, dominava o entusiasmo, seguido por uma avalanche de sentimentos de desorientação e impotência. Numa fase mais avançada e madura do projeto, surge o cansaço e a autocritica, e o desfecho revela-se um autêntico teste à resiliência.

Para me amparar em todas estas etapas contei sempre com “as minhas pessoas”, minhas porque são tudo para mim e porque têm a generosidade de tolerar todas as minhas falhas, apoiando-me nas minhas loucuras.

Aos meus filhos, Vicente e Simão, agradeço o apoio, a generosidade e a tolerância. Não foi fácil viver com a privação do meu tempo para eles.

Ao meu pai, Vítor, agradeço o entusiasmo, o orgulho e a crença inabalável na minha capacidade de superação.

À minha mãe, Maria José, cuja memória me acompanha todos os dias e cuja influência se expressa em tudo o que sou.

Ao meu amor, António, agradeço a generosidade de partilhar o “nossa tempo”, com a minha tese, num momento das nossas vidas em que tanto temos para viver e descobrir juntos.

Por último, mas não menos importante, à minha orientadora, Professora Rita Espanha, pela paciência, disponibilidade e assertividade. As suas palavras de apoio e de incentivo foram um bálsamo em cada etapa. Quem faz este percurso sabe bem o quanto estas palavras são importantes...

Cada um apoiou-me em todos os momentos, nas mais variadas formas. Quando existe colaboração todos os objetivos são concretizáveis.

Sozinhos, somos nada.

Resumo

A literacia em saúde tem vindo a ganhar espaço no debate político e na agenda mediática, sendo cada vez mais encarada como um fator que contribui para a melhoria dos resultados em saúde.

A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui uma preocupação premente, estando a sua resiliência está relacionada com a forma como os cidadãos a ele recorrem. A literacia em saúde impacta diretamente a utilização de recursos e os índices portugueses situam-se abaixo da média europeia, estando associados a um gradiente social que acentua as iniquidades em saúde.

O objetivo desta investigação é aferir o contributo das farmácias comunitárias para a literacia em saúde dos cidadãos. Para tal procurámos, por um lado, compreender o grau de envolvimento dos farmacêuticos no tema e, por outro, recolher as impressões do cidadão face à atuação do farmacêutico. O nosso modelo de investigação foi, assim, desenhado para nos dar uma perspetiva multidimensional da problemática da literacia em saúde, em contexto de intervenção farmacêutica.

Foi utilizada uma metodologia mista, com dois inquéritos por questionário, um destinado a farmacêuticos, com 394 respostas, e outro a cidadãos, com 112 respostas, complementado com um estudo etnográfico que decorreu em 7 farmácias do distrito de Lisboa.

Os resultados obtidos indicam uma prática natural do farmacêutico na promoção da literacia em saúde através do incentivo de comportamentos positivos face à saúde e na ajuda à capacitação do indivíduo na gestão da saúde. O cidadão reconhece o esforço, necessitando, contudo, de ver melhorada a eficácia da comunicação.

Palavras-chave: literacia em saúde, literacia digital em saúde, farmácia comunitária, farmacêutico, autonomia, capacitação

Abstract

Health literacy has been gaining ground in the political debate and on the media agenda, and is increasingly seen as a factor that contributes to improving health outcomes.

The sustainability of the National Health Service (SNS) is a pressing concern, and its resilience is related to how citizens use it. Health literacy has a direct impact on the use of resources and Portuguese rates are below the European average, associated with a social gradient that accentuates health inequalities.

The aim of this research is to assess the contribution of community pharmacies to citizens' health literacy. To this end, we sought on the one hand, to understand the degree of involvement of pharmacists in the subject and, on the other, to collect citizens' impressions of the pharmacist's work. Our research model was therefore designed to give us a multidimensional perspective on the issue of health literacy in the context of pharmaceutical intervention.

A mixed methodology was used, with two questionnaire surveys, one aimed at pharmacists, with 394 responses, and the other at citizens, with 112 responses, complemented by an ethnographic study that took place in 7 pharmacies in the Lisbon district.

The results show that pharmacists naturally promote health literacy by encouraging positive health behaviors and helping to empower individuals to manage their health. The public recognizes the effort, but the effectiveness of the communication needs to be improved.

Key words: health literacy, digital health literacy, community pharmacy, pharmacist, autonomy, empowerment

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Indice.....	ix
Índice de Figuras	xii
Índice de Tabelas	xiv
Introdução.....	2
1. Introdução à temática.....	2
2. Relevância	4
3. Objetivos e Questões de Investigação	6
4. Estrutura	6
Capítulo 1 – A Comunicação em Saúde	9
1.1. Introdução.....	9
1.2. O conceito de saúde na contemporaneidade.....	9
1.3. Os determinantes sociais da saúde.....	12
1.4. O Serviço Nacional de Saúde e o compromisso do Estado português com a saúde dos cidadãos	17
1.5. A comunicação em saúde	22
1.6. A promoção da saúde e as instituições.....	29
Capítulo 2 – A literacia em Saúde e a Literacia Digital em Saúde.....	33
2.1. Introdução.....	33
2.2. A Literacia em sentido lato	33
2.3. Literacia em saúde	35
2.3.1. Definição conceptual	37
2.3.2. Duas dimensões de influência: na prática clínica e na saúde pública	39
2.3.3. Literacia crítica, funcional e interativa.....	41
2.3.4. Uma questão de contexto.....	44
2.4. Empoderamento do cidadão	45
2.5. O papel do sistema de saúde	48
2.6. Uma responsabilidade partilhada	51

2.7.	Medir a literacia em saúde	53
2.8.	Literacia digital em saúde	62
2.8.1.	Sociedade digital	63
2.8.2.	Definição de literacia digital em saúde	66
2.8.3.	E-saúde.....	67
2.8.4.	Medir a literacia digital em saúde.....	70
2.9.	A literacia em saúde e os resultados em saúde	71
2.10.	Melhorar os níveis de literacia em saúde	73
	Capítulo 3 – As Farmácias	77
3.1.	Introdução.....	77
3.2.	Caracterização: dimensão, recursos humanos, dispersão e serviços	77
3.3.	Os portugueses e a sua saúde.....	80
3.4.	O posicionamento das farmácias num sistema de saúde interdisciplinar.....	83
3.5.	A eficiência social das farmácias	89
3.6.	O impacto da literacia em saúde na comunicação	90
3.7.	Os processos de comunicação com os cidadãos.....	92
3.8.	As farmácias e a promoção da saúde	94
3.9.	Educar para a saúde - uma nova valência das farmácias?.....	96
	Capítulo 4 – Abordagem Metodológica	99
4.1.	Introdução.....	99
4.2.	Relevância da temática abordada.....	99
4.3.	Objetivos, Questões de Investigação, Modelo Teórico de Investigação e Hipóteses	101
4.4.	Posicionamento Paradigmático Epistemológico.....	105
4.5.	Metodologia.....	108
4.5.1.	Questionários a farmacêuticos	111
4.5.2.	Questionários cidadãos.....	112
4.5.3.	Estudo etnográfico	114
	Capítulo 5 – Análise de resultados.....	116
5.1.	Introdução.....	116
5.2.	Questionário aos farmacêuticos	116
5.2.1.	O Universo.....	116
5.2.2.	A amostra.....	116
5.2.3.	O inquérito por questionário	119
5.2.4.	Resultados.....	120
5.2.4.1.	Reconhecimento e identificação.....	120

5.2.4.2. Resposta a lacunas no campo da literacia em saúde.....	121
5.2.4.3. Dimensões e intervenções em contexto.....	123
5.2.4.4. A literacia digital em saúde	127
5.2.4.5. A importância da literacia em saúde em vários domínios: a visão do farmacêutico	
127	
5.2.4.6. Obstáculos e oportunidades	129
5.3. Questionário aos Cidadãos	134
5.3.1. O Universo.....	134
5.3.2. A amostra.....	134
5.3.3. Resultados.....	136
5.3.3.1. Hábitos e motivos de frequência da farmácia	136
5.3.3.2. O farmacêutico e a comunicação.....	138
5.3.3.3. Literacia digital em saúde	145
5.3.3.4. Legitimização da intervenção farmacêutica.....	145
5.3.4. Notas a destacar acerca do inquérito por questionário	148
5.4. Teste ao Modelo de Investigação e resposta às Hipóteses e questões de investigação....	148
5.4.1. Questionário farmacêuticos.....	149
5.4.2. Validação de hipóteses e Resposta às Questões de Investigação	157
5.5. Estudo etnográfico	168
5.5.1. Principais notas acerca do estudo etnográfico	174
5.6. Conclusões	176
5.7. Discussão.....	179
5.8. Limitações da Investigação	181
Capítulo 6 – Conclusões	184
6.1. Introdução.....	184
6.2. Criação de valor em saúde.....	184
6.3. Espaço para a intervenção farmacêutica.....	187
6.4. Olhar para o Futuro.....	190
Bibliografia	193
Anexos.....	220
Anexo A - Questionário farmacêuticos	220
Parecer da Comissão de Ética	224
Anexo B - Questionário utentes.....	227
Parecer da Comissão de Ética	232

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Os determinantes sociais em Saúde. Fonte: Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013.....	13
Figura 1.2 - Determinantes Sociais da Saúde. Fonte: PNS 2022	13
Figura 1.3 - Modelo Conceptual para o Plano Nacional de Saúde. Fonte: DGS, 2015.....	21
Figura 2.1 - Modelo Conceptual da Literacia em Saúde adotado pelo	39
Figura 2.2 - Estrutura da Literacia em saúde proposta por Parker& Ratzan (2010).....	49
Figura 2.3 - Índices de literacia em Saúde em Portugal e na Europa (EU-8) (valores médios). Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)	58
Figura 2.4 - Índice Geral de Literacia em Saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)	59
Figura 2.5 - Índice de Literacia em Saúde no âmbito dos cuidados de saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)	60
Figura 2.6 - Índice de Literacia em Saúde no âmbito da prevenção da doença. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)	60
Figura 2.7- Índice de Literacia em Saúde no âmbito da promoção da saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)	61
Figura 3.1 - Autoperceção da qualidade da saúde- INE 2021	82
Figura 3.2 - Anos de vida saudável depois dos 65 anos- INE 2021	83
Figura 3.3 - Comunicação para divulgação do serviço Pharmacy First	87
Figura 3.4 - The Self Care Continuum-Self Care Forum. Fonte: Bell et al., 2016	95
Figura 4.1 - Modelo teórico de investigação (elaboração própria)	103
Figura 5.1 - Caracterização da amostra-Sexo.....	117
Figura 5.2 - Caracterização da amostra- Escalões etários.....	117
Figura 5.3 - Caracterização da amostra -Distribuição dos escalões etários em valores absolutos	118
Figura 5.4 - Caracterização da amostra-Distribuição geográfica	118
Figura 5.5 - Anos de experiência como farmacêutico.....	119
Figura 5.6 - Anos de experiência em farmácia comunitária	119
Figura 5.7 - Preocupação manifestada em perceber o nível de literacia em saúde.....	120
Figura 5.8 - Técnicas utilizadas como suporte para aferir o grau de literacia em saúde.....	121
Figura 5.9 - Técnicas utilizadas para suportar a mensagem perante um cidadão.....	122
Figura 5.10 - Resposta às necessidades específicas de pessoas com doença crónica.....	123
Figura 5.11 - Regularidade com que fala dos aspetos importantes relacionados com medicamentos	124

Figura 5.12 - Regularidade com que aproveita as oportunidades para incentivar a adoção	125
Figura 5.13 - Regularidade com que o farmacêutico exerce o seu poder de influência	126
Figura 5.14 - Atitude perante informações não validadas, obtidas online.....	127
Figura 5.15 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a Saúde Pública.....	128
Figura 5.16 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a qualidade de vida das pessoas	128
Figura 5.18 - Importância atribuída à Literacia em Saúde nos 3 domínios identificados.....	129
Figura 5.17 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a sustentabilidade do SNS	129
Figura 5.19 - Limitações para um maior contributo para a Literacia em Saúde.....	131
Figura 5.20 - Recursos que permitam ao farmacêutico aumentar a sua influência na promoção da literacia em saúde	132
Figura 5.21 - Predisposição para participar num projeto de literacia em saúde promovido pelo Estado	133
Figura 5.22 - Motivações para o envolvimento da farmácia num projeto para a promoção da literacia em saúde.....	133
Figura 5.23 - Grau de ensino	135
Figura 5.24 - Escalões etários.....	136
Figura 5.25 - Frequência de ida à farmácia.....	137
Figura 5.26 - Fidelização à farmácia.....	137
Figura 5.27 - Tipologia de doença reportada.....	138
Figura 5.28 - Prestação de informação relevante acerca do cumprimento da toma do medicamento - Perceção do cidadão	139
Figura 5.29 - Prestação de informação relevante para a toma adequada do medicamento - Perceção do cidadão.....	139
Figura 5.30 - Prestação de informação relevante acerca da função do medicamento - Perceção do cidadão	140
Figura 5.31 - Empenho do farmacêutico na prestação de informação acerca do uso do medicamento - Perceção do cidadão	141
Figura 5.32 - Empenho do farmacêutico no incentivo de comportamentos promotores da saúde ..	143
Figura 5.33 - Recurso à farmácia em situações clínicas menores.....	146
Figura 5.34 - Relação entre o grau de ensino e a frequência de ida à farmácia.....	147
Figura 5.35 - Atitude face a uma intervenção farmacêutica não solicitada	148
Figura 5.36 - Teste Alpha de Cronbach para os domínios analisados.....	150
Figura 5.37 - Importância atribuída à Literacia em Saúde nos 3 domínios (%)	151
Figura 5.38 - Relação entre a idade do farmacêutico e a frequência	152

Figura 5.39 - Relação entre a experiência do farmacêutico e a frequência	153
Figura 5.40 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre incentivar a adoção de comportamentos saudáveis e os anos de experiência como farmacêutico	155
Figura 5.41 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre incentivar a adoção de comportamentos saudáveis e a idade do farmacêutico.....	156
Figura 5.43 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre a prática de fazer recomendações específicas para a condição de saúde e a idade do farmacêutico	156
Figura 5.42 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre a prática de fazer recomendações específicas para a condição de saúde e os anos de experiência como farmacêutico	157

Índice de Tabelas

Tabela 2.1 - Dimensões da literacia em saúde quando aplicadas aos três domínios da saúde.	56
Tabela 4.1 – Dados relativos ao distrito de Lisboa	113
Tabela 5.1 - Incentivo à adoção de comportamentos que beneficiem a saúde, mediante diferentes contextos.....	125
Tabela 5.2 - Perceção da intervenção do farmacêutico face à passagem de conhecimento relativo ao medicamento	141
Tabela 5.3 - Perceção da intervenção do farmacêutico face à passagem de conhecimento relativo à saúde e doença	143
Tabela 5.4 - Codificação de variáveis “grau de ensino” e “frequência de recurso à farmácia”	146

Introdução

1. Introdução à temática

A saúde é amplamente reconhecida como um valor humano fundamental. Afeta todas as esferas da vida e é fundamental para o bem-estar físico, emocional e social.

Reconhecer a saúde como um valor humano implica uma preocupação constante e sistemática em garantir o acesso universal a cuidados de saúde, bem como a implementação de mecanismos que incentivem a prevenção de doenças, promoção de estilos de vida saudáveis e educação para a saúde, e que contribuam para a redução de iniquidades.

A saúde é também um direito fundamental e um bem essencial para o desenvolvimento humano, seja através do bem-estar individual, seja coletivo.

Ao nível individual, a saúde afeta significativamente a forma como se disfruta da vida e como se realizam as aspirações, na medida em que confere autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Já coletivamente é um ativo essencial para a estruturação de uma sociedade virada para desenvolvimento económico, para a coesão social e para a equidade (Tengland, 2016).

Os impactos económicos da saúde são significativos. Quando um indivíduo se sente saudável tem tendência a ser mais enérgico e a viver com menos ansiedade, pelo que tem mais possibilidades de ser produtivo e de sentir maior satisfação com a vida. Cidadãos saudáveis são também mais felizes e mais capazes de maximizar o seu potencial, contribuindo para uma sociedade mais coesa e economicamente mais próspera. Neste sentido, podemos encarar a saúde como um meio para se chegar a um fim (Sørensen *et al.*, 2012), pois constitui o veículo que capacita o indivíduo para atingir a plenitude das suas capacidades (WHO, 2009), o que é benéfico para todos, indivíduo e sociedade.

A saúde não é, todavia, igual para todos, nem no modo como é experienciada, nem nas condições que nela influem. Sentimentos, crenças e valores têm um peso relevante na forma como se vive a saúde, mas as condições materiais em que se nasce, cresce e vive exercem nela um impacto direto profundo. Viver em escassez de meios e em privação de algumas liberdades condiciona a forma como a vida é conduzida e exerce um impacto profundo na saúde (Marmot, 2007), para além de se tratar uma experiência angustiante que está associada a comportamentos pouco saudáveis (Buck *et al.*, 2018). A falta de saúde leva ao isolamento e ao absentismo, o que afeta negativamente a sociedade e a economia. Uma saúde débil é uma saúde mais cara.

A saúde é atualmente reconhecida como um estado dinâmico (Bircher, 2005) no qual o cidadão desempenha um papel ativo (Crisp *et al.*, 2014) e central, contribuindo, com as suas ações e comportamentos, para maximizar a sua qualidade de vida. Contudo, tal só é possível se forem criadas as condições para a sua determinação e empoderamento.

O empoderamento, enquanto processo que permite aos indivíduos adquirirem poder, controlo e autonomia, é essencial não apenas para a tomada de decisão em saúde, mas também para responsabilização (Schulz & Nakamoto, 2013). A relevância do empoderamento é tal, que chega mesmo a ser apontado por Nutbeam (2000), como o objetivo primordial da literacia em saúde.

O modelo atual de cuidados de saúde coloca o cidadão no centro de todos os processos (Stewart, 2005). O significado desta centralidade está ancorado na necessidade de garantir que as suas necessidades, preferências e valores servirão de guia para qualquer decisão em saúde. O conceito de centralidade tem, por isso, subjacente a necessidade de fomentar um diálogo constante e uma colaboração ativa entre o cidadão e o profissional de saúde, em cada fase do processo (Barry & Edgman-Levitin, 2012). Esta colaboração implica, todavia, níveis de literacia em saúde que permitam a construção de um diálogo frutífero e consequente, pois só assim os cidadãos podem usufruir do direito a serem envolvidos na sua saúde, sendo-lhes proporcionado um entendimento claro da situação, dos seus riscos e das alternativas, para que possam participar na tomada de decisões com ela relacionadas.

A literacia em saúde tem sido uma preocupação mais ou menos latente nos países desenvolvidos. Tornou-se mais premente nas últimas décadas e está hoje presente nas agendas das políticas públicas (Parker & Ratzan, 2010) nacionais, transnacionais e globais.

Na Europa a literacia em saúde tem ocupado um lugar de destaque na agenda para a saúde. A comprová-lo está o Programa Europeu para a saúde EU4Health 2021-2027, que assenta em 4 pilares, sendo um deles inteiramente dedicado à promoção da saúde e prevenção da doença (European Commission, 2023), que constituem dois dos domínios da literacia em saúde.

São vários os motivos pelos quais este tema é tão relevante para a Europa neste momento, e todos eles se relacionam com os desafios emergentes que a sociedade enfrenta. Entre os mais relevantes estão o envelhecimento da população que, agregadas ao aumento da prevalência das doenças crónicas, colocam muita pressão nos recursos alocados aos sistemas de saúde e exigem uma alteração de paradigma dos próprios sistemas. Os efeitos mais negativos destes fatores podem, em parte, ser minimizados através de uma participação ativa do indivíduo na gestão da sua condição de saúde e na adoção de comportamentos e estilos de vida promotores da saúde.

As persistentes iniquidades em saúde, numa Europa que se quer coesa e justa para todos, bem como uma visão partilhada da saúde enquanto valor a preservar e fator de desenvolvimento e competitividade, também mantêm o tema da literacia em saúde como um elemento a central na agenda europeia.

2. Relevância

Num momento em que os sistemas de saúde estão sob uma pressão crescente devido a fatores associados ao envelhecimento da população, à multiplicidade e complexidade das doenças predominantes e aos desafios tecnológicos que tornam mais complexa qualquer decisão relacionada com a saúde, a literacia em saúde ganha o seu espaço e relevância como um agente que contribui para uma racional utilização dos recursos em saúde, contribuindo assim para uma mais eficiente alocação dos custos.

A literacia em saúde deve ser encarada como um ativo que extravasa a esfera individual, na medida em que é também um valor societal. Conceptualizada como a capacidade individual de obtenção, compreensão e utilização de informação em saúde, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões informadas, tem um impacto significativo nos resultados em saúde (Schillinger, *et al.*, 2002), na produtividade e no bem-estar social.

Apostar na literacia em saúde é contribuir para a redução das iniquidades. A existência de evidências que apontam para uma associação entre a baixa literacia em saúde e maus resultados em saúde comprovam-no. Níveis insuficientes de literacia em saúde comprometem a qualidade da interação entre o cidadão e o profissional de saúde podendo, por isso, pôr em causa a compreensão, o diálogo e a capacidade de decisão que, por serem elementos estruturantes para uma participação ativa na própria saúde, são responsáveis por piores resultados em saúde. No plano grupal a questão coloca-se da mesma forma, já que indivíduos que tomem más decisões para a sua saúde - ou que se abstêm de tomar boas decisões - são menos saudáveis, menos intervencionistas na sociedade e menos produtivos.

A promoção da literacia em saúde tem, assim, efeitos positivos na economia e na sociedade, pelo que o investimento feito através de programas educacionais, disponibilização de informação simplificada e implementação de estratégias de comunicação otimizadas eleva o conhecimento sobre saúde e melhora a qualidade da comunicação entre o indivíduo e o prestador de serviços em saúde, o que contribui para a prestação de cuidados médicos de qualidade.

A literacia em saúde, apesar de estar a ganhar algum peso na agenda europeia para a saúde, regista ainda pouco investimento enquanto objeto de estudo. Sabemos pouco sobre onde nos posicionamos, e menos ainda sobre como podemos mobilizar os meios de que dispomos para empoderar os cidadãos.

Sabemos, contudo, que cerca de metade da população portuguesa tem níveis insuficientes de literacia em saúde, e este fenómeno está longe de afetar apenas o nosso país.

Como forma de reagir a estas lacunas algumas organizações relacionadas com a saúde têm feito um caminho de adaptação e a academia tem contribuído com uma abordagem transdisciplinar (Lloyd *et al.*, 2006) para melhor compreender o problema.

Ainda que tenhamos vindo a verificar uma maior atenção à literacia em saúde em Portugal, é crítica uma aposta na investigação e nos instrumentos de medição que permitam uma compreensão e a monitorização da evolução deste construto, pois só assim será possível o desenho de estratégias abrangentes e consistentes que conduzam a avanços na elevação dos níveis de atuais (Barros, Santos & Santos-Silva, 2023). É também essencial que objetos de estudo tão complexos como este, que influenciam e são influenciados por diversos fatores, sejam analisados na sua transversalidade.

Um dos focos que quisemos dar à nossa investigação é a noção de valor, por ser algo que todos os sistemas de saúde *querem* gerar, mas que nem sempre *podem* entregar. O valor é definido por Porter (2010) como o resultado (mensurável) em saúde decorrente do investimento de uma unidade monetária. O valor, ponto focal de qualquer sistema de saúde é, assim, dependente dos resultados obtidos para a saúde e bem-estar do cidadão, e não dos recursos disponibilizados (Porter, 2010).

Apesar do nosso alinhamento com o conceito de valor defendido por Porter (2010), não podemos ignorar possíveis adversidades associadas a esta criação deste valor. Estas dificuldades podem, por exemplo, estar relacionadas com a falta de compreensão do próprio conceito, ou mesmo à perda de foco no cidadão ao longo da busca pela criação de valor.

Se queremos criar valor em saúde, a construção de uma coligação que conte com diversos *stakeholders* - incluindo os farmacêuticos - é essencial para o estabelecimento de orientações para uma mudança (Kotter, 2007) que contribua para recentrar o sistema. O envolvimento de todos nesta aliança é um passo essencial, não apenas para conduzir à necessária transformação, mas também para que o processo se desenvolva de forma colaborativa, contribuindo para uma visão partilhada que promova a transparência e o diálogo.

Se todos os intervenientes de um sistema de saúde tiverem de medir e demonstrar o valor gerado pela sua atuação na saúde do cidadão, o valor em saúde não só não se irá perder com o tempo, como irá aumentar de forma substancial (Porter & Teisberg, 2006).

Defendemos, ao longo do nosso trabalho, que as farmácias constituem um ativo demasiado relevante para os cuidados de saúde, para que seja negligenciado e que, ao fazerem parte deste ecossistema, criam valor para o setor da saúde. As suas contribuições para o campo da saúde pública estão documentadas e são já muito relevantes (Félix *et al.*, 2017; Strand *et al.*, 2020), e a expansão do seu espectro de atuação pode ser alavancado num crescente reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem (Félix *et al.*, 2017).

Não perdendo de vista o objetivo de criar valor, e tendo em consideração que os cuidados de saúde se desenvolvem na centralidade do cidadão, quem melhor do que as farmácias para criar ligações, detetar insuficiências e influenciar os cidadãos na sua saúde?

3. Objetivos e Questões de Investigação

O objetivo primordial desta investigação centrou-se na apreciação do contributo das farmácias comunitárias para a literacia em saúde dos cidadãos.

Com este objetivo em mente, procurámos entender a posição dos farmacêuticos e a percepção que têm deste mesmo contributo, mas quisemos também recolher e integrar as impressões do cidadão face a este tópico.

A pergunta de partida que norteou a nossa investigação foi: Representam as farmácias comunitárias um agente que contribui para a literacia em saúde, através dos processos comunicacionais que desenvolvem com os seus utentes?

Para nos auxiliar na resposta a esta pergunta, estabelecemos as seguintes questões de investigação:

1. Qual o papel das farmácias no preenchimento do gap entre uma sociedade cada vez mais digital e as populações com uma baixa literacia em saúde e literacia digital?
2. Quais os desafios e oportunidades que as farmácias enfrentam no exercício da promoção da literacia em saúde?

4. Estrutura

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. Neles, enquadramos os conceitos e abordamos os aspetos que consideramos essenciais para a contextualização do tema e para justificar a nossa posição e visão do mundo. Apresentamos também a metodologia de investigação, os resultados do trabalho de campo que efetuámos para testar o nosso modelo de investigação e apontamos caminhos para investigações futuras.

Desta forma, começamos por abordar, no primeiro capítulo, o conceito de saúde, como é interpretado e como tem evoluído. Dedicámos também algum espaço aos fatores que a influenciam, especialmente os determinantes sociais da saúde, que afetam, de forma substancial, a forma os indivíduos nascem, crescem e vivem, ou seja, que condicionam o grau de exposição a fatores que contribuem para a ocorrência de doenças ou de morte prematura.

Nesse capítulo dissertámos acerca dos aspetos fundacionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), fazendo um enquadramento histórico que passa, necessariamente, pela Declaração de Alma Ata (WHO, 1978), momento que alterou a visão sobre a saúde, e que abriu caminho para o conceito de cuidados de saúde primários (Rifkin, 2018).

Apesar de o Estado ter um compromisso com os cidadãos no sentido de assegurar os meios que garantam a sua saúde, é também cada vez mais aceite que o próprio cidadão tem um papel ativo neste processo tendo, para tal, de ser capacitado. Por terem impactos diretos nestes processos, abordamos neste capítulo, temas como a comunicação em saúde e a educação para a saúde, pois constituírem peças basilares na implementação de estratégias de promoção da saúde (Tengland, 2012).

No segundo capítulo debruçamo-nos sobre os temas centrais da nossa investigação: a literacia em saúde e a literacia digital em saúde. Aqui, para além de falarmos dos vários tipos de literacia em saúde – critica, funcional e interativa (Nutbeam, 2000) - abordarmos a forma como esta exerce impacto nos domínios da prática clínica e da saúde pública e, pela sua relevância económica e social, a sua associação aos resultados em saúde (Schillinger, *et al.*, 2002). Abordar a literacia digital em saúde, por ser uma forma específica de literacia em saúde, justifica-se pela crescente necessidade de autonomia do cidadão perante a enorme quantidade de informação que chega aos cidadãos através da utilização de meios digitais, o que pode ser gerador de dúvidas e de inseguranças (Parker & Ratzan, 2010).

Neste capítulo discorremos também sobre as ferramentas utilizadas para medir a literacia em saúde e a literacia digital em saúde, bem como formas de elevar os níveis de literacia dos cidadãos.

O terceiro capítulo é dedicado às farmácias. Fazemos uma caracterização do setor das farmácias em Portugal e abordamos o seu posicionamento e a sua importância enquanto recurso para o sistema de saúde. Falamos também da evolução do setor, bem como da evolução do papel do farmacêutico, que merece aqui um olhar mais detalhado na medida em que estes profissionais desenvolvem competências comunicacionais que, não só os colocam numa posição de poder contribuir para a elevação dos níveis de literacia em saúde, como também os torna essenciais para o exercício de uma influência relevante na promoção da saúde.

A abertura das farmácias a ações de promoção da saúde é aqui abordada por nós como um prolongamento das suas funções clássicas centradas no aconselhamento farmacêutico na dispensa de medicamentos, fazendo delas agentes económicos e sociais (Nunes, Anderson & Martins, 2015).

Dedicamos o capítulo quatro aos aspetos metodológicos. Aqui falamos acerca dos nossos objetivos bem como das questões de investigação que estabelecemos na fase inicial do nosso trabalho. Apresentamos o nosso modelo teórico de investigação, bem como as hipóteses que lhe

servem de alicerces. Este é também o momento em que falamos da metodologia adotada e descrevemos os instrumentos que servirão de base à recolha e tratamento dos dados.

No capítulo cinco analisamos os resultados obtidos com a aplicação dos inquéritos a farmacêuticos e aos cidadãos frequentadores de farmácias comunitárias. Falamos também do estudo etnográfico que constituiu um complemento à nossa investigação e que contribuiu para melhor entendermos as dinâmicas que se estabelecem entre os cidadãos e os farmacêuticos no ambiente de farmácia e em contexto de atendimento. Este é também o ponto onde fazemos a validação das hipóteses e testamos o nosso modelo de investigação.

O capítulo seis, o último, é dedicado às conclusões finais. Nele integramos os resultados que obtivemos com o nosso trabalho de campo, com muito do conhecimento adquirido sobre o tema central, estabelecendo relações e tentando apontar caminhos que contribuam para a elevação da literacia em saúde da população, recorrendo a meios existente e tirando partido dos recursos.

Capítulo 1 – A Comunicação em Saúde

1.1. Introdução

O cidadão tem hoje um papel central na estruturação dos cuidados de saúde. Este conceito dá pelo nome de centralidade do paciente (*patient centricity*). Contudo, ao ocupar este lugar, onde todos os cuidados e processos gravitam em seu redor, é exigida ao indivíduo uma atitude mais participativa (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). Esta participação implica que, por um lado, o indivíduo seja compreendido, informado e ouvido (Epstein & Street, 2011), e por outro, que lhe sejam apresentadas opções de forma tal que este as consiga entender. Esta participação ativa tem a ela associada a ideia de que o processo de tomada de decisão deva ser partilhado (Levinsky, 1996).

A tomada de decisão partilhada é uma das componentes mais relevantes neste contexto, mas também o mais desafiante, pois implica que o cidadão seja educado e capacitado para poder desempenhar este papel de co-decisor (Barry & Edgman-Levitan, 2012). A capacitação do cidadão assenta em processos de comunicação, que são essenciais em praticamente todos os aspectos relacionados com os cuidados de saúde (Brown, Crawford, & Carter, 2006; Baker & Watson, 2015), e que contribuem de forma decisiva para a literacia em saúde, essencial para a obtenção de melhores resultados em saúde (Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009).

1.2. O conceito de saúde na contemporaneidade

A saúde é uma das mais importantes dimensões da vida. Valorizamo-la por conhecermos a sua importância para o exercício da liberdade, bem como o seu contributo para uma vida plena e com significado. Porém, não raras vezes, caímos na falácia de assumir que *somos* saudáveis, em vez de pensarmos que *estamos* saudáveis (Egger, 2013), não tendo consciência plena de que saúde e doença funcionam como estados dinâmicos que coexistem no mesmo espectro (Bircher, 2005; Breslow, 1999).

Comecemos pelo essencial: definir saúde. Esta é um conceito cuja descrição é complexa pois, de tão subjetivo que é, acarreta alguns obstáculos à reunião de consensos. Trata-se de um conceito que, para além de não ser absoluto, universal e aplicável a todas as pessoas, evolui com o tempo.

Do ponto de vista puramente científico a saúde é o produto de uma interação altamente complexa e dinâmica entre genes, ambiente e comportamentos (Egger, 2013). Já quando a perspetiva é a do indivíduo, a saúde é caracterizada por três qualidades: integridade, pragmatismo e individualismo (Svalastog, *et al.*, 2017). A integridade está relacionada com o facto de a saúde estar

intimamente ligada à funcionalidade de todos os aspectos da vida quotidiana; o pragmatismo refere-se à saúde enquanto fenómeno relativo, de acordo com a idade ou com a condição médica; o individualismo tem que ver com o facto de a saúde ser um fenómeno pessoal, sendo a sua percepção variável de indivíduo para indivíduo (Svalastog, *et al.*, 2017).

Precisamos, contudo, de ir mais longe, pois só assim conseguiremos obter uma definição que sirva como ferramenta que, por um lado, seja operacionalizável na investigação em ciências sociais e, por outro, que funcione como alicerce para a formulação de políticas e definição de programas que visem a promoção ou a manutenção da saúde (Svalastog, *et al.*, 2017).

Sartorius (2006) avança com uma proposta para tipificar três tipos de definição de saúde: a saúde como ausência de doença; a saúde como um estado que permite que o indivíduo consiga fazer face aos desafios da vida; a saúde como um estado de equilíbrio interior do indivíduo e de equilíbrio entre este e o ambiente (físico e social). O próprio autor (Sartorius, 2006) aponta claras limitações às duas primeiras definições, classificando-as como redutoras por não considerarem a possibilidade de um indivíduo estar doente sem sentir a doença ou de se sentir bem, apesar da sua condição de doença. Napier *et al.*, (2014) parecem concordar com esta critica, na medida em que defendem que, apesar da noção de saúde sofrer variações acentuadas nas diversas sociedades, não deve ser definida apenas por métricas associadas à doença e a cuidados médicos. Relativamente ao terceiro tipo de definição, tendo implícita a noção de que a saúde se refere a um estado dinâmico, está assente na noção de que a procura pelo equilíbrio se materializa em momentos de criação e nutrição da saúde, em cada etapa da vida (Egger, 2013). Este comportamento requer uma ação continuada, a nível individual e coletivo, de adoção de comportamentos saudáveis (Sartorius, 2006; Egger, 2013).

A conceptualização de saúde como estado dinâmico é aquela que nos vai servir de base daqui em diante, por estarmos alinhados com a premissa de que os cidadãos são parte ativa na sua saúde (Crisp *et al.*, 2014), tendo as suas ações, consequências na sua qualidade de vida.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Constituição, definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição contribui para a noção de saúde enquanto um todo, não limitando as suas manifestações e impactos ao bem-estar físico e fazendo chegar a sua influência às dimensões social e mental. Apesar de amplamente aceite - permitindo-lhe servir de âncora enquanto conceito -, não está isenta de críticas, pois foi (e é) criticada por vários autores por ser idealista, pela impossibilidade de ser operacionalizada e pela sua ambiguidade (Larson, 1996).

A divulgação do modelo biopsicossocial (Engel, 1977) constituiu também um enorme contributo para a definição e compreensão do conceito de saúde. Este modelo mudou o paradigma do que é a doença, na medida em que passou a olhar para ela com um resultado das interações entre o meio

envolvente e os diversos níveis que compõem o ser humano, seja celular, tecidual, orgânico ou interpessoal, encarando esta dinâmica como um sistema (Fava & Sonino, 2007).

O paradigma biomédico, vigente até ao surgimento do modelo biopsicossocial, assentava na premissa de que a existência de uma doença tinha de ser comprovável pelos sentidos, ou seja, tinha de ser vista ou sentida. No seguimento do exposto, a saúde só podia ser entendida como um estado em que não haveria sinais somáticos da doença (Alonso, 2004).

O modelo biomédico, ao não ter em conta os aspetos psicossociais como as normas culturais ou os eventos que marcam a vida, não reconhecia os impactos que a vida quotidiana exerce sobre os indivíduos, impactos estes que poderiam ajudar a explicar, por exemplo, as dificuldades em comparecer a tratamentos ou a incapacidade de cumprir os horários da medicação (Sparks, O'Hair & Wright, 2012).

O modelo biopsicossocial foi essencial para que o conceito de saúde visse o seu âmbito ser alargado para fora dos limites do modelo biomédico, incorporando os aspetos psicológicos e sociais como tendo um grande impacto na saúde (Egger, 2013).

Apesar do modelo biopsicossocial conter os elementos indispensáveis para a definição de saúde, não incorpora a natureza determinística da qualidade da saúde na vida de um indivíduo. O ciclo de vida de um indivíduo estabelece uma relação dinâmica entre as necessidades pessoais e as competências necessárias para as satisfazer, e esta dinâmica é potenciada não apenas pela idade, mas também por aspetos culturais e por questões que se prendem com as responsabilidades pessoais (Bircher, 2005).

Como forma de integrar a vertente dinâmica numa conceção mais atual da saúde, Bircher (2005) avança com uma definição que reflete esta natureza adaptativa: a saúde é “um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico, mental e social, que satisfaz as necessidades da vida, adequadas à idade, cultura e responsabilidades pessoais”. Se, num dado momento, o potencial é insuficiente para satisfazer estas necessidades, então o estado passa a ser de doença (Bircher, 2005). Esta necessidade de constante adaptação está alinhada com o que são os requisitos dos tempos modernos, já que a gestão da doença crónica recorre a um conjunto de competências que se traduzem numa constante necessidade de adaptação a desafios físicos e emocionais.

As exigências do mundo atual impõem, contudo, abordagens mais amplas ao conceito de saúde. Neste sentido, a definição da OMS foi alvo de uma atualização que resulta do reconhecimento da influência crescente de uma dimensão não contemplada inicialmente: a dimensão espiritual. Esta envolve os aspetos relacionados com a realização e a satisfação com a vida, o que tende a manifestar-se através de sentimentos de autoestima, autoconsciência, paz, tranquilidade, emoções positivas e capacidade para lidar com os problemas e as exigências da vida (Svalastog, *et al*, 2017). A incorporação

desta dimensão produziu uma nova significação para a saúde pela OMS, assumindo-a agora como um estado relativo que capacita para o funcionamento físico, mental, social e espiritual, e que permite que um indivíduo funcione na plenitude do seu potencial (Svalastog, *et al*, 2017).

De realçar que a definição proposta pela OMS foi a primeira definição positiva de saúde, no sentido em que estabelece a saúde como um projeto positivo em curso, em vez de uma evicção sucessiva de consequências negativas (Potvin & Jones, 2011), talvez por isso permaneça até hoje como a definição de referência, a mais abrangente e consensual.

A saúde está intimamente ligada à qualidade de vida. Pode ser encarada como um meio para chegar a um fim (Sørensen *et al.*, 2012), na medida em que traduz a capacidade de um indivíduo ou grupo satisfazer as suas necessidades e realizar as suas aspirações, ao mesmo tempo que se adapta ao ambiente (WHO, 2009).

A saúde, sendo um conceito tão estreitamente associado ao bem-estar, não pode, porém, deixar de ser enquadrada na sua natureza multidimensional complexa, na medida em que é profundamente marcada por condições materiais, tais como rendimento ou os padrões de consumo, mas também por outras condições, tais como a educação, atividade profissional, relações sociais ou segurança física e económica (Kickbusch, 2012).

Pelo impacto e diversidade destes fatores, a OMS, aquando da sua criação (1946), atribui aos Estados, na redação dos seus princípios, o dever de criarem condições para a promoção e proteção da saúde, materializáveis através de políticas de saúde, económicas, sociais, sanitárias e educativas, promovendo a equidade e agindo diretamente sobre os determinantes sociais da saúde (WHO, 1946).

1.3. Os determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais em saúde (DSS) constituem as condições ambientais em que as pessoas nascem, vivem, aprendem, trabalham e envelhecem WHO (2008) (Figura 1.1) e, como bem sabemos, estas circunstâncias não são iguais para todos. Trata-se de fatores que, pela exposição ao aumento ou à redução da probabilidade de ocorrência de doença ou morte prematura e evitável, exercem influência no estado atual da saúde de um indivíduo ou população (PNS, 2022). São também decisivos nas dimensões que vão para além da saúde da forma direta, mas que exercem impacto na qualidade de vida (Kickbusch, 2012) e na forma como têm reflexo na disponibilidade de recursos económicos e sociais que condicionam as oportunidades e que propiciam o acesso a melhores condições de trabalho, de vida e de saúde (Braveman, Egerter, & Williams, 2011).



Figura 1.1 - Os determinantes sociais em Saúde. Fonte: Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013

A evidência tem vindo a demonstrar que estes fatores têm origens e tipologias cada vez mais diversas (Figura 1.2), e que a forma como se interligam é, também ela, progressivamente mais intrincada (PNS, 2022), pelo que agir sobre eles é uma tarefa exigente e complexa.

Cidadãos com baixos rendimentos, que experienciam privações ou que pertencem a grupos minoritários têm, não apenas maior tendência para ter uma saúde mais frágil e para estar mais expostas a fatores de riscos, como também apresentam maiores dificuldades na superação das barreiras existentes no acesso aos serviços de saúde (OECD, 2019).



Figura 1.2 - Determinantes Sociais da Saúde. Fonte: PNS 2022

A todos os indivíduos deve ser proporcionado o mais elevado nível de saúde possível. Este é um direito que está inscrito na Constituição da Organização Mundial de Saúde e em numerosos tratados internacionais (UN, 2000), e que representa um compromisso de ação por parte dos governos. Cada Estado deve, assim, tomar medidas que aumentem as oportunidades de todos os indivíduos alcançarem um bom estado de saúde em dois níveis distintos: acesso aos cuidados de saúde e atuação sobre os determinantes sociais da saúde (WHO, 1946).

Apesar destes compromissos, verifica-se a existência de diferenças sistemáticas e evitáveis no acesso a cuidados de saúde e, consequentemente, no estado de saúde entre diferentes grupos sociais e étnicos, pelo a questão de existirem ou não iniquidades em saúde, nem se coloca (Whitehead & Dahlgren, 1991). As iniquidades existem e a resposta ao problema tem de passar pela forma como são abordadas e mitigadas.

Uma distribuição desigual de recursos tem como efeito a existência de grupos de pessoas que vivenciam escassez de meios e privação de algumas liberdades, o que não apenas condiciona a gestão das suas vidas, como tem efeitos inevitáveis na sua saúde, tornando-a também ela desigual (Marmot & CSDH, 2007). O peso das desigualdades em saúde é tal que se a sua existência não for evitada, tornam-se um foco de injustiça (Marmot & CSDH, 2007). Atenuá-las passa por proporcionar semelhantes oportunidades a todos os cidadãos, promovendo a justiça social e permitindo que estes tenham uma participação mais ativa na comunidade, gerando um impacto positivo na sociedade como um todo. Para Nutbeam & Lloyd (2021) os esforços feitos para obter melhorias nestes determinantes sociais, seja através de políticas de habitação, políticas educativas ou outras, têm tal impacto na qualidade da saúde que se crê terem contribuído mais para o aumento da esperança média de vida do que os avanços na obtidos na medicina.

Os determinantes sociais da saúde exercem uma ação direta na prevalência de doenças não transmissíveis (*non-communicable diseases*) (Marmot & Bell, 2019). Estas constituem um grupo de doenças crónicas, de que são exemplo a diabetes ou as doenças cardiovasculares, representando a maior causa de mortalidade e de morbidade global (WHO, 2018). Em Portugal, estima-se que as doenças não transmissíveis representem 86% de todas as mortes (WHO, 2018), constituindo a obesidade um fator de risco determinante.

Este grupo de doenças constitui um foco de preocupação nos países desenvolvidos, na medida em que não apenas é observável uma tendência crescente na sua prevalência, como a complexidade a elas associada acarreta um uso substancial de recursos (Marmot & CSDH, 2007). A minimização deste problema passa por intervenções a montante, com uma abordagem ao nível dos determinantes sociais de saúde, agindo, por exemplo, na educação, nas condições de trabalho, nas condições das habitações ou a erradicação da pobreza (Marmot & Bell, 2019).

A ação dos determinantes sociais da saúde sobre as doenças não transmissíveis tem um impacto em quatro domínios distintos: comportamentos que prejudicam a saúde, gestão da doença, saúde mental e exposição a poluentes (Marmot & Bell, 2019). Quando falamos de comportamentos que prejudicam a saúde, estamos a falar, essencialmente, de hábitos que induzem o sedentarismo ou uma má alimentação, o que resulta numa maior propensão para doenças cardiovasculares, diabetes ou obesidade. Se aliarmos às dificuldades de gerir e viver com a doença, os encargos que dela advêm e as incapacidades que dela resultam, maior é a propensão para o stress ou doenças mentais. Destas resulta uma vida menos plena e com uma maior probabilidade de experienciar a escassez, o que, por sua vez, está associado a menos oportunidades de escolha quer do tipo de trabalho, quer da qualidade de habitação, o que aumenta a probabilidade de viver em exposição a substâncias e em circunstâncias prejudiciais à saúde (Marmot & Bell, 2019).

Viver uma vida com recursos escassos é uma experiência angustiante que não só está associada a comportamentos pouco saudáveis, como tem impactos significativos sentidos ao nível da saúde (Buck *et al.*, 2018). A relação causal entre rendimento e saúde é observável nos dois sentidos na medida em que, por um lado viver com privações aumenta o risco de experienciar pior saúde, por outro lado uma saúde fraca conduz a menor potencial de rendimento (Rikard *et al.* 2016). Esta realidade é percecionada por uma fatia significativa dos cidadãos (48%) que, num inquérito realizado em 21 países, apontaram os cuidados de saúde como uma das 3 áreas que contribuem para que se sintam economicamente mais seguros, necessitando, concordando que, para tal, é necessário apoio e investimento governamental (OECD, 2019).

As condições sociais e materiais são determinantes para a saúde, pelo impacto que podem exercer no grau de limitação de liberdade - ou de autonomia - vivenciado, e quanto maior a limitação, pior é a saúde (Marmot, 2005). Existe, contudo, outra necessidade humana cujo impacto na saúde é também relevante: a necessidade de interação social. As repercussões da interação social na saúde revelam-se essencialmente ao nível do apoio social, mas também ao nível do capital social, na medida em que existem evidências de uma associação positiva entre o capital social e a qualidade da saúde (Marmot, 2006). A justificação para esta associação reside no facto de que o capital social cria um ambiente facilitador das interações humanas, bem como as condições para a cooperação e ação comunitária para a promoção da saúde Eriksson (2010).

O capital social, como foi inicialmente definido por Bourdieu (1980), consiste na pertença a um grupo de indivíduos que estão unidos por algo mais do que a partilha de propriedade, estão unidos por vínculos permanentes e úteis. Este conceito tem implícitas duas componentes essenciais: a pertença a um grupo e as relações sociais nele desenvolvidas (Siisiainen, 2003), sendo que a força deste grupo reside no estabelecimento de relações sociais tão sólidas e extensas quanto possível, no

seu interior. A noção de capital social, numa aceção mais abrangente, incorpora a confiança e compreensão mútua, bem como os valores e comportamentos partilhados, unindo os membros de grupos na vontade de cooperarem (Cohen & Prusak, 2002).

O capital social, na definição de P. Bourdieu (1980), é um conceito que nos interessa explorar no âmbito da nossa investigação, na medida em que integra as condições e relações vividas dentro de um grupo (ou comunidade) e os fatores socioeconómicos que o influenciam (Carpiano, 2007), o que, como vimos, pode impactar significativamente a saúde.

A qualidade da saúde é função de interações complexas e dinâmicas entre fatores de natureza diversa. A “lotaria” biológica e/ou social, a envolvente social e ainda responsabilidade pessoal (Bircher, 2005) são alguns dos mais determinantes. Todavia, outros fatores de natureza ambiental podem também exercer um impacto profundo na saúde do indivíduo (Nutbeam & Lloyd, 2021), o mesmo acontecendo com o acesso a cuidados de saúde (McGibbon *et al.*, 2008) e a tecnologias digitais (Rice & Sara, 2019), que acrescem complexidade a este sistema funcionando também como determinantes independentes.

Gumà *et al.* (2019), não minimizando a importância dos fatores socioeconómicos ou ambientais, lembram que estes, por si só, não são suficientes para fazer uma análise determinísticas das iniquidades em saúde, isto porque não abrangem todo o espectro de fatores impactantes. Para estes autores é necessário ponderar outros efeitos associados ao contexto em que os cidadãos estão inseridos, quer como indivíduos, quer como parte da comunidade, sendo as configurações do agregado familiar (ao nível meso) ou políticas públicas de saúde, disso exemplo. Estes são fatores que configuram parte da complexidade das sociedades atuais, e que têm reflexo na saúde das pessoas (Gumà *et al.*, 2019).

Os sistemas nacionais de saúde têm um papel fundamental na mitigação das iniquidades, desde que funcionais e acessíveis para todos (Marmot, 2007), pelo que a disponibilidade dos serviços de saúde, que é também resultado do contexto, tem um poder determinístico na saúde.

A saúde é um domínio complexo diretamente afetado por fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, mas que beneficia muito da inovação tecnológica e da rápida evolução do conhecimento e das melhores práticas, o que exige políticas consistentes e persistentes (DGS, 2015). As políticas europeias de saúde são enquadradadas pela estratégia plasmada no documento Health 2020 (WHO, 2013), cujo foco se situa na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde (PNS, 2015).

1.4. O Serviço Nacional de Saúde e o compromisso do Estado português com a saúde dos cidadãos

A saúde em Portugal teve alguns dos seus momentos mais determinantes ao longo do sec. XX. O primeiro destes marcos deu-se com a aprovação da primeira legislação relativa à saúde pública, em 1901, que serviu de base ao estabelecimento de uma rede consultórios de saúde pública Barros *et al.* 2011).

Em 1945 foi aprovada a lei de saúde pública que criou as maternidades públicas e os serviços de saúde infantil (Barros *et al.* 2011), mas a verdadeira mudança de paradigma deu-se em 1971, com o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos. Este novo direito viria materializar-se através da implementação de medidas que visavam prevenir a doença e promover a saúde (Barros *et al.* 2011), colocando o foco na prestação de cuidados de saúde primários e retirando peso aos hospitais (Pisco & Pinto, 2020). A implementação destas medidas constituiu a base para uma nova atitude face à saúde: a prioridade da prevenção sobre o tratamento, e o desenvolvimento de políticas sociais assistenciais (Barros *et al.* 2011).

A revolução de 25 de abril de 1974 originou mudanças sociais e políticas que inspiraram e deram enquadramento a uma nova Constituição, em 1976. Esta constituição, aglutinadora de vários contributos e influências, procurou consagrar uma democracia igualitária, participativa, interventiva e social (Miranda, 2007), e é neste quadro que se inscreve o princípio do direito dos cidadãos à saúde como um direito constitucional.

A “lei Arnaut”, de 1979 (Lei nº 56/79, de 15 de setembro), constituiu formalmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), um sistema de saúde centrado nos cuidados de saúde primários (Sakellarides, 2001) “universal, geral e gratuito, independentemente das capacidades económicas dos cidadãos” (Pisco & Pinto, 2020, p. 1200). A fonte de inspiração para a configuração e funcionamento deste projeto estruturante para sociedade portuguesa foi o National Health Service (NHS), o serviço nacional de saúde inglês (Lapão & Pisco, 2019), caracterizado por garantir um acesso à saúde a todos. Importa, contudo, registar que o despertar para a necessidade de tornar a saúde mais abrangente e acessível teve origem num lugar muito mais remoto: Alma-Ata, República do Cazaquistão.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (WHO) reuniu os seus 134 membros em Alma-Ata, de onde saiu a primeira declaração internacional que despertou para a importância dos cuidados de saúde primários, afirmando-os como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal (Rifkin, 2018).

Na declaração de Alma-Ata é atribuído aos governos “a responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos, que só pode ser cumprida através da aplicação de medidas sociais e de saúde adequadas” (WHO, 1978), ao mesmo tempo que é conferido às pessoas “o direito e o dever de participar individual

e coletivamente no planeamento e na implementação de seus cuidados de saúde" (WHO, 1978). Esta declaração teve um impacto profundo na visão que os Estados têm hoje da saúde, abrindo caminho para um novo conceito: cuidados de saúde primários (Rifkin, 2018).

A partir da declaração de Alma-Ata a saúde foi instituída como um direito humano (WHO, 1978), representando os cuidados de saúde primários o primeiro nível de contacto dos cidadãos com os sistemas nacionais de saúde. A implementação dos cuidados de saúde primários está fundamentada numa doutrina de inclusão, autonomia, participação e sustentabilidade (Sakellarides, 2001), que encontra substrato numa rede de serviços dotados de uma capilaridade tal que chegue aos cidadãos de forma tão próxima quanto possível (WHO, 1978). Em Portugal esta rede funciona como porta de entrada para o sistema de saúde (Nunes, 2020).

Os níveis de saúde dos portugueses têm evoluído de forma notável nas últimas décadas (Pisco & Pinto, 2020). A mortalidade em Portugal, seja por causas evitáveis, seja por causas tratáveis, está abaixo das médias europeias, e as taxas de hospitalizações evitáveis são muito baixas, o que coloca país na lista daqueles que têm melhor desempenho em saúde, tendo como resultado o aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade infantil (Lapão & Pisco, 2019). Estes são indicadores da eficácia geral dos serviços de cuidados primários em Portugal (Comissão Europeia, 2019) e resultam de um "melhor acesso a uma rede de saúde em expansão, com continuidade do compromisso político, e crescimento da economia, que permitem melhores condições de vida e o aumento do investimento nos cuidados de saúde" (Barros *et al.*, 2011, p.28) e que garantiu, ao longo dos anos, uma cobertura a toda população, ao longo de todas as etapas da vida e abrangendo todo o tipo de necessidades (Nunes, 2020).

Apesar de serem visíveis os sinais de melhoria da saúde geral dos portugueses, comprováveis por indicadores como a esperança de vida à nascença, a taxa de mortalidade infantil ou a taxa de vacinação da população, existem, contudo, indicadores que apontam para a existência de iniquidades, exemplo disso é o número de mortes evitáveis, (Barros *et al.*, 2011). A mitigação destas iniquidades passa por uma abordagem centrada numa continuada melhoria do serviço, numa melhor utilização dos recursos, mas também no contributo dos cidadãos as melhorias sustentáveis em saúde (PNS, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), que garante o acesso à saúde a todos os cidadãos, independentemente das capacidades económicas (Pisco & Pinto, 2020) consiste, funcionalmente, num seguro de saúde universal, abrangente, inclusivo e suportado por todos os cidadãos através dos seus impostos (Barros *et al.*, 2011). O direito à saúde e o dever da sua promoção são dois princípios constitucionais que obrigam o Estado a prestar os cuidados de saúde necessários a toda a população (Nunes & Ferreira, 2019), sendo o SNS a corporização destes princípios.

Os principais objetivos do SNS são: promover a saúde e prevenir doenças; diagnosticar as doenças nas suas fases iniciais; usar a melhor tecnologia e os conhecimentos científicos mais avançados, sem discriminar ninguém; assegurar a reabilitação e a inclusão das pessoas afetadas pela doença; usar bem os recursos que pertencem a todos (FNSN, 2019).

Os valores do SNS estão assentes em 4 pilares (Crisp *et al.*, 2014):

- **Universalidade** – ninguém é excluído dos cuidados de saúde
- **Acesso** – os cuidados de saúde de qualidade são garantidos a todos
- **Equidade** – todos têm igualdade de acesso aos cuidados de saúde e direito aos melhores resultados em saúde, independentemente do género, religião, origem étnica, estatuto social ou capacidade de pagar esses cuidados
- **Solidariedade** – as disposições financeiras do sistema de saúde asseguram que todos têm acesso aos cuidados de saúde

Estes valores refletem a filosofia do direito à proteção da saúde que é, em Portugal, consagrado como um direito fundamental, enquadrado na tutela da Constituição. Configura aquilo a que se convencionou chamar de “garantia forte”, ou seja, é uma garantia que vincula diretamente o Estado e as entidades públicas (Monge, 2019). Este direito constitucional constitui um vetor de igualdade que promove a dignidade do cidadão, mas também um vetor de cidadania, que permite a plena realização do exercício dos direitos e dos deveres dos indivíduos (Monge, 2019).

Os deveres do Estado incidem sobre o direito à proteção da saúde, mas também sobre o direito à vida e à integridade física, que com ele estão intrincados, bem como sobre os restantes direitos das pessoas em contexto de saúde, tais como o direito à informação, à integridade moral, expressão da sua autonomia e à confidencialidade dos seus dados de saúde (Monge, 2019).

A garantia do direito fundamental à proteção da saúde é um “mandato” de execução contínua, na constante realização dos deveres estatais neste domínio (Monge, 2019). A Lei de Bases da Saúde, nos seus princípios gerais, confere “o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social” (Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, Base 1), tendo o Estado o papel de promover e garantir o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde e de outras instituições públicas.

O compromisso do Estado português com a saúde dos cidadãos não advém apenas da sua Constituição ou do quadro legislativo nacional, advém também de compromissos internacionais tais como a União Europeia que, no artigo 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia (Eur-Lex, 2008), assegura, no ponto 1, “Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.”

Se, por um lado, temos um Estado que firma um compromisso com os cidadãos no sentido de lhes proporcionar proteção na saúde, a verdade é que este compromisso nunca é plenamente assegurado face às expectativas, necessidades e exigências dos cidadãos. As necessidades em saúde cada vez mais complexas e o envelhecimento da população colocam uma pressão crescente SNS, que foi desenhado a pensar numa população jovem e pouco exigente, mas que serve agora uma população envelhecida e mais difícil de satisfazer (Sakellarides, 2020). A população com mais de 65 anos deverá, no conjunto dos países da OCDE, representar cerca de 28% do total da população em 2050, e destes, dois terços vivem com pelo menos uma doença crónica, necessitando de cuidados adequados e acessíveis (OECD, 2019).

A responsabilidade pela saúde individual e coletiva é também (e cada vez mais) um papel atribuído ao cidadão que, contando com o apoio das estruturas e os diversos setores da sociedade, deve tornar-se mais ativo e capacitado (Crisp *et al.*, 2014), agindo em sociedade como “coprodutor” de saúde. A nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) reflete exatamente esta ideia de cooperação entre o Estado e o cidadão, referido que o direito à proteção na saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado, o que aponta para uma corresponsabilização de todos, pois “a sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade” (Lei n.º 95/2019).

Esta nova Lei de Bases da Saúde contempla, na sua Base 1, o direito à proteção da saúde, onde é reforçado o papel do Estado enquanto promotor e garante da saúde dos cidadãos, através do SNS e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. Este compromisso é reforçado na Base 2, onde se determina que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015), documento estratégico que visa maximizar os ganhos em saúde através de um adequado alinhamento das políticas de saúde, coloca o cidadão no centro do Sistema de Saúde, tornando-o “um importante agente de participação e de mudança”, tendo, por isso, “o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde” (PNS, 2015 p.14).

Toda a estratégia para a saúde plasmada no Plano Nacional de Saúde, está assente em 4 vetores que norteiam as intervenções em saúde e que constituem o seu modelo conceptual (Figura 1.3). São elas a cidadania em saúde; a equidade de acesso; a qualidade dos cuidados de saúde e as políticas saudáveis (PNS, 2015)

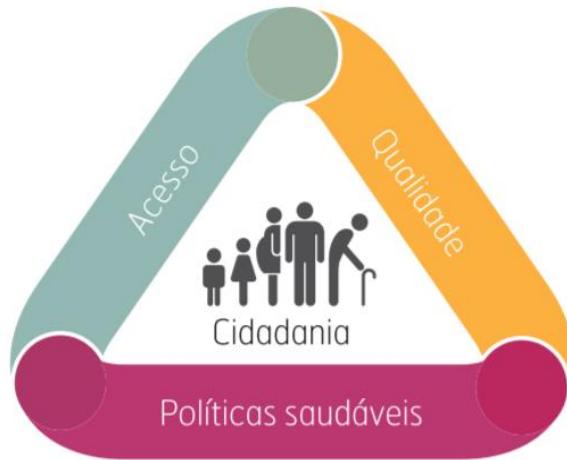


Figura 1.3 - Modelo Conceptual para o Plano Nacional de Saúde.
Fonte: DGS, 2015

O cidadão, enquanto figura central deste sistema, deve exercer as suas responsabilidades tendo, para tal, de ser capacitado. A disponibilização de informação e sua assimilação funcionam como facilitadores para a adoção, individual e coletivamente, de comportamentos saudáveis, bem como para a intervenção, participação e tomada de decisão respeitantes à saúde. A isto o Plano Nacional da Saúde (DGS, 2015) chama exercício da cidadania em saúde.

A participação ativa do cidadão faz a diferença na eficácia das intervenções, comprovado por exemplo, na automonitorização e autogestão da diabetes (Crisp *et al.*, 2014), onde são reportadas melhorias significativas nos resultados em saúde (Coulter & Ellins, 2007).

A responsabilização pelos fatores modificáveis de risco em saúde constitui um debate que se vive no espaço público na atualidade. Discute-se a responsabilidade do indivíduo, ao nível comportamental, e a responsabilidade do Estado, ao nível das políticas públicas e da intervenção dos determinantes sociais (Pearson & Saunders, 2009). No meio do espectro podemos ter toda uma miríade de abordagens centradas na promoção da saúde que não coloquem o ónus exclusivamente no indivíduo, nem no Estado, procurando uma colaboração ativa e dinâmica entre ambos os agentes. A promoção da saúde sendo um processo inherentemente político, alavancado em políticas de saúde, serve de base para as ações sociais que visam combater a inação social e as iniquidades (Whitehead, 2004). O seu propósito é empoderar as pessoas e as comunidades, envolvendo-as em atividades que tenham impacto na saúde pública.

O empoderamento em contexto de cuidados de saúde, é definido por Schulz & Nakamoto, (2013) como a participação do cidadão, enquanto agente autónomo, em processos de tomada de decisão e de responsabilização acerca da sua saúde. Há, contudo, que ter em conta, que este empoderamento não cresce naturalmente, é nutrido pelo sistema e precisa de algum incentivo por parte dos profissionais de saúde (Rissel, 1994), sendo o seu grau definido por estes (Graham, 2004).

O empoderamento pode também ser encarado noutra perspetiva, a que se refere ao envolvimento do cidadão nas mudanças sociais, através da participação no debate público acerca de políticas ou regulamentações de saúde (Schiavo, 2014).

Pessoas empoderadas, que contribuam para a criação de saúde (Egger, 2013) e cocriação da saúde (Crisp *et al.*, 2014) representam um aporte importante para a sustentabilidade do SNS, que depende de populações saudáveis e comunidades resilientes (Crisp *et al.*, 2014), pelo que agir sobre as pessoas, empoderando-as e responsabilizando-as, gerará um impacto positivo na preservação do sistema.

A saúde nutre-se, constrói-se, produz-se através das pequenas decisões individuais diárias (Barros, 2016). É, por isso o produto de estilos de vida, comportamentos e cuidados que se adotam de forma preventiva ou reativa, ao longo da vida.

1.5. A comunicação em saúde

Comunicar é intrínseco à natureza humana, de tal forma que não podemos não comunicar. De uma forma um tanto simplificada, Rosengren (2000) define a comunicação como o processo de criação de significado. Já para McQuail (2010), a comunicação é um conceito cuja definição não reúne consensos, mas que se refere a “uma série de processos, tais como: o ato de transmissão de informação; dar ou receber significado; a partilha de informações, ideias, impressões ou emoções; a receção, percepção e resposta; o exercício de influência; qualquer forma de interação” (McQuail, 2010, p.20).

Por sentirmos a necessidade de ancorar a nossa pesquisa a uma definição mais específica de comunicação, fazemos pender a nossa preferência por aquela que é defendida por Cardoso (2023), que se baseia na ideia de que se trata de um processo intencional, que consiste em colocar na mente do outro conceitos e ideias interpretadas pelo emissor, que serão sujeitas à interpretação do receptor, num quadro cultural e de reconhecimento partilhado.

Associado ao conceito de interpretação está a noção de significado, que é fundamental para que a comunicação ocorra (Littlejohn, 1992). A significação é essencial para caracterizar o ato de comunicar, por assentar numa natureza eminentemente relacional (Manojlovich *et al.*, 2015). A

génese da palavra comunicação aponta exatamente para a partilha, já que na sua origem, o latim, a palavra *communicare* significa literalmente “pôr em comum” (Cobley & Schulz, 2013).

A comunicação constitui a base para as relações interpessoais (Belim & Vaz de Almeida, 2021), fomentando a partilha de ideias, a transmissão de conhecimento, a colaboração e a construção das normativas culturais que alicerçam as sociedades.

A relação entre a comunicação e a saúde é um domínio de interesse das ciências comportamentais, na medida em que as intervenções na área da prevenção da saúde e em saúde pública têm mostrado evidência de maior eficácia quando ancoradas em bases teóricas associadas às ciências sociais e comportamentais (Glanz & Bishop, 2010)

De uma forma ou de outra, muitas das questões de saúde com que lidamos atualmente estão relacionadas com a comunicação. É reconhecida a sua importância e o seu potencial para o aumento da consciência social sobre os riscos em saúde pública, bem como para o despertar da motivação e da necessidade de aquisição de competências para a manutenção da saúde e prevenção de doença (Gebbers *et al.*, 2017; Rimal & Lapinski, 2009). É o entendimento desta natureza que leva à conjugação de esforços entre os profissionais de saúde e académicos (Ruão, 2013), que tentam compreender o comportamento humano à luz de conceitos como percepção de risco, normas sociais, emoções ou incerteza (Rimal e Lapinski, 2009), com o propósito de desenhar estratégias adaptadas aos objetivos de saúde.

A comunicação em saúde, primeiramente reconhecida como um subcampo da comunicação pela Health Communication Division da International Communication Association, foi, em 1975, definida como “o estudo e o uso de métodos para informar e influenciar decisões individuais e de grupo, que visem melhorar a saúde” (Freimuth & Quinn, 2004, p. 2053). Esta definição evoluiu para outra que dá mais peso ao aspeto interativo, caracterizando comunicação em saúde como um processo dinâmico e bidirecional, baseada em atividades interpessoais ou de comunicação de massas, orientada para a melhoria da saúde de indivíduos e de populações (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

Estreitamente associado à ideia de processo dinâmico e bidirecional está a troca simbólica de um significado partilhado (Calderón & Beltrán, 2004). O conceito de troca corresponde a um paradigma existente na literatura científica que identifica a comunicação como um processo transacional que Leape *et al.* (2009) relacionam com a partilha eficaz e eficiente de informações de saúde, seja entre profissionais, seja entre estes e o cidadão. Já o conceito de significado prende-se com o aspeto transformacional que a comunicação encerra, e tem que ver com o aprofundar de entendimentos e propósito comum (Leape e Berwick, 2005), associado ao desenvolvimento de uma compreensão partilhada (Manojlovich *et al.*, 2015).

Desta visão dual da comunicação surgem 3 considerações importantes a ter em conta no desenho de intervenções em saúde: a comunicação é recebida e processada através de prismas individuais e sociais que moldam profundamente a forma como se chega à informação, mas também a forma como ela é interpretada; é natural, e mesmo expectável, que a mensagem não seja recebida exatamente da mesma forma (ou intenção) com que foi emitida, por isso tem de ser testada e analisada; a comunicação, sendo um processo dinâmico, coloca os intervenientes em papéis intercambiáveis (Rimal & Lapinski, 2009). Qualquer um destes processos é suscetível de ser testado e alvo de melhoria continua.

Ishikawa & Kiuchi (2010) fazem referência ao projeto Healthy People (2010), que constitui a base de uma agenda focada na promoção da saúde e prevenção da doença, para listar os contributos que a comunicação em saúde desempenha ao nível da saúde individual, refletindo-se na relação doente-profissional de saúde, na adesão à terapêutica, na pesquisa e uso de informações em saúde ou na facilitação de acesso ao sistema. Os contributos da comunicação em saúde estendem-se também ao nível da saúde pública, no papel que exerce na informação sobre saúde e na comunicação de risco em saúde (seja na construção da mensagem, seja na sua disseminação) (Ishikawa & Kiuchi (2010). Baker & Watson (2015) vão mais abrangentes e argumentam que uma eficaz comunicação em saúde tem relevância em praticamente todos os aspectos relacionados com os cuidados de saúde e bem-estar do doente.

A comunicação em saúde é um campo extenso e intrincado, o que pode levar a abordagens diferenciadas, dependendo do ângulo que quisermos adotar. Na perspetiva de Rogers (1996), ao falarmos de comunicação em saúde estamos a referir-nos a um subcampo das ciências da comunicação que se centra na comunicação em contextos de saúde, o que inclui, para além da comunicação entre o cidadão e o prestador de cuidados, outros fluxos de comunicação que ocorrem no âmbito da comunicação científica, a comunicação entre organizações e grupos de cidadãos com vista à implementação de campanhas de prevenção ou a defesa de causas e direitos em saúde (*advocacy*).

No seguimento da definição postulada por Rogers (1996), as abordagens no campo da comunicação em saúde devem contemplar aspectos organizacionais, por exemplo como a informação flui nas organizações de saúde; culturais, levando-nos a considerar diferentes entendimentos sobre saúde e doença; mas também interpessoais e intrapessoais, analisando como as dinâmicas relacionais entre o prestador de cuidados e o indivíduo; bem como as restantes relações sociais e familiares impactam na saúde; ou como os sentimentos, crenças, valores e atitudes afetam a forma como se percepciona uma mensagem de saúde (Calderón & Beltrán, 2004; Sparks, O'Hair, & Wright, 2012).

Na perspetiva da medicina a doença não tem uma representação única, podendo ser distinguida sob 2 prismas: *illness*, que se refere a um conceito subjetivo de algo que é experienciado pelo indivíduo, e *disease*, que constitui um conceito médico, definido de acordo com critérios específicos (Tyreman, 2006).

Os profissionais de saúde que prestam cuidados primários lidam essencialmente com pessoas que não se sentem bem (*illness*), com as quais têm de comunicar para poder entender o seu contexto e interpretar os seus sintomas (Wright *et al.*, 2012), de forma a associá-los a uma patologia conhecida (*disease*). A comunicação tem aqui o papel essencial de criar um ambiente favorável à partilha de informação (Schiavo, 2014), essencial para a construção e gestão de relações entre o cidadão e os profissionais de saúde (Brown, Crawford & Carter, 2006) para que possam criar um entendimento partilhado.

Os cuidados de saúde na sociedade contemporânea estão ancorados num modelo que coloca o cidadão no centro de todos os processos, sendo a comunicação um dos que se manifesta mais relevantes (Stewart, 2005). Neste modelo, por estar centrado no cidadão, um eficiente processo de comunicação assenta em duas premissas: a de que o indivíduo, na sua integridade, tem preferências resultantes do seu contexto, e a de que estas preferências são tidas em consideração na tomada de decisão partilhada (Illingworth, 2010).

Quando perante a necessidade de gestão de uma doença crónica, a comunicação é o facilitador de um entendimento partilhado, o que cria as condições para informar o doente acerca da sua condição e das opções possíveis para a gestão da sua doença - dando-lhe liberdade para exercer as suas preferências -, bem como para a geração do feedback, essencial para medir o impacto das opções feitas na saúde do doente (Gafni, Charles, & Whelan 1998), permitindo reajustes por qualquer uma das partes.

A comunicação tem a qualidade de empoderar o cidadão, visto que o torna esclarecido, e este empoderamento estimula a sua participação na tomada de decisão, o que reduz a incerteza (Ruben, 2014). A comunicação constitui assim um elemento basilar para uma adequada gestão dos cuidados de saúde (Brown, Crawford & Carter, 2006), exercendo impactos diretos nos resultados em saúde (Stewart, Brown & Donner, 2000). Um sistema que, através da comunicação, estimule o envolvimento dos cidadãos é um sistema mais seguro, na medida em que contribui para uma melhoria da gestão da doença (Leape *et al.*, 2009) e, por ter reflexo na capacitação e autonomia do doente, é a pedra angular para a literacia em saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

Por ajudar a prevenir problemas de saúde, incentivar a promoção de comportamentos saudáveis, contribuir para a superação de desafios em saúde e para a recuperação do doente (Belim & Vaz de Almeida, 2021), podemos afirmar que uma boa comunicação contribui para uma melhor saúde (Glanz,

Rimer, & Viswanath, 2008), enquanto uma má comunicação pode causar angústia, quer no doente, quer no profissional de saúde (Brown, Crawford & Carter, 2006).

A comunicação em saúde, enquanto instrumento que empodera pessoas e comunidades (Nutbeam & Kickbusch, 1998), é uma ferramenta poderosa para mobilizar indivíduos e ativar estratégias de saúde pública que sejam direcionadas para questões específicas, como uma determinada doença crónica, ou para abordar temas mais abrangentes, como o acesso a cuidados de saúde ou para lidar com questões de natureza social (Schiavo, 2014).

Os esforços continuados de comunicação em saúde são críticos por funcionarem como facilitadores na mudança de comportamentos, atitudes e percepções e por contribuir para mudar as normas sociais, o que pode ser de extrema relevância na melhoria de resultados em saúde (Schiavo, 2014). Estes esforços são também determinantes para melhorar a relação institucional entre cidadãos e serviços de saúde, tornando-a mais próxima e transparente, ou pela refutação de mitos, equívocos, informação incorreta ou danosa (Freimuth & Quinn, 2004).

Embora os profissionais de saúde tenham sido, ao longo da história, a fonte por excelência de informação médica e de saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010), importa sublinhar que, entre médico e doente, existem lacunas persistentes, e por vezes graves, de comunicação. Por um lado, os médicos têm dificuldade em comunicar, com termos simples, situações e conceitos complexos, por outro os doentes tendem a “disfarçar”, por vergonha, as suas insuficiências na capacidade de entender estes conceitos (Parker, 2000; Baker *et al.*, 1996). Priest *et al.* (2005) argumentam que falhas e ineficiências na comunicação entre profissionais de saúde e doentes, e mesmo entre grupos de profissionais podem não apenas comprometer os resultados em saúde, mas ter mesmo consequências catastróficas.

A literacia em saúde tem, pois, aqui um importante papel de mediador entre o profissional de saúde e os cidadãos, porquanto afeta a capacidade destes últimos de compreenderem as informações e de lhes atribuírem um significado, afetando também a sua participação ativa (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Apesar de um reconhecimento generalizado da importância da comunicação em contexto de saúde – afinal estamos a falar de pessoas cuja relação se baseia na comunicação - e das evidências que demonstram a eficácia de formação adequada na aquisição e retenção de conhecimento neste âmbito (Kurtz *et al.*, 2003), as competências na área da comunicação ainda não são vistas como essenciais para a formação base dos profissionais de saúde (Brown, Crawford & Carter, 2006). O processo de aprendizagem e de aquisição de competências comunicacionais desenrola-se ao longo da vida, sendo progressivamente facilitado pela formação e pela adoção de novas ferramentas e conhecimento (Schiavo, 2014).

O aumento da complexidade em contexto de saúde torna as ineficiências na comunicação ainda mais críticas, pois desafios como a extensão (e em alguns casos sobreposição) de papéis de alguns profissionais de saúde (Baker & Watson, 2015), ou uma progressiva individualização da saúde e multiplicidade de opções de tratamento (Braithwaite, 2018), constituem desafios que correm por cima de outros que se encontram subjacentes, tais como uma cada vez mais necessária e rápida adaptação à inovação tecnológica nos tratamentos e meios de diagnóstico ou as cada vez mais frequentes ameaças globais à saúde (Baker & Watson, 2015).

Por funcionar como uma ponte para a passagem de conhecimento, para a sua validação e retorno (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008), a comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde tem um impacto direto nos resultados em saúde. Contudo, para que os resultados sejam positivos é necessário que o indivíduo compreenda a mensagem, e que disponha da motivação para usar as informações obtidas na tomada de decisões que impactem a saúde (Belim & Vaz de Almeida, 2021). Neste sentido há que ter em conta que um dos principais desafios que se colocam na comunicação em saúde prende-se com a resistência em alterar hábitos, padrões de pensamento ou estilos de vida (Balint & Balandzic, 2017)

A comunicação tem também um papel de aproximação emocional entre as partes, o que contribui para uma melhor resposta às emoções e à gestão da incerteza, exercendo uma influência positiva na motivação do indivíduo, na sua autonomia e na capacidade de tomar melhores e mais eficientes decisões para a resolução dos seus problemas (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Numa outra dimensão, a dos, profissionais de saúde, também se podem sentir impactos negativos resultantes de problemas na comunicação. Algumas das causas que estão na essência destes problemas estão relacionadas com os diferendos entre classes de profissionais de saúde e os seus interesses corporativos, bem como os desníveis de literacia em saúde sentidos entre estes profissionais (Nunes, 2020). Estes problemas acabam por ter repercussões no acompanhamento aos doentes, que são potenciados pela escassez de médicos nos cuidados de saúde primários que, com muitos doentes a cargo, veem reduzido o tempo de cada consulta, o que resulta em tensões e problemas ao nível da eficácia da comunicação (Nunes, 2020).

Apesar de terem espectros diferentes, o conceito de comunicação em saúde está intimamente relacionado com a noção de educação para a saúde. A educação para a saúde constitui uma abordagem que procura identificar e proteger indivíduos em risco, através do aconselhamento (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Whitehead (2004) descreve educação para a saúde como uma atividade que visa informar o indivíduo sobre a natureza e as causas da saúde ou da doença, bem como do nível de risco a que este está exposto, como consequência do seu estilo de vida. Educar para a saúde é influenciar e motivar o indivíduo a aceitar um processo de mudança de comportamento para que

possa evitar ou gerir a doença, exercendo uma influência direta no seu sistema de valores, crenças e atitudes (Whitehead, 2004).

O termo educação para a saúde tem sido utilizado de forma intercambiável com promoção da saúde por não parecer existir uma distinção muito clara entre ambos (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). A Carta de Otawa (1986), documento resultante de uma conferência internacional promovida pela OMS com o objetivo de debater perspetivas e estratégias relacionadas com a promoção da saúde, descreve o conceito de promoção da saúde como “o processo que capacita as pessoas para aumentar o seu controlo sobre a saúde, e de a melhorar” (WHO, 1986, p.1). Este documento constitui o ponto de partida para uma abordagem à saúde que se tornou mais sistematizada e global (Potvin & Jones, 2011), e que visa promover a participação dos indivíduos e da comunidade como elemento estruturante para atingir uma melhor qualidade de vida e da saúde (Nunes & Ferreira, 2019).

A Carta de Otawa (1986) propõe que a saúde, enquanto valor, não deve existir de forma isolada, defendendo que os valores subjacentes aos processos que conduzem à saúde são, também eles, importantes (Potvin & Jones, 2011). Neste sentido define 5 áreas de ação: 1) implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes de suporte; 3) fortalecimento de ações comunitárias; 4) desenvolvimento de competências pessoais; e 5) reorientação dos serviços de saúde. O documento defende que a implementação destas ações deve ser ativada através de estratégias de capacitação, mediação e consciencialização (*advocacy*) (WHO, 1986), sendo todas elas fortemente assentes em processos de comunicação que têm como propósito incentivar as pessoas a adotar comportamentos de favoreçam a sua saúde e de enaltecer as suas capacidades de fazer uma adequada gestão da sua vida (Breslow, 1999).

Abordagens centradas na comunicação, educação ou informação constituem uma importante componente dos programas destinados à promoção da saúde (Balint & Balandzic, 2017). O potencial e o alcance que estas estratégias de comunicação podem ter nos resultados em saúde é cada vez mais reconhecido (Schiavo, 2014) na medida em que podem exercer uma grande influência na alteração de atitudes e comportamentos dos cidadãos (Balint & Balandzic, 2017).

Este poder mobilizador da comunicação constitui um ativo muito relevante numa sociedade em que os indivíduos interagem continuamente entre si e com o ambiente, individual e coletivamente, gerando comportamentos que podem constituir ameaças à saúde pública, que, por se estarem a tornar mais frequentes e intensas, podem atingir dimensões globais (Svalastog, *et al.*, 2017).

Num outro plano, o digital, temos um quadro em que a adoção em larga escala de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) levou a uma alteração de paradigma na forma como as pessoas se relacionam com o sistema de saúde, mas essencialmente na forma como obtêm informação e a partilham na sua vida quotidiana (Sparks, O'Hair & Wright, 2012). Este fenómeno só é possível porque

as TIC, ao potenciar esta interação continua, são responsáveis pela superação das barreiras do espaço e do tempo (Espanha & Lupiáñez-Villanueva, 2008), que tão difícil torna a contenção destas ameaças.

1.6. A promoção da saúde e as instituições

A comunicação em saúde é um ativo elementar quando o objetivo é a promoção da saúde e a prevenção da doença, na medida em que constitui uma via para a alteração de comportamentos e para a adoção de novos estilos de vida (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Leape *et al.*, 2009; Belim & Vaz de Almeida, 2021), o que impacta diretamente os resultados em saúde. Todavia, por se tratar de um processo complexo em que intervêm fatores de natureza política (refletida nas políticas de saúde e prioridades dos governos), institucional, (manifestando-se distribuição geográfica ou nas condições de acesso aos serviços de saúde), organizacional (através das decisões relativas à distribuição de serviços, atividades e ações de comunicação) e social, tem a capacidade de influenciar também o grau de utilização, a satisfação e a adesão à rede de cuidados de saúde (Calderón & Beltrán, 2004).

Para apoiar os organismos públicos na incumbência de proteger a saúde pública e de colocá-la na ordem do dia (Ruão *et al.*, 2013), o Centro Europeu para Controlo de Doenças (ECDC) oferece suporte a cada Estado no desenho de campanhas que visem a prevenção de doenças transmissíveis, pois tornou-se notória a ineficácia das estratégias tradicionais, evidenciando uma necessidade de maior integração das abordagens comportamentais no desenho das intervenções de comunicação em saúde (Dickmann, *et al.*, 2016).

Fazer face a todos estes aspectos constitui um desafio para os sistemas de saúde pois sentem de forma acentuada o impacto das questões linguísticas (Calderón & Beltrán, 2004), que têm ressonância nos baixos níveis de literacia e que, por sua vez, afetam o grau de acesso aos serviços de saúde, a navegação pelo sistema, a adesão à terapêutica e, no limite, os resultados de saúde, (Sørensen *et al.*, 2012; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

A realidade portuguesa reflete problemas ainda mais estruturais, já que uma parte da população tem uma percepção de saúde ancorada na doença aguda e na intervenção médica (Nunes, 2019), pelo que é necessário um esforço na comunicação em saúde fundamentado na necessidade de alterar o paradigma e desenvolver uma atitude voltada para a promoção da saúde.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015) tem uma orientação específica que aponta para a DGS e para as instituições ligadas ao Ministério da Saúde a incumbência de “divulgar, com efetividade, e para diferentes públicos-alvo, informação na área da saúde, em linguagem clara e acessível, através dos websites e outros meios do Ministério da Saúde.” Já no âmbito do SNS, foi atribuído aos ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde) a competência do desenvolvimento de

atividades para a promoção da saúde e para prevenção da doença (Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro). Esta função é complementar à sua missão base, que consiste na prestação de cuidados de saúde primários e da ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Garcia & Eiró-Gomes, 2020).

A comunicação em saúde é uma função integradora e multidisciplinar que, idealmente, reúne contributos de proveniências diversas, tais como profissionais de saúde, profissionais de comunicação ou cientistas sociais, em domínios como a comunicação de risco, o marketing social ou a literacia em saúde (Miranda, Galhordas Alves & Salavisa, 2021), por isto o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC aponta 6 áreas de intervenção para uma implementação de estratégias de comunicação em saúde mais eficientes: comunicação de risco, comunicação de crise, consciencialização para a saúde, marketing social, educação para a saúde e literacia em saúde.

Comecemos pelas áreas relacionadas com a comunicação de risco e comunicação de crise. Numa estratégia que inclua a preparação para eventos que acarretem risco para a saúde, a comunicação de risco é um elemento de extrema relevância, na medida em que orienta as pessoas sobre o que devem fazer e como se proteger em situações de crise de saúde pública, permitindo-lhes tomar decisões informadas que afetam não apenas a elas, mas também às suas comunidades (Rudd, Comings & Hyde, 2003). Este tipo de comunicação contribui também para um uso mais eficiente dos recursos, orientando as pessoas em condição de baixo risco para que não ocupem os recursos disponíveis, deixando-os mais libertos para as que estão mais suscetíveis (Dickmann *et al.*, 2015).

O que diferencia entre comunicação de risco e comunicação de crise é que a comunicação de risco começa antes da crise e prolonga-se durante e após a crise (Dickmann *et al.*, 2015). Já quando falamos de comunicação de crise, referimo-nos à comunicação como esforço reativo face a um evento imprevisto, onde a clareza da comunicação tem impactos profundos na medida em que contribui para a mitigação do medo, para a dissipação dos mitos e para fornecer orientações e para conduzir a ações urgentes (Rudd, Comings & Hyde, 2003).

Num plano mais macro e preventivo, a consciencialização para a saúde é uma ferramenta importante na comunicação em saúde porque visa a obtenção de compromissos políticos, a aceitação social e a obtenção de apoios para um determinado objetivo ou programa de saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998), com o propósito de provocar mudanças no sistema e de incitar à mobilização da sociedade (Hubinette *et al.*, 2017).

Com o propósito de mobilizar grupos de pessoas, estão disponíveis modelos de comunicação baseados no marketing que têm servido de inspiração para intervenções em saúde pública (Schiavo, 2014). O marketing social constitui um instrumento relevante capaz de incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, de melhorar o conhecimento em saúde e de reduzir riscos (ECDC, 2014;

Tavares & Espanha, 2016). Ao envolver as pessoas enquanto parceiras é-lhes dada a possibilidade de evoluir do patamar de meros receptores de mensagens, para o patamar da sua capacitação e desenvolvimento de competências (Pais, Guedes & Menezes, 2013).

Pensar no marketing social como uma ferramenta integradora que permite intervenções ao nível da saúde pública, ligando a literacia em saúde à educação e à capacitação (Pleasant & Kuruvilla, 2008), potencia as ações de comunicação em saúde, podendo exercer um impacto transformador na educação do doente (Quaglio *et al.*, 2017). O marketing social constitui, assim, uma opção relevante para integrar uma estratégia abrangente de saúde pública, na medida em que se traduz numa ferramenta eficaz para compreender e influenciar positivamente o comportamento das pessoas em relação à prevenção e controlo de doenças (Vaughn *et al.*, 2019; Evans & French, 2021).

A educação para a saúde estabelece um mecanismo importante para desenvolver a motivação, as competências e a confiança necessárias para desencadear as ações necessárias para melhorar a saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998). O seu propósito é atuar diretamente na pessoa, através do exercício de influência sobre atitudes, valores e sistemas de crenças (Whitehead, 2004) e inclui os mecanismos de comunicação que visam transmitir a informação relativa às condições económicas e sociais que têm impacto na saúde, bem como os fatores individuais de risco e o uso do sistema de saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

A última área de intervenção do ECDC, a literacia em saúde, que constitui o tópico central da nossa investigação, afigura-se como um elemento determinante numa estratégia de comunicação em saúde por atuar como um facilitador para uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010; Kickbusch *et al.*, 2013). A literacia em saúde consiste, essencialmente, na motivação e no conjunto de competências que facilitam o acesso, o entendimento, a avaliação e o uso da informação, de forma que esta suporte as decisões em saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

Ao refletir sobre a importância da literacia em saúde, é relevante termos em mente um conceito relacionado que muito influencia a sociedade: a digitalização da saúde. O tema é pertinente porque, de toda a informação disponível na online, a saúde constitui um tópico de interesse crescente (Eurostat, 2020), com cerca de metade da população portuguesa (49%) entre os 16 e os 74 anos a aceder à internet, em 2020, para pesquisar tópicos relacionados com a saúde.

A rápida expansão da internet e a sua crescente acessibilidade concede mais autonomia ao indivíduo, o que altera a forma como este se relaciona com o profissional de saúde e com a sua própria saúde (Murray, 2003). Esta expansão trouxe também proximidade interpessoal e abertura, permitindo a pessoas que estejam a viver situações semelhantes que comuniquem entre si, partilhando experiências e aprendendo umas com as outras (Schiavo, 2014). Contudo, a informação não chega a todos da mesma forma. Fazer pesquisas na Internet sobre temas de saúde tem por base uma condição

prévia, relacionada com a consciência que o indivíduo tem acerca da sua condição de saúde (Espanha, 2012), o que influencia a sua pesquisa. Por outro lado, idosos e populações económica e socialmente mais desfavorecidas, que são quem mais exposto se encontra a situações de vulnerabilidade que afetam a saúde, são também quem menos beneficia da comunicação em saúde pelas vias digitais, apesar de ser quem mais dela necessita (Calderón & Beltrán, 2004).

As enormes quantidades de informações em saúde que estão disponíveis a todos, mediadas apenas pela tecnologia, processo sob o qual assenta grande parte do funcionamento das sociedades modernas (Espanha, 2012), expõe os indivíduos a armadilhas como a desinformação (Swire-Thompson & Lazer 2020), pelo que se torna evidente a necessidade de desenvolvimento de competências associadas à pesquisa e ao processamento de informação (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Estas competências estão associadas à literacia digital em saúde, tópico que, pela sua relevância no âmbito da nossa investigação, iremos desenvolver adiante.

Capítulo 2 – A literacia em Saúde e a Literacia Digital em Saúde

2.1. Introdução

O termo literacia foi utilizado pela UNESCO (2006) para descrever a capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e avaliar textos, instruções verbais e interpretação numérica em contextos variados. A literacia estabelece assim um conjunto de competências individuais, essenciais para a aquisição de conhecimento e de entendimento (Rumsey, 2018), constituindo-se como um importante instrumento para o desenvolvimento das capacidades humanas e de cidadania, fundamentais para o desenvolvimento económico e social (Nutbeam, 2009).

2.2. A Literacia em sentido lato

A definição de literacia adotada pela OCDE coloca um foco sobre a sua importância enquanto agente para o desenvolvimento do potencial humano. A literacia consiste na “capacidade de entender, avaliar, usar e envolver-se com materiais escritos para poder participar na sociedade, atingir objetivos, desenvolver conhecimento e potencial” (OECD, 2012).

Ao aprofundar a nossa análise sobre o conceito de literacia, percebemos que diferentes domínios académicos reclamam para si diversas literacias, cujas definições são elaboradas e diferenciadas pela ótica de quem as estuda (Hobbs, 2010), pelo que parece ser consensual a assunção de que não há uma literacia, mas sim uma multiplicidade de “literacias” (Gee, 1996). Estas diversas literacias ocupam o seu espaço e relevância de acordo com as normativas sociais, políticas, económicas ou culturais, que lhes dão forma e sentido enquanto práticas comunicativas (Collins & Blot, 2003).

Alguns autores defendem que a literacia, pode ser vista sob dois domínios essenciais, diferenciados pelo grau de autonomia que cada um confere: um que é orientado para as tarefas e outro que é orientada para as competências (Nutbeam, 2009; Nutbeam, McGill, & Premkumar, 2018).

O processo assente na tarefa tem como referência as tarefas do dia-a-dia que um adulto deve conseguir desempenhar, tais como ler ou escrever um texto simples. Já o processo assente nas competências tem que ver com o conhecimento e as capacidades que um adulto tem de reunir para desempenhar com eficiência essas mesmas tarefas (Nutbeam, 2009), ou seja, no potencial que pode ser alcançado com a aquisição da primeira (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Qualquer que seja a forma que olhamos para este conceito, um aspeto sobressai: a associação entre baixos níveis de literacia e baixas condições socioeconómicas parece ser inevitável (Nutbeam & Kickbusch, 2000; Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004). Na Europa esta associação foi comprovada nos resultados do primeiro inquérito europeu que compara a literacia em saúde das populações, o

HLS-EU, Health Literacy Survey-EU, coordenado pela Universidade de Maastricht. Nele podemos comprovar a existência de grupos específicos de pessoas que registam uma incidência de níveis insuficientes de literacia em saúde superiores à média (47,6%). Por exemplo, em grupos de pessoas de estrato social baixo, 60% dos indivíduos regista níveis insuficientes de literacia em saúde, situação que é agravada quando o estrato social é muito baixo (73,9%). O mesmo se passa com o nível de escolaridade que, no nível mais baixo regista um total de 68% de indivíduos com literacia em saúde limitada e 57,2% no nível de escolaridade seguinte (Sørensen, *et. al*, 2015).

Este fenómeno está longe de ser um fenómeno europeu, sendo observável também nos EUA, onde se constata que um baixo nível de literacia em saúde está muito associado a grupos de pessoas que vivem com carências, tais como os idosos, as minorias raciais/étnicas ou as pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo (Rikard *et al.*, 2016).

Van Der Heide *et al.* (2013) estabelecem uma relação ainda mais extensa entre baixos níveis de educação e níveis insuficientes de literacia em saúde, pois associa-os também a piores estados ou condições de saúde. Neste sentido, promover o acesso à educação, que constitui um objetivo essencial para assegurar desenvolvimento económico, social e humano, acaba por resultar também na geração de benefícios diretos para a saúde (Nutbeam, 2009).

A literacia, mesmo que limitada a um nível elementar, é determinante para que os indivíduos adquiram autonomia para se desenvolverem (Nutbeam, 2009), o que é especialmente relevante numa era em que deles se espera um contributo positivo e uma crescente responsabilização pela própria saúde e bem-estar (Waller 2005).

Autores como Owens & Cribb (2019) relacionam a autonomia com os processos cognitivos que suportam a tomada de decisões, associando-a à capacidade individual de gerir e tomar decisões sobre a própria vida, de forma independente e sem apoio ou influência externa. Contudo, alerta Westlund (2009), é necessário levar em consideração que o exercício da autonomia está fortemente relacionado com as circunstâncias estruturais e sociais que envolvem a pessoa, circunstâncias estas que influenciam e podem condicionar os seus processos de deliberação autónoma. Por este motivo as intervenções que favorecem o desenvolvimento de competências relacionadas com a literacia são tão importantes, pois propiciam oportunidades genuínas para agir com base na informação obtida, contribuindo assim para amplificar o potencial da pessoa (Owens & Cribb, 2019).

O desenvolvimento do potencial, ancorado na expansão da autonomia, proporciona uma intervenção mais ativa na sociedade, sendo a sua materialização observável sob a forma de exercício dos direitos e deveres de cidadania (Nutbeam, 2009). Por outro lado, esta participação social, que potencia o envolvimento pessoal em atividades que proporcionam interações com outros indivíduos

(Levasseur, 2010) é, cada vez mais, vista como comportamento social positivo, constituindo também um indicador de saúde e de bem-estar (Piškur *et al*, 2014).

Os sistemas de saúde modernos estão assentes em infraestruturas tecnológicas intrincadas e são caracterizados pela complexidade e interoperabilidade, mas também pela imprescindibilidade de interação e colaboração de várias pessoas (Slawomirski, Auroraen & Klazinga, 2017). Acompanhar toda esta transformação e beneficiar de uma participação mais ativa que tire proveito de novos canais de comunicação e de novas formas de comunicar, está dependente de fatores que vão para além da disponibilidade de acesso, podendo estar sujeitos a condições relacionadas com o nível do conhecimento ou o interesse individual (Espanha, 2020). Estes são os motivos que explicam o facto de os indivíduos com mais elevados níveis de literacia se revelarem mais capazes de aplicar as suas competências a estes novos contextos (Nutbeam, McGill, e Premkumar, 2018).

Em ambientes relacionados com os cuidados de saúde a complexidade pode aumentar de tal forma que, mesmo aqueles indivíduos que apresentam possuir um nível adequado de literacia, podem experienciar dificuldades em questões mais específicas associadas à literacia em saúde, já que estes contextos podem tornar-se bastante mais diversos e multidimensionais do que aqueles em que se movem no dia a dia (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004).

A relação entre literacia e saúde, manifestada em questões tão elementares como a toma adequada da medicação, a capacidade de gerir a doença ou o estabelecimento de interações frutíferas com profissionais da saúde e instituições, confere pertinência à literacia em saúde, na medida em que esta representa o conjunto das competências que extrapolam capacidade de ler e de interpretar números, e incorpora processos cognitivos e sociais mais abrangentes (Parker & Ratzan, 2010) que atuam como mediador nas decisões em saúde (Baker, 2006). A importância da literacia na saúde é de tal forma extensa que Weiss (2003) a caracteriza como o mais robusto preditor de saúde.

2.3. Literacia em saúde

A literacia em saúde é uma área que tem ganhado relevância económica e social devido à associação verificada entre esta e os resultados em saúde (Schillinger, *et al.*, 2002), sendo de especial importância a sua relação com uma melhor utilização dos serviços de saúde (Baker *et al.*, 1998). Daqui resulta uma oportunidade de intervir ao nível do controlo dos custos com a saúde (Schillinger, *et al.*, 2002), o que constitui uma preocupação premente especialmente nos países desenvolvidos.

O aumento de custos em saúde está diretamente relacionado com uma crescente prevalência de doenças preveníveis, o que reforça a necessidade de agir sobre aspectos como a promoção da saúde e a prevenção da doença (Pearson & Saunders, 2009). Contudo, um dos grandes desafios que as

sociedades contemporâneas enfrentam consiste em tornar a informação sobre saúde acessível a todos, independentemente do nível de educação ou de literacia (McCray, 2005). Promover melhorias no campo da literacia em saúde tenderá a resultar num maior estímulo à participação individual nos cuidados de saúde, e esta participação manifesta-se em melhores resultados em saúde (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009).

Os impactos da elevação dos níveis de literacia em saúde na sociedade são observáveis a vários níveis, sendo o mais evidente a melhoria dos resultados em saúde, já que se verifica uma associação persistente, positiva e linear entre o acesso à educação e resultados positivos em saúde (Rikard *et al.*, 2016). O que este indicador parece sugerir é que ao melhorar os níveis de literacia das populações, a resposta obtida é manifesta através de escolhas mais favoráveis à saúde (Nutbeam & Kickbusch, 2000; DeWalt *et al.*, 2004).

A literacia em saúde tem reflexos nos sistemas de saúde em duas dimensões distintas, por um lado favorece o exercício de autonomia, que é fruto de decisões informadas e que constitui um elemento que favorece a responsabilização e o autocuidado (Ratzan & Parker, 2000). Estes são fatores que contribuem para atenuar a pressão sentida nos sistemas de saúde, resultante das alterações estruturais provocadas pelo crescente peso das doenças crónicas (Drapkina *et al.*, 2019) ou pelo envelhecimento da população (Parnell *et al.*, 2019). Por outro lado, parece contribuir para melhorar a capacidade dos indivíduos se conseguirem adaptar às exigências dos sistemas de saúde (Sørensen, 2018; Griese *et al.*, 2020).

Com a visão de que a educação para a saúde poderia ser um instrumento de ativação para a saúde (Sørensen *et al.*, 2012), a literacia em saúde é um tópico que começou a ser abordado na literatura científica nos anos 70 do Sec. XX. Na época esta visão não passava de uma intenção ao nível da política de educação, alavancada por políticas públicas e sociais que incentivavam as pessoas a melhorar o seu conhecimento sobre saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

O conceito de literacia em saúde, inicialmente definido por Simonds (1974) num artigo intitulado *“Health education as social policy”*, começou por estar muito associado à capacidade de adaptar as competências de literacia, no sentido mais lato, ao uso de materiais usados no contexto dos cuidados de saúde, tais como as receitas ou as marcações de consultas (Parker *et al.*, 1995). Com a constatação de que muitas pessoas não conseguiam ler, escrever ou compreender o suficiente, começou a problematizar-se as consequências da baixa literacia para o sistema de saúde (Parker, 2000), evidenciando a necessidade de criar mecanismos que ajudassem a superar as barreiras comunicacionais existentes na prática clínica.

A abordagem inicial à literacia em saúde centrou-se na tentativa de melhorar as competências de comunicação do indivíduo (Darcy *et al.*, 2009), ainda sem tentar agir sobre as causas subjacentes ao

défice destas competências, tais como as desigualdades socioeconómicas (Goldberg, 2007), que são atualmente reconhecidas como determinantes.

Hoje a literacia em saúde é vista como um conceito dinâmico assente numa multiplicidade de interações intrinsecamente influenciadas por fatores culturais e condições socioeconómicas, coadjuvado por um conjunto alargado de competências chave (Barros, Santos, & Santos-Silva, 2023).

2.3.1. Definição conceptual

O termo literacia em saúde é utilizado há mais de 45 anos, mas o seu âmbito tem vindo a ser amplificado ao longo do tempo, o que tem resultado em diferentes definições e conceptualizações (Pearson & Saunders, 2009; Sørensen *et al.*, 2012). Uma parte significativa das definições publicadas têm o foco nas competências chave do individuo: obtenção, compreensão e uso de informações que têm com propósito a capacitação para a tomada de decisões acionáveis sobre a sua saúde. No entanto, nos últimos anos, às competências têm sido acrescentados os contextos que, de uma forma direta ou indireta, exerçam influência sobre a promoção da saúde ou a prevenção da doença (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

São muitas as definições de literacia em saúde que se podem encontrar na literatura científica, sendo cada uma delas influenciada pela forma como se pretende abordar o problema (Tappe & Galer-Unti, 2001), quer em relação à sua origem, às atitudes relativamente à sua promoção ou à sua resolução (Prins & Mooney, 2014).

Escolhemos as três que identificámos como mais referenciadas na literatura consultada e que partilham um denominador comum: a centralidade nas competências pessoais que permitem obter, processar e entender as informações necessárias para tomar as melhores decisões em saúde (Sørensen *et al.*, 2012). São elas a definição da Organização Mundial da Saúde (Nutbeam, 1998), a do Institute of Medicine (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004) e, mais recentemente, a de Sørensen *et al.* (2012), esta última tenta integrar a essência das várias definições mais amplamente aceites, tornando-se mais abrangente.

Comecemos pela definição da Organização Mundial da Saúde (WHO), onde a literacia em saúde é definida como “as competências sociais e cognitivas que determinam a motivação e a habilidade para que os indivíduos acedam, entendam e usem a informação, de formas que promovam e mantenham uma boa saúde” (Nutbeam, 2000 p.246). As competências sociais são aqui representadas como fundamentais para a relação com o outro e com a comunidade, e as competências cognitivas representam o fator que permite ao indivíduo adquirir e processar o conhecimento (Ishikawa & Kiuchi, 2010). A junção de ambas as competências - sociais e cognitivas - promove a capacitação para a

mudança ao nível dos estilos de vida e das condições de vida (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Esta definição está alicerçada na autonomia do indivíduo, o que o capacita para transformar decisões em ações, sendo potenciada pela motivação.

Outra definição que merece a nossa atenção pela relevância que tem na literatura é a de Ratzan & Parker (2000) e que é adotada pelo Institute of Medicine (2004), e que consiste no “grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações e os serviços básicos de saúde, de forma a poderem tomar as decisões mais adequadas para a sua saúde” (Ratzan & Parker, 2000. P. vi).

Para Santana *et al.* (2021) esta definição tem várias virtudes, tais como: enfatizar a capacidade de as pessoas usarem a informação ao invés de apenas a entenderem; concentra-se na capacidade de tomar decisões bem informadas, em vez de decisões apropriadas; incorpora uma perspetiva de saúde pública e reconhece que as instituições têm a responsabilidade de abordar a literacia em saúde. No entanto, Nutbeam (2008) considera-a demasiado responsabilizadora para o indivíduo, pois ignora as condições que limitam o acesso aos cuidados de saúde.

Por fim, abordamos a definição de Sørensen *et al.* (2012), que emerge como resultado de uma análise exaustiva à literatura publicada, e que aglutina a essência de várias definições aceites, complementando-as com a perspetiva da saúde pública: “A literacia em saúde está ligada à literacia em sentido lato, e envolve o conhecimento, a motivação e a confiança dos cidadãos para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, de forma a, na vida quotidiana, fazer julgamentos e tomar decisões de saúde que permita agir na gestão dos cuidados de saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde, promovendo e mantendo a qualidade de vida ao longo do curso da vida” (Sørensen *et al.*, 2012, p.3).

Esta definição estabelece uma ligação entre os três domínios da saúde – cuidados de saúde; prevenção da doença e promoção da saúde – com as dimensões associadas às competências chave necessárias à literacia em saúde (Barros, Santos & Santos-Silva, 2023).

O trabalho de análise e integração desenvolvido por Sørensen *et al.* (2012) originou um modelo novo conceptual (Figura 2.1) que enquadra as dimensões da literacia em saúde com os fatores que a impactam.

Nesta tão abrangente definição são referidas as quatro competências chave que constam de outras conceptualizações estando, contudo, associadas a fatores externos. A capacidade de aceder está intimamente ligada à capacidade de entender, ao momento e à confiabilidade da informação; a capacidade de entender está ligada às expectativas, à utilidade percebida ou à interpretação de

causalidades; a capacidade de avaliar está relacionada com a complexidade e com a linguagem utilizada; a capacidade de aplicar depende da compreensão (Sørensen *et al*, 2012).

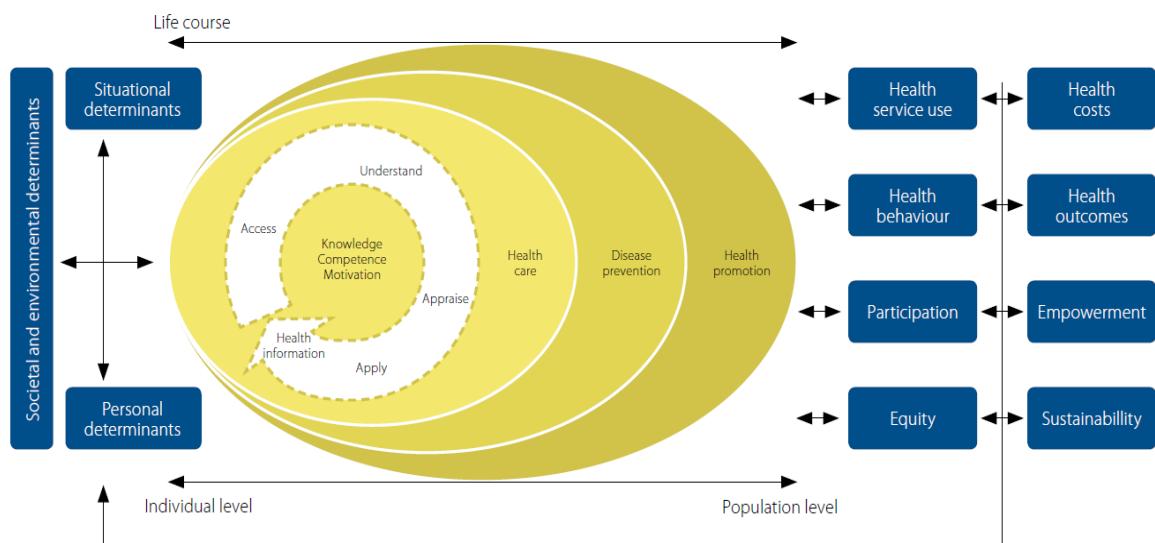


Figura 2.1 - Modelo Conceptual da Literacia em Saúde adotado pelo European Health Literacy Survey-Sørensen *et al.* 2015

Todas as definições analisadas têm por base o reconhecimento de que a literacia em saúde contribui para o empoderamento das pessoas (Sørensen *et al.*, 2012) sendo, no entanto, importante reconhecer a sua influência para além do indivíduo, considerando o impacto que tem na vida de dependentes (Espanha & Ávila, 2016), bem como o seu contributo para o bem público (Sørensen, 2018), na medida em que tem implicações relevantes na organização e nos custos imputados aos sistemas de saúde (Espanha & Ávila, 2016).

Pelo reconhecimento de que o impacto da literacia em saúde não fica delimitado na esfera do cidadão Nutbeam (2008) propõe que a literacia em saúde possa ser analisada sob duas perspetivas: um risco, se considerando sob o ponto de vista clínico (Nutbeam, 2008), ou um ativo, se encarado pelo prisma da saúde pública (Nutbeam, 2008; Sørensen, 2018).

2.3.2. Duas dimensões de influência: na prática clínica e na saúde pública

O modelo conceptual proposto por (Sørensen *et al.*, 2012) integra as necessidades de saúde vividas no contexto da complexidade da sociedade atual, por isso contempla as competências cognitivas individuais necessárias para serem aplicadas em contexto clínico, bem como as competências que são aplicadas em contexto social. Esta integração constitui uma resposta à categorização das competências em dois planos, o da prática clínica e o da saúde pública, propostas por Nutbeam (2008).

Ao nos dettermos no plano prática clínica, podemos considerar a literacia em saúde como um risco Nutbeam (2008) quando resulta de um défice individual (Rikard *et al.*, 2016), na medida em que existe uma associação estabelecida entre uma baixa literacia e uma fraca capacidade de decisão do doente, bem como a dificuldades na gestão da sua doença (Baker, 2006). Tal acontece porque indivíduos que não consigam obter, processar ou compreender informações básicas, poderão não ter a capacidade de se autocuidar ou de tomar as decisões que mais beneficiem a sua saúde (Coulter & Ellins, 2007). Este défice pode também afetar negativamente a capacidade de funcionar num ambiente de cuidados de saúde (Andrus & Roth, 2002). Nesta situação a literacia em saúde é equiparada a um construto ao nível do indivíduo (Berkman, Davis & McCormack, 2010).

Tendo em conta que a literacia em saúde se refere a um conjunto de competências que atuam como mediadores na saúde (Baker, 2006), podemos estar perante a necessidade de intervenção mais ativa por parte do profissional de saúde, que se constitui como parte da resolução do problema (Pleasant e Kuruvilla, 2008). Esta mediação pode implicar uma adaptação da comunicação, ou pode passar por uma assistência na navegação pelo sistema (Nutbeam & Lloyd, 2021), numa atuação paternalista face ao indivíduo.

Por se tratar de uma função partilhada de fatores sociais e individuais, a literacia em saúde é também uma prática social dinâmica (Chinn, 2011), onde as competências e as capacidades individuais são mediadas pela educação e pela cultura, não devendo ser ignorado o papel das competências de comunicação do interlocutor/profissional de saúde (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004).

Este tipo de literacia, que tem um cariz funcional, exige uma ação muito imediata e focada nas competências do indivíduo (Nutbeam & Lloyd, 2021), pois trata-se de uma tentativa de superar uma insuficiência pessoal que não pode aguardar uma intervenção estrutural, de longo prazo, que atue ao nível dos determinantes sociais (Pleasant e Kuruvilla, 2008).

As intervenções feitas com objetivo de melhorar a literacia em saúde ao nível do indivíduo ajudam a desenvolver um melhor entendimento acerca daquilo que dele se espera, funcionando como garante de uma melhor adesão a terapêuticas e aos tratamentos (Pleasant e Kuruvilla, 2008) ou seja, melhora a relação do doente com a doença. Estes tipos de intervenções passam também pelo apoio na circulação pelo sistema (WHO, 2013), bem como pela introdução de estímulos para educar o indivíduo a comunicar mais eficazmente com os profissionais de saúde (Quaglio, Sørensen, Rübig *et al.*, 2017). Quando bem-sucedidas, estas intervenções contribuem também para uma melhor compreensão acerca dos fatores de risco, ajudando o indivíduo a melhor implementar estratégias preventivas e a melhorar os seus resultados em saúde (Brashers, Goldsmith & Hsieh, 2002).

Ao olhamos para o conceito de literacia em saúde sob o prisma da saúde pública, podemos observar um ativo em construção, fruto de um processo dinâmico de capacitação continua dos

indivíduos ao longo da vida (Sørensen *et al.*, 2012), que lhes permite exercer um maior controlo sobre a sua saúde (Nutbeam, 2008; Pleasant & Kuruvilla, 2008) e sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010), contribuindo para uma melhoria nos indicadores de saúde pública. Neste caso a literacia em saúde funciona como um ativo pessoal (Nutbeam, 2008), que exerce um impacto maior ao nível da promoção da saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

Esta conceptualização de literacia em saúde enquanto ativo (Nutbeam 2008) tem implícita a noção de que as pessoas podem ter um maior controlo sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da saúde (Samerski, 2019), e que a ativação de conhecimentos de saúde pública representa um pré-contributo para o bem-estar (Sørensen *et al.*, 2012). Neste contexto, a melhoria do acesso à informação e do seu uso adequado é essencial para o empoderamento do cidadão (Nutbeam, 2008). Trata-se de uma visão que favorece intervenções abrangentes na sociedade, que vão além dos ambientes relacionados com os cuidados de saúde, mas que possam exercer impactos positivos na saúde (Nutbeam 2008).

Ao ampliar este ativo à escala da comunidade, teremos uma participação mais ativa nos debates sobre saúde, bem como mais benefícios, obtidos a partir de estilos de vida mais saudáveis e positivos (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2005).

Uma visão aglutinadora, com uma abordagem centrada no plano da saúde pública, ancorada na promoção da saúde, e com uma abordagem centrada no plano clínico, ancorada nos cuidados médicos, permite um entendimento mais alargado das necessidades de comunicação em diferentes ambientes (Sørensen *et al.*, 2012).

2.3.3. Literacia crítica, funcional e interativa

A participação ativa das pessoas na sua própria saúde e nas decisões com ela relacionada, está associada à obtenção de melhores resultados em saúde (Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009) que são comprováveis, ao nível individual, em benefícios físicos, mas também psicológicos (Stewart, 1995). Contudo, parece haver situações em que a participação ativa não está dependente apenas da vontade ou desejo do próprio, na medida em que o grau de literacia em saúde pode funcionar como um fator condicionante a esta participação (Ford, Schofield, & Hope, 2003). O facto de a literacia em saúde ser baseada em processos cognitivos (Pleasant & Kuruvilla, 2008), faz com que nem todos os indivíduos se situem ao mesmo nível, nem dela se sirvam da mesma forma (Ford, Schofield, & Hope, 2003).

Ainda que seja cada vez mais alargado o consenso de que, como forma de incentivar a sua participação, devam ser dadas aos indivíduos todas as informações relevantes acerca da sua condição de saúde (Ford, Schofield & Hope, 2003), sabemos que o acesso, a obtenção e o uso desta informação

está fortemente condicionada pelas competências associadas à literacia e à numeracia, o que gera amplas variações na qualidade das interações com os profissionais de saúde (Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009). Como forma de melhor identificar e agir sobre estas assimetrias, Nutbeam (2000) propõe uma estratificação da literacia em saúde em 3 níveis: funcional, interativa e crítica.

A literacia funcional, também apontada por individualista por Crondahl & Eklund (2016), refere-se genericamente às competências básicas necessárias para que um cidadão esteja apto a viver o quotidiano (Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009). De notar, contudo, que a literacia funcional é muito marcada pelas necessidades da sociedade em cada momento (Berkman, Davis & McCormack, 2010) afinal, ser um indivíduo letrado no início do século XX corresponde a padrões distintos daqueles que são hoje vigentes.

Quando relacionada com a saúde, a literacia em saúde funcional, refere-se às capacidades e às competências necessárias para efetuar com sucesso as tarefas relacionadas com a saúde (Berkman, Davis & McCormack, 2010), agindo com base nas informações obtidas (Andrus & Roth, 2002). Estas competências possibilitam a obtenção da informação para que seja usada de forma simples e direcionada para ações concretas (Peerson & Saunders, 2009), capacitando o indivíduo para a participação e para a superação barreiras.

A literacia em saúde funcional é o reflexo de intervenções específicas relacionadas com o seguimento de instruções básicas que visam estimular no indivíduo a capacidade de se envolver numa comunicação bidirecional ou a motivação para receber formação sobre saúde (Berkman, Davis & McCormack, 2010), mas serve também o propósito de prevenir riscos e de incentivar uma adequada utilização do sistema de saúde, resultados cujo único beneficiário é o cidadão (Nutbeam, 2000). Este constitui o nível mais elementar que, por estar associado a uma baixa ou insuficiente literacia em saúde, é gerador de resultados em saúde menos satisfatórios (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009). Dewalt *et al.*, (2004) concretizam este indicador apontando mesmo para uma probabilidade 1,5 a 3 vezes maior de pessoas com baixa literacia em saúde terem piores resultados em saúde.

A literacia funcional constitui um risco (Nutbeam, 2008) que deverá ser minimizado através intervenções personalizadas que capacitem os indivíduos para o exercício da escolha informada (Samerski 2009). Considerando que para cada decisão em saúde podem ser necessárias formas de processamento de diferentes quantidades e graus de complexidade de informação (Berkman, Davis & McCormack, 2010), é necessário não perder de vista que podemos estar perante pessoas que podem até ter a capacidade de compreensão e de aprendizagem, mas têm de ser ajudadas a relacionar a informação nova com conceitos que lhes sejam familiares (Doak *et al.*, 1998), pelo que as intervenções

traduzem o esforço dos profissionais de saúde quer na adaptação da sua comunicação, quer no seu apoio na redução da complexidade dos sistemas de saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021).

A literacia interativa, também designada de comunicativa por Ishikawa & Kiuchi (2010), constitui o nível seguinte ao da literacia crítica. Insere-se já num quadro de literacia mais avançada que facilita aos indivíduos a possibilidade de recolher informação a partir de fontes diversas e de lhe conferir significado, permitindo-lhes, posteriormente, aplicá-la a novas circunstâncias e discuti-la com outros, de modo a servir de base à tomada de decisão (Nutbeam, 2000). A literacia interativa resulta da aplicação de competências cognitivas e sociais para obter, processar e aplicar novos dados (Nutbeam, 2000), e incorpora a capacidade de integrar novas informações em novos contextos, representando a interação entre o indivíduo e a informação (Chinn, 2011). Este tipo de literacia pode ser resultado ou pode beneficiar de intervenções na educação em saúde e, à semelhança da literacia funcional, o principal beneficiário é o próprio cidadão (Nutbeam, 2000).

A literacia crítica traduz a literacia no seu estado mais avançado, na medida em que incorpora as competências de análise crítica da informação oriunda de diversas origens (Nutbeam, 2000). Neste patamar os indivíduos detêm um maior controlo sobre as situações que impactam a sua saúde (Nutbeam, 2008; Pleasant & Kuruvilla, 2008), o que lhes confere uma maior autonomia e controlo sobre as várias situações da vida (Steckelberg *et al.*, 2009; Lupton, 1997; Nutbeam & Lloyd, 2021; Nutbeam, 2000).

Os indivíduos que se situam neste estado desenvolveram competências transferíveis e partilháveis (Nutbeam & Lloyd, 2021), o que contribui para a mudança e para o empoderamento coletivo, por incorporar os conhecimentos de saúde pública nos determinantes sociais da saúde (Nutbeam, 2000; Samerski, 2019).

Tanto a literacia interativa como a literacia crítica têm, pelas suas características, maior afinidade a estratégias associadas à promoção da saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021), para as quais é necessária uma abordagem baseada em métodos de comunicação interativos e adaptáveis, bem como em conteúdos amplos e evolutivos (Nutbeam & Lloyd, 2021). A utilização deste tipo de métodos e conteúdos concorre para o desenvolvimento de competências que podem ser orientadas para a promoção de iniciativas de âmbito social e político (Nutbeam, 2009) sendo, para tal, necessário que nas estratégias desenhadas sejam integrados fatores educacionais, culturais e sociais (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004).

A diferenciação entre literacia funcional, interativa ou crítica tem sido conveniente para o desenho de intervenções em saúde, na medida em que permite fazer uma distinção entre uma necessidade de atuação ao nível da tarefa, ou ao nível das competências (Nutbeam, 2009). Esta

classificação é também útil na medida em que permite identificar o âmbito de intervenções e a sua tipologia, possibilitando abordagens centradas na prevenção da doença, onde a literacia é necessária para identificar e agir sobre os fatores de risco para a saúde (Sørensen *et al.*, 2012), mas também na promoção da saúde, capacitando o indivíduo para o exercício da autonomia e controlo sobre a sua saúde, o que constitui um ativo para as populações (Nutbeam, 2008; Pleasant & Kuruvilla, 2008).

Uma progressão entre estas categorias não acontece apenas em função de algum tipo de desenvolvimento cognitivo, depende também da exposição do indivíduo a diferentes formatos de informação e da sua resposta a esta exposição (Nutbeam, 2009).

2.3.4. Uma questão de contexto

Parece ser genericamente consensual que a literacia em saúde está fortemente associada ao nível de ensino (Nutbeam & Kickbusch, 2000), contudo este fator não a condiciona completamente, pois o seu desenvolvimento pode transformar-se num processo evolutivo (Rikard *et al.*, 2016), o que a torna permeável a melhorias, seja através da educação (Berkman, Davis & McCormack, 2010; Nutbeam, 2009), seja com a experiência adquirida na gestão da própria saúde nos ambientes que a compõem (Berkman *et al.*, 2010). Por este motivo, a literacia em saúde não deve ser vista como um atributo abstrato ou como uma competência genérica. Deve, sim, ser encarada como uma competência situacional e contextual, que está dependente da vivência da pessoa não apenas enquanto cidadão, mas também enquanto doente, bem como da sua capacidade de fazer algo com o conhecimento que adquire (Papen, 2009).

Por estar assente na aquisição de novos conhecimentos, as competências necessárias para a construção da literacia em saúde devem ser trabalhadas de forma a serem ativas e dinâmicas (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Ativas porque o processo de aquisição de conhecimento é continuo e deve adaptar-se às necessidades de tomada de decisão em saúde e dinâmicas porque as interações sociais com o ambiente exigem adaptações a diversos papéis e graus de autonomia (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Nesta conceptualização está também implícita a ideia de contexto que ocupa, a par da interação, uma posição cada vez mais central nos modelos desenvolvidos para os campos da saúde pública, da literacia em saúde e da comunicação em saúde (Rudd, 2015).

Uma conceptualização atual e abrangente da literacia em saúde reivindica a incorporação dos diferentes conteúdos e contextos em saúde (Nutbeam, 2009; Rademakers & Heijmans, 2018), pois esta é uma função partilhada entre fatores individuais e fatores sociais, que incorpora as

competências e as exigências quer do indivíduo, quer dos sistemas sociais (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004).

Vários são os autores (Nutbeam, 2009; Papen, 2009; Parker & Ratzan, 2010; Chinn, 2011) que reconhecem o determinismo do contexto na literacia em saúde, na medida em que condiciona a resposta do indivíduo, de situação para situação, e ao longo do tempo, consoante o formato e o ambiente em que se comunica (Nutbeam & Lloyd, 2021; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). A influência do contexto, que pode ser tão amplo como a própria vida, pode ser tão determinante, que um diagnóstico dos diferentes contextos onde a literacia em saúde é adquirida, desenvolvida e usada, deve ser parte integrante do desenvolvimento de uma estratégia para lidar com a questão (Nielsen-Bohlman *et al.* (2004).

A literacia em saúde é aplicável em ambientes que extravasam os contextos restritos da saúde, onde também é fundamental o uso da informação que promova a capacidade de tomar decisões que afetam a saúde, podendo ser integrada em todos os aspetos do quotidiano (Peerson & Saunders, 2009). Esta abordagem baseia-se na ideia de que, na gestão do dia-a-dia, se podem desenvolver e nutrir comportamentos que resultem numa atitude promotora da saúde, desde que esteja presente a motivação, elemento essencial para a ação (Nutbeam, 2000). Ter acesso e estar em posse da informação pode não ser suficiente para que esta tenha utilidade prática (Rademakers & Heijmans, 2018), é também necessário que seja utilizada de forma a favorecer a própria saúde (Peerson & Saunders, 2009). A motivação, aliada às competências cognitivas e sociais, funciona como um catalisador para a mudança (Sørensen *et al.*, 2012).

2.4. Empoderamento do cidadão

A literacia em saúde incorpora as competências da literacia, aplicando-as à tomada de decisões em saúde (Sørensen *et al.*, 2012). Quando estas competências são conjugadas com a cultura, com as normas sociais e com o acesso aos cuidados de saúde, o resultado é a aquisição de novos conhecimentos e a adoção de comportamentos mais positivos, de onde decorrem melhores resultados em saúde (Baker, 2006). A literacia em saúde surge, assim, como uma prática social situacional, multidimensional e dinâmica (Chinn, 2011) que está embutida numa rede de ações e de palavras (Samerski, 2019), cuja relevância, enquanto conjunto de ações normativas, reside não tanto no grau de literacia, mas na forma como as pessoas a usam em contextos da vida quotidiana (Papen, 2009). A literacia em saúde funciona como um preditor de atitudes e comportamentos que exercem uma influência decisiva nos cuidados de saúde (Andrus, & Roth, 2002).

Numa aceção atual e ampla, a literacia em saúde, é hoje tida como um catalisador para o empoderamento que vai além das questões circunscritas à saúde, e que toca os aspetos da vida moderna quotidiana (Pearson & Saunders, 2009; Samerski, 2019). Este empoderamento constitui um importante objetivo para o século XXI no campo da saúde pública, firmado pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) das Nações Unidas (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). O ODS 3 visa garantir o bem-estar e uma vida saudável para todos, em qualquer idade (UN, 2015), seja através das melhorias do DSS, através da disponibilização de recursos em saúde, ou mesmo de através de ações que promovam o empoderamento dos cidadãos.

Por estar assente no conceito de literacia em sentido lato (Sørensen *et al.*, 2015), a literacia em saúde é produto do empenho e dos esforços continuados para promover melhorias ao nível da educação e da comunicação no campo da saúde (Nutbeam 2008; Nutbeam, McGill & Premkumar, 2018), mas também da implementação de estratégias associadas à promoção da literacia que disponibilizem informação (Samerski, 2019) e que impactem todos os cidadãos através de uma educação estruturada (Nutbeam 2008; Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009; Nutbeam, McGill & Premkumar, 2018). Melhorias decorrentes da ativação destes mecanismos são aferíveis através da análise das mudanças que ocorrem nos níveis de conhecimento e nas competências que permitem tomadas de decisão mais autónomas e bem informadas (Nutbeam, McGill & Premkumar, 2018) que, pelo grau de agenciamento que têm implícito, conferem empoderamento aos cidadãos (Henwood *et al.*, 2003).

O empoderamento em saúde refere-se à participação ativa do cidadão nos processos de decisão relativos à sua saúde, responsabilizando-o (Schulz & Nakamotob, 2013, Barros, 2016). Neste sentido, dotar o cidadão de ferramentas que contribuam para aumentar os seus níveis de literacia em saúde é uma responsabilidade de todos os intervenientes (Parker & Ratzan, 2010).

Por ter implicações práticas no desenho de intervenções em saúde, uma avaliação preliminar do indivíduo, que Baker (2006) designa de capacidade individual, deve ser o ponto de partida para qualquer procedimento (Nutbeam, 2008). A capacidade de ler, escrever e interpretar números (numeracia), pode ser aferida por meio de testes que aplicáveis pelos profissionais de saúde (Protheroe, Nutbeam e Rowlands, 2009), pelo que os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde podem ser identificados em contextos clínicos (Nutbeam, McGill, e Premkumar, 2018). A utilização e aplicação destes testes em contexto de saúde tem vantagens, na medida em que, por um lado possibilita uma identificação imediata de pessoas em risco (Dewalt *et al.*, 2004), por outro permite diagnosticar competências de leitura e interpretação que podem ficar condicionadas quando ocorridas em contextos muito específicos como é o caso da saúde, até mesmo em indivíduos mais instruídos (Andrus & Roth 2002).

Numa perspetiva de intervenção, a deteção de níveis de literacia em saúde considerada baixa ou inadequada deve conduzir a ações que visem melhorar os processos de comunicação através da disponibilização de instrumentos que auxiliem uma resposta adequada do cidadão às instruções do profissional de saúde e à gestão adequada da sua doença (Nutbeam & Lloyd, 2021; Dewalt *et al.*, 2004). Os profissionais de saúde são já uma parte ativa nesta resposta, na medida em que existe alguma evidência que aponta para uma adaptação natural destes a cada situação, através da modificação dos termos da comunicação (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009).

Naquelas situações em que os indivíduos já detenham competências que os coloquem nos patamares da literacia crítica ou interativa – patamares que os capacitam para o processamento de informações que consigam aplicar nas suas decisões - a intervenção do profissional de saúde pode ser direcionada para o desenvolvimento do conhecimento e das competências pessoais e sociais (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009). Neste caso o desafio é incentivar os profissionais de saúde a basear a sua comunicação em incentivos à interação, à participação e à análise crítica da informação (Nutbeam, 2008).

A informação é hoje de tal forma importante para o empoderamento que é vista como um precursor elementar para um paradigma assente numa relação de parceria entre o profissional de saúde e o cidadão (Henwood *et al.*, 2003). Se antes a informação era vista como necessária apenas para suportar decisões médicas específicas, é hoje essencial para ser incorporada em todas as decisões de saúde (Samerski, 2019), fazendo aumentar a necessidade e abrangência de conhecimentos para transformar um cidadão sem autonomia, num cidadão informado.

A busca de informação relacionada com questões de saúde e as ações seguidas daí em diante são, maioritariamente, determinadas pelo surgimento de questões concretas e pela necessidade percebida de obter agenciamento (Samerski, 2019). Esta procura é, no entanto, condicionada, na medida em que os indivíduos com menores competências ao nível da leitura ou da comunicação oral não apenas estão menos expostos à informação de saúde, como também têm menos recursos para fazer algo com a informação que recebem, o que os leva a responder de forma insuficiente às ações de educação para a saúde (Baker, 2006; Rademakers & Heijmans, 2018) à utilização de serviços destinados à prevenção da doença e à eficaz gestão de doença crónica (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009).

O fenómeno da fraca resposta a ações de educação para a saúde, do baixo uso de serviços que visem a prevenção de doenças e das competências deficitárias na gestão da doença por pessoas com baixo nível de literacia em saúde é também confirmado por DeWalt *et al.* (2004) e por Paasche-Orlow & Wolf (2007). As causas possíveis para explicar este fenómeno podem estar associadas a sentimentos de vergonha ou a dificuldades de compreensão dos benefícios (Parker, 2000; Andrus, & Roth, 2002),

que se manifesta numa reduzida capacidade de argumentação e de reivindicação (Lee, Arozullah & Cho, 2004), o que leva a uma percepção de fraca autonomia (Andrus & Roth, 2002).

2.5. O papel do sistema de saúde

A relação entre o indivíduo e o sistema de saúde pode tornar-se complicada, se marcada por dificuldades associadas a insuficientes níveis de literacia em saúde (Lee, Arozullah & Cho, 2004). Esta relação é influenciada não apenas pela capacidade de o indivíduo entender o funcionamento e de se mover neste sistema, mas resulta também dos esforços do sistema para interagir eficazmente com o indivíduo (Baker, 2006; Berkman *et al.*, 2011). A perspetiva que daqui resulta é pertinente porque corresponsabiliza o sistema e os seus incentivos ou restrições (Rudd, 2015), retirando o ónus em exclusivo ao cidadão.

Os desafios resultantes da interação com o sistema podem pôr em causa a capacidade de o indivíduo tirar proveito das suas competências, na medida em que estas podem ser suficientes para funcionar em situações que lhe sejam familiares, mas serem exíguas perante a especificidade de certos contextos, o que acaba por neutralizar as competências adquiridas (Andrus & Roth, 2002; Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Ora, para muitos, o ambiente dos cuidados de saúde não é um contexto familiar, daí ser importante que o sistema facilite esta integração através de uma comunicação eficaz (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009).

Embora a abordagem habitual à literacia em saúde se centre no indivíduo, deve ir para além deste, pois não se trata apenas de uma competência pessoal traduzida na habilidade de ler, entender e usar a informação, trata-se também uma competência organizacional transposta no esforço em comunicar informação relacionada com a saúde de forma relevante e entendível (Farmanova *et al.*, 2018) e na capacidade de, ativamente, facilitar o acesso e o uso da informação (Sameski, 2019).

Por considerarem o contexto de extrema relevância, Parker & Ratzan (2010) alertam para as exigências situacionais e as complexidades que os indivíduos enfrentam em determinadas situações. Estes autores defendem que as competências pessoais são mediadas pelo ambiente, pelo que alegam ser prioritário o desenvolvimento de esforços que contribuam para minimizar as complexidades do meio, seja através de uma melhoria na naveabilidade pelo sistema, por exemplo através da simplificação da comunicação, seja pela ajuda na compreensão do sistema de saúde como um todo (Parker & Ratzan, 2010). O enquadramento proposto pelos autores (Figura 2.2) visa demonstrar esta

natureza dual da comunicação na literacia em saúde, procurando um alinhamento das competências do cidadão com as necessidades e complexidades do sistema de saúde (Parker & Ratzan, 2010).

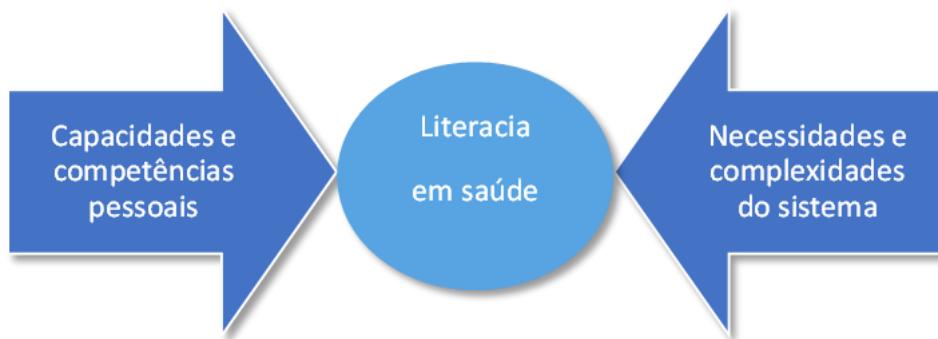


Figura 2.2 - Estrutura da Literacia em saúde proposta por Parker & Ratzan (2010)

Como competência das organizações, a literacia em saúde organizacional reclama uma consciencialização do problema por parte dos profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento e implementação de políticas de comunicação em saúde que usem uma linguagem simplificada apoiada por elementos visuais (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Esta é uma resposta orientada para as acessibilidades ao sistema com o propósito de o tornar mais compreensível, que deverá ocorrer enquanto se desenvolvem intervenções paralelas centradas no desenvolvimento da capacitação e autonomia do cidadão (Sørensen *et al.*, 2012; Parker & Ratzan, 2010), não as substituindo.

Uma vez que a navegabilidade nos sistemas de saúde se tem revelado comprometida no caso de pessoas com baixa literacia em saúde (Wagner *et al.*, 2009), os esforços, por parte do sistema, que visem facilitar a comunicação, constituem um componente importante nas interações com o cidadão. Proporcionar informações sobre as regras de acesso, de funcionamento e de disponibilidade dos serviços de saúde, de forma a tornar o sistema acessível a diferentes grupos populacionais, é uma atribuição dos sistemas de saúde (Sørensen *et al.*, 2012), que devem proporcionar informação de qualidade, adequada a diferentes grupos sociais e a diferentes contextos (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

Facilitar a navegabilidade e desenvolver, concomitantemente, as competências nos cidadãos, são dois vetores que os sistemas de saúde devem trabalhar em simultâneo (Parker & Ratzan, 2010). Este papel ativo dos sistemas de saúde contribui para um acesso mais facilitado e um uso mais adequado dos recursos o que, por um lado favorece a melhoria dos níveis de literacia em saúde (Oliveira Hashiguchi, 2020), e por outro atenua as assimetrias económicas ou sociais (Moreira, 2018). A comunicação em âmbito de cuidados de saúde constitui um elemento determinante na interação com o sistema. Sabendo que esta é impactada pelo gradiente social (DeVoe, Wallace & Fryer, 2009), deve

ser dada uma atenção especial a estes processos pois, em grupos de cidadãos menos favorecidos a percepção a capacidade de interpretação encontra-se condicionada.

Perante a prevalência de processos textualmente mediados nos ambientes de saúde, Papen (2009) sugere que se privilegie o diálogo e que se melhorem técnicas de comunicação cara-a-cara (Nutbeam & Lloyd, 2021), mesmo que apoiadas por suportes escritos ou visuais, como parte de uma intervenção que vá ao encontro das necessidades dos indivíduos (Nutbeam & Lloyd, 2021). Rudd (2015) também dedica alguma atenção às interações comunicacionais entre os cidadãos e os profissionais que integram os sistemas de saúde, defendendo que os resultados em saúde serão tanto melhores quanto melhor for o grau de literacia em saúde do cidadão, mas também das competências de comunicação do profissional de saúde, pois a comunicação atua como um fator mediador nesta relação e na tomada de decisões clínicas (Baker, 2006).

Erros relacionados com a interpretação de rótulos ou de resumo de características do medicamento (vulgarmente conhecido por bulas ou RCM^s¹), bem como falhas na interpretação das instruções são frequentes e contribuem para que seja aumentado o risco de efeitos adversos ou de ineficácia da medicação (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009). Este tipo de insuficiência tem impactos profundos na interação entre o cidadão e o profissional de saúde pois, quando expericiam dificuldades na leitura, os indivíduos tendem a disfarçá-las por vergonha (Wagner *et al.*, 2009) e a fazer menos perguntas, tornando-se menos participativos na gestão da sua saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Quando confrontados com mais informação do que conseguem assimilar, os indivíduos podem expericiar sentimentos de confusão e de impotência, pelo que são justificados os receios de que possam não conseguir compreender as informações de saúde da forma mais correta (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Recorrer a uma abordagem dirigida, onde se aplicam ações destinadas a segmentos populacionais específicos, proporciona aos cidadãos a confiança necessária para transformar o conhecimento em ação (Nutbeam, 2000), e isto terá tanto mais sucesso quanto mais direcionadas forem as formas de comunicação (Nutbeam, 2008). Não é por acaso que a OMS identifica a literacia em saúde como um conceito relacional que deve servir para “melhorar a comunicação e o equilíbrio de poder entre especialistas, prestadores e leigos” (WHO, 2013).

Um dos mais significativos impactos da literacia em saúde tem que ver com os seus efeitos na utilização de recursos e de tecnologias da saúde. Nesta medida, aumentar os níveis de literacia em saúde contribuirá para tornar as tecnologias da saúde, que inclui o medicamento, não apenas mais eficazes, mas também mais seguras (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). A literacia em saúde cria as condições necessárias para uma bem-sucedida transferência de informação, essencial em todas as

¹ RCM é um acrônimo que se refere a Resumo das Características do Medicamento

áreas da saúde, e presente em todos os pontos de contacto entre o indivíduo e sistema (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004).

Por tudo isto, a relação causal que liga a literacia em saúde a resultados em saúde não é fruto apenas das competências do cidadão, é também resultado dos esforços promovidos pelos sistemas de saúde em direção a uma maior inclusão (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

2.6. Uma responsabilidade partilhada

Sabemos hoje que uma fraca literacia em saúde está associada a resultados em saúde menos satisfatórios (Nutbeam & Lloyd, 2021), o que tem concorrido para a ideia de que a literacia em saúde é, de facto, um importante determinante em saúde (Rudd, 2015). Por este motivo a OMS reitera a ideia de que a literacia em saúde capacita e promove a equidade (WHO, 2016). A equidade é, neste sentido, o elemento que contribui para a uma ausência sistemática de disparidades em saúde, verificadas em grupos com vantagens ou desvantagens sociais subjacentes (Sørensen *et al.*, 2012; Braveman & Gruskin, 2003), o que tem subjacente o reconhecimento de que todas as pessoas devem ter a oportunidade de viver no máximo do seu potencial em saúde (Hanefeld, 2019). Considerando que as disparidades em saúde são entendidas como circunstâncias persistentes que coloquem indivíduos em situações potencialmente negativas ou de maior risco para a saúde, que poderiam ser evitáveis através de políticas públicas, promover a equidade passa por mitigar ou eliminar as disparidades (Braveman, 2006; Tengland, 2016).

A equidade em saúde é uma preocupação global que levou a OMS a organizar uma conferência sobre o tema (WHO, 2019), a partir da qual se elaborou um compromisso e uma lista de intenções por parte dos Estados Membros. A declaração de Liubliana é um manifesto onde está explícito o empenho na “redução das iniquidades em saúde como uma contribuição necessária para o desenvolvimento inclusivo e estável de sociedades prósperas” (WHO, 2019, p.4), o que requer “ações sistemáticas por parte dos governos e da sociedade em geral” (WHO, 2019, p.4) na adoção de soluções que passem pela capacitação dos cidadãos e pela adaptação das políticas públicas e das instituições, entre as quais os sistemas de saúde, às necessidades específicas das pessoas.

Muitos têm sido os esforços feitos por governos e profissionais de saúde no sentido de melhorar os níveis gerais de saúde das populações, todavia este empenho só resulta em sociedades mais igualitárias se acompanhados por ações que minimizem as iniquidades em saúde, já que o crescimento económico vivido nos anos mais recentes não garante, por si só, melhorias na saúde das populações (WHO, 2016). Desigualdades em saúde e iniquidades em saúde, por serem conceitos distintos, necessitam de abordagens diferenciadas. Arcaya Arcaya & Subramanian (2015) clarificam os conceitos

definindo desigualdades em saúde como as diferenças objetivas em saúde, observáveis em grupos distintos da população, enquanto iniquidades em saúde se refere às diferenças na saúde de indivíduos que resultam de situações desnecessárias ou injustas (Whitehead, 1992).

As iniquidades em saúde requerem intervenção política, e uma das formas de a exercer passa pela capacitação dos cidadãos através da promoção da literacia em saúde (WHO, 2016). A literacia em saúde alicerça-se no acesso inclusivo e equitativo à educação de qualidade, bem como na aprendizagem contínua, ao longo do curso da vida, especialmente através do currículo escolar (WHO, 2016). A relação entre educação e saúde é tão forte que são observáveis diferenças marginais na saúde em cada ano adicional de escolaridade (Arcaya *et al.*, 2015).

Ações que promovam uma melhoria nos níveis da literacia são um contributo para o empoderamento dos indivíduos, acabando por funcionar como atenuante nos determinantes socioeconómicos que estão na base para as iniquidades em saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021; Peerson e Saunders, 2009; Parker, 2000). Este empoderamento permite aos indivíduos fazer as escolhas mais adequadas à sua saúde o que, por sua vez, gera efeitos visíveis nos indicadores que indiciam melhorias da qualidade de vida (Sørensen *et al.*, 2012). Contudo estes benefícios não se limitam ao indivíduo, são transpostos para a sociedade. Esta beneficia de um coletivo de escolhas positivas em saúde, o que constitui um importante contributo para a redução de custos em saúde, o que impacta positivamente a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Baker *et al.*, 1996; Vergunst *et al.*, 2020), mas também em progressos sustentáveis ao nível da saúde pública (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009).

A educação, que tem funcionado como um determinante social da saúde (Braveman & Gruskin, 2003), influencia direta e positivamente a literacia em saúde (Sørensen *et al.*, 2012). Esta influência é resultado do desenvolvimento e ativação das competências necessárias para processar e aplicar a informação, funcionando, simultaneamente, como um catalisador no despertar do interesse pela pesquisa em diversos meios e plataformas, e isto tem impacto não apenas na forma como o cidadão se relaciona com o sistema, mas também na sua capacidade de navegar sobre ele (Viswanath, 2006).

Alguns autores (Baker, 2006; Nutbeam, 2008; Parker & Ratzan, 2010) defendem a necessidade de adotar práticas de estímulo à literacia em saúde que sejam integradas, de forma transversal, na política de saúde, não se limitando a constar no planeamento e no desenho dos planos estratégicos. Esta intervenção pública pode ocorrer em dois planos: um alargado, da responsabilidade dos governos, que consiste em conceder e facilitar o acesso à educação, e outro mais estreito, da responsabilidade das autoridades de saúde, que consiste numa aposta na melhoraria da qualidade da interação entre os cidadãos e os profissionais de saúde (Nutbeam, 2008). A intervenção ao nível das autoridades de saúde passa por uma abordagem baseada no aperfeiçoamento da comunicação

(Parker & Ratzan, 2010), bem como um acompanhamento contínuo que proporcione uma compreensão alargada do impacto de uma baixa literacia numa comunidade (Nutbeam, 2008).

Promover ativamente a saúde implica, frequentemente, mexer na escala de valores dos indivíduos e das comunidades, na medida em que exige que a saúde seja colocada num lugar mais elevado do que frequentemente se encontra (Carter *et al.*, 2011). Todavia, como os valores são moldados ao longo da vida sob a influência do ambiente familiar, social ou educacional, pela envolvente mediática ou legal, e pelo próprio curso de vida ou experiências adquiridas (Papen, 2009), este é um empreendimento demasiado extenso para contar apenas com os contributos do setor da saúde, devendo constituir um desígnio de todos (Sartorius, 2006).

As políticas públicas não retratam unicamente uma responsabilidade do Estado para com os cidadãos, muitas vezes corporizada em incentivos à participação ativa nas tomadas de decisão sobre a saúde, servem também para firmar um compromisso do cidadão para com o estado, incentivando o envolvimento e a ação individual na salvaguarda da própria saúde (Kickbusch, & Gleicher, 2011; Nutbeam, McGill, & Premkumar, 2018). Cuidar da saúde é uma responsabilidade partilhada, o que implica, por parte do cidadão, uma participação dinâmica e pró-ativa na sua própria saúde, e este é um contributo relevante para a sociedade civil (Kickbusch, 2001).

A multidimensionalidade das definições disponíveis e a complexidade deste construto social constitui um desafio na hora de avaliar e comparar a literacia em saúde entre indivíduos e entre comunidades (Nguyen, Paasche-Orlow & McCormack, 2017)

2.7. Medir a literacia em saúde

É cada vez mais consensual a necessidade de dispor de mecanismos que permitam aferir o grau de literacia de uma população. Esta avaliação é essencial para servir de fundamento para o desenho de programas e iniciativas que promovam a adoção de comportamentos que contribuam para a saúde individual e para a saúde pública (Rudd *et al.*, 2005, Pleasant, 2013, Sørensen *et al.*, 2015).

Ao assumirmos que possuir as competências básicas associadas à literacia constitui um requisito para a literacia em saúde, é de supor que aqueles indivíduos que demonstram ter uma literacia limitada, terão uma literacia em saúde também ela limitada (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Baixos níveis de literacia em saúde constituem um problema transversal a vários países, sendo mesmo assumido que pelo menos um terço da população mundial tem dificuldades em pesquisar, encontrar, entender, avaliar e usar as informações que são necessárias para que possa tomar as decisões mais adequadas à sua saúde (Sørensen *et al.*, 2015). Aferir em que medida os cidadãos sentem estas dificuldades é um passo importante e necessário para orientar ações em direção à mitigação do problema.

Sørensen (2018) defende que a literacia em saúde pode ser encarada como um resultado mensurável da educação para a saúde, da mesma forma que a literacia é usada para medir o sucesso da educação na escola. Medir a literacia em saúde é uma tarefa complexa pois, na visão dominante, trata-se de uma competência um tanto abstrata, mas que pode, contudo, ser medida através de testes (Papen, 2009). Estes testes têm de ser capazes de aferir as diferenças entre indivíduos não apenas ao nível da existência das competências, mas também na capacidade de fazer uso dessas competências em diferentes contextos (Nutbeam, McGill & Premkumar, 2018).

A necessidade de medir a literacia em saúde e de usar os resultados desta medição como ponto de partida para o desenho de intervenções que visem melhorar os seus indicadores, mas também como justificação para apoiar políticas públicas de saúde dirigidas e configuradas consoante as necessidades específicas de certos segmentos da população, reúne cada vez mais consensos (Pelikan, Straßmayr, & Ganahl, 2020).

O desenvolvimento de instrumentos que traçam o perfil da literacia em saúde tem permitido fazer um diagnóstico da compreensão, avaliação e uso de informação, obtida através de textos escritos em diversos suportes, recorrendo a uma avaliação direta, não baseada em percepções (Espanha & Ávila, 2016).

Para este efeito, os instrumentos que mais frequentemente têm sido utilizados são o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Murphy *et al.*, 1993; McNall, & Foster-Fishman, 2007), o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker *et al.*, 1995) e o Newest Vital Sign (NVS) (Weiss *et al.*, 2005). Os dois primeiros recorrem exclusivamente a palavras e situações no contexto dos cuidados de saúde, já o NVS baseia-se na interpretação de rótulos nutricionais. Comum a todos eles é o foco nas competências de leitura e de numeracia (Rademakers & Heijmans, 2018).

Estes tipos de teste são essencialmente utilizados em contextos clínicos (Weiss, 2003). Apesar de não se focarem especificamente na literacia em saúde, mostraram-se essenciais para o estudo aprofundado do tema, por permitirem abordar a questão quer sob o ponto de vista do uso e compreensão de materiais escritos em saúde, quer na avaliação da capacidade de usar fontes de informação diferenciadas e em diversos formatos (Espanha & Ávila, 2016). Estes testes apresentam, contudo, uma limitação: são excelentes a avaliar a literacia funcional, mas apresentam défices na avaliação quando se trata de tipos de literacia que permitem maior proatividade, tais como a interativa e a crítica (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

A literacia em saúde incorpora as competências da literacia, aplicando-as à tomada de decisões em saúde (Sørensen *et al.*, 2012). Quando conjugadas com a cultura, com as normas sociais e com o acesso aos cuidados de saúde, o resultado é traduz-se na aquisição de novos conhecimentos e na

adoção de comportamentos mais positivos, de onde decorrem melhores resultados em saúde (Baker, 2006).

Por existir um reconhecimento de que a literacia em saúde está ancorada não apenas na literacia em sentido lato, mas que também é enquadradada no contexto, na cultura e num quadro normativo de regras sociais e culturais (Baker, 2006), a medição da literacia em saúde terá tanto mais sucesso quanto mais bem definido for o conteúdo e o contexto (Nutbeam, 2009). Para avaliar este efeito têm sido desenvolvidos outros tipos de instrumentos, mais abrangentes: o NAAL (National Center for Education Statistics, 2006), aplicado nos Estados Unidos e o European Health Literacy Survey (HLS-EU), aplicado na Europa. Ambos visam fazer uma avaliação mais detalhada que inclui estes fatores mais abrangentes.

O NAAL consiste na execução de 28 tarefas diferentes e oferece uma escala continua de resultados de literacia em saúde em 4 níveis: abaixo do básico, básico, intermédio e de proficiente (Von Wagner *et al.*, 2009). A aplicação deste teste, em 2003, expôs as consequências de uma baixa literacia em saúde e serviu de base para a implementação de medidas destinadas a melhorar a comunicação, bem como o estabelecimento de linhas orientadoras para implementação de uma abordagem transdisciplinar (Lloyd *et al.*, 2006).

Já o HLS-EU, um projeto financiado pela Comissão Europeia, consiste numa avaliação multidimensional, alinhada com as atuais definições do conceito de literacia em saúde, e é baseada na autoperceção do indivíduo (Sørensen *et al.*, 2015). O teste inclui 47 itens, cuja dificuldade é assinalada numa escala de Likert, abrangendo 12 subdomínios. Este teste foi aplicado pela primeira vez em 2011, em oito países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Países Baixos, Polónia e Espanha. O seu desenho teve como linhas orientadoras uma estrutura proposta por Pleasant, McKinney & Rikard (2011), que permitisse, entre outros, recolher evidência a partir de um modelo testável, ser multidimensional no conteúdo e na metodologia e distinguir literacia em saúde de comunicação (Sørensen *et al.*, 2012).

A aplicação do teste HLS-EU permitiu uma medição em todos os domínios e componentes da literacia em saúde e a identificação das forças e fraquezas de cada país, bem como a sua comparação com os restantes. Os dados resultantes de uma aplicação regular deste teste serão essenciais para servir de suporte ao desenho de políticas públicas que visem melhorar a literacia em saúde na Europa (Sørensen *et al.*, 2015).

A União Europeia tem manifestado uma crescente consciencialização e preocupação relativamente ao impacto de baixos níveis de literacia em saúde na população, bem como as suas consequências em termos iniquidades e resultados em saúde. O programa “Together for Health” (European Commission, 2007), um plano estratégico para a saúde adotado pela Comissão Europeia,

faz, pela primeira vez, a associação entre a literacia em saúde ao exercício da cidadania. Pobreza, privações e iniquidades sociais são fatores intimamente ligados a limitações relacionadas com a literacia em saúde (Quaglio, Sørensen, Rübig *et al.*, 2017), pelo que a necessidade de agir sobre estes problemas levou a que se desenvolvessem esforços, continuamente promovidos pelos estados, para tentar compreender esta complexa relação entre a literacia em saúde e os resultados em saúde.

A aplicação do HLS-EU teve como propósito entender a capacidade de as pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios de foco da literacia em saúde: a utilização dos cuidados de saúde, a promoção da saúde e a prevenção da doença (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Este instrumento constituiu uma primeira diligencia com o propósito de desenvolver investigação sobre a literacia em saúde na Europa, através da aplicação de uma metodologia ancorada na construção e aplicação de um amplo questionário (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

O instrumento permite a identificação de vulnerabilidades e de oportunidades de atuação, através da análise de 4 dimensões: literacia em saúde geral; literacia em saúde de cuidados de saúde; literacia em saúde de prevenção da doença e literacia em saúde de promoção de saúde, para os quais foram definidas quatro classificações possíveis para os níveis de literacia em saúde: “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”.

O HLS-EU é um instrumento que pretende avaliar as 12 dimensões retiradas do modelo conceptual de Sørensen *et al.* (2012) (Tabela 2.1):

Tabela 0.1 - Dimensões da literacia em saúde quando aplicadas aos três domínios da saúde.

Literacia em saúde	Acesso ou obtenção de informação relevante para a saúde	Compreensão da informação relevante para a saúde	Avaliação da informação relevante para a saúde	Aplicação da informação relevante para a saúde
Cuidado de saúde	Capacidade de aceder a informação médica ou a assuntos de natureza clínica	Capacidade de entender a informação médica e de lhe atribuir significado	Capacidade de interpretar e avaliar a informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas relacionadas com questões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de entender informação sobre fatores de risco e de lhe atribuir significado	Capacidade de entender e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de avaliar a relevância da informação acerca de fatores de risco para a saúde
Promoção da saúde	Capacidade de auto-atualização em temas de Saúde	Capacidade de entender informação relacionada os determinantes em saúde no ambiente físico e social e de lhe atribuir significado	Capacidade de entender e avaliar informação sobre determinantes da saúde no seu ambiente físico e social.	Capacidade de formar uma opinião refletida, para poder tomar decisões informadas sobre os determinantes da saúde no seu ambiente físico e social.

Os resultados deste inquérito evidenciam que uma fatia considerável da população dos 8 países que integram o painel (47,6%) revelam níveis insuficientes de literacia em saúde, o que dá força à ideia de que os estados tenham de encarar este assunto como um tema de saúde pública (Sørensen *et al.*, 2015).

As limitações de literacia em saúde registadas nos 3 campos analisados dão pistas sobre as necessidades de intervenção: 41% no campo dos cuidados de saúde, 43% no campo da prevenção da doença e 51% no campo da promoção da saúde.

Outro dos contributos do estudo em questão reside na forma como revela a influência do gradiente social na literacia em saúde (Sørensen, Pelikan, Röthlin *et al.*, 2015), demonstrando uma forte vinculação entre condições sociais e económicas desfavoráveis, e uma baixa literacia em saúde (Stormacq *et al.*, 2019), o que expõe estes cidadãos a vulnerabilidades que têm impacto na sua qualidade de vida (Liobikiene & Bernatoniene, 2017). Estas vulnerabilidades acrescem àquelas que estão subjacentes às condições materiais limitadas e que têm impactos diretos na saúde física (Theodossiou & Zangelidis, 2009), pelo que o gradiente social exerce um duplo impacto na qualidade de vida dos cidadãos.

As insuficiências com campo da literacia em saúde que foram evidenciadas pelo estudo são particularmente graves em grupos específicos da população, tais como em pessoas idosas ou migrantes que, pela sua vulnerabilidade, demonstram dificuldades em aceder e a usar informações de saúde que lhes sirvam de base para a tomada de decisões (Samerski, 2019). O HLS-EU veio também demonstrar é que, para além dos grupos de pessoas mais idosas ou pertencentes a níveis socioeconómicos mais desfavorecidos, se verificam lacunas importantes no campo da literacia em saúde em grupos de pessoas que gozam de pior condição de saúde e que utilizam mais frequentemente os serviços de saúde (Sørensen *et al.*, 2015).

Rendimento, profissão ou nível de educação apresentam, assim, associações fortes e consistentes com o nível de literacia em saúde (Sørensen *et al.*, 2015), exercendo forte influência nos comportamentos em saúde e na forma com se dá o acesso e uso de serviços de saúde, o que impacta os resultados em saúde (Stormacq *et al.*, 2019).

O HLS-EU demonstrou ser um importante instrumento de análise, na medida em que, ao mesmo tempo de proporciona uma visão geral, assinala as diferenças entre países, o que permite definir formas de atuação localizadas, adaptadas à situação social, económica, cultural e educacional de cada país (Sørensen *et al.*, 2015).

Reconhecendo a importância do instrumento, Portugal, que não fez parte da composição inicial de países que integraram o HLS-EU, também sentiu a necessidade de conhecer melhor fenómeno da literacia em saúde. A oportunidade de aplicar este instrumento à realidade portuguesa surgiu em

2014, quando foi aplicado o ILS-PT (Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal, desenvolvido por uma equipa do Cies-Iscte, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian), tendo como base o instrumento original, mas adaptado culturalmente (Espanha & Ávila, 2016).

A metodologia usada no ILS-PT, à semelhança do HLS-EU, usou indicadores que permitem uma abordagem à complexidade das competências essenciais para a literacia em saúde, distinguindo-a de 4 formas:

1. A capacidade de aceder à informação
2. A capacidade de entender a informação
3. A capacidade de interpretar e avaliar a informação
4. A aplicação ou uso da informação em situações variadas

Estas competências foram relacionadas com 4 índices específicos:

1. Índice geral de literacia em saúde;
2. Índice de literacia em Cuidados de Saúde;
3. Índice de literacia sobre Prevenção de Doenças;
4. Índice de literacia sobre Promoção de Saúde.

O ILS-PT constitui um elemento essencial para a nossa investigação, na medida em que nos ajuda a traçar um perfil da literacia em Portugal, o nosso objeto de estudo. Por esse motivo nos debruçamos com algum detalhe sobre ele.

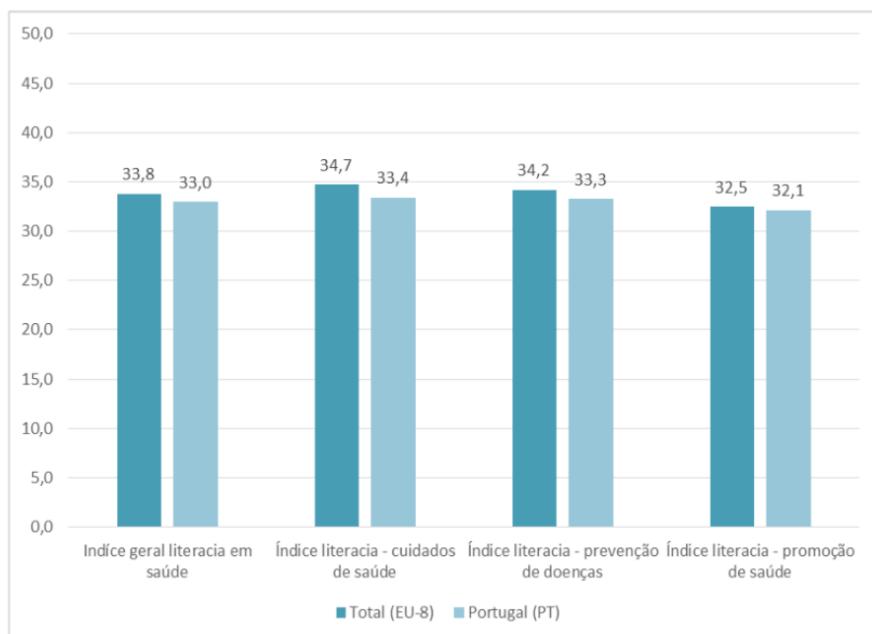


Figura 2.3 - Índices de literacia em Saúde em Portugal e na Europa (EU-8) (valores médios).

Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)

Uma breve caracterização da literacia em saúde em Portugal aponta para resultados que nos colocam ligeiramente abaixo (Figura 2.3) - em todas as dimensões - da média dos 8 países europeus que integraram o HLS-EU.

Os resultados do índice geral de literacia em saúde em Portugal (Figura 2.4) indicam que 49% dos respondentes têm níveis gerais de literacia em saúde insatisfatórios, dos quais 10,9% são problemáticos e 38,1% são inadequados. Estes resultados, associados ao número muito baixo número de inquiridos que apresentam um nível excelente (8,6%), colocam Portugal abaixo da média dos países analisados.

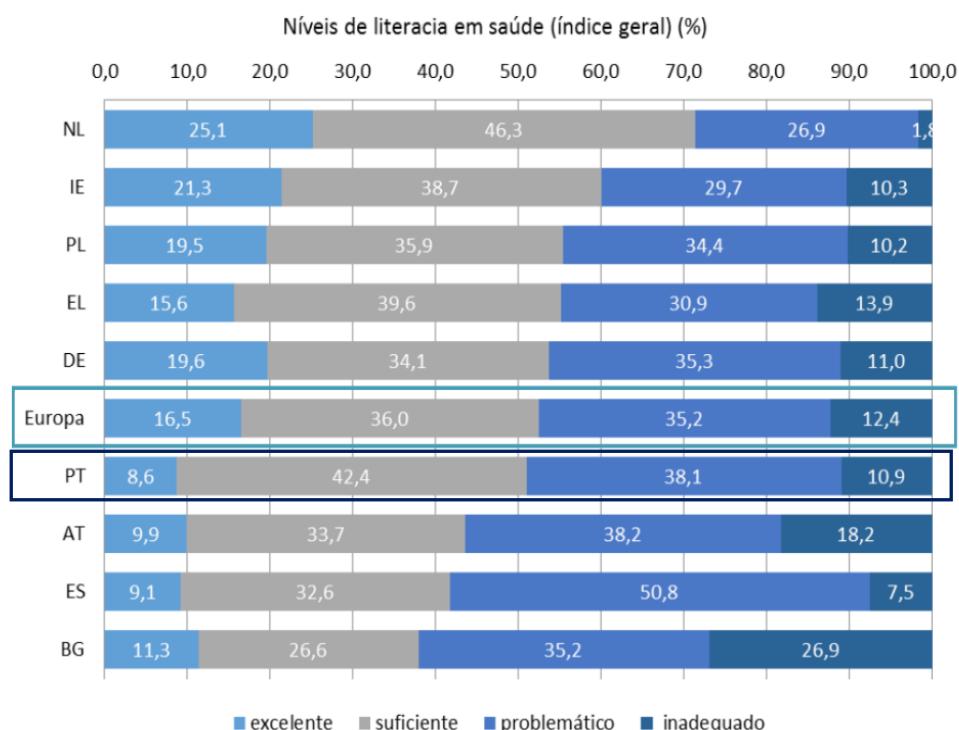


Figura 2.4 - Índice Geral de Literacia em Saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)

O parâmetro que analisa a literacia em saúde relativa aos cuidados de saúde tem como objetivo obter a visão de um indivíduo/paciente a necessitar de cuidados de saúde. Neste caso os resultados obtidos (Figura 2.5) indicam-nos Portugal tem a segunda maior fatia de indivíduos com níveis de literacia em saúde considerados problemáticos, só ultrapassados por Espanha. Este é também o índice onde Portugal regista uma maior distância para a média do conjunto dos países.

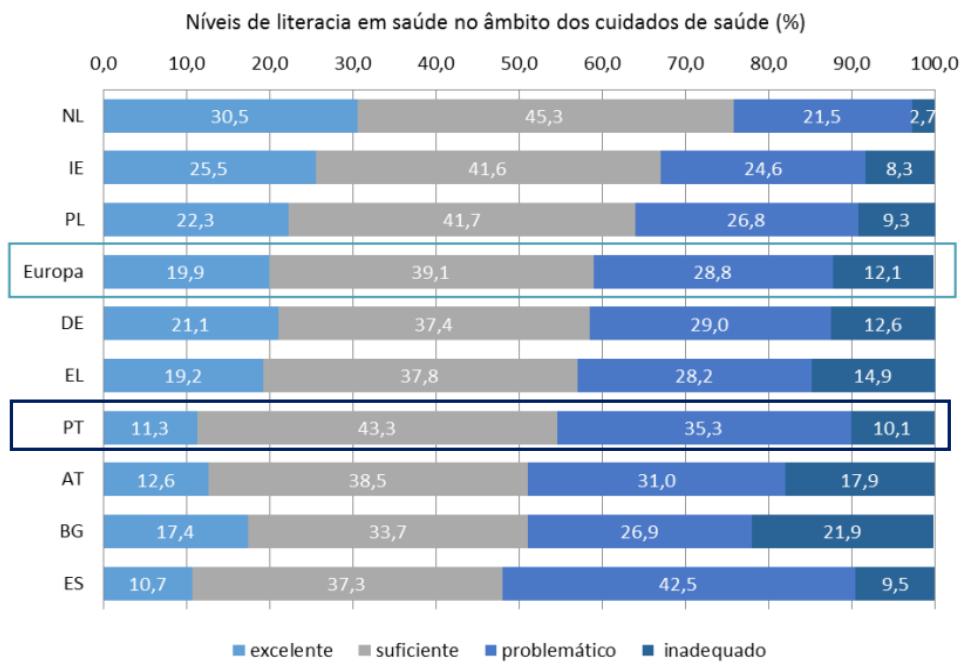


Figura 2.5 - Índice de Literacia em Saúde no âmbito dos cuidados de saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)

A literacia em saúde no âmbito da prevenção da doença é o índice onde mais nos aproximamos da média dos restantes países (Figura 2.6), ainda assim é de registar o reduzido número de indivíduos

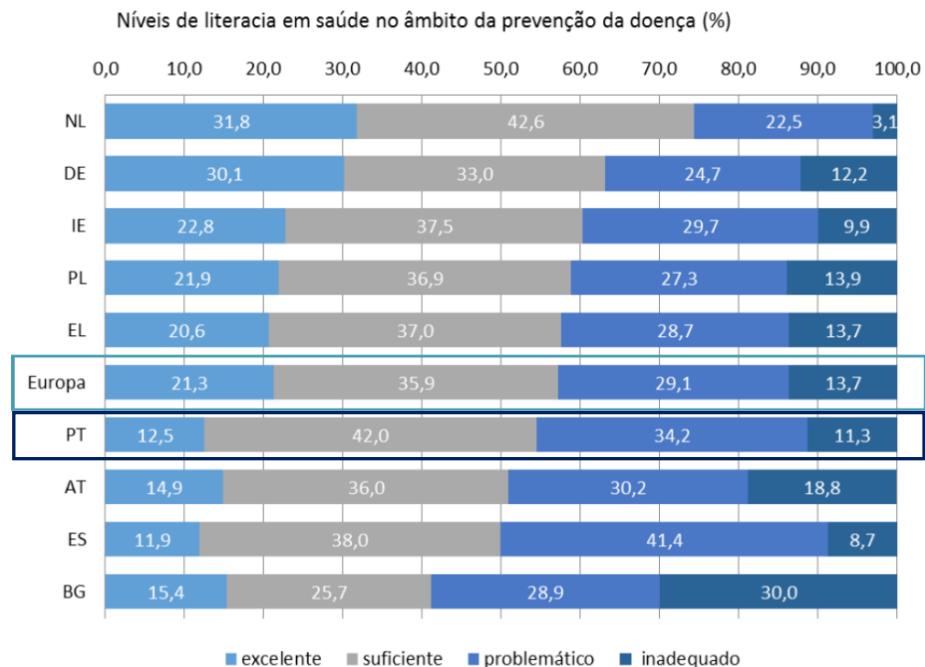


Figura 2.6 - Índice de Literacia em Saúde no âmbito da prevenção da doença. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)

(12,5%) que regista níveis excelentes de literacia em saúde, mais uma vez apenas superado por Espanha.

A média europeia de respondentes com excelente e suficiente é de 57,2%, enquanto a portuguesa é de 54,5%. Este índice pretende medir a literacia de indivíduo que, inserido num quadro de risco, se relaciona com os serviços, sobretudo em termos de prevenção.

Por último, ao analisarmos a literacia em saúde no âmbito da promoção de saúde, verificamos que Portugal regista resultados alinhados com a média europeia (Figura 2.7), ainda que ligeiramente acima, com 48,9% dos portugueses têm um nível suficiente ou excelente neste parâmetro, enquanto a média da europa é de 48%. Este índice mede o nível de literacia do ponto de vista do cidadão que procura promover a sua saúde.

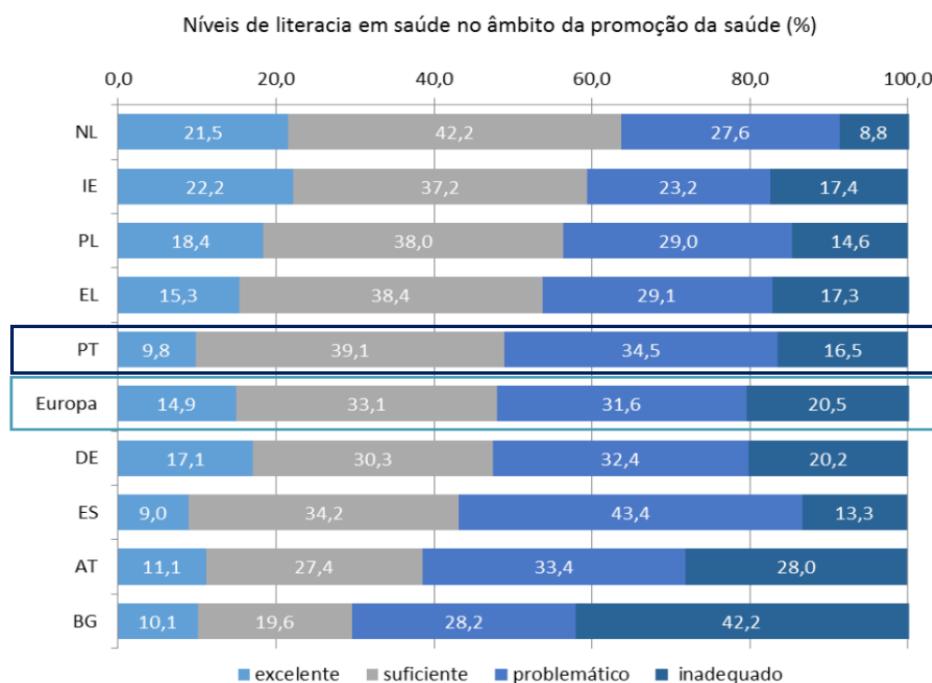


Figura 2.7- Índice de Literacia em Saúde no âmbito da promoção da saúde. Fonte: Espanha, Ávila & Mendes (2016)

O que parece sobressair desta análise é que Portugal apresenta sistematicamente valores ligeiramente abaixo da média dos 8 países que integraram o painel inicial (Espanha & Ávila, 2016).

Na análise dos resultados do inquérito aplicado em Portugal parece haver uma relação entre a idade e os níveis de literacia, já que os melhores resultados foram obtidos junto das faixas mais jovens (menos de 45 anos) e os piores resultados, junto dos mais idosos (Espanha & Ávila, 2016). O nível de escolaridade também parece influenciar positivamente a literacia em saúde, talvez por isso seja notória uma correlação positiva entre as práticas de leitura e uso de tecnologias de informação e comunicação, com a literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016). Os resultados apontam assim para a

conclusão de que quanto maior a idade e menores as qualificações, maior é a probabilidade de se registarem piores níveis de literacia em saúde.

A aplicação do ILS-PT permitiu a identificação de grupos de indivíduos vulneráveis que, pela sua dimensão, exigem alguma atenção por parte das autoridades e dos decisores políticos. Trata-se de grupos em que mais de 60% dos indivíduos registam níveis de literacia em saúde considerados “problemático” ou “inadequado” e que teriam muito a ganhar se fossem alvo de intervenções e políticas públicas desenhadas com o propósito de promover a literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016). Estamos a falar de categorias sociais relevantes em Portugal, tais como: indivíduos com 66 ou mais anos; Indivíduos com baixos níveis de escolaridade ou indivíduos com rendimentos até 500€.

Por último resta-nos realçar um aspeto de muito interesse para a nossa investigação: a autoperceção do estado de saúde dos respondentes. Esta autoperceção aparenta ser um importante preditor para a literacia em saúde, já que avaliações positivas do estado de saúde parecem estar associadas a melhores resultados na avaliação da literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016). No HLS-EU este fenómeno também é observável pois foram reportadas limitações significativas nas competências de literacia em saúde em grupos de indivíduos que reportam o seu estado de saúde como mau (78.1%) ou muito mau (71.8%) (Sørensen *et al.*, 2015).

Pela contestação de os níveis insuficientes de literacia em saúde estarem associados a uma maior incidência de doença e a um uso mais intenso de serviços de saúde (Sørensen *et al.*, 2015), podemos estar perante a necessidade de implementação de programas que contribuam para melhorar estas competências, visando melhorar os resultados relativos não apenas a uma utilização mais racional dos serviços, mas também à prevenção da doença e à promoção da saúde (Barros, Santos & Santos-Silva, 2023).

À medida que se desenvolvem esforços no sentido de dotar o cidadão de maior empoderamento, incentivando a sua participação ativa na sua saúde (Parker & Ratzan, 2010), e com a medicina a tornar-se mais científica e tecnológica, torna-se necessário o desenvolvimento de outras literacias (Samerski, 2019), essenciais para compreender cada situação e que contribuem para tomar decisões informadas. A crescente necessidade de autonomia perante o excesso de informação proveniente de vários meios (incluindo os digitais) pode ser geradora de dúvidas e inseguranças (Parker & Ratzan, 2010), pelo que é igualmente importante promover o desenvolvimento das competências que constituem a literacia digital em saúde.

2.8. Literacia digital em saúde

A gestão da própria saúde pode constituir um processo muito exigente para o cidadão comum (Levin-Zamir & Bertschi, 2018), na medida em que requer competências e conhecimentos suficientemente amplos que permitam uma resposta eficaz perante uma situação de doença (Kickbusch, 2001). O acesso, a gestão e a compreensão da informação, essenciais para operar este processo, influenciam a capacidade de “funcionar numa sociedade em rápida mudança” (Kickbusch, 2001, p.294), caracterizada por novos contextos de autonomia que afetam a saúde e que se estendem a todos os aspectos da vida quotidiana (Espanha & Cardoso, 2009).

2.8.1. Sociedade digital

As últimas décadas têm sido marcadas pelo surgimento de tecnologias de media que imprimem expansão e aceleração das potencialidades da comunicação humana numa escala sem paralelo (McQuail & Deuze, 2020), ao ponto de hoje todas as dimensões da sociedade serem mediadas pelas tecnologias digitais (Lunt & Livingstone, 2016).

A mediação, que define a forma como os processos de comunicação têm lugar, funciona como um facilitador, e está de tal forma presente nesta sociedade em rede, que se torna ubíqua, sob a forma dos múltiplos ecrãs que nos rodeiam (Cardoso, 2023). A presença constante dos meios digitais, bem como a frequência crescente com os indivíduos são envolvidos pelos media digitais obriga a uma reflexão acerca das competências que são hoje necessárias para aceder a informação relevante, navegar pelos serviços e adotar estilos de vida saudáveis (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Como resposta às solicitações provenientes das novas tecnologias de informação e comunicação, emergem novas literacias (Nutbeam, 2009).

Uma sociedade predominantemente digital impulsiona necessariamente mudanças sociais e organizacionais, essenciais para a adaptação a um contexto de permanente transformação. Estamos a viver uma era em que “a saúde, o poder e a geração de conhecimento estão largamente dependentes da capacidade de organizar a sociedade para captar os benefícios do novo sistema tecnológico” (Castells, 2005, p.16), isto porque, na atual cultura digital, as tecnologias de comunicação e informação (TIC) se tornaram mais do que simples ferramentas para comunicar, sendo usadas quotidianamente para ordenar, pesquisar, armazenar, filtrar e partilhar informação (Andersen, 2018) permitindo uma verdadeira conectividade com tudo e com todos.

A hiperconectividade, termo usado para definir toda uma profusão de meios de comunicação e de formas de interação (Fredette *et al.*, 2012), tem caracterizado fortemente as sociedades modernas. Estas sociedades estão assentes em estruturas que potenciam um crescente acesso, distribuição e circulação de informação (Espanha & Lupiáñez-Villanueva, 2008) o que, aliadas a uma rápida expansão

da internet e à sua crescente acessibilidade, coloca ao alcance de qualquer pessoa enormes quantidades de informações, muitas delas não verificadas, situação que é amplificada pela existência e utilização intensiva dos media, especialmente dos media em rede (Espanha, 2020). Esta questão merece a nossa atenção, na medida em que, na atualidade, as informações relacionadas com a saúde são essencialmente acedidas pela via dos media e/ou de fontes digitais (Levin-Zamir & Bertschi, 2018), ainda que as fontes de informação que conferem mais confiança aos portugueses sejam maioritariamente os profissionais de saúde (médico ou farmacêutico), seguido de familiares e amigos (Espanha, 2013).

Apesar da preferência manifestada pela confiança interpessoal, a interação linear entre cidadão e profissional de saúde foi dando lugar, nos últimos anos, a uma relação construída em cima de múltiplas interações, potenciadas por uma multiplicidade de tecnologias que possibilitam a comunicação e o acesso a conteúdos e informações de saúde (Espanha, 2020). Este novo paradigma proporciona um certo “anacronismo digital” resultante da coexistência conhecimento e entendimentos do passado, com os do presente, situação que deve ser ponderada nas interações online (Svalastog *et al.*, 2017).

A confiança, por ser um mediador da relação entre literacia em saúde e a escolha das fontes de informação, condiciona o acesso à informação (Liobikiene & Bernatoniene, 2018; Andreassen, 2012), moldando, em simultâneo, a resposta a essa mesma informação (Chen *et al.*, 2018), na medida em que constitui uma barreira ao seu uso, integração e aceitação (Chen *et al.*, 2018) ou até por influenciar a forma como é percebida (Clayman *et al.*, 2010).

Considerando que uma baixa literacia em saúde é um indicador de que um indivíduo não dispõe das competências básicas para procurar informação e para a compreender, de forma a poder agir sobre a sua condição de saúde (Nutbeam, 2008), que o processo de recolha de informação poder ser dificultado por barreiras na seleção de informação de qualidade (Nutbeam, 2008; Sørensen *et al.*, 2012) e que é necessária uma pré-existente confiança nas fontes (Chen *et al.*, 2018), podemos ter uma noção das dificuldades sentidas na procura e obtenção de informação de qualidade por cidadãos nestas circunstâncias.

Fazer progressos nos níveis de saúde e na forma como os indivíduos se relacionam com o sistema de saúde passa por melhorar os níveis de conhecimentos digitais em saúde, pois não só é frequente que a internet seja uma fonte de informação em saúde (Liobikiene & Bernatoniene, 2018), como é crescente o número de indivíduos que utilizam os meios digitais para aceder a informações relacionadas com este tópico (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Os dados divulgados pela Eurostat (2022) fornecem-nos uma ideia mais precisa desta dimensão, indicando-nos que pelo menos um em cada

dois cidadãos europeus (52%) com idades entre os 16 e os 74 anos fez pesquisas online sobre tópicos relacionados com a saúde, em 2022. Em Portugal este valor situa-se nos 49% (Eurostat, 2022).

Este crescente acesso a fontes de informação digitais - em tempo real e em qualquer momento e lugar - capacita os cidadãos para um maior cuidado com a sua saúde, criando condições para uma alteração de paradigma que coloca o indivíduo, enquanto pessoa, no centro dos cuidados de saúde (Catan *et al.*, 2015). A transformação digital da vida quotidiana tem implicações evidentes nas tecnologias que aportam valor à saúde dos cidadãos, pois através delas a capacitação dos cidadãos é continuamente ampliada, criando as condições para que estes se tornem verdadeiros “guardiões ativos de sua própria saúde” (Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019).

Não obstante todo este potencial, as iniquidades persistem e podem mesmo ser agravadas, já que aquelas que são pré-existentes podem ser exacerbadas pelo uso destas tecnologias (WHO, 2013; Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019). As enormes quantidades de informação que já existem e que são sistematicamente carregadas na internet, não apenas podem não estar acessíveis a todos (Tomás, Queirós & Ferreira, 2014), como precisam de ser avaliadas na sua relevância e necessitam de um julgamento crítico prévio à sua utilização (Quaglio *et al.*, 2017). Aceder ao conhecimento, interpretá-lo e utilizá-lo nos meios digitais são competências base essenciais para se ser um cidadão informado num ambiente digital (Henwood *et al.*, 2003; Ishikawa & Kiuchi, 2010), pelo que é necessário saber navegar nestes ambientes complexos e em constante mutação para que o cidadão seja capacitado para decidir autonomamente sobre estratégias e serviços de saúde para si próprio ou para outros de quem é cuidador (Svalastog *et al.*, 2017).

Estas competências representam aquilo a que se chama literacia digital em saúde (Bol *et al.*, 2018), e são essenciais não apenas para selecionar a informação, separar a que é verdadeira daquela que é incorreta ou enganadora (Espanha, 2020; Neter & Brainin 2012), mas também para as utilizar de forma vantajosa. Ironicamente, numa época em que tanta informação está disponível e acessível para todos, é tão difícil fazer uso dela, pois a literacia em saúde do cidadão médio é ainda insuficiente para maximizar o valor da informação disponibilizada (Espanha, 2020). Estes aspetos devem também merecer atenção por parte de quem tem responsabilidades na comunicação em ambientes digitais, pois é possível e desejável que sejam implementadas ações que visem a melhoria da usabilidade e da experiência de utilizador, fatores que podem constituir um contributo importante na redução da complexidade (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

É inegável a ubiquidade da internet em todos os aspetos da vida moderna, e a área da saúde não é exceção. Em 2022, 52% dos indivíduos acederam à internet para pesquisar informação relacionada com a saúde (Eurostat, 2022). Contudo, o aspeto quantitativo não responde totalmente às inquietações, na medida em que a literacia em saúde não se centra apenas na pesquisa e obtenção

de informação, centra-se também apreciação crítica desta informação. Pesquisas têm demonstrado que a avaliação da informação e a sua hierarquização por relevância pode não ser uma tarefa fácil para muitos (van der Heide *et al.*, 2013; Sørensen *et al.*, 2015). Isto acontece porque a literacia em saúde está também relacionada com as competências necessárias à reflexão crítica e a obtenção de orientações para agir e navegar na sociedade e nos seus sistemas (Peerson & Saunders, 2009).

2.8.2. Definição de literacia digital em saúde

A literacia digital em saúde, à semelhança da literacia em saúde, tem sido alvo de diversas definições, mas aquela que mais vezes sobressai na literatura é a de Norman & Skinner (2006), que se referem ao conceito como a capacidade de pesquisar, encontrar, compreender e avaliar informação em saúde, a partir de fontes eletrónicas, e aplicar o conhecimento adquirido para abordar ou resolver um problema de saúde.

De forma distinta de outras literacias, a literacia digital em saúde combina várias competências de diversas literacias, aplicando-as à saúde. Para ilustrar graficamente a coabitação de todas estas literacias, Norman & Skinner (2006) criaram um modelo a que chamaram o modelo lírio (Figura 2.8).

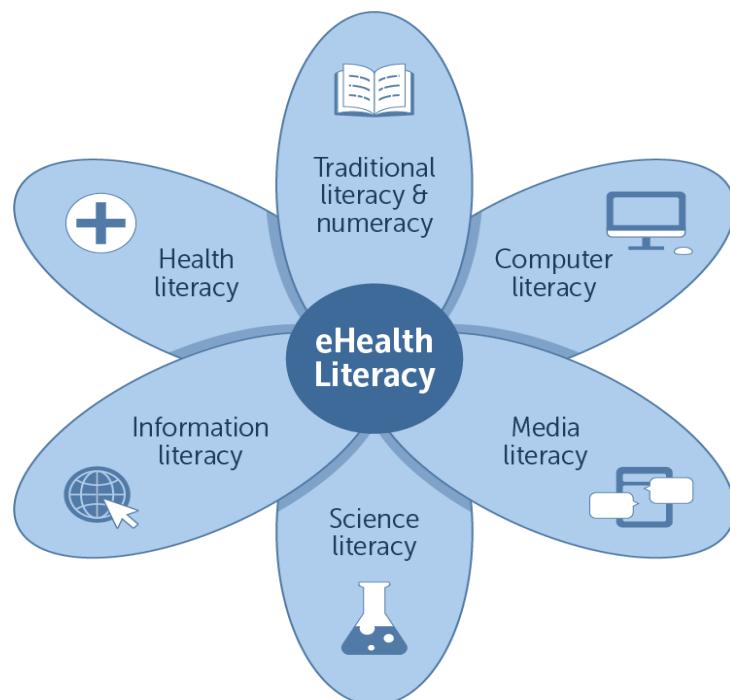


Figura 2.8 Modelo Lírio de eHealth literacy. Fonte: Norman & Skinner, 2006

O modelo posiciona a literacia digital em saúde no centro, gravitando em seu redor as competências relacionadas com a literacia tradicional, a literacia em saúde, a literacia da informação, a literacia científica, a literacia mediática e a literacia informática (Norman & Skinner, 2006).

Neste modelo as literacias estão divididas em 2 planos: o primeiro plano, o analítico, onde se constam as competências aplicáveis às várias fontes de informação não específicas, que estão associadas à literacia tradicional, à literacia mediática e à literacia da informação; num segundo plano, que é contexto-específico, reúnem-se a literacia em saúde, a literacia computacional e a literacia científica (Norman & Skinner, 2006). A inclusão de todas estas competências na literacia digital em saúde faz dela é o elemento que sustenta o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a saúde (Norman, 2011)

O que o modelo pretende demonstrar é que qualquer situação que solicite um determinado nível de literacia digital em saúde, reclama inherentemente algum grau de competências e de conhecimento nas outras áreas (Levin-Zamir & Bertschi, 2018), colocando a literacia digital em saúde num patamar que a torna uma espécie de meta-literacia (Norman, 2011).

As TIC, que existem em pano de fundo neste modelo e que revolucionaram a forma como a informação em saúde é processada, disseminada e usada pelas pessoas, são hoje amplamente usadas no setor da saúde, e é a partir desta interseção entre o mundo da informática e o mundo da saúde, que emergiu um novo conceito: e-saúde (Viswanath & Kreuter 2007). O modelo de Norman & Skinner (2006) incorpora todo o conjunto de competências necessárias que, quando combinadas, proporcionam uma experiência otimizada das ferramentas de e-saúde (Brørs, Norman & Norekvål, 2020).

2.8.3. E-saúde

Eysenbach definiu o conceito de e-saúde referindo-se a “serviços de saúde e informações fornecidas ou aprimoradas através da internet e de tecnologias relacionadas” Eysenbach (p.1, 2001). Contudo esta definição de e-health é um pouco mais extensa e abrangente, firmando o seu alcance muito para além das questões assentes nos desenvolvimentos tecnológicos e remetendo-a para uma forma de estar e de pensar, “um compromisso com o pensamento global em rede, para melhorar a saúde local, regional e mundial utilizando tecnologias de informação e comunicação” Eysenbach (2001, p.1 2001). Esta abordagem parece estar alinhada com o pensamento de Castells (2005), que defende que é a sociedade que dá forma à tecnologia, adaptando-a às suas necessidades, e não o contrário.

As interconexões existentes entre os cidadãos e as instituições estão hoje assentes nas TIC e na sua evolução, bem como na penetração destas no quotidiano dos indivíduos (Espanha & Lupiáñez-

Villanueva, 2008). A e-saúde tem-se tornado assim, parte da vida quotidiana devido à adoção progressiva de serviços de base digital, quer por parte dos indivíduos, quer por parte dos serviços de saúde. É com base nesta premissa que se espera que os cidadãos usem as ferramentas e se envolvam nas decisões sobre a sua saúde (Kim & Xie, 2017), pois as TIC potenciam formas mais livres e fluidas de comunicação, que ocorrem nos dois sentidos, e que põem em contacto direto doentes e profissionais de saúde (Andreassen, 2012).

Para que a transformação digital na saúde seja bem-sucedida é essencial que as assimetrias verificadas nas competências digitais em contexto de saúde sejam consideradas aquando da promoção do uso das TIC em saúde (EuroHealthNet, 2019). Na oferta de serviços de e-saúde aos cidadãos, é importante assegurar os recursos e as competências de ambos os lados, os cidadãos e o sistema de saúde.

Do lado do cidadão é fundamental que sejam assegurados recursos a vários níveis: o acesso à internet; as competências necessárias para procurar, encontrar, entender e avaliar criticamente a informação em saúde a partir de fontes de e-saúde; a aplicação do conhecimento adquirido para solucionar ou lidar com problemas relacionados com a saúde (Norman & Skinner, 2006). Já do lado dos sistemas de saúde, o desafio coloca-se na disponibilização dos serviços e das informações relevantes, o que implica que sejam asseguradas, nos profissionais, as competências adequadas para o efeito, nomeadamente digitais e tecnológicas (Brørs, Norman, & Norekvål, 2020). O acesso à informação através do recurso à e-saúde é um dos aspetos que mais beneficia a relação entre cidadão e profissional de saúde (Andreassen, 2012), e provavelmente aquele que mais desafios apresenta (Svalastog *et al.*, 2017).

O uso das TIC pelos cidadãos em contexto de cuidados de saúde pode conferir-lhes acesso a maiores quantidades de informação, o que os empodera, na medida em que contribui para que tenham mais possibilidades de escolha e melhores condições para tomar decisões informadas (Catan *et al.*, 2015). Contudo, dada uma tendência crescente para basear a relação do cidadão com o sistema de saúde através de meios digitais, é importante conseguir aferir a capacidade que as pessoas comuns fazem uso das tecnologias, considerando as competências que lhes permitem navegar e aceder aos conteúdos na vastidão de informação, ferramentas e fontes (Norman & Skinner, 2006). Estas competências são também essências para que os indivíduos possam procurar a informação que lhes ajude a lidar com a incerteza que pode ser causadora de angústia (Brashers *et al.*, 2002).

Num contexto que opera em cima de tecnologias e ferramentas digitais, existe sempre a possibilidade de se verificar um *gap* entre as competências específicas adquiridas e as tecnologias vigentes (Norman & Skinner, 2006), e este problema pode ser agravado em resultado da rapidez com que a tecnologia evolui (Norman, 2011). Perante mudanças estruturais verificadas no ambiente, sejam

de natureza pessoal, social ou tecnológica, bem como alterações mais contingenciais, tais como o estado de saúde (Liobikiene & Bernatoniene, 2018), o tipo de tecnologia utilizada ou a motivação para procurar a informação (Norman & Skinner, 2006), impactam de forma expressiva a literacia digital em saúde (Brørs, Norman & Norekvål, 2020), pelo que faz sentido implementar estratégias de desenvolvimento deste conjunto de competências num contexto alargado, através de ações que toquem pessoas de idades variadas e de diferentes estratos socioeconómicos, a partir de plataformas variadas e em diferentes contextos (Norman & Skinner, 2006). É, por isso, importante assegurar que as ferramentas de e-saúde, que são desenvolvidas com o propósito de facilitar uma gestão ativa da saúde e a comunicação com um profissional de saúde, sejam desenhadas tendo presente a heterogeneidade das pessoas que as usam (Chan & Kaufman, 2011).

Podem ser diversos - e de natureza variada - os fatores que impedem um uso pleno das ferramentas de e-saúde, já que diferentes tipos de ferramentas implicam diferentes desafios para quem as está a usar (Chan & Kaufman, 2011), há, por isso, que garantir que estas ferramentas não apresentem barreiras nem ao nível do acesso, nem ao nível da utilização. A questão do acesso parece ser de fácil verificação, já na questão da utilização é importante ter em conta que o grau de instrução afeta a forma como se usa a tecnologia (Viswanath & Kreuter 2007).

Estão documentadas evidências que apontam para uma associação entre a idade e o grau de ensino, com o nível de literacia digital em saúde, pois são os indivíduos mais jovens e mais qualificadas que melhores níveis registam neste indicador (Neter & Brainin, 2012; Espanha & Ávila, 2016). Por ser comprovável que o estatuto socioeconómico atua como condição que impacta o acesso às tecnologias e o seu uso, também é notória a associação entre proficiência no uso das tecnologias em geral e a literacia digital em saúde (Norman & Skinner, 2006)

O gradiente social é notório também na proficiência com que a tecnologia é adotada e incorporada no dia a dia, pois as competências necessárias para desenvolver a literacia digital em saúde vão sendo aperfeiçoadas com o uso regular destas tecnologias (Norman & Skinner, 2006), pelo que quem mais as usa é quem mais delas acaba por beneficiar. Este aspeto é particularmente relevante na medida em que uma das preocupações que emerge no campo da e-saúde é a de assegurar que o uso da tecnologia sirva para mitigar as disparidades em saúde, e não as exacerbar (Viswanath & Kreuter 2007; Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019).

A promoção das competências que compõem a literacia digital em saúde constituem um importante contributo para a redução de iniquidades no acesso à tecnologia que suporta a relação digital do cidadão com o sistema. Sendo este um processo que se constrói e se consubstancia ao longo do tempo, torna-se muito volátil e suscetível ao contexto (Levin-Zamir & Bertschi, 2018), pelo que os serviços de e-saúde devem ser adaptados aos diferentes níveis de literacia digital em saúde, podendo

decorrer em simultâneo a promoção de estratégias educacionais que visam melhorar o acesso dos cidadãos com limitações neste campo (Kim & Xie, 2017), pois a literacia digital em saúde e a equidade caminham lado a lado.

Estratégias mitigadores deste problema, tais como a criação, pelos sistemas de saúde, de gabinetes de apoio às pessoas que necessitam de acompanhamento no uso de ferramentas tecnológicas, as avaliações sistemáticas da literacia digital em saúde ou o desenvolvimento de parcerias com organizações bem estabelecidas na comunidade que prestem apoio em complementaridade, constituem abordagens inclusivas que visam envolver os cidadãos com o sistema (Sieck, *et al.*, 2021). As parcerias, por serem hoje essenciais para a sustentabilidade e eficiência das organizações de saúde (Vergunst *et al.*, 2020), constituem um recurso importante em saúde. A inclusão da rede de farmácias comunitárias numa abordagem estratégica que potencia recursos pré-existentes, faz uso do capital de proximidade do farmacêutico, que é um profissional de saúde qualificado e que, no seu dia a dia, não apenas tem a oportunidade de indicar ou recomendar a consulta de sites com informação médica/de saúde confiáveis, como também utiliza a internet como base para partilha de informação (Cardoso & Espanha, 2007), exercendo assim um papel importante na literacia digital em saúde.

Uma avaliação fiel da proficiência com que se utilizam ferramentas de e-saúde permite a identificação de lacunas ao nível das competências digitais, o que facilita a adaptação das ferramentas às capacidades das pessoas, e também pode servir de base ao desenho de estratégias que minimizem o impacto da exclusão digital (Norman & Skinner, 2006).

2.8.4. Medir a literacia digital em saúde

Melhorar e preservar a saúde dos cidadãos europeus é um dos principais desígnios da União Europeia (EU, 1992; EC, 2007). Contudo, a rápida transformação digital da saúde e dos serviços a ela associados têm conduzido a uma crescente preocupação com a adaptação dos cidadãos a esta realidade em constante mutação, pelo que tem sido crescente a importância atribuída à literacia digital em saúde (EuroHealthNet, 2021). O tema é relevante e não sai da ordem do dia, pois é essencial que um serviço de saúde seja sustentável, já que a sua função é servir os cidadãos, e para isso é necessário ter sempre presentes os seus limites, sejam de âmbito, sejam de competências, o que deixa margem para a autorresponsabilização do cidadão pela sua saúde (Andreassen, 2012).

O Plano Nacional de Promoção da Saúde (DGS, 2015) tem como orientação para a implementação do plano “Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema de

saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.” (DGS, 2015, p.21)

Para a concretização deste objetivo, o empoderamento do cidadão, as ferramentas associadas à e-saúde funcionam como um catalisador, na medida em que o seu uso confere aos cidadãos uma melhor capacidade de gerir a sua condição de saúde (Andreassen, 2012), melhorar a precisão de diagnósticos e tratamento e facilitar a comunicação entre doentes e entre estes e os seus médicos (EC, 2014), aproveitando assim a oportunidade para melhorar a literacia em saúde e a literacia digital em simultâneo (Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019).

Estão a ser criadas ferramentas para a promoção da saúde que, devido à existência de diferentes níveis (ou mesmo ausência) de literacia digital, estão longe de estar ao alcance de todos (EuroHealthNet, 2019), pois para que o cidadão comum consiga fazer uso correto e tirar proveito destas ferramentas, precisa de ser dotado de competências para ler, usar as tecnologias de informação e avaliar o conteúdo dessas ferramentas para tomar decisões de saúde (Norman & Skinner, 2006) o que, como vimos, pode não estar ao alcance de todos (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Com o propósito de avaliar a qualidade da relação do indivíduo com a tecnologia, foi desenvolvida uma escala eHealth Literacy Scale (eHEALS), que mede a literacia digital em saúde numa variedade de segmentos populacionais e contextos diferentes (Norman & Skinner, 2006) e cuja aplicação e avaliação pode servir de base ao desenho de programas de promoção da saúde (Tomás, Queirós & Ferreira, 2014). O instrumento baseia-se na percepção das capacidades do próprio indivíduo acerca de vários domínios (Norman & Skinner, 2006) e consiste numa autoavaliação em oito parâmetros em que os respondentes classificam a facilidade com que navegam na internet em busca de informações de saúde credíveis (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Em Portugal foi publicado em 2014 o resultado de um questionário aplicado junto de 1215 indivíduos entre os 14 e os 22 anos, cujos resultados indicam níveis de literacia digital em saúde considerados bons, e em linha com os resultados obtidos em outros países (Tomás, Queirós & Ferreira, 2014).

2.9. A literacia em saúde e os resultados em saúde

Os benefícios da literacia em saúde são extensos e abrangem quase todas as atividades do dia a dia, em casa, no trabalho e na sociedade em geral (Zarcadoolas *et al.*, 2006), o que contribui para o bem-estar do indivíduo e afeta positivamente a relação deste com a sua condição de saúde (Liobikiene &

Bernatoniene, 2018; Espanha & Ávila, 2016). Em oposição, as pessoas com uma baixa literacia em saúde tendem a ter uma resposta mais fraca a ações de educação para a saúde (Dewalt *et al.*, 2004) e apresentam, geralmente, uma maior tendência para experienciar dificuldades que se revelam nos processos que funcionam como mediadores, tais como a informação veiculada por profissionais de saúde (Liobikienė & Bernatoniene, 2018), a navegação no sistema de saúde, a promoção da saúde, a prevenção da doença e ainda a adesão à terapêutica ou ao tratamento (Wagner *et al.*, 2009, Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Os resultados destas dificuldades manifestam-se através de uma autoperceção menos favorável acerca do próprio estado de saúde (Andrus & Roth, 2002), numa maior propensão para uma saúde mais débil, em maiores dificuldades em aceder e usar os cuidados de saúde primários, e em taxas de hospitalização mais elevadas (Coulter & Ellins, 2007; Wagner *et al.*, 2009; Pedro, Amaral & Escoval, 2016). Estes indivíduos têm, por outro lado, tendência para usar de forma menos eficiente os serviços de saúde que têm à sua disposição, o que também tem reflexos no peso que a sociedade tem de suportar com os custos associados a esta utilização subótima dos serviços de saúde (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2006; Weiss & Palmer, 2004).

As dificuldades são, contudo, ainda mais abrangentes, já que se revelam também numa subutilização dos recursos que permitem agir na prevenção, pois os cidadãos com baixa literacia em saúde são menos permeáveis a intervenções e ações preventivas, o que os deixa mais expostos a doenças crónicas e a piores condições gerais de saúde (Dewalt *et al.*, 2004; Pignone *et al.*, 2005). A gestão da doença é outra área muito impactada pela fraca literacia em saúde, já que, por um lado são manifestas as debilidades sentidas por indivíduos portadores de doença crónica (Dewalt *et al.*, 2004), por outro lado verifica-se uma diminuição na capacidade de argumentação destes indivíduos e na sua dificuldade em exigir os cuidados necessários mais adequados em cada momento (Lee, Arozullah & Cho, 2004).

A literacia em saúde e a obtenção de resultados em saúde têm uma associação particularmente crítica ao nível endógeno, no exercício do autocuidado, mas também ao nível exógeno, nas situações que exigem reciprocidade com os sistemas, tais como o acesso aos cuidados de saúde e a interação com o profissional de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Uma vez que sistemas de saúde são hoje organizações complexas, que exigem um amplo conjunto de competências para responder adequadamente às necessidades, a literacia em saúde funciona também como um facilitador para navegar nestes sistemas (Kickbusch, 2001). A ausência de competências adequadas pode resultar na ocorrência de danos de natureza complexa, dinâmica e diversa, podendo ocorrer em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde (Slawomirski *et al.*, 2017).

A investigação desenvolvida em anos recentes tem vindo a demonstrar as consequências da uma limitada literacia em saúde, refletida através de vários indicadores. Berkman *et al.* (2011), ao analisaram a relação entre a literacia em saúde e a utilização de recursos, identificam uma associação entre uma baixa literacia em saúde e uma alta taxa de admissão em hospitais, mas também a dificuldades de compreensão na informação relacionada com a saúde. Crê-se, contudo, que este impacto é mais extenso e severo do que é reportado, pois os estudos que correlacionam a baixa literacia em saúde com as taxas de acesso a serviços de urgência, hospitalizações e re-hospitalizações, são baseados em dados recolhidos a partir dos sistemas de saúde, não incluindo as pessoas que permanecem do lado de fora do sistema (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Uma baixa literacia em saúde também parece estar associada a uma diminuição da qualidade de vida em geral, já que tem impacto direto nas condições de saúde, bem como a uma menos eficiente gestão da doença, levando à diminuição da qualidade de vida de doentes crónicos (Dupлага, 2020). No caso das pessoas mais idosas, a baixa literacia em saúde manifesta-se numa saúde mais débil, podendo mesmo levar a morte prematura (Berkman *et al.*, 2011). As evidências apontam também para uma relação entre uma limitada literacia em saúde e a obesidade (Dupлага, 2020).

Por tudo isto não surpreende o facto de que a literacia em saúde esteja associada, direta ou indiretamente, aos resultados em saúde (Nutbeam, 2009).

2.10. Melhorar os níveis de literacia em saúde

A literacia em saúde funciona como um forte indicador da saúde, mais até do que a idade, o rendimento, o grau de ensino ou etnia (Protheroe, Nutbeam & Rowlands, 2009; Nutbeam, 2008), indicadores que costumam ser considerados os determinantes sociais em saúde. A sua importância é tal que pode ser considerada uma competência para a vida (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

São diretos e indiretos os impactos de baixos níveis de literacia em saúde na condição de saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021). De forma direta, este impacto dá-se porque os indivíduos com baixa literacia têm tendência a responder menos ativamente a mensagens educativas no campo da saúde, usam menos os recursos disponíveis ligados à medicina preventiva e registam piores indicadores na gestão de doenças crónicas (Nutbeam & Lloyd, 2021). Por outro lado, o impacto indireto ocorre porque a baixa literacia funciona como um marcador para outras condições sociais (Nutbeam & Lloyd, 2021), tais como a pobreza e a dificuldade de acesso a cuidados de saúde (Pignone *et al.*, 2005). Este fenómeno está demonstrado no trabalho de Schell *et al.*, (2007), onde se verifica que analfabetismo das mulheres jovens é um preditor robusto da mortalidade infantil, especialmente nos países mais pobres.

Ao contrário do que o senso comum poderia indicar, os níveis insuficientes de literacia em saúde não são um problema exclusivo dos países em desenvolvimento (Nutbeam, 2008), verificam-se também nos países desenvolvidos e é provável que contribuam para as iniquidades na saúde entre grupos sociais (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Neste sentido, Nutbeam (2008) defende que a melhoria dos níveis de literacia em saúde não deve ter apenas como foco um incentivo à mudança de estilos de vida, capacidade de gerir a doença ou cumprimento das recomendações médicas, deve sim, ser um projeto mais abrangente, aumente a consciência do impacto dos determinantes sociais da saúde e o desenvolvimento de ações direcionadas à modificação desses determinantes.

A literacia em saúde é, cada vez mais, encarada como um estabilizador social, que tende a reduzir iniquidades em saúde e a melhorar a saúde dos indivíduos e das populações (Santana *et al.*, 2021). Se considerarmos equidade em saúde como a “ausência sistemática de disparidades em saúde entre grupos com diferentes níveis de vantagens ou desvantagens sociais subjacentes, sejam elas riqueza, poder ou prestígio” (Braveman & Gruskin, 2003, p.256), temos uma melhor percepção das responsabilidades dos Estados na promoção da literacia em saúde. Estas responsabilidades passam por facilitar o acesso à informação em saúde, mas também por prestar auxílio na compreensão do funcionamento o sistema de saúde, independentemente do estrato social (Braveman & Gruskin, 2003).

Contudo, sem os devidos cuidados, a implementação de políticas que promovam uma maior participação dos cidadãos nas decisões relativas à sua saúde podem ter um efeito contrário ao desejável (Protheroe, Nutbeam e Rowlands, 2009), podendo mesmo agravar iniquidades previamente existentes. Isto acontece porque estas políticas tendem a ser desenhadas para pessoas que tenham um nível básico de literacia, mas às quais se consegue chegar com estratégias de comunicação, deixando de fora os mais excluídos, privando-os de tirar o máximo benefício do que o sistema lhes proporciona (Protheroe, Nutbeam e Rowlands, 2009).

A educação e a literacia funcionam como importantes determinantes sociais da saúde que, juntamente com o rendimento, o emprego, as condições de trabalho e o ambiente social em que se vive, exercem impactos significativos na vida do cidadão (Kickbusch, 2001; Sørensen *et al.*, 2012). A literacia em saúde tem, contudo, um impacto ainda mais vasto na sociedade, que vai para além do cidadão, na medida em que o seu espectro influência o próprio desenvolvimento económico e social (Kickbusch, 2001).

Como resultado da necessidade de atualizar os fatores que atuam como determinante social da saúde, Sieck, *et al.* (2021) propõe uma nova abordagem em que se identificam novos determinantes a que chamam “superdeterminantes sociais em saúde” (Figura 2.9). São eles as literacias digitais e a conexão à internet.

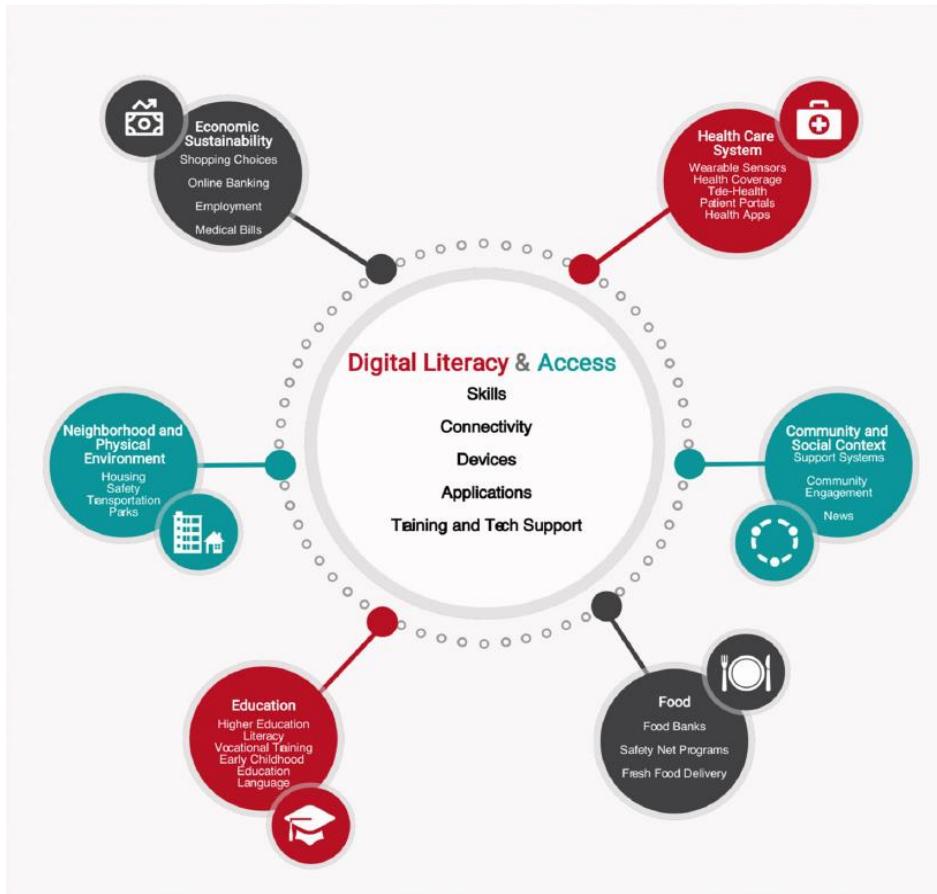


Figura 2.9 - As literacias digitais e os determinantes sociais em saúde -Fonte: Sieck, et al. (2021)

O motivo para serem designados de “superdeterminantes sociais em saúde” deve-se ao facto de que encerram neles todos os determinantes sociais em saúde, de forma mais ou menos direta (Sieck, et al., 2021). Neste sentido, uma limitação no acesso ao digital compromete, à partida, a equidade no acesso à informação, o que tem consequências na participação e nos resultados em saúde (Viswanath & Kreuter 2007). A exclusão digital funciona assim como um fator determinístico para a saúde, na medida em que aqueles que já são alvo de exclusão social, tais como os desempregados, os menos educados, os idosos ou as famílias de baixos rendimentos, são afetados de forma mais incisiva por verdadeiras iniquidades de comunicação (Viswanath & Kreuter 2007).

As iniquidades na comunicação referem-se às assimetrias verificadas a dois níveis: entre os diferentes grupos sociais, na sua capacidade, enquanto grupo, de criar, disseminar e usar informações; e, ao nível individual, na capacidade de aceder, processar e agir com base nas informações (Viswanath, 2006). Estas iniquidades resultam de assimetrias na distribuição de informação, e potenciam, a jusante, desigualdades na saúde (Viswanath & Kreuter, 2007). Em sentido inverso, são verificadas evidências de melhores resultados em saúde por parte de indivíduos com mais literacia digital em saúde, resultado das pesquisas que efetuam (Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019). Estes resultados

são verificáveis não apenas numa mais eficiente gestão dos cuidados de saúde, mas também da adoção de comportamentos mais saudáveis por parte destes indivíduos (Van Den Broucke 2014; Azzopardi-Muscat & Sørensen, 2019;).

Agir sobre o cidadão com o propósito de melhorar os níveis de literacia é uma condição essencial para desenvolver uma abordagem centrada na equidade. Uma resposta orientada para melhorar os níveis de literacia em saúde passa por uma aposta em melhorias na educação formal, nas escolas, mas também em melhorias na educação informal, através de programas de literacia para adultos (Nutbeam, 2009). Neste sentido, políticas que promovam o acesso à educação e previnam o abandono escolar são essenciais para lidar com o problema (Quaglio, Sørensen, Rübig *et al.*, 2017), contribuindo diretamente para a melhoria do exercício de direitos no acesso à saúde.

Por ser um determinante social da saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007), é importante que a literacia em saúde seja alvo de esforços e investimentos continuados que visem a obtenção de melhorias e que promovam a autonomia dos cidadãos (Sørensen, 2012). Apesar de, por si só, poder não ser suficiente para resolver as iniquidades geradas como resultado de uma ineficaz distribuição de recursos e de oportunidades (Nutbeam & Lloyd, 2021; Kickbusch, 2001), o um esforço continuado para melhorar os níveis de literacia em saúde pode ser um contributo relevante para reduzir iniquidades pela forma como este atua sobre os restantes determinantes sociais da saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Capítulo 3 – As Farmácias

3.1. Introdução

As farmácias constituem um dos elementos centrais da nossa investigação. Elas são o *locus* onde acontecem muitas das interações em saúde entre os cidadãos e profissionais de saúde. Pretendemos avaliar o seu real (e potencial) contributo para a literacia em saúde em Portugal, analisando os seus recursos e as suas limitações, bem como a capacitação e a vontade de intervenção e de colaboração dos farmacêuticos.

3.2. Caracterização: dimensão, recursos humanos, dispersão e serviços

A dispensa de medicamentos é a principal função da profissão de farmacêutico (Mossialos *et al.*, 2015). Esta é uma função importante na medida em que deve assegurar a eficiência, a segurança e a eficácia do medicamento (Mossialos *et al.*, 2015; Blouin & Adams, 2017). Por este motivo os farmacêuticos têm a sua atividade pautada por normas jurídicas, deontológicas e morais, ancoradas em bases científicas (Pita & Bell, 2016).

Dados disponibilizados pela Ordem dos Farmacêuticos indicam que, em 2020, existiam 15 565 farmacêuticos no ativo em Portugal, sendo a sua maioria (69,2%) farmacêuticos de oficina (INE, 2021), ou seja, profissionais que trabalham em farmácia comunitária. A disponibilidade destes profissionais no mercado tem registado uma tendência crescente, alinhada com as tendências internacionais (Ribeiro *et al.*, 2020).

A atividade das farmácias em Portugal - e na Europa - está inserida num quadro legal que contempla regras de instalação geográfica demograficamente ajustadas, cujo objetivo é assegurar uma cobertura homogénea do território, o que proporciona aos cidadãos o acesso aos bens e serviços de saúde por elas disponibilizados, enquanto serve de garante da saúde pública (Marques *et al.*, 2006). Como resultado deste enquadramento regulamentar, em 2020 existiam em Portugal 2 922 farmácias, um número que se tem mantido estável desde 2017 (Pordata, 2021).

Considerando conjuntamente as farmácias e os postos farmacêuticos móveis em funcionamento, existiam em 2019, 3 119 pontos de acesso ao medicamento espalhados pelo país, o que se traduz em 30 estabelecimentos farmacêuticos por 100 mil habitantes (INE, 2021), um número acima da média quando comparado com outros países (FIP, 2021).

Em Portugal, todas as farmácias comunitárias são entidades privadas, cuja principal atividade é a dispensa de medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica. No entanto as farmácias têm

vindo a alargar o âmbito dos seus serviços a novas áreas, exercendo a sua influência na comunidade através de atividades relacionadas com a promoção da saúde pública (Pita & Bell, 2016).

Entre os exemplos de intervenções relacionadas com a saúde pública estão a participação ativa na implementação de programas relacionados com dependências e adições (da Silva, 2019), a constituição da rede de farmácias como reforço do SNS na administração da vacina da gripe para indivíduos com mais de 65 anos (Ribeiro *et al.*, 2020), ou ainda o exercício de atividades relacionadas com a promoção da saúde e gestão da doença (Félix *et al.*, 2017) que se materializam através da sua participação em programas de prevenção, rastreio e controlo de doenças comuns (Nunes, Anderson & Martins, 2015).

As farmácias estão também, frequentemente, envolvidas em vários projetos que acompanham o ciclo de vida do medicamento em toda a linha, desempenhado um papel essencial no programa de troca de seringas ou na recolha de resíduos e de embalagens de medicamentos fora de prazo (Nunes, Anderson & Martins, 2015).

As farmácias estão autorizadas, pela Portaria 1429/2007, de 2 de novembro (DRE, 2007), a prestar os seguintes serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar das pessoas:

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de cuidados farmacêuticos;
- g) Campanhas de informação;
- h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

No entanto, com a evolução do setor, surgiu a necessidade de atualização desta lista, pelo que foram englobados novos serviços de promoção da saúde, constantes na Portaria 97/2018, de 9 de abril, podendo agora acrescentar os seguintes serviços:

- g) Consultas de nutrição;
- h) Programas de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de preparação individualizada de medicamentos, assim como programas de educação sobre a utilização de dispositivos médicos;
- i) Realização de testes rápidos para o rastreio de infecções por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite C (VHC) e Vírus da Hepatite B (VHB) (testes '*point of care*'), incluindo o

aconselhamento pré e pós-teste e a orientação para as instituições hospitalares dos casos reativos, de acordo com as redes de referência hospitalar aprovadas e os procedimentos estabelecidos pelas entidades do Ministério da Saúde com competência na matéria;

j) Serviços simples de enfermagem, nomeadamente tratamento de feridas e cuidados a doentes ostomizados;

k) Cuidados de nível I na prevenção e tratamento do pé diabético, de acordo com as orientações estabelecidas pela Direção-Geral da Saúde.

Com a publicação desta Portaria, as farmácias podem ainda promover campanhas e programas de literacia em saúde, prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis.

A redação e publicação do Decreto-Lei n.º 62/2016 (DRE, 2016) é demonstrativa da preocupação do legislador com uma abordagem preventiva: “A necessidade de assegurar a manutenção da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos implica a promoção da prevenção da doença, a melhoria do acesso à inovação e aos produtos e tecnologias mais adequadas no combate à doença, o fomento do uso racional, seguro e eficaz do medicamento e das tecnologias de saúde e da adesão à terapêutica” (DRE, 2016).

Esta legislação serve de base normativa para a contratação de serviços públicos de saúde às farmácias comunitárias (Decreto-Lei n.º 62/2016), estabelecendo os termos e condições da prestação de serviços de intervenção em saúde pública pelas farmácias comunitárias. Prevê também que possam ser remuneradas as intervenções que se encontrem alinhadas com as prioridades estabelecidas na política de saúde, rompendo com o paradigma anterior que previa que a remuneração das farmácias assentasse em exclusivo na dispensa dos medicamentos (Mossialos *et al.*, 2015).

O compromisso com a promoção da saúde, que acresce às suas funções clássicas de aconselhamento farmacêutico e de dispensador de medicamentos, faz das farmácias agentes económicos e sociais (Nunes, Anderson & Martins, 2015). Este papel encontra fundamento nos princípios gerais de conduta profissional da Ordem dos Farmacêuticos (DRE, 2016) e do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (DRE, 2021), que atribuem ao farmacêutico a qualificação de especialista de saúde pública, como resultado da vigilância que exerce sobre a saúde curativa e preventiva, através da promoção da saúde e bem-estar da comunidade (Pita & Bell, 2016). Como consequência desta ampliação do papel e das competências do farmacêutico, que transvaza a atividade circunscrita ao medicamento (Pita & Bell, 2016), o espectro de atuação da própria farmácia também evolui.

Programas integrados com os cuidados de saúde primários, colaboração na avaliação das tecnologias da saúde, monitorização da adesão dos doentes à terapêutica e dispensa de

medicamentos atualmente cedidos em farmácia hospitalar, representam algumas das atividades que são já reflexo destas novas políticas (Ribeiro *et al.*, 2020). As formas de remuneração deverão estar dependentes do valor acrescentado que resultar da avaliação da prestação destes serviços (Ribeiro *et al.*, 2020).

O valor da intervenção farmacêutica na sociedade é mensurável. O estudo “Valor Social e Económico das Intervenções em Saúde Pública dos Farmacêuticos nas Farmácias em Portugal” (OF, 2015), estima que o valor económico agregado que o setor aporta em termos de intervenções em saúde pública ronde os 879 M€, destes, 208,2 M€ são relativos às poupanças provenientes de intervenções em doenças crónicas, especificamente na hipertensão arterial, diabetes, asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Félix *et al.*, 2017). O mesmo estudo aponta também para ganhos na qualidade de vida dos cidadãos na ordem dos 8,3%, o que se traduz em poupanças no SNS (Félix *et al.*, 2017).

A proximidade das farmácias à comunidade favorece uma adaptação às necessidades e aos ciclos de vida das pessoas, bem como aos desafios inerentes à saúde grupal, e este papel é reconhecido pelos portugueses, que atribuem um papel social ao farmacêutico, como parte de uma rede de apoio que contribui para resolver ineficiências de acesso ao sistema (Cavaco *et al.*, 2005).

No estudo conduzido por Félix *et al.*, (2017) estima-se que as intervenções prestadas por farmacêuticos em 2014 tenham contribuído para que fossem evitadas 1 480 442 consultas médicas, 13 101 visitas a urgências e 12 962 hospitalizações.

3.3. Os portugueses e a sua saúde

A população portuguesa representa, em 2022, 10.44 M de habitantes, estando altamente concentrada em zonas do litoral (Pordata, 2023). Dados do INE (2021) apontam para um envelhecimento acelerado da população até 2080, com o índice de envelhecimento a quase duplicar, passando de 159 idosos por cada 100 jovens, para 300, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Esta tendência coloca uma evidente pressão sobre os sistemas de saúde.

Dados publicados pela Comissão Europeia indicam que, em 2021, a esperança de vida à nascença era de 80,1, indicador que é altamente marcado pelo género e pelo estatuto socioeconómico (Eurostat, 2020). É nas pessoas com menos escolaridade que se encontram as maiores taxas de mortalidade prematura e são vários os fatores que concorrem para este resultado, entre eles estão maus hábitos nutricionais e maiores taxas de tabagismo e de obesidade (Eurostat, 2020), o que resulta numa maior prevalência de doenças crónicas. 48% dos portugueses de escalões mais baixos de

rendimento têm pelo menos uma doença crónica, o que compara com os 35% dos que estão nos escalões mais elevados (OCDE/OESPS, 2021), assinalando o impacto das disparidades na saúde.

As diferenças em termos de longevidade também são muito marcadas pelo nível de qualificação: os indivíduos com habilitações de nível superior vivem mais um a quatro anos do que aqueles que têm níveis de instrução mais baixos (OCDE/OESPS, 2021). Estas diferenças são, pelo menos em parte, associadas ao nível de rendimento, à exposição a fatores de risco e pelo acesso a cuidados de saúde (OCDE/OESPS, 2021).

O peso das doenças crónicas (também designadas de não transmissíveis) é elevado no nosso país. Dados de 2019 indicam que 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos sofriam de pelo menos uma doença crónica, um valor superior à média da UE (36 %), de acordo com o inquérito European Union Statistics On Income And Living Conditions (EU-SILC, 2019). As doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte (OCDE/OESPS, 2021).

Uma parte significativa dos fatores de risco na saúde são comportamentais. A obesidade e o excesso de peso são, cada vez mais – que apresentam em Portugal indicadores piores do que a média europeia (OCDE/OESPS, 2021) - constituem um desafio em termos de saúde pública que tem vindo a agravar-se. No caso da obesidade, os dados são alarmantes: 67,6% da população adulta e 22,0% dos adolescentes com mais de 15 anos tem excesso de peso (Lourenço *et al.*, 2022).

Diretamente relacionado com a obesidade, excesso de peso e algumas doenças comportamentais está a inatividade física. Portugal aparece no pior lugar dos países da União Europeia (27) no que respeita à prática de exercício físico: 46,4% da população apresenta atividade física insuficiente (Lourenço *et al.*, 2022), e cerca de metade da população portuguesa nunca pratica qualquer exercício físico, o que representa uma das mais elevadas taxas de inatividade física da Europa (Wilkins *et al.*, 2017).

Em 2019 Portugal era um dos países da UE-27 em que a apreciação que a população fazia do seu estado de saúde era mais baixa. Apenas 50,1% dos inquiridos considera o seu estado de saúde bom ou muito bom, o que significa que nos situamos 18,5 pontos percentuais abaixo da média obtida para a UE-27 (68,6%) (INE, 2021).

Em geral são os homens que fazem uma avaliação mais positiva do seu estado de saúde (55,7% em 2020, em comparação com 47,4% no caso das mulheres). A proporção de pessoas com 65 ou mais anos que avaliam positivamente a sua saúde é bastante inferior (15,6%) à registada no caso das pessoas dos 16 aos 64 anos (63,7%) (INE, 2021).

A percentagem de indivíduos que fazem uma boa avaliação do seu estado de saúde, classificando-o como bom ou muito bom (Figura 3.1), é maior para níveis de escolaridade mais elevados (10,1% para os que não terminaram qualquer ciclo de ensino, 36,5% no caso dos que terminaram o ensino

básico, e para valores da ordem dos 70% ou mais, no caso dos que terminaram o ensino secundário ou o ensino superior) (INE, 2021).

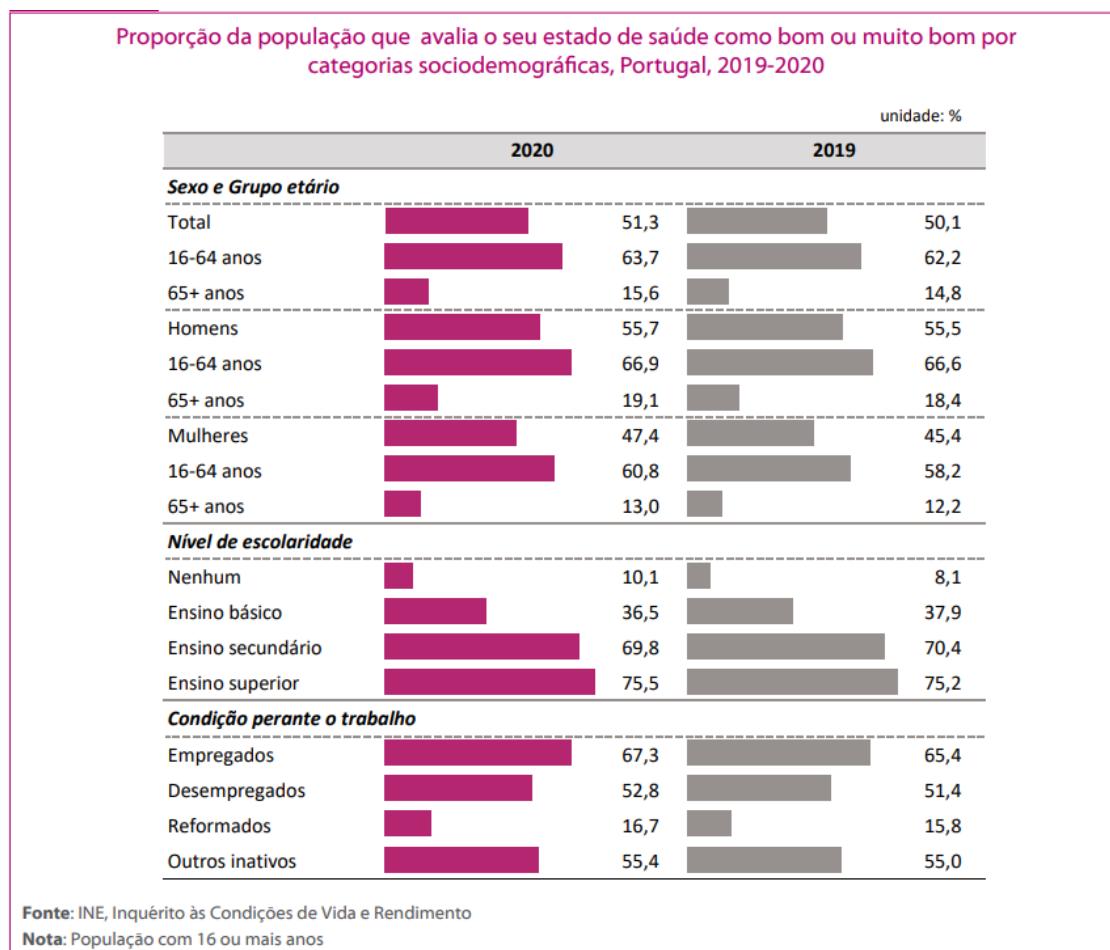


Figura 3.1 - Autoperceção da qualidade da saúde- INE 2021

O número de anos de vida saudável - indicador que permite avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado de um aumento de tempo vivido com boa saúde - é, aos 65 anos, de 7,3 anos (Figura 3.2), mais baixa para mulheres (6,9 anos) do que para homens (7,9 anos) (INE, 2021). Este é um indicador económico designado por DALYS (Disability -Adjusted Life Years) e que significa o número de anos de vida sem doença (Wilkins et al., 2017). É influenciado pela exposição a fatores de risco comportamental, nomeadamente tabagismo, consumo de álcool, obesidade ou prática insuficiente de exercício físico (OCDE/OESPS, 2021), e está associada a cerca de 30% das mortes registadas em Portugal em 2019.

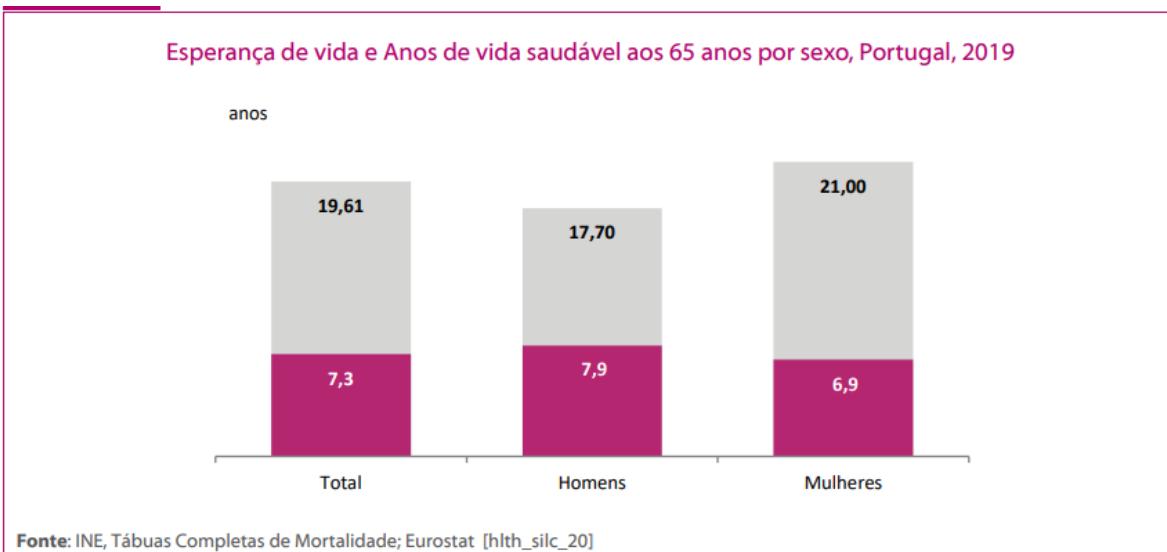


Figura 3.2 - Anos de vida saudável depois dos 65 anos- INE 2021

3.4. O posicionamento das farmácias num sistema de saúde interdisciplinar

Os sistemas de saúde a nível global enfrentam grandes desafios relacionados com a sua sustentabilidade, o que afeta de forma direta ou indireta, a saúde pública. Entre estes desafios estão o agravamento ou a persistência de desigualdades, as crises económicas, o envelhecimento da população, as migrações ou as alterações climáticas (Policarpo *et al.*, 2019).

Apesar de serem variados os fatores que contribuem para o problema da sustentabilidade dos sistemas de saúde, qualquer solução acaba por confluir num travão à evolução da despesa com a saúde (Bell *et al.*, 2016), o que necessita da intervenção conjunta de vários agentes, incluindo o próprio cidadão (WHO, 2011).

Um dos agentes que tem um papel a desempenhar, e que pode ter uma participação mais ativa na redução destes gastos, é o farmacêutico que, através do exercício de influência e capacitação do cidadão, pode contribuir para a obtenção de melhorias na prática do autocuidado (Bell *et al.*, 2016). Esta prática não apenas torna o farmacêutico num agente mais ativo na capacitação do cidadão, como também adiciona mais valor ao sistema através da incorporação do seu contributo especializado para a mais eficaz utilização do medicamento (Mossialos *et al.*, 2015; Blouin & Adams, 2017).

Os farmacêuticos, por serem os profissionais de saúde mais acessíveis ao público (WHO, 1993), são frequentemente uma das primeiras opções na procura por cuidados de saúde decorrentes de situações clínicas menores, ou seja, situações que não necessitem de intervenção médica urgente, bem como na procura por aconselhamento especializado em saúde (Nunes, Anderson e Martins, 2015), o que os posiciona como agentes que contribuem para um mais eficiente uso dos recursos em saúde.

Apesar de os cuidados de saúde primários estarem ainda fortemente alicerçados em consultas médicas presenciais, é cada vez mais viável um acompanhamento próximo por parte do médico suportado por uma rede de profissionais de saúde que colaborem entre si através de tecnologias de informação e comunicação (TIC), permitindo-lhe ter mais doentes sob a sua responsabilidade, estando todos eles devidamente acompanhados e controlados (OECD, 2022).

Uma mudança de paradigma que coloca a farmácia comunitária numa posição de maior influência e envolvimento na melhoria da saúde dos cidadãos - em oposição ao seu posicionamento habitual estritamente ligado à dispensa de medicamentos - é amplamente aceite e compatível com uma visão que tem por base a expansão dos seus serviços (Eades *et al.*, 2011). Esta orientação, mais centrada na pessoa, determina que os princípios que regem a profissão de farmacêutico sejam hoje mais abrangentes, colaborativos e integrados (Ilardo & Speciale, 2020).

À medida que mais importância é dada à gestão da saúde como um todo, mais valor é atribuído a uma eficaz transição entre tipos de cuidados, configurações de cuidados e locais de prestação destes cuidados de saúde (Blouin & Adams, 2017). Tendo isto em conta, organizações como a OMS têm vindo a alertar para a necessidade de se alterar o papel tradicional dos farmacêuticos, sugerindo que estes profissionais também possam contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis, bem como para a prevenção da doença, sugerindo que estes devem participar ativamente nos programas nacionais de saúde (WHO, 1993). É, pois, necessário fomentar a construção de uma abordagem colaborativa e integrada entre profissionais de saúde, com base numa visão partilhada destes mesmos cuidados (Mossialos *et al.*, 2015). Uma das formas de o concretizar consiste na integração dos profissionais de saúde em equipas multidisciplinares, essenciais para rodear o cidadão, apoiando-o em todas as vertentes dos cuidados de saúde (WHO, 1993).

As equipas multidisciplinares são constituídas por profissionais de diversas áreas que operam com base em objetivos partilhados, incorporando, coordenadamente, contributos de todos os seus membros, de acordo com as suas competências e aptidões (WHO, 1993), fazendo convergir todas as valências profissionais individuais em prol de uma melhor prestação de cuidados de saúde (Zeind & McCloskey, 2006). O trabalho destas equipas desenvolve-se essencialmente com base na partilha dos dados de saúde entre profissionais (Mossialos *et al.*, 2015), em torno das necessidades do cidadão, sendo desejável o envolvimento ativo deste, na medida em que contribui para “melhorar a qualidade e o desempenho dos sistemas de saúde” (Serapioni, Ferreira & Antunes 2014, p.3).

Este ambiente interdisciplinar, que inclui o farmacêutico enquanto elemento-chave no processo, beneficia e tem implicações financeiras positivas nos cuidados de saúde, na medida em que o uso inadequado de medicamentos precisa da sua intervenção por ser uma das razões mais relevantes para a readmissão hospitalar de doentes (Blouin & Adams, 2017).

Ao longo de várias edições do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, mas em especial na última edição (OPSS, 2021), tem sido abordada a necessidade de o cidadão ocupar o lugar central do sistema de saúde, devendo ser-lhe facilitada a navegação através do sistema e capacitando-o para se tornar detentor da informação necessária para se fazer valer dos seus direitos, isto tudo enquanto se vão estabelecendo novas dinâmicas entre agentes (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014). Um cidadão detentor da informação, seja pela via da transparência dos processos, seja porque tem acesso e detém os seus dados pessoais, torna-se empoderado e parte do sistema (Serapioni, Ferreira & Antunes 2014).

O envolvimento do cidadão nos vários momentos de contacto com o sistema de saúde resulta numa melhoria da relação entre este e os profissionais de saúde, o que viabiliza a construção de uma aliança terapêutica em que se estabelecem objetivos partilhados, sempre tendo em consideração o nível de conhecimentos – ou de literacia - da pessoa (Mead & Bower, 2000). Proporciona também uma melhoria da comunicação entre os indivíduos e o sistema, bem como um maior envolvimento nas atividades de promoção da saúde (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014). Este compromisso ativo dos vários agentes da saúde, com destaque para o próprio cidadão, é um elemento essencial para “melhorar a qualidade e o desempenho dos sistemas de saúde” (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014). Este foco na qualidade vai ao encontro da visão de Porter (2010), que advoga que o sistema não deve estar desenhado para melhorar os cuidados de saúde, deve sim, ter como propósito melhorar a saúde dos cidadãos (Porter, 2010).

Todavia, a centralidade no cidadão tem sido ameaçada pelo facto de os profissionais de saúde funcionarem, tradicionalmente, em silos, muito focados apenas na sua área de intervenção e minimizando a importância de comunicar de forma eficiente com os cidadãos e com a equipa que os assiste (Leape *et al.*, 2009). Os farmacêuticos têm tentado contrariar esta tendência, trabalhando, cada vez mais, lado a lado com os outros profissionais de saúde (Blouin & Adams, 2017).

A adoção de novas competências por parte dos farmacêuticos é também consequência de uma vontade corporativa de recentrar a profissão, revestindo-a de uma maior relevância e ampliando o seu campo de atuação (Nunes, Anderson e Martins, 2015). Em consequência disto, os utentes da farmácia beneficiam agora de uma gama mais ampla de serviços, com menores custos diretos e indiretos (Wiedenmayer *et al.*, 2006).

A evolução e a exigência dos sistemas de saúde, bem como a tendência para uma crescente personalização dos cuidados de saúde, tornam essencial o trabalho do farmacêutico neste novo paradigma (Blouin & Adams, 2017). Por outro lado, o envelhecimento da população e o aumento de prevalência de doenças crónicas, que exercem grandes pressões nos sistemas de saúde (Ribeiro *et al.*, 2020), justifica a integração dos farmacêuticos em papéis mais abrangentes que contribuam para a

saúde pública (Laliberté *et al.*, 2012). Estas tendências globais têm empurrado o campo de atuação do farmacêutico para novos domínios, expandindo-a, ao mesmo tempo que posiciona este profissional como membro efetivo de um sistema de saúde interdisciplinar (Zeind & McCloskey, 2006), desempenhando atividades que contribuem para a saúde pública (Laliberté *et al.*, 2012). Esta mudança tem reflexo também na farmácia, que apresenta hoje uma atividade tendencialmente mais assente em serviços (Eades *et al.*, 2011).

A expectativa acerca do papel do farmacêutico, nos dias de hoje, é que se situe mais próximo da imagem de um prestador de serviços (Sabater-Galindo *et al.*, 2017) no campo dos cuidados de saúde. Este é um papel que tem de ser construído e constantemente reforçado, pois gera reações positivas junto das pessoas que são tão mais fortes quanto mais clara e assertiva for a relevância do serviço para a comunidade, constituindo um reforço positivo na atividade do farmacêutico (Sabater-Galindo *et al.*, 2017).

Com base nesta abordagem têm sido testadas iniciativas que representam uma oportunidade para fomentar a integração das farmácias comunitárias nos cuidados de saúde primários, tendo enquadramento nos objetivos das políticas públicas desenhadas para os cuidados de saúde primários (Ribeiro *et al.*, 2020), o que exige, no entanto, repensar a forma como a farmácia coopera com o sistema de saúde. Uma das possibilidades passa pela integração das farmácias na rede de prestadores do SNS, constituindo uma abordagem “baseada nos meios existentes” (Glasgow Centre for Population Health, 2011). Esta abordagem traduz-se na utilização, por parte dos profissionais de saúde e dos prestadores, dos meios disponíveis na comunidade para fornecer cuidados e promover a saúde e o bem-estar (Glasgow Centre for Population Health, 2011). Uma vez que as necessidades são crescentes e os recursos são limitados, a abordagem “baseada nos meios existentes” é um bom exemplo do trabalho colaborativo intersectorial.

Na situação atual, o farmacêutico atua como um intermediário entre o cidadão e o sistema de saúde, proporcionando um aconselhamento personalizado em farmácia comunitária, sem as restrições de acesso habitualmente associadas a horários reduzidos, à necessidade de efetuar marcação (Eades *et al.*, 2011; Ilardo & Speciale, 2020), ou mesmo de pagamento. Daqui resulta uma grande acessibilidade, o que faz da farmácia comunitária um primeiro ponto de contacto com os profissionais de saúde (Agomo, 2012; Blouin & Adams, 2017). Ensaios e iniciativas em diferentes países apontam mesmo para uma reconfiguração do papel formal do farmacêutico e para uma maior integração com os sistemas de saúde (Mossialos *et al.*, 2015).

O projeto Pharmacy First, recentemente implementado no Reino Unido, visa encaminhar os cidadãos para a farmácia comunitária situações de saúde comuns, como forma de libertar os recursos do NHS (National Health Service). Com este modelo é comunicado aos cidadãos (Figura 3.3) que

deverão priorizar a farmácia na procura de aconselhamento em situações comuns, tais como diarreias, alergias ou dores de garganta. Farmacy First é uma forma de integração com o serviço de saúde, onde este “delega” nas farmácias as competências para lidar com as situações clínicas menores, e estas podem referenciar os indivíduos para os médicos das especialidades que considerarem apropriadas, otimizando os meios existentes (NHS Pharmacy First Scotland, 2023).



Figura 3.3 - Comunicação para divulgação do serviço Pharmacy First

Apesar de, nas políticas existentes, não haver uma menção específica ao papel do farmacêutico nos cuidados de saúde primários, a verdade é que alguns dos objetivos estratégicos incluem atividades especialmente as relacionadas com a gestão da doença crónica, que beneficiariam da formação e *know how* farmacêutico (Ribeiro *et al.*, 2020), o que constitui um leque de novas oportunidades para que as farmácias possam alargar a sua intervenção junto da comunidade (Blouin & Adams 2017).

O envolvimento de farmacêuticos comunitários na gestão dos cuidados de saúde de cidadãos que sofram de doenças crónicas poderá ser visto como benéfico, na medida em que existe alguma evidência de que, quando os farmacêuticos comunitários se envolvem na educação do doente e no aconselhamento comportamental, se registam melhores resultados terapêuticos, o que resulta numa melhoria da situação do doente crónico (Mossialos *et al.*, 2015).

Um exemplo deste tipo de intervenção, onde as farmácias estão particularmente bem posicionadas para identificar as situações e, de uma forma oportuna, fazer um acompanhamento de proximidade, é na obesidade, com possibilidades de intervenção e aconselhamento acerca de alimentação e atividade física (Swanton & Frost, 2007). Estes tipos de intervenções são possíveis em Portugal em virtude do grande capital de que os farmacêuticos dispõem junto dos cidadãos, que é fruto de uma visão muito positiva da prestação das farmácias comunitárias (Policarpo *et al.*, 2019).

Esta imagem não é alheia à relevância que lhes é atribuída enquanto prestadores de cuidados gerais de saúde com cobertura nacional (Mossialos *et al.*, 2015).

Perante estas novas oportunidades, surgem também novos desafios, o que tem implicações na gestão da farmácia. Exemplo disto são a necessidade de fazer uma redistribuição de tarefas, a capacitação dos profissionais, a ausência de remuneração por estes serviços e falta de espaço ou ausência de um espaço adequado (Agomo, 2012; Laliberté, 2012), mas também a necessidade de aquisição de competências ou a realocação de tempo e outros recursos (Eades *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2020).

Para além dos desafios a que previamente aludimos, outros, de diferente natureza, podem ser identificados ao considerarmos a integração das farmácias num painel de prestadores de serviços para o SNS (Mossialos *et al.*, 2015), onde poderiam prestar um serviço suplementar ou complementar (Ribeiro *et al.*, 2020). Falamos, essencialmente, da ausência de mecanismos de acesso e partilha de dados e interoperabilidade, o que é particularmente importante para o processamento de informação relativa a aspetos relacionados com a saúde pública (Ribeiro *et al.*, 2020) e para o trabalho de cooperação que é necessário desenvolver entre profissionais de saúde (Mossialos *et al.*, 2015), mas também dos aspetos de natureza financeira, na medida em que é essencial remunerar os serviços prestados pela farmácia e pela formação multidisciplinar das equipas, afinal as farmácias são pequenas empresas autónomas, às vezes até unipessoais (Ribeiro *et al.*, 2020).

A facilidade com que se acede a uma farmácia comunitária proporciona ao farmacêutico um contacto direto com toda uma diversidade de indivíduos, uns mais saudáveis do que outros, a quem pode não ter sido proporcionado nenhum outro contacto com um profissional de saúde, pelo que algumas das iniciativas do farmacêutico podem resultar num contributo muito positivo para a saúde pública (Eades *et al.*, 2011). Contudo, apesar do manifesto potencial na área da saúde pública, para que sejam implementáveis ações concretas pelas farmácias é necessário que ocorram mudanças a dois níveis: farmácias e cidadãos (Eades *et al.*, 2011). Por um lado, as farmácias têm o desafio de se adaptar e gerir os recursos internos de que dispõem. Já no que respeita aos cidadãos, é importante que estes aceitem e reconheçam os farmacêuticos como profissionais de saúde, com legitimidade para atuar com campo da saúde pública e, em consequência disso, aceitem as suas orientações (Eades *et al.*, 2011). Quando as pessoas não olham para o farmacêutico como um prestador de cuidados de saúde, a eficácia da sua atuação pode ficar comprometida (Schommer & Gaither, 2014).

Nos dias de hoje as farmácias comunitárias já assumem alguns papéis relacionados com a promoção da saúde pública, exemplo disso é o aconselhamento alimentar e de vida saudável, a prevenção e controlo de infeção ou a promoção de saúde cardiovascular (Agomo, 2011). Estes papéis ainda não se tornaram padrão apenas porque “existem disparidades entre as farmácias comunitárias

e os decisores políticos" (Agomo, 2011 p.31). A estes papéis podemos acrescentar o da promoção da literacia em saúde, já que esta se baseia não apenas na iniciativa do cidadão, mas também nos processos assentes na interação entre os cidadãos e os seus ambientes de saúde, especialmente aqueles que envolvam o uso da comunicação (Almeida & Belim, 2021), para o quais a farmácia está tão bem posicionada.

Em suma, a expansão do papel farmacêutico deve evoluir para melhor atender às necessidades dos cidadãos e esta evolução pode materializar-se não apenas no aconselhamento em questões de saúde, mas também e na educação para a saúde (Hashiguchi, 2020).

3.5. A eficiência social das farmácias

A Declaração de Tóquio (WHO, 1994), que resultou de uma reunião promovida com o objetivo de discutir o papel a desempenhar pelo farmacêutico no sistema de saúde, abriu uma nova era na prática farmacêutica, ampliando-a e abrindo novas perspetivas de participação. Como consequência deste evento, a perspetiva do papel da farmácia comunitária tem vindo a sofrer alterações, passando do desempenho de atividades muito centradas no medicamento, para atividades centradas na pessoa, no cidadão (Van de Pol *et al.*, 2019).

No seguimento do que é preconizado pela OMS na Carta de Otawa (WHO, 1986) que desenha os fundamentos e as orientações para a promoção da saúde, Vieira (2007) aponta três tipos de iniciativas, a implementar pelas farmácias comunitárias, que contribuem para a melhoria da saúde das populações: (1) reorientar os serviços da farmácia, que passariam a funcionar como um posto de cuidados de saúde de proximidade; (2) desempenhar um papel ativo da educação para a saúde, que visa a capacitação e o empoderamento das pessoas para que possam agir em prol da sua saúde e da comunidade; (3) envolver e incentivar a ação da comunidade, tornando-a um parceiro ativo na promoção da saúde (Vieira, 2007).

Todas estas iniciativas encontram um terreno fértil no contexto da farmácia comunitária porque em questões de saúde, os cidadãos procuram aconselhamento junto de indivíduos de confiança, não apenas em busca de informação objetiva, mas também em busca de orientações, apoio e aconselhamento prático (Samerski, 2019). Os profissionais de saúde são a fonte em que os portugueses mais confiam para obter informações fidedignas sobre saúde (Espanha, 2013), e esta confiança, no caso específico dos farmacêuticos, é-lhes depositada por deles se esperar que estejam em posse de informação correta, precisa e atualizada (Erku *et al.*, 2021).

Nos dias de hoje não podemos ignorar a influência da internet na vida dos cidadãos, e este tem mostrado ser um recurso muito acessível para aprender sobre qualquer tema, sendo que a saúde é

um dos temas mais pesquisados (Wang, Shi & Kong, 2021). Estima-se que cerca de 40% dos utilizadores de internet a usem para procurar informação médica, no entanto, dada a grande quantidade de informações imprecisas online, os indivíduos podem, facilmente, cair na armadilha da desinformação (Swire-Thompson & Lazer 2020). Uma vez que não conseguimos evitar este fenómeno, podemos, pelo menos, minimizar os seus riscos, através da intervenção farmacêutica, já que estes profissionais podem ajudar na determinação dos conteúdos que são, ou não, confiáveis e verificados (Zeind & McCloskey, 2006).

O facto de as farmácias serem um recurso de fácil acesso faz delas uma fonte valiosa de informação de confiança (Erku *et al.*, 2021), o que na recente crise pandémica mostrou ser importante devido às informações enganosas que circularam acerca do vírus e da medicação para o combater (Erku *et al.*, 2021). A infodemia, um termo inicialmente utilizado por Rothkopf (2003) para designar uma vaga de medos, factos e especulações que encontraram espaço para se multiplicar e amplificar graças às oportunidades criadas pelas tecnologias de informação, foi também adotado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), para se referir ao excesso de informação - muita dela falsa ou enganosa - que circula em momentos de surtos. Ainda que os farmacêuticos tenham o conhecimento científico e sejam treinados para transformar informações complexas em mensagens comprehensíveis, transmitindo informação científica adaptada a um público não científico (Marwitz, 2021), este facto, por si só, não é suficiente para reduzir completamente os riscos da desinformação, na medida em que nem sempre se conseguem conhecer as motivações das pessoas.

As farmácias comunitárias estão particularmente bem posicionadas para estabelecer relações de confiança que sirvam de base a um diálogo sobre medicamentos ou cuidados de saúde, mas também para contribuir para melhorar a compreensão acerca do sistema de saúde, reduzindo a sua complexidade (Kairuz *et al.*, 2015). Este posicionamento é resultado dos processos de comunicação que desenvolvem e que, por ocorrerem num tempo e lugar específicos, lhes conferem a envolvente contextual tão essencial para a eficácia destes diálogos (McQuail & Deuze, 2020). Considerando a questão dos recursos contextuais de forma mais ampla, o contexto social é cada vez mais reconhecido como tendo um papel relevante no modo como se dá a aquisição de conhecimento, a sua compreensão e a forma como é usado para efeitos de tomada de decisão (Sentell, Pitt, & Buchthal, 2017), e também aqui as farmácias detêm uma posição privilegiada.

3.6. O impacto da comunicação na literacia em saúde

Nas definições mais clássicas de literacia em saúde, o foco situa-se nas competências individuais: “o conjunto de competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade de os indivíduos obterem o acesso, a compreensão e o uso de informação para que possam promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 2000 p.264). Contudo, em definições mais recentes, maior importância é dada à componente situacional (Muscat *et al.*, 2022), o que faz da literacia em saúde um processo em que são chamadas a intervir não apenas as competências pessoais, mas também todo um espectro alargado de “recursos contextuais, que viabilizam o acesso, a compreensão a avaliação e o uso das informações que permitem tomar decisões informadas em saúde, integrando a capacidade de comunicar e agir de acordo com essas decisões” (Bröder *et al.*, 2018, p.79).

O contexto social é amplamente reconhecido na literatura como uma variável relevante para a saúde (Bircher, 2005; Buck *et al.*, 2018; Marmot & Bell, 2019), mas é também um determinante para a literacia em saúde, podendo exercer influência ao nível, por exemplo, do capital social, do apoio social ou do envolvimento social (Muscat *et al.*, 2022). O contexto social da literacia em saúde exerce um impacto particularmente grande em grupos populacionais mais vulneráveis, e pode beneficiar em maior escala os grupos com uma orientação mais grupal (Sentell, Pitt, & Buchthal, 2017).

Associadas a baixos níveis de literacia em saúde estão dificuldades de comunicação que podem pôr em causa a qualidade dos resultados em saúde (King, McCaffrey & Bouldin, 2011). Isto acontece porque os indivíduos que registam lacunas no campo da literacia em saúde podem experenciar obstáculos na compreensão da informação, essencial para seguir as recomendações relativas à medicação e a tratamentos (Kairuz *et al.*, 2015), na solicitação de ajuda e acompanhamento, ou mesmo numa possível incapacidade de aplicar a informação obtida (Schloman, 2007; Baker *et al.*, 1996). As dificuldades sentidas na compreensão dão, assim, origem a outras dificuldades, de natureza diversa, umas relacionadas com a gestão da própria saúde, outras associadas à relação do indivíduo com o sistema, outras ainda na relação com o profissional de saúde (Baker *et al.*, 1996).

A literacia em saúde constitui o mecanismo que garante que o indivíduo consiga processar e utilizar a informação veiculada pelos profissionais de saúde (Bell *et al.*, 2016), pelo que níveis insuficientes de literacia em saúde podem fazer com que sejam sentidas dificuldades em compreender até as instruções mais elementares relacionadas, por exemplo, com a medicação (King *et al.*, 2011). Estas dificuldades são comuns e são, em parte, explicadas pela tendência que muitos profissionais de saúde têm de tomar como certa a capacidade dos indivíduos de compreenderem a sua mensagem (King *et al.*, 2011). Esta compreensão está, todavia, longe de ser garantida, já que após saírem de uma consulta os indivíduos recordam apenas 50% ou menos da informação importante veiculada na durante o ato médico (Ong *et al.*, 1995).

3.7. Os processos de comunicação com os cidadãos

Um discurso muito técnico por parte dos profissionais de saúde - especialmente por parte dos médicos - é um problema frequentemente reportado pelos cidadãos, sendo mais sentido por aqueles que têm um nível insuficiente de literacia em saúde, situação que é agravada pela vergonha em admitir a dificuldade em compreender (Baker *et al.*, 1996). Estas diferenças, entre o nível de conhecimento que os profissionais de saúde esperam que os indivíduos tenham, e o que têm na realidade é real, e existem evidências que o demonstram (King *et al.*, 2011).

Os profissionais de saúde, bem como todos aqueles que operam dentro do sistema, são apontados por Adams *et al.* (2009) como tendo uma responsabilidade acrescida no diagnóstico e avaliação do grau de literacia em saúde, pois são quem mais influência tem nos parâmetros de interação e nos estilos de comunicação praticados, o que inclui a disponibilização de conteúdos e a seleção da informação fornecida (Adams *et al.* 2009). Os profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos, necessitam, por isso, de garantir que existe diálogo profícuo com os cidadãos, de modo que a partilha de informação seja facilitada (Kairuz *et al.*, 2015).

Uma vez que um dos papéis mais centrais da atividade do farmacêutico é o aconselhamento (Ilardo & Speciale, 2020), então a comunicação tem aqui uma importância determinante. O processo comunicacional é de tal forma importante que funciona como um instrumento que maximiza a cooperação e a compreensão (Cipolle, Strand & Morley, 1998). Perante um quadro de insuficiente literacia em saúde, uma comunicação desadequada ou imprecisa por parte do farmacêutico pode desencadear mal-entendidos que resultem em situações perigosas e evitáveis. Proporcionar cuidados de saúde de qualidade, implica exercer uma comunicação de qualidade, afinal “cuidado significa comunicação” (*care means communication*) (Cipolle, Strand & Morley, 1998, p. 293).

As farmácias, sendo um importante recurso em saúde (Bell *et al.*, 2016), dispõem de características e estão dotadas de ativos que lhes permitem satisfazer as necessidades evolutivas das pessoas e dos sistemas de saúde (WHO, 1998). A proximidade e a familiaridade com os cidadãos conferem aos farmacêuticos a oportunidade de identificarem lacunas as relacionadas com a literacia em saúde (Youmans & Schillinger 2003). Este é um aspeto determinante que atribui uma responsabilidade acrescida a estes profissionais, na medida em que um dos maiores desafios associado a baixos níveis de literacia em saúde, reside na identificação dos indivíduos em risco (Schloman, 2004; King *et al.*, 2011). Ainda assim há muito a fazer campo do desenvolvimento e implementação de técnicas que permitam a identificação e uma abordagem às necessidades de informação das pessoas, particularmente àquelas que aparentam ter uma limitada literacia em saúde (Kairuz *et al.*, 2015).

A atividade diária dos farmacêuticos não apenas os coloca numa posição em que lhes é permitido avaliar a forma como uma insuficiente literacia em saúde pode ter impactos na saúde do indivíduo, como também lhes proporciona a possibilidade de testar intervenções que visem melhorar os resultados em saúde (Youmans & Schillinger 2003), já que as farmácias comunitárias estão numa posição privilegiada para dar um acompanhamento de proximidade a pessoas com literacia em saúde limitada (Kairuz *et al.*, 2015), bem como incentivar a prática do autocuidado (Bell *et al.*, 2016).

A prática do autocuidado - processo que está assente nas capacidades cognitivas do indivíduo – contribui para aumentar a sua confiança na gestão da sua própria saúde, na medida em que melhora as suas competências e empodera-o para agir por si próprio, sob as condições que conhece ou que comprehende (Bell *et al.*, 2016).

O autocuidado é um conceito que se refere à responsabilidade individual pelas escolhas e comportamentos saudáveis, o que inclui as atividades que concorrem para o bom funcionamento e desenvolvimento humano, mas essencialmente as atividades necessárias para a gestão da saúde e da doença (Richard & Shea, 2011). Associada à prática do autocuidado está a literacia em saúde funcional, que é definida como a capacidade de desempenhar funções básicas de natureza numérica ou de leitura em ambientes relacionados com a saúde (Nutbeam, 2008), e que funciona como um marcador que indica se o indivíduo tem maiores probabilidades de corretamente compreender e agir sobre as informações fornecidas (Youmans & Schillinger, 2003) ou se, pelo contrário, a sua insuficiência o impede de aceder aos cuidados de que necessita (King *et al.*, 2011).

A literacia em saúde funcional, quando em défice, tem efeitos diretos no modo com o indivíduo se relaciona com a sua medicação (Youmans & Schillinger, 2003), podendo assumir formas como a toma de doses desajustadas ou em momentos desadequados, o que, em doentes polimedicados, pode resultar em maior probabilidade de interações medicamentosos ou de efeitos adversos (King *et al.*, 2011), situações que podem ser mitigadas pela via da intervenção farmacêutica.

Como já foi referido anteriormente, existe uma relação estabelecida entre a literacia em saúde e os resultados em saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007), e um dos precursores desta associação consiste num adequado uso dos medicamentos (King *et al.*, 2011). Eventos relacionados com um inapropriado uso da medicação traduzem-se, frequentemente, em mais admissões hospitalares, mais idas à urgência ou prolongamento de dias de internamento, situações que são plenamente evitáveis (King *et al.*, 2011). A literacia em saúde ancorada na prática do autocuidado pode, assim, contribuir para o alívio dos encargos financeiros que pesam sobre os sistemas de saúde (Bell *et al.*, 2016).

Para Baker *et al.* (1996) a solução definitiva para colmatar os extensos e negativos efeitos resultantes de baixos níveis de literacia em saúde, passa por um compromisso social que tenha como propósito alcançar um patamar de literacia universal (Baker *et al.* 1996). Este compromisso poderá

começar pelo estabelecimento de um diálogo constante e transparente com os cidadãos acerca da sua saúde, para o qual foi dado um passo importante com a nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2019, que confere aos cidadãos novos direitos claros relativos à informação.

Na Base 2 (Lei nº 95/2019), no capítulo relativo aos direitos e deveres das pessoas, as alíneas e), f) e g) são claras, quer no direito, quer no acesso à informação:

(e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;

f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excepcionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;

g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado.

Com este diploma os cidadãos adquirem o direito de ser informados de forma adequada, acessível e inteligível sobre a sua situação, bem como conhecer as suas opções futuras, de forma a poder decidir livre e esclarecidamente sobre os cuidados que lhe são propostos, bem como aceder livremente às suas informações, sem necessidade de intermediação.

3.8. As farmácias e a promoção da saúde

Farmácias e farmacêuticos têm sentido uma necessidade de adaptação dos seus papéis a novos desafios e necessidades da sociedade. Organizações como a OMS (WHO, 1993) têm preconizado a necessidade de mudança, estabelecendo como recomendação que os farmacêuticos contribuam para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença e que participem em programas nacionais de saúde (WHO, 1993).

Seguindo a linha defendida pela OMS, Anderson, (2000) sugere que o compromisso com a promoção da saúde seja parte integrante da atividade dos farmacêuticos através da prestação de um serviço que contribua para uma melhoria da saúde individual e grupal. O empoderamento e da capacitação dos cidadãos, permitir-lhes-á, com o contributo do farmacêutico, aumentar o controlo e melhorar a sua saúde (Anderson, 2000), o que terá impactos nos em ganho de anos saudáveis (Disability-adjusted life years - DALYs).

Anderson (1998) sugere duas abordagens para a implementação de intervenções de promoção da saúde a serem desenvolvidas por farmacêuticos: uma, mais ampla, envolvendo todos os farmacêuticos, com um foco centrado no incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis, a ser

suportado pela prestação de informações e pela utilização de folhetos de apoio para comunicar e destacar aspetos importantes relacionados com a saúde. Neste caso seria aproveitada a visita do cidadão à farmácia para, de forma oportunista e durante o atendimento, introduzir tópicos sobre a gestão da doença, o tratamento de sintomas e a adoção de comportamentos positivos face à saúde, sempre adequando o conteúdo ao contexto (Anderson, 1998). Num segundo nível, a abordagem sugerida é mais restrita e prevê que os farmacêuticos devam procurar ativamente oportunidades para, de forma individualizada, acompanhar um cidadão, prestando-lhe aconselhamento e apoio (Anderson, 1998).

As abordagens sugeridas por Anderson (1998; 2000) vão no sentido de, com o acompanhamento de um farmacêutico, envolver mais o cidadão na gestão da sua própria saúde e no autocuidado, o que significa a assunção de papéis mais proativos que conduzam à otimização da saúde individual, como um todo (Bell *et al.*, 2016).

O autocuidado é um *continuum* de ações tomadas pelo indivíduo (Bell *et al.*, 2016), que começam nas mais simples decisões do dia a dia que, de uma forma ou de outra, têm impacto na saúde (Richard & Shea, 2011), e que acabam apenas quando o indivíduo perde a autonomia e tem de se entregar aos cuidados dos profissionais de saúde (Figura 3.4) (SCF, 2020).

The self-care continuum

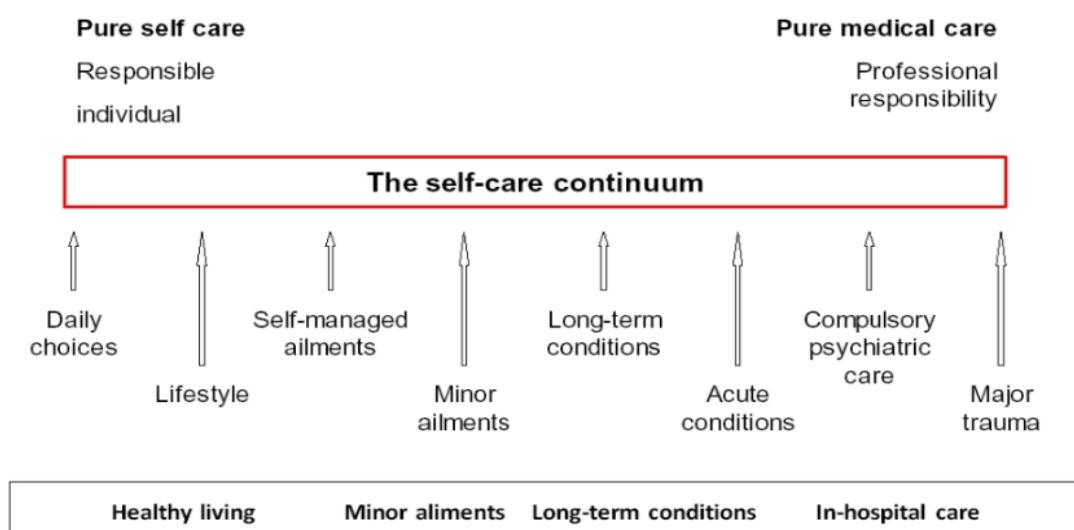


Figura 3.4 - The Self Care Continuum-Self Care Forum. Fonte: Bell *et al.*, 2016

Webber *et al.* (2015), descrevem o autocuidado como um processo assente em vários domínios, uns relacionados com a promoção da saúde, tais como a literacia em saúde, a autoconsciência da própria saúde (seja física, seja mental), ou as opções diárias e os estilos de vida, outros relacionados

com a prevenção da doença, tais como a evicção de comportamentos de risco e a mitigação da exposição ao risco (Bell *et al.*, 2016).

O incentivo ao autocuidado traduz-se também num incentivo à capacitação (Bell *et al.*, 2016), por isso consiste numa disciplina que exige uma colaboração ativa entre o indivíduo e o profissional de saúde, para a qual são importantes as competências de comunicação do profissional de saúde, mas também a participação de indivíduos informados (Bell *et al.*, 2016).

Toda esta nova abordagem centrada no cidadão e no seu empoderamento é refletida até na forma como o farmacêutico se relaciona com a condição do indivíduo. Até recentemente o indivíduo/utente era o centro da sua atividade, mas esta conceptualização foi atualizada e quem agora ocupa este lugar central é o cidadão (Liekens & Foulon, 2019), ou seja, passámos de um paradigma em que o indivíduo ocupava um lugar passivo, para outro em que tudo o que o rodeia é parte ativa na sua saúde. Isto porque se considera essencial ter em conta todos os aspetos da vida do indivíduo, não se limitando apenas àqueles que estão diretamente relacionados com a sua condição de saúde (James & Rovers, 2003).

As farmácias em Portugal estão a assumir uma orientação que vai, cada vez mais, para além da dispensa do medicamento, estando agora mais dirigida para a promoção da saúde (Duarte, Nunes & Martins, 2007), o que eleva o seu impacto na comunidade. Esta orientação é, não raras vezes, materializada em ações de responsabilidade social acionáveis através da participação em estruturas ou em programas com impacto na comunidade (Bhattacharya & Sem, 2004; Duarte, Nunes & Martins, 2007). Ações desta natureza, quando executadas pelas farmácias, congregam algumas das condições essenciais para o sucesso das estratégias de comunicação em saúde, entre elas a de ter por base as características específicas da pessoa a quem se dirige (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014). Estas características podem ser mais genéricas, de natureza sociodemográfica ou psicossocial, mas podem, em alternativa, ser mais específicas, tendo em conta características como a condição de saúde da pessoa, as suas experiências ou as suas representações de saúde e de doença (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014).

3.9. Educar para a saúde - uma nova valência das farmácias?

Apesar do aconselhamento farmacêutico relacionado com medicamentos ou com situações clínicas menores ser valorizado pelos cidadãos, a verdade é que as farmácias comunitárias não são ainda percecionadas por indivíduos saudáveis como um local onde se pode obter aconselhamento sobre saúde e prevenção da doença (Blenkinsopp *et al.*, 2002). Isto significa que a percepção dos cidadãos saudáveis condiciona o potencial de atuação do farmacêutico, que também educa e alerta para a

importância de fazer escolhas saudáveis, o que faz dele um verdadeiro prestador de cuidados de saúde (Bell *et al.*, 2016).

Os farmacêuticos são detentores de conhecimento em saúde e são treinados para comunicar (Ilardo & Speciale, 2020), pelo que reúnem as capacidades necessárias para que possam, por um lado, proporcionar um aconselhamento que permita ao cidadão o acesso a informação de qualidade, por outro, contribuir para que esta informação seja usada de forma útil e benéfica (Nutbeam, 2000). Para além de profissionais capacitados para guiar os cidadãos na adoção de estilos de vida saudáveis, os farmacêuticos estão também aptos a educar sobre, em cada situação, em que momento procurar ajuda junto de um médico (Bell *et al.*, 2016). Projetos como o Pharmacy First, anteriormente mencionado, incluem todas estas valências, e tiram o máximo partido dos farmacêuticos enquanto profissionais de saúde de proximidade.

A capacidade de informar indivíduo a indivíduo e a influência exercida pelo farmacêutico contribui para uma comunidade mais informada, e a consciencialização da comunidade é um pré-requisito para que sejam alcançados níveis elevados de saúde (Vieira, 2007).

Por tudo o exposto, a abertura formal das farmácias comunitárias a atividades de promoção da saúde teria como grandes vantagens não apenas a acessibilidade e a informalidade, mas especialmente o facto de serem visitadas tanto por indivíduos doentes, como por saudáveis (Blenkinsopp *et al.*, 2002), abrindo as portas a um novo papel para a farmácia: o de educador para a saúde.

O papel de educador para a saúde não é inédito, existem já experiências que introduzem a função de agente comunitário para a educação para a saúde (Holtrop *et al.*, 2008). Esta figura tem como objetivo condicionar comportamentos que prejudiquem a saúde e incentivar comportamentos que sejam promotores de saúde. Trata-se de um agente que avalia os riscos da comunidade e articula intervenções clínicas, caso estas venham a ser necessárias (Holtrop *et al.*, 2008). Programas que incluem agentes comunitários com o propósito de exercer este tipo de intervenção parecem ser uma tendência nos países da OCDE, já que se começa a verificar um recurso crescente a profissionais como enfermeiros ou farmacêuticos para agir na prevenção da doença, na educação do doente ou na gestão da doença crónica (Hashiguchi, 2020).

O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015), que constitui um componente basilar das políticas de saúde em Portugal, descreve sete princípios orientadores, essenciais à sua implementação. São eles: Prevenção e Controlo da Doença; Promoção e Proteção da Saúde; Colaboração Intersectorial; Capacitação dos cidadãos; Promoção de ambientes saudáveis; Divulgação e implementação de boas práticas; Fortalecimento da Saúde Global. Destes, três são passíveis de ter a colaboração ativa das

farmácias: (1) prevenção e controlo da doença, (2) promoção e a proteção da saúde e a (3) capacitação dos cidadãos.

Com o investimento na prevenção e na melhoria do controlo das doenças não transmissíveis pretende-se obter resultados positivos nos indicadores associados à redução da doença e da incapacidade, o que contribui para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, refletindo-se globalmente nas dimensões do bem-estar geral e da coesão social (DGS, 2015).

A promoção e proteção da saúde tem como propósito criar condições base para que os cidadãos possam melhorar a sua saúde através da modificação dos seus determinantes sociais da saúde, o que contribui para a redução das desigualdades e reforço do capital social (DGS, 2015; WHO, 1986).

Por último, a promoção da capacitação dos cidadãos, que deverá ter por base a implementação de ações de literacia em saúde que contribuam para a autonomia e para a responsabilização, deverá permitir às pessoas ter um papel mais intervencivo na gestão da sua própria saúde e uma melhor utilização dos recursos disponíveis (DGS, 2015)

No documento *“The role of the pharmacist in the health care system”*, produzido pela WHO (WHO, 1997) são identificados atributos que o farmacêutico deve ter com base na aquisição de novos conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes. Neste trabalho ao “farmacêutico-modelo” foi dado o nome de Seven-Star Pharmacist. Esta constelação de sete estrelas é baseada na assunção do papel de cuidador, decisior, líder, gestor, educador, estudante e comunicador (WHO, 1997). DeSTE conjunto, a competência que queremos destacar é a de comunicador, por ser a que exerce mais influência na vida das pessoas que recorrem à farmácia. O farmacêutico situa-se num patamar intermédio entre o médico e o cidadão, o que o coloca numa posição em que tem de se fazer valer não apenas das suas competências técnico-científicas, mas também das competências de comunicação e empatia (WHO, 1997).

Afinal, comunicar e educar são dois pilares essenciais para a promoção da saúde.

Capítulo 4 – Abordagem Metodológica

4.1. Introdução

As ciências sociais constituem um campo de investigação que começou a desenhar-se no sec. IXX (Aubert, 1999), mas que só se afirmou em pleno com o estabelecimento e reconhecimento, de facto, de algumas disciplinas como a sociologia, a economia ou a ciência política, o que aconteceu no início do sec. XX, época onde se começaram a desenhar as grandes mudanças tecnológicas e sociais que nos trouxeram ao paradigma atual (Tarman, 2017). Elas têm desempenhado um importante papel na compreensão das mudanças societais ao longo do tempo, tendo o seu estudo contribuído para um maior entendimento acerca os nossos comportamentos (Tarman, 2017), afinal uma das tarefas da ciência é a procura por uma explicação (Silveira, 1996) para os mais variados eventos.

Uma das áreas de conhecimento no âmbito das Ciências Sociais, é o campo das Ciências da Comunicação (Sousa, 2006), contudo, por estarmos a focar o nosso estudo na área da saúde, estamos a entrar ainda num outro campo, que se cruza também com as ciências comportamentais (Glanz & Bishop, 2010). É na junção destes domínios que se insere este trabalho.

Perante a ambiguidade que muitas vezes cerca a área das Ciências da Comunicação, a proposição generalizada é a de que este campo de investigação não constitui, ainda, uma disciplina estável (Song, Eberl & Eisele, 2020). Trata-se do estudo de um objeto cujo domínio não é estanque e decorre da transversalidade e da interdisciplinaridade dos campos em análise (Entman, 1993).

Por estarmos a investigar um campo onde interdisciplinaridade é indispensável, torna-se imprescindível a adotação de vários métodos e múltiplas abordagens (McQuail, 2010). Ora, é exatamente desta necessidade de abordar uma temática, neste caso a literacia em saúde, na sua transversalidade, e na perspetiva das Ciências da Comunicação, que incluímos, na nossa investigação, apontamentos relativos a áreas como a sociologia, a economia ou as políticas públicas.

4.2. Relevância da temática abordada

A revisão da literatura, que compõe a parte inicial desta investigação, foi o elemento em torno do qual se foi construindo o nosso trabalho. A revisão da literatura não serve apenas para fornecer um enquadramento e limitar o âmbito da investigação, é útil também, em última instância, para determinar se o campo em análise vale a pena ser estudado. Esta etapa serve, nas palavras de Karl Popper, para “tentar descobrir o que as outras pessoas pensaram e disseram sobre o problema em questão, por que motivo tiveram de o enfrentar, como o formularam e como tentaram resolvê-lo” (Popper, 2005 p. XX).

Com a revisão da literatura investigámos e integrámos os conceitos mais relevantes, numa lógica sequencial, permitindo-nos assumir, ao longo do caminho, uma posição crítica (Bryman, 2016) e construir o modelo conceptual que norteia todo o trabalho.

No primeiro capítulo, exploramos o tema da saúde – essencialmente como é encarado na contemporaneidade – e a relevância da comunicação em saúde. Sabemos hoje que os esforços continuados de comunicação em saúde são críticos para alterar comportamentos e atitudes, influenciar percepções e mudar as normas sociais, não apenas por contribuírem para a melhoria de resultados em saúde (Schiavo, 2014; Van Den Broucke 2014), mas também porque melhoram a relação institucional entre cidadãos e serviços de saúde, tornando-a mais próxima e transparente, ou ainda para construir um terreno de confiança onde se podem refutar mitos, equívocos e informações incorretas ou danosas (Freimuth & Quinn, 2004).

A comunicação, enquanto ativo que visa gerar resultados em saúde, beneficia do exercício da influência e da criação de pontes (Manojlovich *et al.*, 2015), pelo que apoiar os cidadãos através de comunicação assertiva, clara e positiva durante o seu percurso pelos cuidados de saúde contribui para um resultado em saúde mais favorável, e deve constituir uma verdadeira missão para o profissional de saúde (Almeida, 2019). O envolvimento do profissional de saúde com o cidadão empodera-o, fazendo-o sentir-se mais consciente da sua saúde, mais participativo e mais satisfeito (Katz *et al.*, 2007).

A literacia em saúde, tema nuclear da nossa investigação, foi alvo de extensa abordagem no segundo capítulo. Nele, explorámos o conceito, o seu enquadramento e a sua importância para os indivíduos e para os sistemas de saúde. Fruto da sua afinidade com as abordagens desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde (Kickbusch, 2001), a literacia em saúde ganhou lastro sob a influência da Carta de Otawa (WHO, 1986), onde o conceito de promoção de saúde se tornou mais global. Trata-se de uma conceptualização que tem vindo a tornar-se cada vez mais abrangente, quer na extensão das competências que integra, quer na complexidade de contextos que abrange, transfigurando-se num conceito multidimensional (Batterham *et al.* 2016).

Por ter impacto nos resultados em saúde (Coulter & Ellins, 2007), a literacia em saúde exerce um papel importante na construção de uma sociedade mais equitativa (Batterham *et al.*, 2016), com cidadãos mais saudáveis, contribuindo para um maior controlo do peso dos custos em saúde das populações mais envelhecidas (Ziegler, 1998). Sabemos, contudo, que nem todas os indivíduos registam níveis adequados de literacia em saúde, algumas revelam mesmo níveis insuficientes, resultado do seu nível de escolaridade e/ou da sua associação a estratos sociais baixos ou muito baixos (Sørensen, *et. al.*, 2015).

O farmacêutico, por prestar um serviço universal num local sem restrições de acesso (Ilardo & Speciale, 2020), acaba por ser, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto com um profissional de saúde (Agomo, 2012). O envolvimento do farmacêutico na educação e no aconselhamento comportamental contribui para a melhoria dos resultados terapêuticos e, consequentemente para a melhoria da condição do doente (Mossialos *et al.*, 2015). Uma análise aprofundada a este papel e às suas potencialidades constituiu o terceiro capítulo da nossa investigação.

As nossas opções metodológicas serviram para aferir a influência que o farmacêutico exerce na construção da literacia em saúde das pessoas. Analisámos a sua própria percepção, enquanto profissional de saúde, mas também confrontámos esse autoentendimento com a sua própria experiência, e com a que é experienciada pelas pessoas que frequentam a farmácia.

4.3. Objetivos, Questões de Investigação, Modelo Teórico de Investigação e Hipóteses

A questão de pesquisa constitui o assunto específico que queremos ver abordado (Creswell, 2009). Nesta tese, a questão central de pesquisa é a seguinte: Qual o papel das farmácias na construção da literacia em saúde?

Um problema de pesquisa consiste num problema ou numa questão que está na origem da necessidade de investigação (Creswell, 2009). Neste trabalho, identifica-se como objetivo: Conhecer o contributo das farmácias comunitárias na promoção da Literacia em Saúde em Portugal, no contexto da comunicação e das TIC.

Já a pergunta de investigação sinaliza o propósito acerca daquilo que o investigador quer pesquisar. Trata-se de uma pergunta que constitui uma afirmação explícita daquilo que o investigador procura saber (Bryman, 2016). A pergunta de partida aqui identificada é a seguinte: Representam as farmácias comunitárias um agente que contribui para a literacia em saúde, através dos processos comunicacionais que desenvolvem com os seus utentes?

Desta questão inicial, decorrem um conjunto de outras questões que passamos a enumerar:

1. Qual o papel das farmácias no preenchimento do gap entre uma sociedade cada vez mais digital e as populações com uma baixa literacia em saúde e literacia digital?
2. Quais os desafios e oportunidades que as farmácias enfrentam no exercício da promoção da literacia em saúde?

Para a definição das hipóteses tomámos como ponto de partida a ideia de Kosso (2011), ao afirmar que uma hipótese pode ser estabelecida quando temos boas razões para acreditar que um determinado evento é ou não verificável. Uma hipótese traduz uma pergunta de investigação, ainda

que sem um ponto de interrogação, pois trata-se de uma antecipação de um possível resultado que pode (ou não) ser comprovado (Bryman, 2016).

Enunciam-se, deste modo, as hipóteses que nortearam esta pesquisa:

H1 – Os farmacêuticos, através da sua prática diária, têm a preocupação de ajustar a sua comunicação ao nível de literacia em saúde de cada pessoa;

H2a – Os farmacêuticos aproveitam as interações com as pessoas para lhes prestar informações relevantes para a gestão da doença/autocuidado;

H2b – Os farmacêuticos aproveitam as interações com as pessoas para lhes prestar informações relevantes para a promoção da saúde e prevenção da doença;

H3 – Os farmacêuticos, por conhecerem o sistema de saúde, ajudam na sua navegação;

H4 – Os farmacêuticos, por serem profissionais de saúde, estão em posição de validar a informação obtida *online*;

H5 – As pessoas sentem que o farmacêutico presta um aconselhamento específico para a sua situação;

H6a – As pessoas sentem que o farmacêutico comunica sobre a gestão da doença e autocuidado com uma linguagem clara e adaptada a cada indivíduo;

H6b – As pessoas sentem que o farmacêutico comunica sobre promoção da saúde e prevenção da doença com uma linguagem clara e adaptada a si;

H7 – As pessoas veem a farmácia como um local onde podem pedir apoio para navegar pelo sistema de saúde;

H8 – As pessoas veem a farmácia como um local onde podem validar a informação que recolhem online

H9 – As pessoas veem as farmácias como um primeiro ponto de contacto na procura por aconselhamento em situações ligeiras de saúde;

H10- As pessoas esperam que as farmácias sejam mais do que um ponto de dispensa de medicamentos.

O modelo conceptual que construímos tem como base uma reflexão – que se pretende aprofundada – acerca das formas como os processos comunicacionais estabelecidos entre o farmacêutico e o indivíduo podem servir de base à promoção da literacia em saúde, tendo em conta a extensão do papel tradicional do farmacêutico e a sua legitimação para atuar em campos que não fiquem cingidos à tradicional dispensa do medicamento. O exercício desta influência é particularmente relevante no ambiente de farmácia por estar inserido numa envolvente contextual que coloca a condição de saúde da pessoa no centro da interação.

As hipóteses de investigação estão, assim, dentro daquilo que se considera serem as esferas de influência que caracterizam a literacia em saúde: a destreza na navegação pelo sistema de saúde, a gestão da doença, a promoção da saúde e a prevenção da doença (Wagner *et al.*, 2009). Ao testá-las pretendemos avaliar se, por um lado, o farmacêutico exerce uma influência na motivação e no desenvolvimento das competências necessárias para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde de uma forma que sejam aplicáveis para benefício da própria saúde (Sørensen *et al.*, 2012). Por outro, queremos aferir se esta influência, a existir, tem ressonância nas pessoas que frequentam a farmácia e se tem impacto no seu comportamento face à saúde.

Para analisarmos esta problemática, propomos um modelo teórico de investigação (Figura 4.1) que assenta em 10 hipóteses e que abrange 3 áreas concêntricas: a literacia em saúde, a literacia digital em saúde e a legitimação do farmacêutico para o exercício de influência sobre as áreas anteriores.

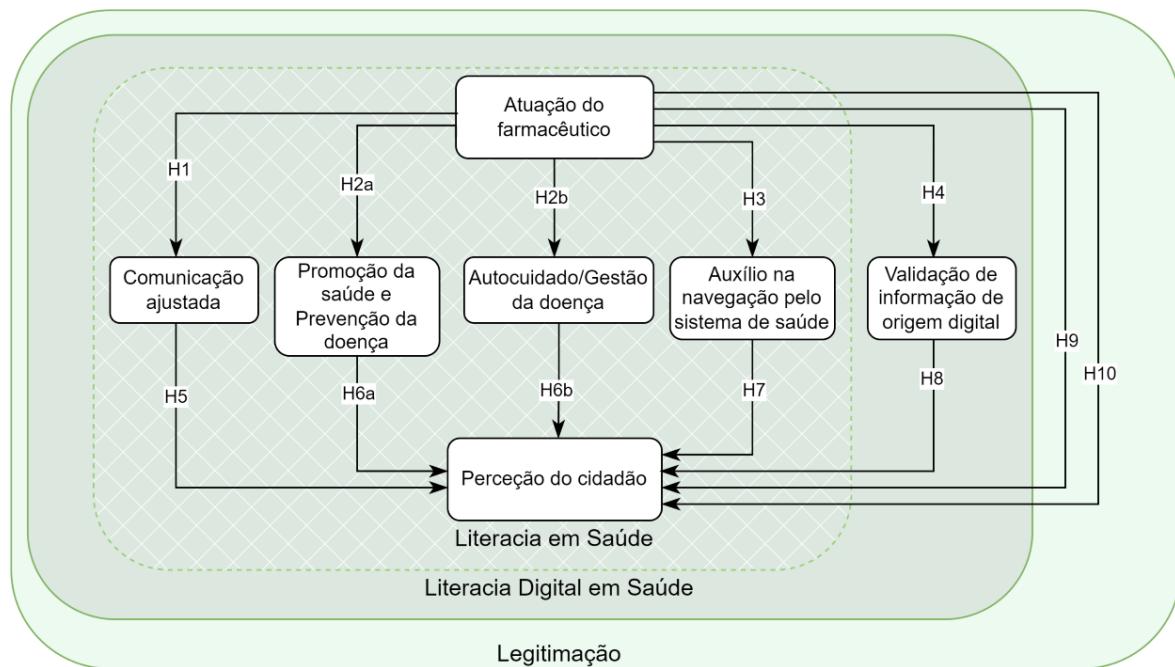


Figura 4.1 - Modelo teórico de investigação (elaboração própria)

Posicionámos a literacia em saúde ao centro por ser o elemento nuclear da nossa investigação. Em seu redor, seguindo o modelo apresentado por Norman & Skinner (2006), colocámos a literacia digital em saúde por ter um espectro mais abrangente e por requerer um conjunto de competências adicionais e, por último, acrescentámos o fator de legitimação da abordagem do farmacêutico ao indivíduo.

Para avaliarmos a percepção do farmacêutico acerca do seu contributo para a literacia em saúde dos cidadãos, elaborámos hipóteses que perfilam a sua influência nos domínios da saúde apontados por Sørensen *et al.* (2012): Cuidado de saúde; Prevenção da doença e Promoção da saúde. A estes

juntámos mediadores que têm impacto nos resultados em saúde: o auxílio na navegação pelo sistema de saúde e a adequação da comunicação ao nível de literacia em saúde do interlocutor (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Na segunda área colocámos a hipótese relativa à influência do farmacêutico na validação de informações sobre saúde obtidas a partir dos meios digitais. Pareceu-nos relevante avaliar este aspeto, na medida em que o farmacêutico comunitário por ser, muitas vezes, o um primeiro ponto de contacto com um profissional de saúde (Agomo, 2012), poder ter um papel relevante na validação da informação, que é hoje tão fácil de consumir, mas tão difícil de autenticar.

Por último, na área mais exterior do modelo, posicionámos as hipóteses que visam aferir se os cidadãos conferem legitimidade ao farmacêutico para agir promovendo a saúde pública (Eades *et al*, 2011) e se vê no farmacêutico um prestador de cuidados de saúde (Schommer & Gaither, 2014). Estas hipóteses foram testadas através da bateria de questões que colocámos no questionário dirigido aos farmacêuticos.

Uma vez que o nosso modelo teórico prevê a avaliação do impacto da atuação do farmacêutico na percepção do cidadão, usámos os mesmos domínios e mediadores para desenhar as hipóteses que incidem sobre este.

Perante a necessidade de ligar o *corpus* teórico ao processo que conduz à investigação propriamente dita, torna-se necessária a criação de um encadeamento que une estas duas etapas, e as opções que determinam este encadeamento estão ligadas à forma como uma etapa precede a outra (Greener, 2008). Assim, estamos a falar da teoria como produto da pesquisa, uma abordagem dedutiva, em alternativa à teoria que conduz a um processo de pesquisa, uma abordagem indutiva (Bryman, 2016).

Quando deliberamos se um projeto guia a teoria ou se é guiado por ela, estamos também a definir um propósito colocado na coleta de dados, na medida em que estes podem servir para comprovar a teoria, na abordagem dedutiva, ou para desenvolver uma explicação para ela, na abordagem indutiva (Saunders *et.al*, 2009). Ao colocar-se a questão sobre qual a abordagem mais apropriada para uma investigação, a resposta será invariavelmente “depende”, na medida em que estas escolhas estão relacionadas com o próprio tema a desenvolver, a sua natureza, mas também a quantidade de literatura já disponibilizada sobre o assunto em causa (Saunders *et.al*, 2009).

Uma abordagem dedutiva requere uma prévia familiarização e aprofundamento da teoria existente como forma de dar suporte ao estabelecimento dos objetivos da investigação e à formulação da pergunta de partida. Esta imersão na teoria é essencial na medida em que proporciona a identificação das grandes componentes e das variáveis que marcam o tema, bem como das relações que são estabelecidas entre si. A teoria e as hipóteses constituem, assim, o ponto de partida para a

definição do processo de recolha de dados que servirá para testar as hipóteses, confirmando-as ou não (Saunders *et.al*, 2009).

Neste caso o investigador deduz, após uma imersão na teoria, uma ou várias hipóteses, para que sejam submetidas ao teste do empirismo (Bryman, 2016). Esta hipótese, depois de formulada, tem de ser operacionalizada para que a recolha de dados possa contribuir para sustentar a sua validação (ou rejeição). É uma abordagem que está alinhada com a ideia de experimentação e teste – associada ao método científico – que abre espaço para um novo quadro conceptual com recurso aos dados recolhidos (Saunders *et.al*, 2009), e que pode promover a geração de novas regras ou princípios que alicerçem o desenvolvimento de nova teoria (Greener, 2008).

Uma abordagem indutiva começa com um olhar ou reflexão sobre o tema específico a ser pesquisado e, com recurso aos métodos de investigação, deverá gerar uma teoria resultante da pesquisa (Greener, 2008), que explique o fenómeno na sua generalização. Nesta situação a pesquisa teórica inicial também pode ser bastante útil para explorar e aprofundar o conhecimento do campo de pesquisa e para identificar e definir os conceitos que servem de base à investigação (Greener, 2008; Saunders *et.al*, 2009). Com este tipo de abordagem é possível ir construindo uma teoria com base nos dados recolhidos, que servem para fazer interpretações, estabelecer padrões e atribuir significados, e posteriormente relacionar estes dados com a teoria existente (Saunders *et.al*, 2009). Os resultados da investigação (e a sua interpretação) são integrados na teoria (Bryman, 2016).

4.4. Posicionamento Paradigmático Epistemológico

O desenho da pesquisa constitui o nosso plano (Creswell, 2009), e este plano envolve o mapeamento das decisões que são necessárias tomar, e que integram desde as suposições mais abrangentes, aos métodos mais detalhados de recolha dos dados, análise e interpretação (Creswell, 2009).

O modelo teórico que pauta a nossa investigação, e que integra as hipóteses que anteriormente descrevemos, resulta de uma visão do mundo (Creswell & Creswell, 2017), ou paradigma, que é qualificado segundo as premissas do investigador perante as questões ontológicas, epistemológicas e metodológicas (Denzin, Lincoln & Giardina 2006). Esta visão do mundo, ou paradigma (Kaushik & Walsh, 2019), constitui um conjunto de assunções que enquadram o trabalho do investigador (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), e que servem de orientação geral em relação ao mundo e à própria investigação (Creswell & Creswell, 2017), influenciando não apenas o objeto que é investigado, mas também a forma como é interpretado o resultado da investigação (Bryman, 2016).

Por ontologia entende-se a teoria sobre o que existe (Kalof & Dan, 2008), e é constituída pelo conjunto das manifestações relativas àquilo que é assumido como sendo a realidade (Guba, 1990) que,

no âmbito da nossa investigação, se refere, mais especificamente, à substância das entidades de natureza social (Greener, 2008). A ontologia constitui assim uma disciplina que se preocupa com a natureza e a estrutura daquilo que Guarino, Oberle & Staab (2009) chamam de “realidade”.

A epistemologia refere-se à essência, à fonte e à validade do conhecimento (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009; Lincoln & Guba, 2016), ou à natureza daquilo que nos é dado a saber, a conhecer (Greener, 2008). Traduz as assunções que fazemos acerca do mundo em que vivemos, como acedemos e processamos o conhecimento e como nos posicionamos face a ele (Kaushik, & Walsh, 2019).

Já a metodologia consiste na estratégia de questionamento que guia o investigador (Denzin & Lincoln, 2005). Trata-se do processo que utilizamos para fazermos a ligação entre conceitos filosóficos abstratos a métodos concretos, e constituem a forma de adquirir conhecimento acerca do mundo (Kaushik, & Walsh, 2019).

Assim, a nossa visão do mundo vai influenciar toda a forma como pesquisamos e avaliamos o que existe (ontologia), como investigamos e validamos o conhecimento (epistemologia), e como questionamos e obtemos respostas (metodologia).

O investigador deve então definir a posição que assume perante as opções ontológicas de investigação, pois estas, sendo resultantes de uma visão individual do mundo, influenciam não apenas a escolha do objeto de estudo (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), mas também a forma como a questão de pesquisa é identificada e como é formulada (Bryman, 2016). O tema coloca-se porque, estando a ontologia diretamente ligada à natureza das entidades sociais (Bryman, 2016), temos de assumir se as consideramos entidades objetivas, sujeitas a uma existência que não depende dos atores sociais, ou seja, se assumimos uma posição de objetivismo, ou se as consideramos construções sociais, alicerçadas nas percepções e ações dos atores sociais, ou uma posição de construcionismo (Bryman, 2016).

O construcionismo social é a posição ontológica que assenta na premissa que os indivíduos desenvolvem significados subjetivos em torno das experiências (Creswell & Creswell, 2017) e de interação com os outros, estando envolvidos num contexto específico (Lincoln & Guba, 2016), o que resulta na construção de significados e realidades partilhadas (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Se nos centrarmos no caso das organizações, esta posição significa que se assume que estas não existem numa realidade independente, são sim uma abstração construída na mente dos indivíduos (Greener, 2008).

Em oposição ao construcionismo, temos o objetivismo, cuja essência assenta na assunção de que os fenómenos sociais, bem como os seus significados, têm uma existência que se situa para além dos

atores sociais (Bryman, 2016), ou seja, que as entidades sociais têm uma existência autónoma das pessoas que as integram (Greener, 2008).

A epistemologia constitui um ramo da filosofia que se preocupa com os aspetos relativos ao conhecimento e tem como preocupação determinar o que é aceitável, válido e legítimo, mas também a forma como este é transmitido e disseminado (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), refere-se, portanto, à natureza, fonte e validade do conhecimento (Lincoln & Guba, 2016). Substancialmente diferente da ontologia, que tem o seu foco em conceitos abstratos, a epistemologia tem uma relevância mais concreta e evidente (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), pois está relacionada com o que constitui o conhecimento aceitável num determinado campo de estudo. A epistemologia apresenta três abordagens, o positivismo, o realismo e o interpretativismo (Saunders *et.al.*, 2009; Bryman 2012).

Bryman (2016) assinala que não existe um consenso em torno de uma base epistemológica para o mundo natural, todavia o positivismo é a que mais consenso reúne, e acaba por ser também o paradigma teórico que marca a investigação convencional (Lincoln & Guba, 2016).

O positivismo consiste num posicionamento relativo à filosofia da ciência que defende a importância da observação do mundo natural para o crescimento e consolidação do conhecimento (Fox, 2008) e a aplicação dos seus métodos, numa abordagem determinística (Creswell & Creswell, 2017), ao estudo das realidades sociais (Bryman 2012).

Por utilizar a observação empírica, o positivismo tem sido utilizado como forma de gerar teorias e modelos que possam ser generalizados (Fox, 2008). O conhecimento existente pode servir de base à formulação de hipóteses e à sua testagem (princípio do dedutivismo) com vista à explicação de fenómenos (Bryman 2012). Todavia, para um positivista só o conhecimento confirmado pelos sentidos pode ser, de facto, considerado conhecimento (princípio do fenomenalismo). As fontes de conhecimento que não sejam observáveis não podem ser testadas, pelo que não podem ser consideradas científicas (Fox, 2008).

Uma vez que as ciências naturais são resultado da interação com o mundo, é gerado o novo conhecimento pela via da recolha de dados, sendo que estes dados dão origem à formulação de novas hipóteses, e este é também um dos princípios que rege o positivismo, o princípio da indutivismo (Bryman 2012; Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009).

O positivismo defende que a ciência deve ser conduzida com objetividade, sem a influência de valores e que só as afirmações científicas se situam nos domínios da ciência, neste sentido, as impressões ou as afirmações normativas não são ciência (Bryman 2012). Estas proposições remetem-nos para aquilo que se convencionou chamar de método científico por isso, não raras vezes, o positivismo é utilizado como seu sinónimo (Creswell & Creswell, 2017), ainda que Bryman (2012)

defenda que associação deve ser evitada por não existir consenso sobre a melhor forma de caracterizar a prática científica.

Nas ciências sociais o positivismo tem sido alvo de críticas porque tem tendência a centrar a visão do mundo numa “única realidade” (Greener, 2008, p.17), e porque tende a excluir as fontes de compreensão que ajudam a identificar as variantes e a imprevisibilidade do comportamento humano, tendendo a generalizar os comportamentos e a ignorar o contexto (Fox, 2008). Estas críticas deram origem a diferentes posições epistemológicas que reconhecem que o comportamento humano é conjuntural (Creswell & Creswell, 2017), e que se tornaram mais viradas para a compreensão em vez da explicação, colocando o investigador como interpretar dos dados (Fox, 2008).

No lado oposto ao positivismo, temos o interpretativismo (Bryman 2012), que tem como base a premissa de que observar pessoas e instituições é diferente de observar fenómenos físicos (Bryman 2012), pois as pessoas atribuem significados às realidades (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009; Bryman 2012), pelo que é necessária uma abordagem que respeite as diferenças entre os objetos de estudo das ciências sociais e das ciências naturais (Bryman 2012), mostrando que não existe apenas uma realidade (Lincoln & Guba, 2016). Bryman (2012) defende assim que é função do investigador social interpretar o mundo social a partir do ponto de vista das pessoas, acolhendo várias perspetivas da realidade (Greener, 2008).

O pragmatismo emerge como uma alternativa equilibrada às abordagens mais rígidas e extremadas, alicerçando-se numa visão do mundo que defende uma adequação dos métodos às necessidades de cada situação em concreto, sem que seja necessário a verificação de condições prévias (Creswell & Creswell, 2017). Neste sentido, o pragmatismo permite ao investigador utilizar toda e qualquer abordagem que seja adequada à compreensão da questão em análise, se necessário integrando diferentes métodos no mesmo estudo (Rossman & Wilson 1985). O pragmatismo é uma posição que não está comprometida com nenhuma filosofia e que defende a utilização das abordagens consideradas viáveis à resolução dos problemas (Morgan, 2014), adequando-se particularmente bem à utilização de métodos mistos (Creswell & Creswell, 2017). Por ser dotado da agilidade que contribui para a resolução dos problemas relacionados com as questões de cada investigação, o pragmatismo está muito associado à investigação em ciências sociais, permitindo mesmo de criar um mundo próprio em cada pesquisa (Morgan, 2014).

4.5. Metodologia

Uma pesquisa de natureza qualitativa é habitualmente associada ao interpretativismo devido à necessidade de compreender significados socialmente partilhados e de natureza subjetiva. Uma vez

que estes significados são produto de interações sociais, os dados por estas gerados são tendencialmente mais propensos a uma análise qualitativa, pois têm um caráter menos homogéneos e mais variados do que aqueles de natureza quantitativa (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Em sentido oposto, os dados originados por uma pesquisa quantitativa estão geralmente associados ao positivismo, resultado da sua tipologia e do facto de serem habitualmente estruturados (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009).

Ainda que Bryman (2016) reconheça que certas posições epistemológicas e ontológicas possam estar mais ou menos associadas a métodos qualitativos ou quantitativos, defende que esta associação não é necessariamente rígida, ou seja não tem de ter um caráter determinístico.

Quando falamos de opções metodológicas para a investigação devemos começar por clarificar os conceitos de método e de metodologia. Ao referirmo-nos a métodos estamos a falar especificamente do conjunto das atividades, técnicas ou procedimentos que são desenvolvidas com o propósito de gerar e analisar os dados para a investigação (Greener, 2008; Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Já quando falamos de metodologia estamos a pensar na forma como a investigação deverá ser conduzida (Saunders *et.al*, 2009), bem como no conjunto de atividades que desenvolvemos para dar suporte à estratégia que delineamos para responder à questão de investigação (Greener, 2008). A metodologia consiste, assim, na estratégia de questionamento que guia o investigador (Denzin, Lincoln & Giardina 2005).

Os métodos quantitativos estão relacionados com os processos de coletar, analisar, relacionar, interpretar e demonstrar os resultados de uma pesquisa (Creswell & Creswell, 2017). Uma abordagem quantitativa propõe uma explicação para as relações entre as variáveis que estão a ser testadas (Creswell & Creswell, 2017). Já quando usamos métodos qualitativos estamos a utilizar uma multiplicidade de técnicas de recolha de dados e de processos de análise que não são estandardizados e que podem resultar numa multiplicidade de variações metodológicas (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009).

Começámos a nossa investigação pelo levantamento e revisão da teoria existente, o que constituiu um contributo importante para nos familiarizarmos com o tema e para conseguirmos isolar os componentes e conceitos essenciais (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Com esta abordagem dedutiva pudemos definir as hipóteses e definir a estratégia de recolha de dados.

Fazendo refletir a nossa visão do mundo nas opções de investigação, adotámos a posição ontológica construcionista, na medida em que olhamos para a literacia em saúde como um significado subjetivo, que se desenvolve em torno das experiências (Creswell & Creswell, 2017). O conceito central da nossa investigação, a literacia em saúde, exige uma interpretação social o que implica a

integração várias perspetivas da realidade (Greener, 2008), pelo que a posição epistemológica que adotamos foi o pragmatismo.

Com esta abordagem temos a liberdade de utilizar os métodos que mais nos pareçam mais adequados e viáveis, desde que contribuam para uma mais completa compreensão do problema (Morgan, 2014), e para a eficácia na produção dos resultados desejados para a investigação (Kaushik & Walsh, 2019). Esta é, segundo Creswell & Creswell (2017), a abordagem adequada para a integração de métodos mistos.

Os métodos mistos são uma importante opção metodológica, especialmente relevante quando se trata de dar respostas a questões complexas, que necessitem de abordagens complementares. Contudo, uma vez que a própria designação de método misto pode ser ambígua, pois tanto pode referir-se à recolha e análise de tipos diferentes de dados, como pode servir para designar a integração de duas abordagens diferentes na pesquisa (Tashakkori & Cresswell, 2007), importa clarificar em que consiste o método misto, no caso desta pesquisa, em particular. Para tal aludimos à definição apresentada por Tashakkori & Cresswell (2007), que designam como método misto um processo de recolha e análise de dados, cujos resultados são integrados para produzir inferência, e que resultam numa investigação única, produto de abordagens qualitativas e quantitativas.

Partindo do significado de método misto atribuído por Tashakkori & Cresswell (2007), consideramos que esta é a abordagem que melhor serve os propósitos da nossa investigação, o que significa que fazemos uso de formas de pesquisa de natureza qualitativa, juntamente com outras de natureza quantitativa, utilizando-as como complemento e suporte uma da outra (Creswell, 2009). Com esta opção tivemos a possibilidade de efetuar a recolha de dados e a sua análise, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, integrando os resultados e retirando as conclusões daí provenientes (Tashakkori & Cresswell, 2007). Daqui resulta um novo todo, com um entendimento mais holístico do que aquele que seria alcançado por qualquer uma das abordagens isoladamente (Fetters & Molina-Azorin, 2017).

A observação, que constitui um passo essencial para a investigação científica, pode ver a sua aplicação diferir consoante as necessidades da investigação em curso (Green *et al.*, 2015). A utilização de métodos quantitativos, que tem por base uma estratégia que privilegia a recolha de dados que sejam alvo de quantificação, alinha-se com a abordagem dedutiva (Bryman, 2012), que foi aqui utilizada.

A nossa opção pelo recurso a inquéritos por questionários justifica-se pela coerência e pelo rigor que deles podemos obter, já que se trata de uma entrevista estandardizada, sendo as perguntas feitas a todos os inquiridos exatamente do mesmo modo, utilizando os mesmos meios e em circunstâncias similares (Brace, 2018), o que produziu respostas consistentes e comparáveis.

4.5.1. Questionários a farmacêuticos

Uma vez que a literacia é um conceito multidimensional que integra aspectos cognitivos e sociais (Mancuso, 2008), a influência social do farmacêutico junto das pessoas (Adams *et al.* 2009) confere-lhe capital para o exercício da comunicação em saúde, ou seja, para informar e influenciar as decisões que beneficiem a saúde (Mancuso, 2008). Tendo isto em mente, quisemos identificar os recursos, as ferramentas e as técnicas comunicacionais utilizadas pelos farmacêuticos com o propósito de estimular e fomentar uma relação interpessoal colaborativa que se traduza num contributo para melhoria da autogestão da saúde (Levin-Zamir & Peterburg 2001).

A literatura conta com vários exemplos que recorrem a métodos quantitativos, nomeadamente a aplicação de inquéritos por questionário a farmacêuticos quando o objeto de estudo é o mesmo. Rajah, Hassali & Lim (2017), com o objetivo de avaliar o conhecimento, a atitude e barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde em relação à literacia em saúde, recorreram a este método para a identificação do tipo de barreiras à literacia em saúde, na perspetiva do farmacêutico. Ao analisar o trabalho destes investigadores conseguimos identificar algumas similitudes com a nossa investigação, daí ter-nos servido de referência nas nossas opções metodológicas.

Também O’Neal *et al.* (2013), no âmbito da sua investigação, recorreram a inquéritos por questionário para a obtenção dos dados, quer junto de farmacêuticos, quer junto dos indivíduos que frequentam a farmácia, com o propósito de avaliar a literacia em saúde em ambiente de farmácia. Neste estudo algumas das perguntas que foram colocadas aos farmacêuticos apresentam similitudes em relação àquelas que incluímos no nosso inquérito. Questões associadas ao domínio do atendimento, em que se pergunta se o farmacêutico se certifica que a pessoa compreendeu a informação que lhe foi transmitida, ou se fornece a informação relevante acerca da toma do medicamento que está a dispensar, são disso exemplo.

As opções metodológicas dos investigadores O’Neal *et al.* (2013) são semelhantes às nossas ainda noutrou campo: também foram inquiridos utentes de farmácias. Neste caso, o que se tentou perceber foi se a informação providenciada pelo farmacêutico tinha a conteúdo e a forma adequada, contribuindo para uma melhor gestão da condição de saúde e melhor uso do medicamento. Estes tipos de perguntas são similares aquelas que usámos no nosso inquérito.

A construção do questionário teve como preocupação a inclusão das dimensões da literacia em saúde quando aplicadas aos três domínios da saúde, tendo como referência o HLS-EU (Sørensen *et al.* 2012). Com isto quisemos certificar-nos se o farmacêutico exerce algum tipo de influência no acesso,

compreensão, avaliação e aplicação das informações sobre saúde no âmbito do cuidado da saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença.

Integrámos também algumas questões que nos permitem aferir o grau de importância atribuído à literacia em saúde no âmbito da profissão farmacêutica, bem como a identificação das limitações pré-existentes ou a avaliação de oportunidades futuras.

A recolha de dados ocorreu durante 5 semanas, entre os dias 29 de agosto e 3 de outubro de 2022. A técnica amostral utilizada foi a amostragem por autoseleção, já que o inquérito foi disponibilizado digitalmente e a recolha de dados foi feita online, com recurso à plataforma Google Forms.

Numa primeira fase o questionário foi enviado por email para cerca de 2843 farmácias. Como a taxa de resposta ficou aquém do esperado, contactámos, via Messenger, as farmácias com página institucional no Facebook, apelando ao preenchimento do questionário. Cada questionário só permitia uma resposta por utilizador, o que reduziu o potencial de recolha de dados, na medida em que não foi possível várias pessoas da mesma farmácia responderem no mesmo computador, mas, por outro lado, contribuiu para a autenticidade das respostas.

Foram, assim, validados 394 inquéritos.

4.5.2. Questionários cidadãos

Quando aprofundamos a temática da literacia em saúde somos forçados a questionar o papel dos meios digitais nestes processos, na medida em que não pode ser ignorado o papel destes na vida dos cidadãos, por este motivo integrámos na nossa investigação o conceito de literacia digital em saúde. Dados apresentados pela Secretaria de Estado para a Transição Digital (Ministério da Economia, 2020) apontam para grandes assimetrias no uso e acesso à internet: 18% da população portuguesa é infoexcluída e 48% não possuem as competências digitais básicas. Estes dados levaram-nos a tomar a decisão de inquirir presencialmente os cidadãos quando accedem à farmácia. Conscientes de que esta decisão implicaria o emprego de mais recursos e a obtenção de menos respostas, tomámo-la na mesma na expectativa que os dados fossem mais fiéis à realidade, onde muitos cidadãos não utilizam ferramentas digitais.

A técnica amostral que utilizámos foi a amostragem por conveniência, ou seja, trata-se de uma amostra não probabilística, pois a população encontra-se circunscrita às farmácias selecionadas, não sendo selecionadas por qualquer outro critério. A seleção de farmácias foi restringida a uma área geográfica delimitada, o distrito de Lisboa. Esta unidade territorial, por integrar uma enorme

diversidade cultural e socioeconómica, permitiu-nos, como em nenhuma outra zona, captar os matizes que caracterizam estas dimensões.

O distrito de Lisboa agrupa 22,28% da população nacional e dispõe 21% das farmácias. Apesar de ser a região com maior PIB nacional (35,89%), releva muitas assimetrias sociais e económicas que se manifestam também ao nível da malha urbana, fazendo coexistir áreas densamente povoadas com zonas rurais e semirrurais. Estas diferenças moldam a oferta de cada farmácia, que se adapta à sua envolvente através de ajustes na dimensão física, na oferta de serviços, no sortido de produtos, mas também no acompanhamento e na proximidade às pessoas e às comunidades. A tipologia de farmácias é, assim, diversa, com marcadas diferenças ao nível intermunicipal, mas também ao nível intramunicipal nos 16 municípios que compõem o distrito de Lisboa (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 – Dados relativos ao distrito de Lisboa

Municípios	População residente (1)	Indicador <i>per capita</i> de Poder de Compra (2)	% População com ensino superior completo (3)	Farmácias (4)
Azambuja	22 774	98,86	6,89%	6
Alenquer	44 384	88,95	7,50%	11
Arruda dos Vinhos	15 593	93,73	9,71%	2
Cadaval	13 704	72,36	5,87%	3
Lourinhã	26 019	79,75	7,33%	4
Sobral de Monte Agraço	10 743	97,01	7,74%	3
Torres Vedras	78 905	96,37	9,66%	22
Amadora	184 812	100,07	12,05%	41
Cascais	213 775	117,95	20,67%	41
Lisboa	509 565	205,62	29,13%	249
Loures	214 328	100,99	12,25%	48
Mafra	850 56	98,31	11,67%	14
Odivelas	162 389	88,79	11,96%	32
Oeiras	177 602	153,13	25,16%	49
Sintra	392 145	93,61	10,76%	64

Vila Franca de Xira	141 960	97,35	10,92%	28
Total parcial	2 293 754		17,02%	617
Total nacional	10 297 081	100	12,09%	2 922
Total parcial em %	22,28%			21,12%

(1) Dados de 2021, Pordata; (2) Dados de 2019, INE; (3) Dados de 2021, Pordata; (4) Dados de 2022 ANF

Como indicadores socioeconómicos escolhemos o Índice per Capita de Poder de Compra (IpC) e a percentagem da população que tem como mais alto grau de escolaridade o ensino superior completo. O IpC pretende traduzir o poder de compra manifestado quotidianamente, em termos per capita, nos diferentes municípios ou regiões, tendo por referência o valor nacional (INE). Já os dados relativos à escolaridade pretendem servir de indicador social, mas também de cuidado com a saúde, já que existe uma forte associação entre educação e saúde que se torna mais forte a cada ano a mais de escolaridade (Arcaya *et al.*, 2015). Os dados relativos à escolaridade foram recolhidos no âmbito do Censos (os dados disponibilizados referem-se ao ano de 2011, pois eram os únicos que estavam disponíveis em setembro de 2022 na Pordata, altura da consulta)

Os questionários decorreram entre os dias 25 de novembro e 28 de dezembro, nas farmácias:

- Farmácia Estácio – Xabregas
- Farmácia Estácio – Restauradores
- Farmácia Tapada das Mercês
- Farmácia das Fontainhas – Cascais
- Farmácia Parque – Estoril
- Farmácia Confiança – Damaia
- Farmácia da Paiã – Famões

Foram validados 112 inquéritos presenciais.

4.5.3. Estudo etnográfico

Perante um objeto de estudo passível de ser analisado sob diversos prismas e sujeito a várias abordagens, considerámos que seria relevante para a nossa investigação recorrer a um instrumento auxiliar: o estudo etnográfico. Trata-se de um método de investigação cujo foco é o estudo de um grupo de pessoas, observado por um determinado período no seu ambiente natural (Creswell, 2009), de onde se pode assistir à evolução dos eventos tal como ocorreriam sem que houvesse a presença de um observador (Adler & Adler, 1998). Incluímos, por isso, esta análise observacional que decorreu

em farmácias selecionadas, inseridas em alguns dos municípios pertencentes ao distrito de Lisboa. O objetivo deste estudo foi observar, sem qualquer intervenção da nossa parte, as dinâmicas que se estabelecem entre farmacêuticos e utentes no decurso de atendimentos regulares. Fizemo-lo num período delimitado num conjunto de farmácias de diferentes tipologias.

O estudo etnográfico decorreu nos mesmos dias e nas mesmas farmácias onde foi aplicado o questionário presencial a utentes de farmácia.

A triangulação, resultante da utilização conjunta de técnicas qualitativas e quantitativas no nosso desenho de pesquisa contribui, cremos, mas um resultado mais fidedigno e mais condizente com a realidade, integrando pontos de vista complementares e, por vezes, até divergentes. O resultado pretende-se rico e consequente, na medida em que a integração destes diferentes ângulos de análise permite ter um olhar mais abrangente sobre a temática.

Capítulo 5 – Análise de resultados

5.1. Introdução

Chegados ao momento de observarmos o nosso objeto de estudo no terreno, perscrutamos as farmácias e os cidadãos numa tentativa de entender como os estímulos e a dinâmica resultante da relação entre estes agentes possa (ou não) exercer uma influência nos níveis de literacia em saúde da população.

5.2. Questionário aos farmacêuticos

5.2.1. O Universo

Ao definir os farmacêuticos como universo para a nossa investigação, estamos a limitar o espectro dos indivíduos habilitados a responder ao questionário. Sendo este universo composto por 15 565 indivíduos (OF, 2020), definimos como objetivo obter uma amostra de, no mínimo, 380 respondentes para garantir uma margem de erro de 5 p.p., para um nível de confiança de 95%.

5.2.2. A amostra

A nossa amostra é constituída por 394 indivíduos, representando o grupo de profissionais que responderam ao inquérito. Por nos termos decidido, numa primeira fase, pelo envio de correio eletrónico para uma base de dados que inclui 94% de todas as farmácias em Portugal, e por, numa segunda fase, termos recorrido a todas as farmácias com página institucional na rede social Facebook, isolámos assim 2 grupos de potenciais. Em virtude disto, a seleção dos respondentes não foi totalmente aleatória e a todos foi concedida uma probabilidade superior a zero de serem selecionados. Este procedimento torna a nossa amostra numa amostra do tipo probabilístico (Bryman, 2016).

Com o objetivo de obtenção de dados fidedignos, que refletisse a realidade, acionámos uma funcionalidade no Google Forms que só permite uma resposta por link, pelo que a cada respondente só foi permitida uma participação.

5.2.2.1. Caracterização da amostra

O sexo feminino representa uma maioria expressiva (79,9%) da amostra (Figura 5.1). Estes números estão alinhados com os que são comunicados pela Ordem dos Farmacêuticos (OF, 2020), onde a distribuição é de 80% de profissionais do sexo feminino e 20% pertencentes ao sexo masculino.

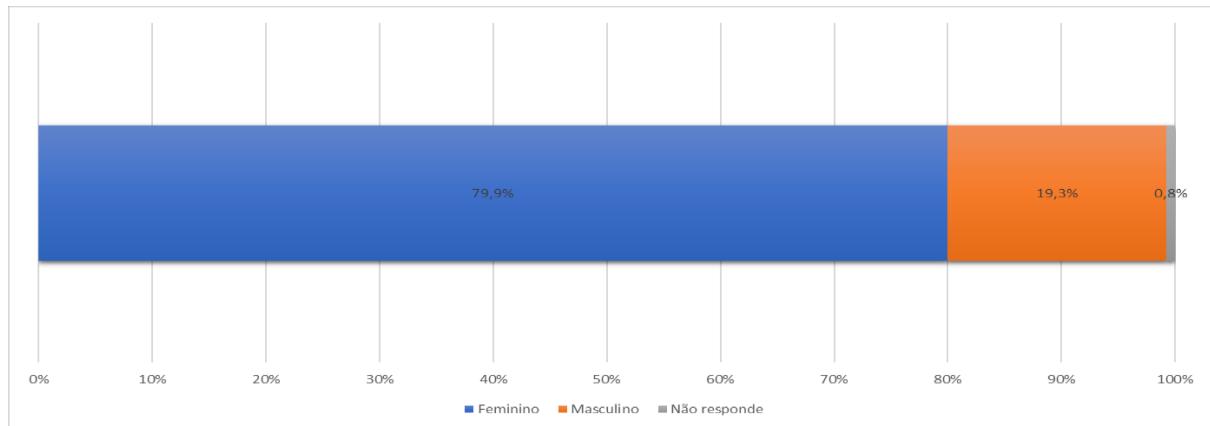


Figura 5.1 - Caracterização da amostra-Sexo

No que se refere à idade, considerámos que teria utilidade a criação de escalões etários baseadas nos dados que obtivemos. Com estes escalões não apenas conseguimos analisar estes dados de forma mais eficiente, como também nos permite efetuar análises em associação com outras variáveis.

A maioria dos inquiridos tem entre 25 e 39 anos (52,54%). O segundo maior bloco de respondentes situa-se no escalão etário imediatamente a seguir, entre os 40 e os 54 anos, com 32,49% das observações (Figura 5.2). Estes dois escalões, em conjunto, são responsáveis por 85% do total de respostas.

A média de idades situa-se nos 39 anos e a mediana nos 37 ($SD=11,3204$).

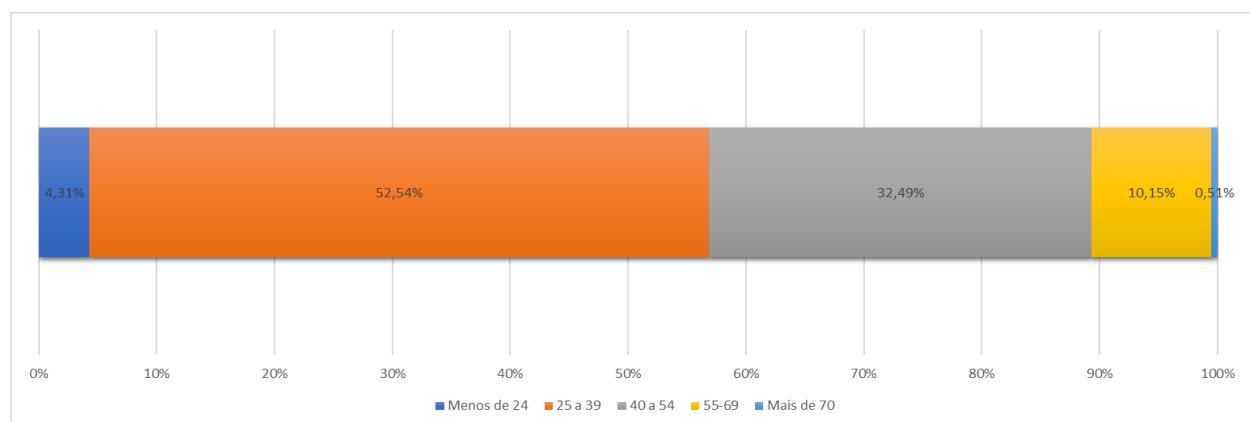


Figura 5.2 - Caracterização da amostra- Escalões etários

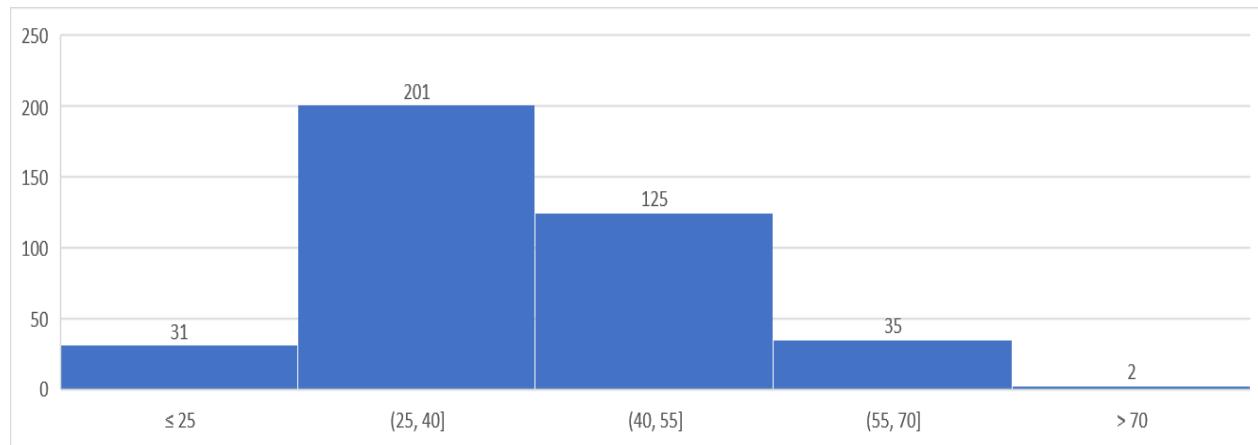


Figura 5.3 - Caracterização da amostra -Distribuição dos escalões etários em valores absolutos

Na figura 5.3 podemos conferir as idades dos respondentes em escalões de valores absolutos.

No que se refere à distribuição geográfica, apesar de termos obtido respostas oriundas de todos os distritos de Portugal, os grandes grupos de respondentes concentram-se essencialmente nas maiores cidades portuguesas (Figura 5.4), com destaque para Lisboa, com 28,43%, seguido de Setúbal, com 12,69% e Porto, com 12,18% que, juntas, perfazem mais de 50% das respostas.

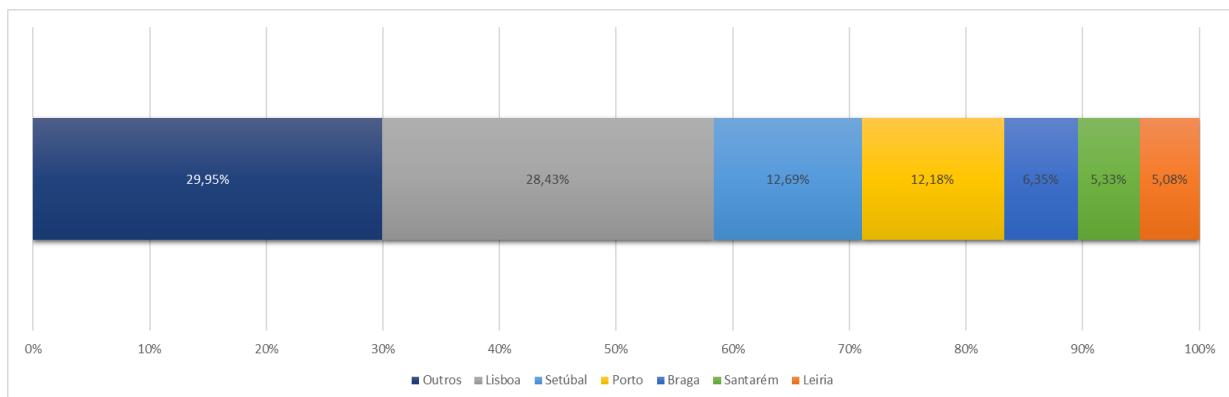


Figura 5.4 - Caracterização da amostra-Distribuição geográfica

A maioria dos profissionais que responderam ao nosso inquérito encontravam-se, no momento, a trabalhar em farmácia comunitária, representando 85,71% da amostra. Este dado é importante porque são muitos os profissionais que começam a sua vida profissional em farmácia comunitária, onde adquirem experiência, mas que, em determinado momento, transitam para outras áreas relacionadas com o campo das ciências da vida, nomeadamente a indústria farmacêutica. Em

complemento a este elemento, quisemos fazer a distinção entre os anos de experiência como farmacêutico e anos de experiência em farmácia comunitária.

Desta forma elaborámos 2 questões que nos ajudaram a fazer a distinção: “Quanto tempo tem de experiência tem como farmacêutico(a) (em anos)?” e “Quanto tempo tem de exercício de funções em farmácia comunitária (em anos)”. Também aqui classificámos os dados por intervalo de anos.

Como resposta à primeira pergunta, podemos verificar que a maior fatia dos profissionais (37,82%) tem entre 6 e 15 anos de experiência (Figura 5.5). A média situa-se nos 14,61 anos (SD=11,26).

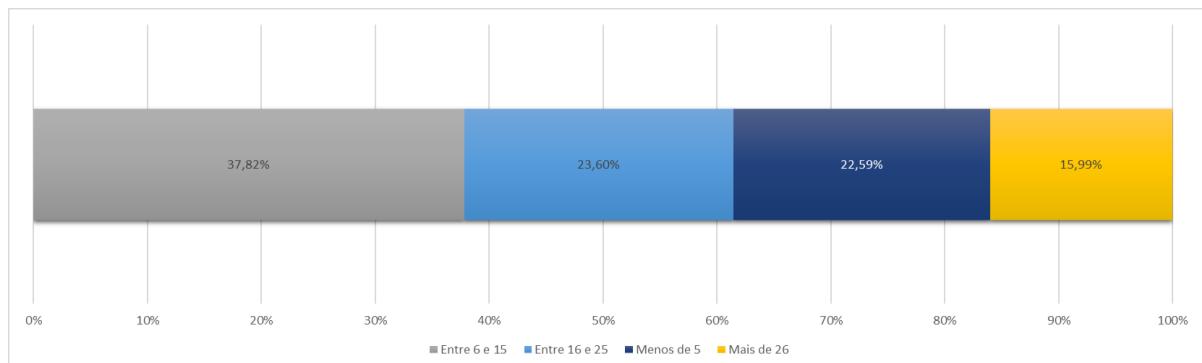


Figura 5.5 - Anos de experiência como farmacêutico

Este resultado está muito alinhado com a resposta à segunda questão, cujo maior número de respostas (37,56%) também se insere no mesmo intervalo (Figura 5.6). No caso dos anos de experiência em farmácia comunitária, a média encontra-se nos 13,25 anos (SD=10,01).

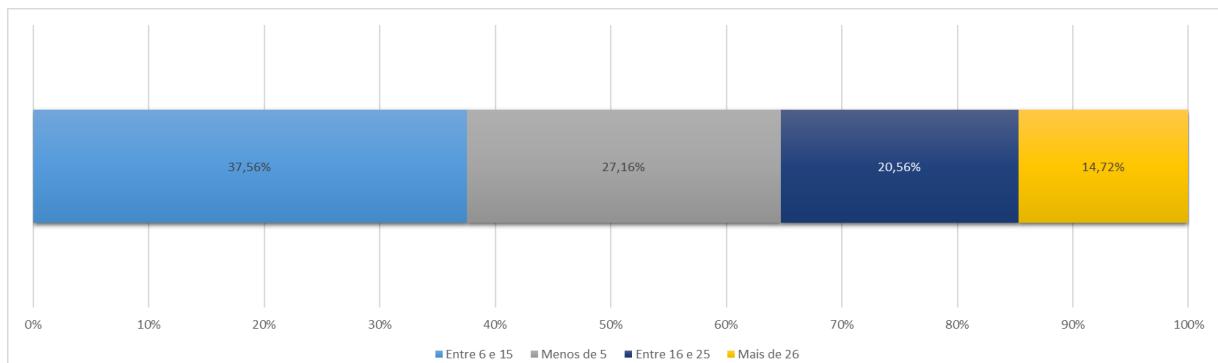


Figura 5.6 - Anos de experiência em farmácia comunitária

5.2.3. O inquérito por questionário

O desenho do questionário teve como propósito perceber o grau de envolvimento dos farmacêuticos, em farmácia comunitária, com o tema Literacia em Saúde. Desta forma, considerámos importante

fazer um despiste acerca da compreensão plena do próprio conceito, que formos desvendando ao longo da jornada de resposta ao questionário, nomeadamente colocando questões que tenham incidência nas suas várias dimensões.

Pareceu-nos importante incluir no inquérito questões que nos permitissem perceber se, para além de um reconhecimento da importância do conceito, haveria vontade de ter um papel mais ativo e que situações poderiam ser apontadas como impedimento para que tal aconteça.

5.2.4. Resultados

Para uma análise mais detalhada dos resultados obtidos a partir da aplicação dos inquéritos por questionário aos farmacêuticos, separámos as questões de âmbito mais geral em duas partes: reconhecimento e avaliação, e resposta a lacunas.

5.2.4.1. Reconhecimento e identificação

Quando questionados com a pergunta: “Na sua prática diária costuma tentar perceber o nível de literacia em saúde da pessoa que tem diante de si?”, a maioria dos respondentes (67,77%) respondeu “Sim”, o que corresponde a 267 pessoas. O segundo grupo mais representativo corresponde àqueles que responderam “Às vezes”, que totalizaram 115 (29,19%) (Figura 5.7).

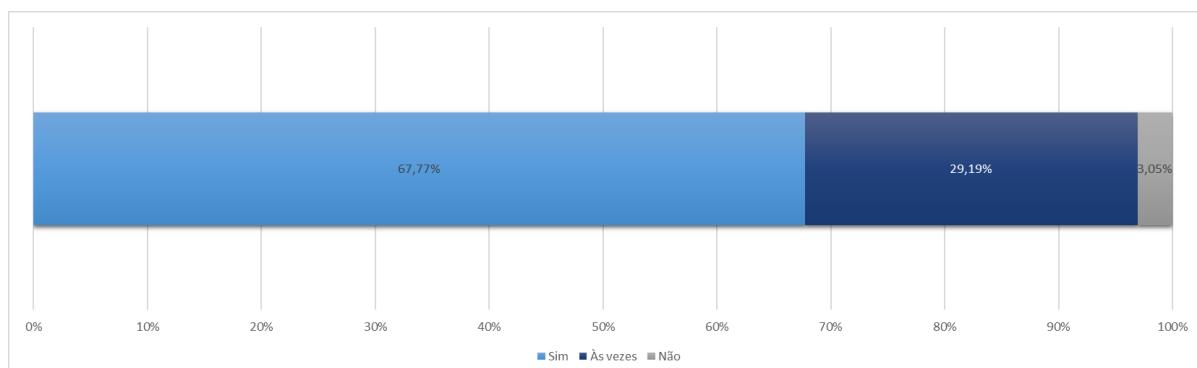


Figura 5.7 - Preocupação manifestada em perceber o nível de literacia em saúde

Tendo como base a pergunta anterior, quisemos perceber como é operacionalizada a avaliação do grau de literacia em saúde do indivíduo. Para tal, fizemos a pergunta: “Se respondeu sim ou às vezes, como é que faz esta apreciação?”

À questão apenas reunimos respostas de 381 inquiridos, na medida em que estava dependente da resposta à pergunta anterior.

Opções de resposta eram: “faz perguntas de despiste”; “com base em interações anteriores” e “utiliza a técnica *teach-back*”. Ainda que as respostas pudessem ser cumulativas, a maioria dos respondentes (59,1%) afirma recorrer apenas a uma ferramenta para efetuar a sua análise, enquanto os restantes utilizam um mix das várias técnicas, ou mesmo todas em conjugação.

Deste modo, 120 farmacêuticos (31,50%) assumem como prática “fazer perguntas de despiste”, e 55 (14,44%) “utiliza a técnica de *teach-back*” como suporte para a sua análise. Já as interações anteriores servem de suporte para 50 (13,1%) dos inquiridos. A utilização de duas ou mais técnicas em complementaridade representa a escolha de 40,94% dos respondentes (Figura 5.8), sendo que a combinação que se destaca é que une as perguntas de despiste com as interações anteriores, com 15,49% das preferências.

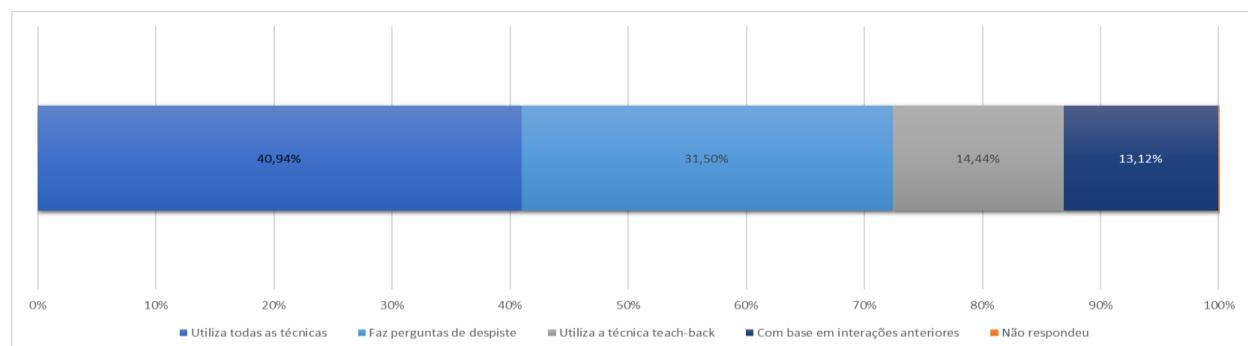


Figura 5.8 - Técnicas utilizadas como suporte para aferir o grau de literacia em saúde

As perguntas de despiste são a técnica mais empregue (n=120), sendo utilizada isoladamente ou em associação a outras técnicas, seguida da técnica de *teach back* (n=55) e na avaliação baseada em interações anteriores (n=50).

5.2.4.2. Resposta a lacunas no campo da literacia em saúde

Perante um indivíduo com necessidades de acompanhamento na gestão da sua doença, quisemos conhecer qual a abordagem adotada pelo farmacêutico para que consiga que a sua mensagem seja compreendida. Para tal, listámos três opções de resposta que, à semelhança da questão anterior, podiam ser cumulativas. 64 farmacêuticos (16,24%) indicaram que fazem recomendações com linguagem clara e positiva, 37 (9,39%) afirmaram que fazem perguntas para avaliar as necessidades em maior pormenor, e 14 (3,55%) referem recorrer a materiais escritos para apoiar a sua mensagem

(Figura 5.9). Todavia a maioria dos farmacêuticos (70,81%) afirma apoiar-se em mais do que um recurso para fazer face às necessidades destas pessoas.

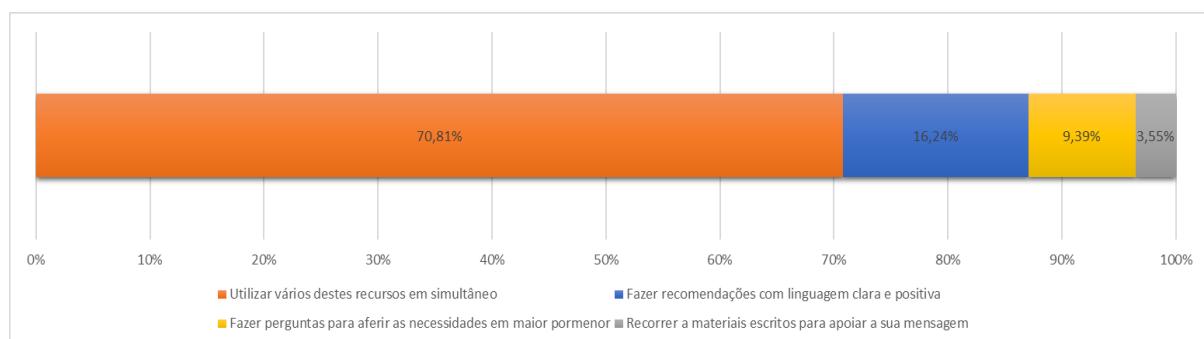


Figura 5.9 - Técnicas utilizadas para suportar a mensagem perante um cidadão com necessidades de acompanhamento

A utilização cumulativa de todas as técnicas sugeridas obteve a preferência da maioria dos respondentes (30,96%).

De notar que dos farmacêuticos que utilizam simultaneamente 2 ou mais recursos, 25 (6,35%) indicam ainda recorrer suplementarmente a outros métodos para além de todos aqueles que foram dados como opção.

Dos exemplos apontados como outras práticas adicionais, é frequentemente referido o recurso a analogias com situações quotidianas ou, se for o caso, a demonstração da utilização de um medicamento ou dispositivo médico, caso seja um procedimento que se justifique. Todavia, a abordagem complementar que mais frequentemente foi indicada consiste num seguimento próximo após a ida à farmácia, seja através do agendamento de novas visitas à farmácia, seja com telefonemas posteriores para seguimento da situação, por iniciativa do farmacêutico, e, por vezes, visitas a casa. Registam-se também algumas respostas que incluem a tentativa de envolvimento de familiares próximos para um acompanhamento do doente.

Quando se verificam inconsistências ou dúvidas na toma da medicação, um dos recursos apresentados é um serviço farmacêutico que nasce exatamente desta necessidade de evitar confusões que possam levar a erros na toma da medicação: a Preparação Individualizada da Medicação (PIM). Este serviço consiste numa preparação prévia, individualizada e em blisters específicos, de toda a medicação para um determinado período, com a indicação da hora a que tomar o conjunto dos medicamentos.

Os dados obtidos a partir da aplicação do nosso inquérito mostraram que os farmacêuticos demonstraram ter vontade de interagir e influenciar os cidadãos com o propósito de os ajudar a ser mais saudáveis e mais autónomos na gestão da sua própria saúde. A esta vontade não é alheia a

perceção que o farmacêutico tem do seu papel na comunidade, e especificamente na questão da literacia em saúde. 99,2% dos inquiridos considera que a sua posição lhe permite contribuir para a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e 98,7% considera mesmo que é seu papel fazê-lo.

Todavia, apesar de a maioria dos farmacêuticos fazer uma apreciação do seu papel como estando numa posição privilegiada para estimular as competências relacionadas com a literacia em saúde dos cidadãos, as suas próprias competências nesta área não estão plenamente exploradas nem potenciadas, na medida em que a maioria deles (58,9%) nunca fez qualquer formação em que fosse abordado o tema literacia em saúde, o que parece indicar que existem lacunas e um caminho a percorrer na formação destes profissionais.

5.2.4.3. Dimensões e intervenções em contexto

Uma vez que o potencial dos contributos no campo da literacia em saúde beneficia do contexto em que ocorrem as interações, quisemos compreender se as oportunidades de comunicação entre o farmacêutico e o cidadão, que são sempre feitas em contexto de autocuidado ou da gestão dos cuidados de saúde, são aproveitadas para este fim. A gestão da doença, por implicar a utilização de tecnologias e o consumo de recursos (Dewalt *et al.*, 2004) pode sempre ser alvo de melhoria e otimização, pelo que nos foi necessário aprofundar o entendimento que os farmacêuticos têm do exercício da sua influência.

Para este efeito colocámos a seguinte questão: “Na sua prática diária, perante pessoas com doença crónica, costuma fazer recomendações simples e específicas para a sua condição, com o propósito de que ajudar na manutenção da saúde?”. À pergunta, a maioria dos farmacêuticos (61,68%) afirma fazê-lo frequentemente e 20,56% afirmam fazê-lo sempre (Figura 5.10). A soma destes dois grupos perfaz 82,23%, o que parece indicar que apoiar doentes os crónicos com recomendações adequadas a cada situação é uma prática frequente nas farmácias comunitárias portuguesas.

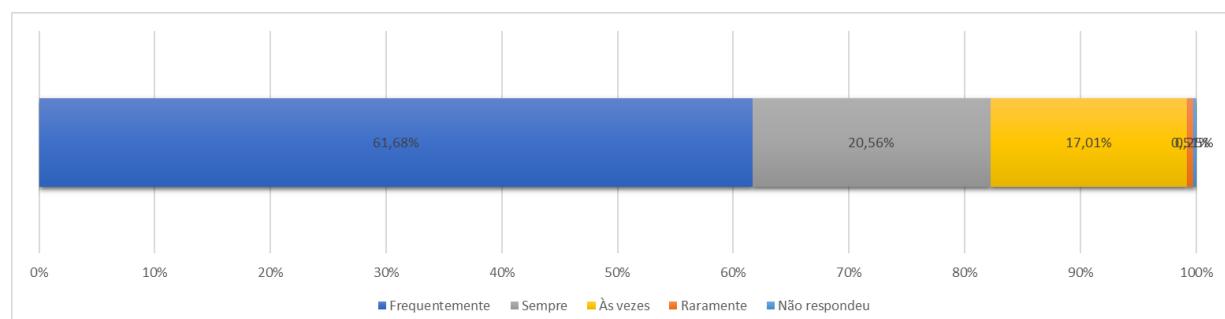


Figura 5.10 - Resposta às necessidades específicas de pessoas com doença crónica

Considerando que a toma correta dos medicamentos, a segurança e o conhecimento acerca do seu propósito são fatores determinantes para a adesão à terapêutica e para a obtenção dos melhores resultados em saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007), e estando o âmbito da ação farmacêutica muito associado à dispensa e aconselhamento na toma de medicamentos, o contexto torna-se ainda mais relevante e específico. Tendo estes factos em mente, quisemos perceber se os farmacêuticos têm bem presente a importância das suas práticas e competências de comunicação neste processo. Para tal inserimos a pergunta: “Na sua prática diária costuma falar acerca dos aspetos importantes relacionados com, por exemplo, a toma dos medicamentos, nomeadamente, para que servem e porque devem ser tomados de acordo com a prescrição (duração do tratamento e pontualidade nas tomas)?” no nosso questionário.

As respostas não surpreenderam e indicam uma grande sensibilidade do farmacêutico a estas questões relacionadas com a medicação: mais de metade dos respondentes (50,51%) afirmou que o faz sempre o que, juntamente com aqueles que atestam que o fazem frequentemente, perfazem 94,16% do total dos respondentes (Figura 5.11).

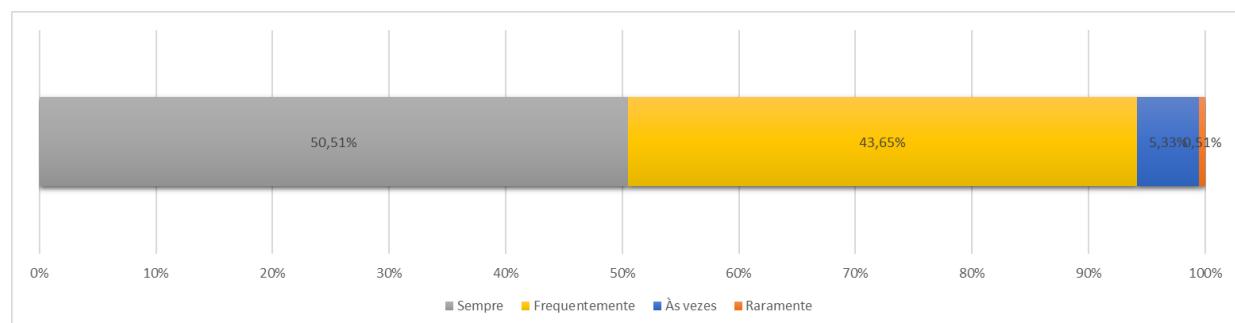


Figura 5.11 - Regularidade com que fala dos aspectos importantes relacionados com medicamentos

Sendo a medicação um aspeto de extrema importância numa eficaz gestão da doença, especialmente se estivermos a falar de doenças crónicas (Brown & Bussell, 2011; Ho *et al.*, 2008), percebemos o impacto que esta comunicação entre farmacêutico e cidadão tem nos resultados dos tratamentos farmacológicos e, consequentemente, numa eficaz gestão da doença e autocuidado.

O incentivo à prática de comportamentos saudáveis também encontra na farmácia, que é um espaço de saúde, um local onde o contexto tem um papel importante e não deve ser desperdiçado, afinal a promoção da saúde constitui uma das dimensões da literacia em saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Não perdendo de vista os impactos profundos da literacia em saúde na promoção da saúde, quisemos saber como se posicionavam os farmacêuticos: “Na sua prática diária, perante a oportunidade de incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde, do tipo: fazer exercício físico; reduzir o sal; consumir frutas e vegetais, etc., costuma fazê-lo?”. Como resposta, 90

farmacêuticos (22,84%) afirmaram que o fazem sempre, enquanto 236 (59,90%) declara fazê-lo frequentemente, perfazendo 87,74% (Figura 5.12).

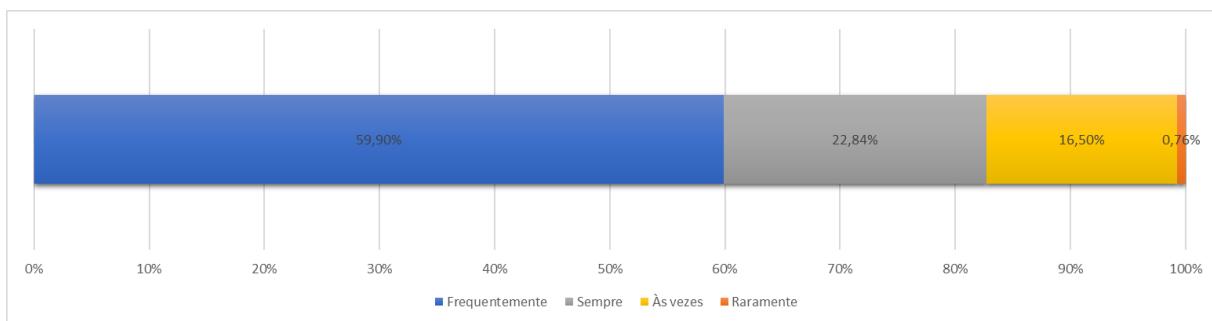


Figura 5.12 - Regularidade com que aproveita as oportunidades para incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde

De uma forma resumida, apesentamos os resultados comparando a atitude do farmacêutico e o seu grau de incentivo à adoção de comportamentos que beneficiem a saúde, perante diferentes contextos.

O quando resumo (Tabela 5.1) codifica as diversas situações e a Figura 5.13 demonstra os resultados obtidos.

Tabela 5.1 - Incentivo à adoção de comportamentos que beneficiem a saúde, mediante diferentes contextos

1	Na sua prática diária costuma falar acerca dos aspetos importantes relacionados com, por exemplo, a toma dos medicamentos, nomeadamente, para que servem e porque devem ser tomados de acordo com a prescrição (duração do tratamento e pontualidade nas tomas?)
2	Na sua prática diária, perante a oportunidade de incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde, do tipo: fazer exercício físico; reduzir o sal, consumir frutas e vegetais, etc., costuma fazê-lo?
3	Na sua prática diária, perante pessoas com doença crónica, costuma fazer recomendações simples e específicas da sua condição, com o propósito de que ajudar na manutenção da saúde?

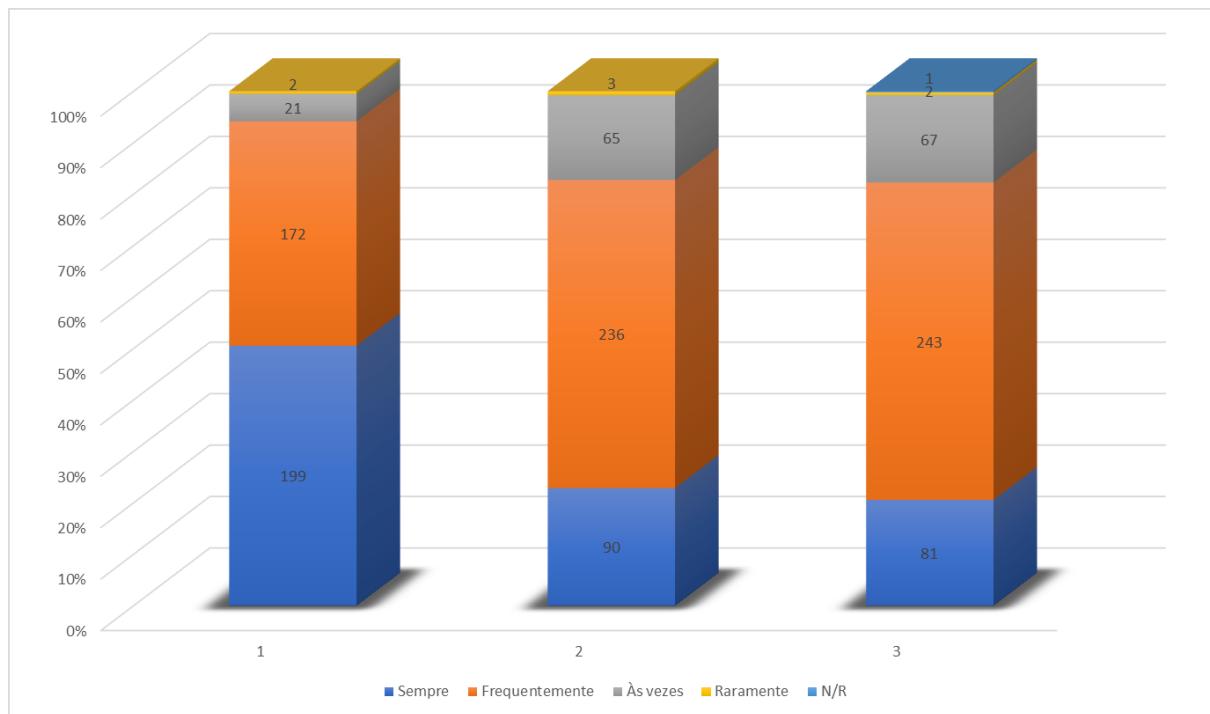


Figura 5.13 - Regularidade com que o farmacêutico exerce o seu poder de influência para a promoção da saúde e prevenção da doença

Podemos constatar o grande empenho colocado na transmissão de conhecimento acerca do consumo responsável do medicamento (1), mas também um esforço depositado numa interação na promoção da saúde (2) e na prevenção da doença (3).

Contudo, não é apenas nos campos referidos que se encontram lacunas e necessidades, pelo que esforços são necessários noutros domínios para promover a capacitação e autonomia do cidadão. Um destes domínios é a relação com o sistema de saúde, que pode ser confusa e angustiante, pelo que o desenvolvimento de competências relacionadas com a naveabilidade é também uma área onde o cidadão pode beneficiar da literacia em saúde (Sørensen, 2018; Sørensen *et al.*, 2019; Griese *et al.*, 2020). Este aspeto levou-nos a querer saber quão frequente é a solicitação de apoio, por parte do cidadão, para aceder e navegar pelo sistema de saúde, ao que 95,43% dos farmacêuticos responderam que já tiveram solicitações neste sentido. Esta resposta parece indicar que existe uma necessidade premente de ajudar os cidadãos na redução da complexidade dos sistemas (Nutbeam & Lloyd, 2021), e que o farmacêutico é procurado para esta intervenção.

Tão ou mais confuso do que navegar pelo sistema de saúde, pode ser navegar na internet em busca de informação fidedigna que sirva de apoio à tomada de decisões em saúde. Para além das competências para aceder e navegar, são também necessárias competências para procurar, avaliar e usar a informação disponibilizada digitalmente, pelo que essa foi outra das áreas que quisemos investigar e que mereceu a nossa análise.

5.2.4.4. A literacia digital em saúde

A pesquisa de informação - que constitui uma competência elementar para a literacia em saúde - é outra das áreas em que o cidadão comum demonstra insuficiências (Sørensen *et al.*, 2015). Ainda assim, quando esta pesquisa ocorre em meios digitais o problema é agravado pela dificuldade de selecionar conteúdos num espaço não vasto e complexo como a internet.

A proliferação de conteúdos sobre saúde não validados é uma questão que merece a nossa atenção, não apenas por ser um tema atual com implicações sociais e políticas, mas, essencialmente, pelos impactos negativos daí possam advir para a saúde individual e/ou coletiva, no curto, médio e mesmo longo prazo.

Tendo isto em mente, perguntámos aos farmacêuticos se já se tinham deparado com pessoas que pesquisaram online informações sobre saúde e obtiveram resultados imprecisos, enganosos ou fora de contexto. A resposta foi esclarecedora, tendo 96,4% dos inquiridos respondido sim, o que evidencia o quanto comum e potencialmente nefasto é o problema das informações imprecisas, descontextualizadas ou danosas. Perante uma situação desta natureza, a maioria dos farmacêuticos cuja resposta foi afirmativa na pergunta anterior (50,79%) “tentou esclarecer a questão, certificando-se de que a pessoa a entendeu corretamente”, enquanto 46,32% “alertou para o facto de que nem todos os sites têm informação fidedigna” (Figura 5.14).

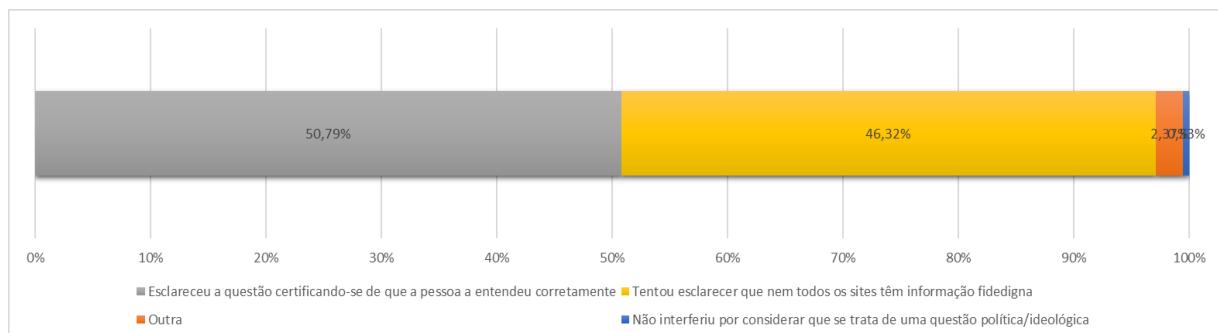


Figura 5.14 - Atitude perante informações não validadas, obtidas online

Das restantes opções fornecidas, 2 dos inquiridos “não interferiram por considerar que se trata de uma questão política/ideológica”, enquanto 9 optaram por “outra” resposta quando se encontram na situação descrita.

5.2.4.5. A importância da literacia em saúde em vários domínios: a visão do farmacêutico

Sabemos que os farmacêuticos são, naturalmente, muito sensíveis as questões relativas à saúde, seja ao nível individual, seja ao nível coletivo. Por esse motivo quisemos medir a sua percepção

relativamente ao impacto da literacia em saúde em três domínios: saúde pública, qualidade de vida das pessoas e sustentabilidade do SNS.

Para melhor visualizarmos este efeito desenhámos uma escala de 1 a 5, em que 1=sem importância; 2=pouco importante; 3=moderadamente importante; 4=importante e 5=muito importante. Com base nesta escala elaborámos gráficos que nos ajudam a entender este posicionamento.

Quando questionados acerca da importância da literacia em saúde para a saúde pública, 328 (83,2%) dos inquiridos considera-a um fator muito importante, enquanto 56 (14,2%) a classifica como importante (Figura 5.15).

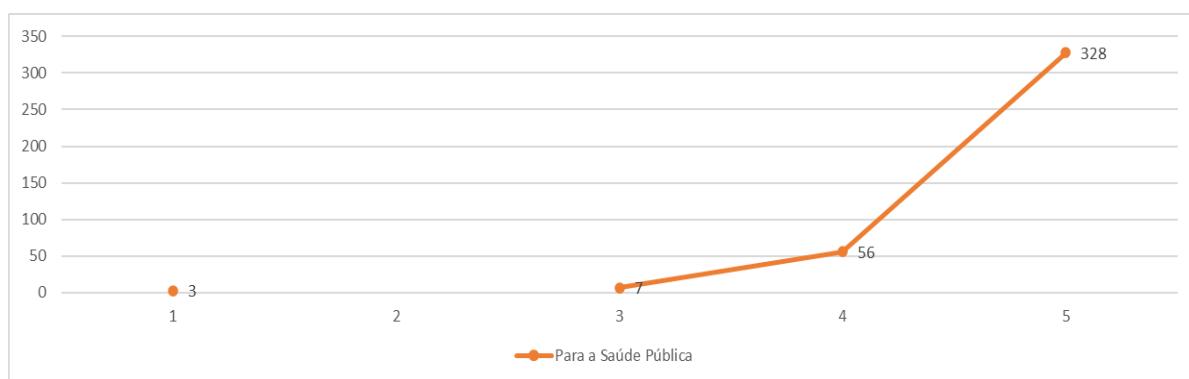


Figura 5.15 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a Saúde Pública

Já quando a esfera considerada é a da qualidade de vida das pessoas, 332 (84,2%) dos respondentes atribuíram o grau de muito importante à literacia em saúde, e 54 (13,7%) considera-a importante (Figura 5.16). Este é o domínio que mais farmacêuticos classificaram como muito importante.



Figura 5.16 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a qualidade de vida das pessoas

Por último, quando abordámos a questão pela ótica da sustentabilidade do SNS, 275 (69,8%) do total de inquiridos considera a literacia em saúde muito importante e 96 (24,3%) como importante (Figura 5.17).



Figura 5.17 - Importância atribuída à Literacia em Saúde para a sustentabilidade do SNS

Ao sobrepormos os gráficos podemos concluir que os domínios da Saúde Pública e da Qualidade de Vida têm valores muito idênticos (Figura 5.18), o que atesta uma consciência muito presente do impacto que a literacia em saúde tem diretamente na saúde dos cidadãos, à luz do entendimento que os farmacêuticos dela têm.

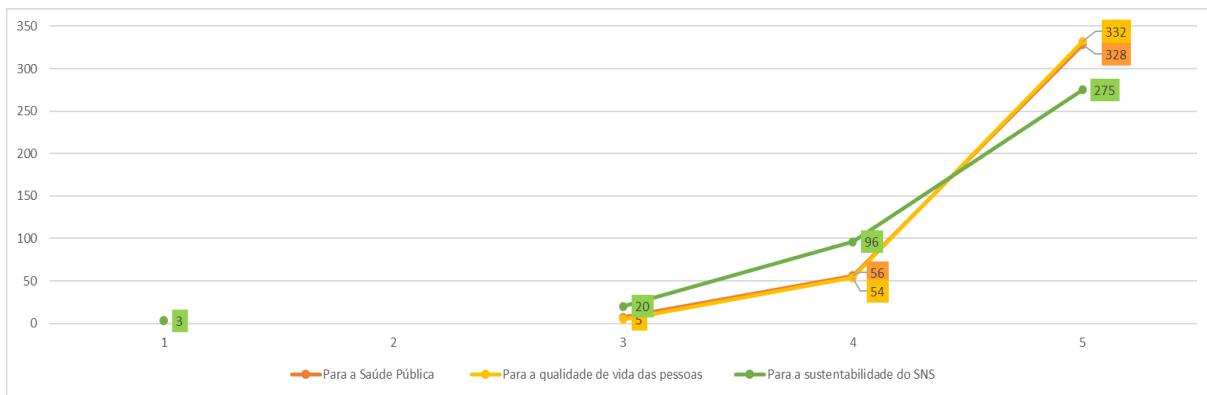


Figura 5.18 - Importância atribuída à Literacia em Saúde nos 3 domínios identificados

Estes resultados também podem ser interpretados como demonstrando uma maior preocupação com os impactos na saúde, no curto prazo, deixando a sustentabilidade do SNS, que tem maiores impactos no longo prazo, como uma questão menos importante.

5.2.4.6. Obstáculos e oportunidades

No seguimento do anteriormente referido, as farmácias, para além de agentes económicos, têm uma função económica e social relevante, e esta função é resultante, sobretudo, do valor das suas intervenções na saúde pública (Félix *et al*, 2017). A influência que exercem junto da comunidade vai para além das suas incumbências mais estritas, que estão relacionadas com a dispensa e o uso racional e seguro do medicamento, manifestando-se, por exemplo através da organização de atividades que eduquem e promovam a saúde dos cidadãos. Estas ações, habitualmente organizadas com o apoio de parceiros locais ou comerciais, estão ligadas à promoção da saúde e servem, essencialmente, para estimular a atividade física e a adoção de uma alimentação saudável, mas também estão associadas à prevenção da doença, através de rastreios e medições de parâmetros bioquímicos e biométricos, contribuindo, por isso, para a literacia em saúde.

A avaliar pelas respostas que obtivemos, podemos afirmar que estas atividades são muito frequentes, já que 81,2% dos farmacêuticos inquiridos estão (ou já estiveram) envolvidos na sua organização, comprovando a vontade de intervir na sociedade e de mobilizar os cidadãos.

O profundo envolvimento do farmacêutico – e da farmácia – com a comunidade extravasa, através destas iniciativas, o próprio espaço físico da farmácia e o campo de atuação tradicional do farmacêutico, refletindo um conjunto de novos valores que corporizam uma visão e atitude renovadas face à profissão. É nesta atitude que tem acolhimento um posicionamento mais intervencivo e mais pró-ativo cujo reflexo também é notório na percepção do próprio papel: a quase totalidade dos inquiridos (99,24%) considera ocupar uma posição que lhe permite contribuir para a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos, assumindo mesmo que este é um território que querem ocupar (98,73%).

Estas respostas, de tão alinhadas e uníssonas, deixam clara a motivação destes profissionais para contribuir para a missão de educar para a saúde. Porém, apesar desta atitude muito favorável em relação à literacia em saúde, o contributo do farmacêutico não está isento de obstáculos. Para melhor perceber a dimensão destas limitações, listámos alguns dos motivos que podem servir de impedimento a abordagens centradas nas necessidades individuais dos cidadãos, nomeadamente: “tempo entre atendimentos”; “pressão de tempo para exercer outras funções dentro da farmácia”; “falta de incentivo por parte do responsável da farmácia (proprietário/gestor/diretor técnico)” ou “outras limitações”.

Perante as opções, a maioria dos respondentes (57,61%) aponta mais do que uma limitação de entre o conjunto das que foram listadas, nomeadamente: tempo entre atendimentos; pressão de tempo para exercer outras funções dentro da farmácia; falta de incentivo por parte do responsável da farmácia (proprietário/gestor/diretor técnico) ou outras limitações.

O tempo entre atendimentos é a limitação isolada mais frequentemente apontada (18,02%), ao que se segue a pressão de tempo para exercer outras funções dentro da farmácia (15,48%) e após esta, a falta de incentivo por parte do responsável pela farmácia (3,52%) (Figura 5.19).

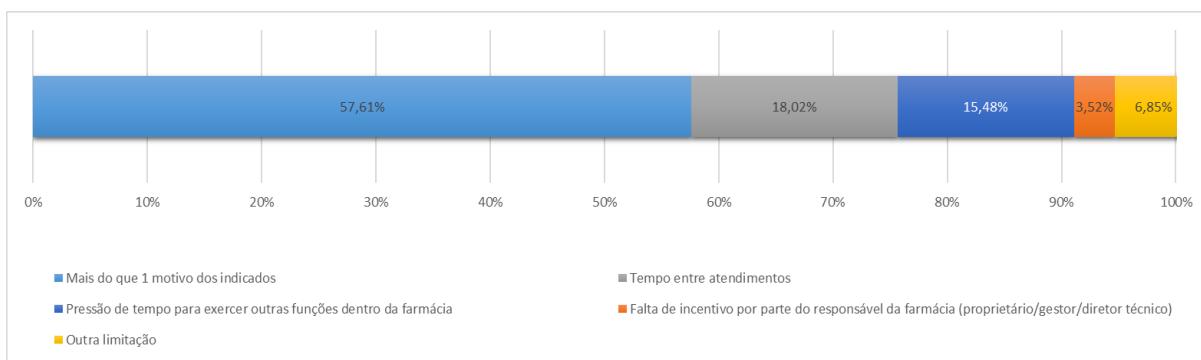


Figura 5.17 - Limitações para um maior contributo para a Literacia em Saúde

Uma pequena parcela dos inquiridos (6,85%) apontam ainda outras limitações, sendo mais frequentes aquelas que estão relacionadas com a ausência de incentivos ou contribuições do Estado para que as farmácias desenvolvam iniciativas ou programas relacionados com a literacia em saúde; a desvalorização ou deslegitimação do farmacêutico por parte do cidadão e do sistema de saúde; a ausência de um sistema integrado que trabalhe com um propósito comum e num só sentido; a falta de competências de comunicação e a ausência de compromisso por parte das equipas da farmácia.

Ao concedermos a possibilidade de poder identificar outra limitação não listada, recolhemos respostas que nos permitem ter um olhar mais abrangente sobre a questão. Elencamos abaixo algumas das respostas que selecionámos para que possamos perceber a multidimensionalidade da problemática:

- “*Muitas vezes o farmacêutico é considerado como um "vendedor de caixinhas", e por sua extensão, a farmácia é vista por muitas pessoas como uma espécie de "supermercado".*
- “*A literacia também passa pela valorização do farmacêutico enquanto profissional de saúde e prestador de cuidados primários, mas essa valorização também tem de vir dos altos cargos da sociedade, das variadas ordens profissionais, da realização de iniciativas que promovam a farmácia como um espaço de saúde e não um espaço de compra/venda.*”
- “*1. Intolerância do cliente (não quer a opinião, mas sim o que aprendeu com o Dr. Google); 2. Atividade não remunerada nem valorizada pelo cliente/estado; 3. Má prática de alguns farmacêuticos (ao vender, sem supervisão médica, MSRM de uso não crónico como benzodiazepinas/antibióticos ou adotando comportamentos que não promovem a saúde pública (ex. não usando máscara e incentivando a que seja retirada no interior da farmácia).*”

Estes pontos demonstram que a superação das limitações não possa ser circunscrita a uma simples ação, mas sim de toda uma nova abordagem.”

Numa tentativa de obter um contributo que permita superar as limitações apontadas, questionámos que tipo de recursos poderiam possibilitar um maior investimento das equipas das farmácias em intervenções focadas na promoção da literacia em saúde. Para este efeito também listámos alguns que nos pareceram relevantes, tais como: mais tempo/mais pessoas; comparticipação do estado à farmácia; formação profissional ou outros.

Quando apontados isoladamente, uma comparticipação do estado à farmácia aparece como o recurso mais necessário (17,26%), seguido de mais tempo/mais pessoas (10,41%) (Figura 5.20).

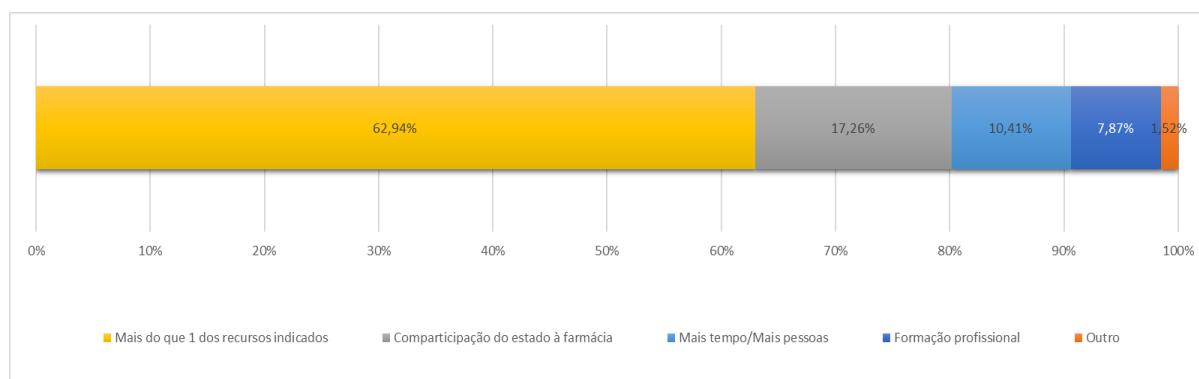


Figura 5.18 - Recursos que permitem ao farmacêutico aumentar a sua influência na promoção da literacia em saúde

A maioria (62,94%), contudo, apontou a necessidade de mais do que um dos recursos indicados. Deste mix, a formação profissional apareceu em 66,75% das respostas e a comparticipação do estado à farmácia surgiu em 63,71% das respostas.

Nas respostas que integram a opção “Outra” sobressai uma ideia: a valorização da profissão farmacêutica, pelo Estado e pelos outros profissionais de saúde. Esta valorização permitiria, de acordo com os inquiridos, encarar os farmacêuticos como parte de um sistema integrado, onde todos dão o seu contributo para saúde dos cidadãos.

No seguimento do exercício de levantamento das limitações existentes e dos recursos necessários para um maior contributo para a literacia em saúde, considerámos que poderia ser interessante avaliar o grau de abertura destes profissionais a um modelo de maior integração da farmácia com o SNS. Neste sentido, integrámos no questionário a pergunta: “Se, numa nova abordagem à saúde, o estado passasse a colocar mais ênfase na gestão da doença crónica, envolvendo as farmácias enquanto prestadores de serviços num projeto de promoção da literacia em saúde, como veria esta iniciativa?”. As opções de resposta são: “com interesse porque valorizaria do papel das farmácias na

comunidade”; “com interesse porque resultaria numa integração formal das farmácias no ecossistema da saúde”; “com interesse porque valorizaria o farmacêutico enquanto profissional de saúde de proximidade” e “sem interesse”.

A grande maioria dos respondentes (99,24%) vê interesse no modelo. As razões apontadas têm que ver com a valorização do farmacêutico enquanto profissional de saúde de proximidade (22,34%), a possibilidade da integração formal das farmácias no ecossistema da saúde (11,68%) e a valorização do papel da farmácia na comunidade (4,06%).

De assinalar que a maioria (61,2%) considera-se favorável a esta hipótese aponta mais do que um fator dos indicados (Figura 5.21), sendo que 49,24% seleciona cumulativamente todas as opções.

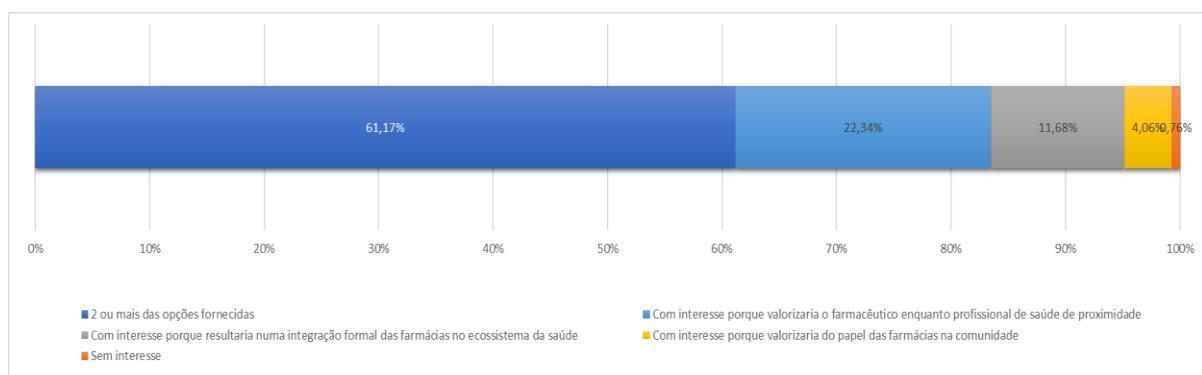


Figura 5.19 - Predisposição para participar num projeto de literacia em saúde promovido pelo Estado

Uma vez que permitimos que fossem assinaladas mais do que uma resposta, analisámos as opções mais frequentemente escolhidas (Figura 5.22) e, neste caso, a que surge com maior frequência é a que se refere à valorização do farmacêutico enquanto profissional de saúde (82,49%), seguida da que atribui maior destaque à farmácia no ecossistema da saúde (66,75%) e, por último, a valorização desta na comunidade (60,41%).

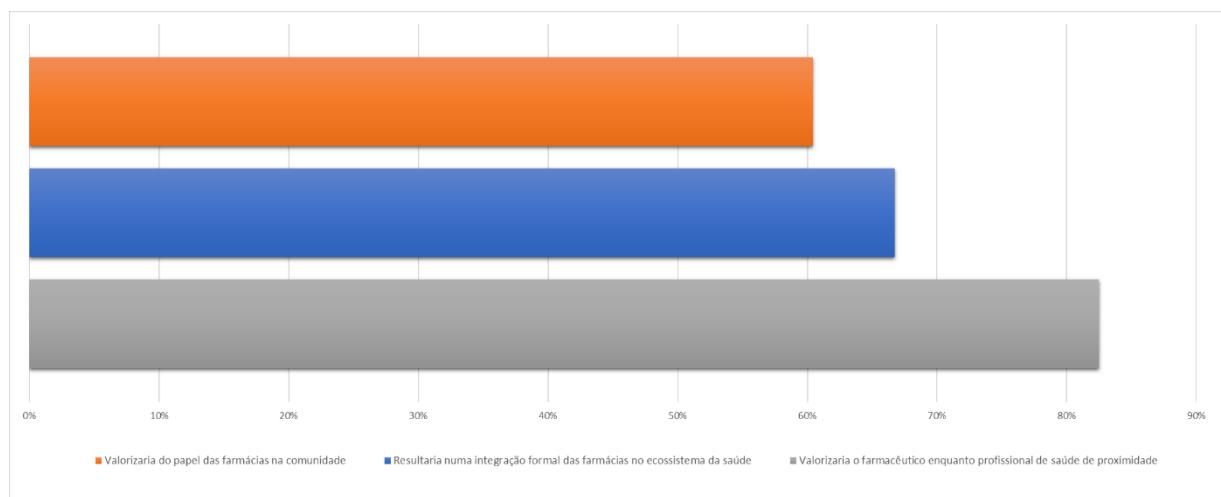


Figura 5.20 - Motivações para o envolvimento da farmácia num projeto para a promoção da literacia em saúde

5.3. Questionário aos Cidadãos

À semelhança do inquérito por questionário aplicado a farmacêuticos, o inquérito proposto a cidadãos foi igualmente validado com o parecer favorável da Comissão de Ética do Iscte-Instituto Universitário de Lisboa. Após esta validação, avançámos para uma fase de pré-teste que nos permitiu corrigir algumas fragilidades relacionadas com a parametrização do questionário.

O propósito subjacente à elaboração do questionário foi o de obter uma visão do cidadão comum, que recorre à farmácia comunitária como forma de satisfazer as suas necessidades relativas ao abastecimento de medicamentos e produtos de saúde, mas também em busca de orientação e aconselhamento em situações clínicas menores.

O inquérito foi aplicado à porta de farmácias, onde foram recrutados indivíduos de forma aleatória. Escolhemos fazer o questionário à saída, ou seja, após uma experiência de utilizador de uma farmácia comunitária urbana comum.

5.3.1. O Universo

A definição do universo constitui um passo essencial, na medida em que este exercício serve para identificar quais os indivíduos que reúnem as condições para responder às nossas questões. Uma vez que qualquer cidadão pode, em qualquer momento, dirigir-se a uma farmácia, podemos considerar como nosso universo a totalidade da população portuguesa que, de acordo com o Censos de 2021, é de 10 361 831 indivíduos. Não obstante, parece-nos mais razoável considerarmos apenas os cidadãos com idade superior a 15 anos, na medida em optámos por não aplicar os inquéritos abaixo desse limiar de idade. Perante este critério, nosso universo passa a ser composto por 9 011 878 indivíduos.

5.3.2. A amostra

Given the wide range of resources that would be necessary to obtain a representative sample, we decided, given the lack of these resources, that this was not the objective of our investigation. Our intentions were to determine the attitude and expectations of individuals towards the pharmaceutical industry, without concern for the representativeness of the sample.

No seguimento do exposto, limitámos o nosso campo de ação aos cidadãos frequentadores das farmácias que visitámos e inquirimos, no distrito de Lisboa.

A nossa amostra foi constituída por 112 indivíduos, cujo único elemento que têm em comum é o facto de terem tido necessidade de recorrer a uma farmácia no período em que decorreram os inquéritos.

Esta amostra foi produto de abordagens diretas a indivíduos que estavam a sair de qualquer uma das farmácias selecionadas para o nosso estudo, e que concordaram em colaborar connosco, respondendo ao nosso inquérito. A amostra foi, assim, obtida por conveniência.

Os indivíduos, ao serem abordados à saída da farmácia, responderam às questões estando estas enquadradas num contexto específico.

As respostas foram obtidas entre o dia 25 de novembro e o dia 27 de dezembro de 2022 nas seguintes farmácias:

- Farmácia Estácio- Xabregas
- Farmácia Tapada das Mercês – Tapada das Mercês
- Farmácia das Fontainhas- Cascais
- Farmácia Estácio-Restauradores
- Farmácia Parque – Estoril
- Farmácia Confiança-Damaia
- Farmácia da Paiã - Famões

5.3.2.1. Caracterização da amostra

Os resultados do inquérito apontam para uma preponderância de respondentes do sexo masculino, 54,5%. Apesar de termos presenciado uma maior afluência das mulheres às farmácias, os homens mostraram-se menos relutantes em parar e colaborar connosco.

Em termos do seu grau completo de ensino, destacamos uma maioria com 65,18% que afirma ter o ensino superior ou universitário, seguido de 25% que tem o ensino secundário (Figura 5.23).

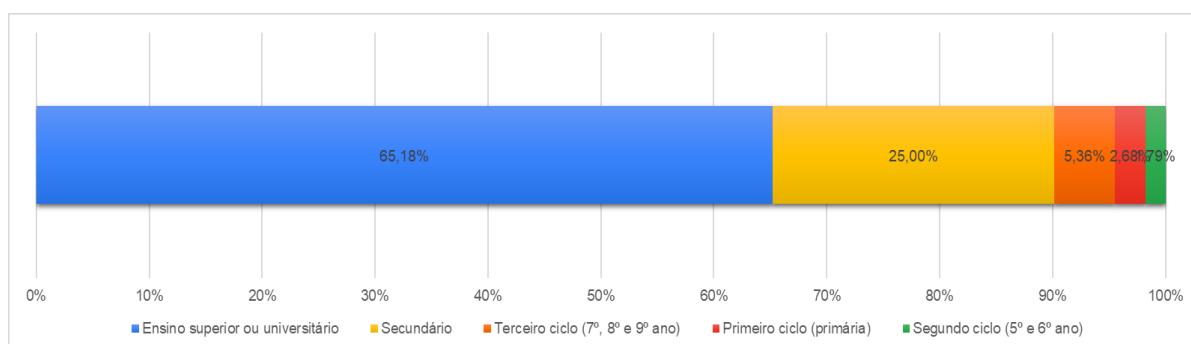


Figura 5.21 - Grau de ensino

Estes resultados refletem uma realidade socioeconómica do distrito de Lisboa que não é comparável à realidade nacional. A título exemplificativo, os licenciados em Portugal, representavam, em 2022, 24,47% da população entre os 16 e os 89 anos (Pordata, 2021).

Quanto à classificação etária, a amostra abrange idades que vão desde os 18 aos 80 anos. A maioria dos inquiridos (30,36%) tem idades compreendidas entre os 48 e os 58 anos (Figura 5.24). A média situa-se nos 53,36 anos ($SD=14,1981$).

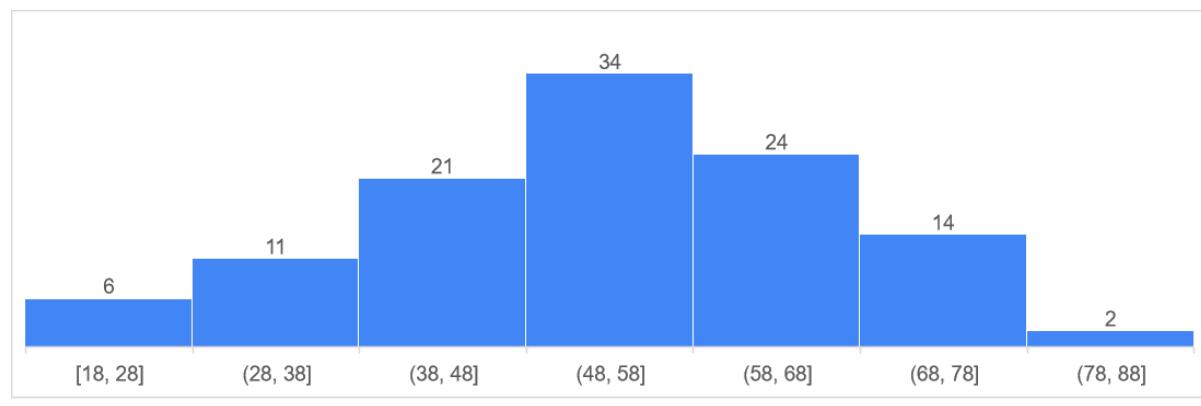


Figura 5.22 - Escalões etários

5.3.3. Resultados

5.3.3.1. Hábitos e motivos de frequência da farmácia

Por conhecermos a importância dos processos de comunicação para o estabelecimento de relações de confiança - tão essenciais para uma eficaz transferência de conhecimento e para o exercício de influência - quisemos aprofundar o conhecimento que temos acerca da experiência de utilizador/utente em farmácia comunitária. Para o efeito incluímos questões no nosso inquérito com o propósito de nos permitir conhecer os hábitos de frequência e o grau de fidelização à farmácia.

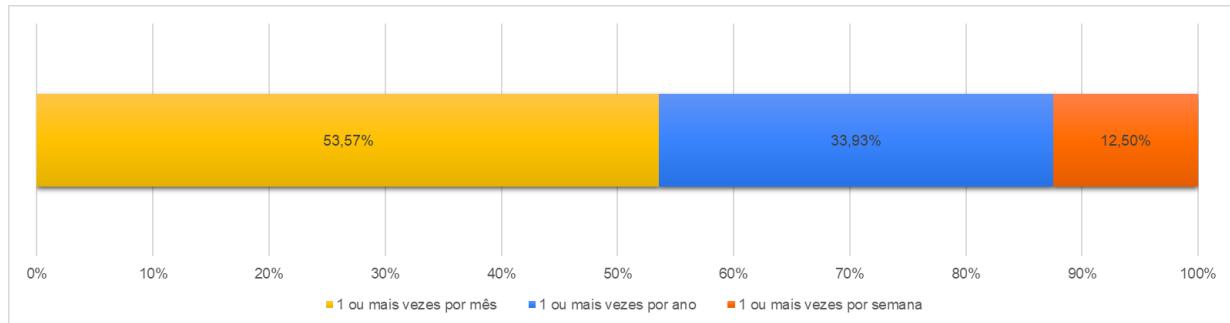


Figura 5.23 - Frequência de ida à farmácia

Os resultados obtidos apontam para uma maioria de indivíduos (54,57%) que visita a farmácia comunitária pelo menos uma vez por mês (Figura 5.25).

Como forma de aferirmos a fidelidade a uma farmácia em específico, inquirimos os cidadãos com a seguinte questão: “Recorre sempre à mesma farmácia?”. Os resultados obtidos apontam para uma certa tendência em recorrer a uma farmácia preferencial. A comprová-lo estão os 21,43% de indivíduos que afirma frequentar sempre à mesma farmácia, e os 47,32% que afirmam ter uma farmácia a que recorrem frequentemente (Figura 5.26).

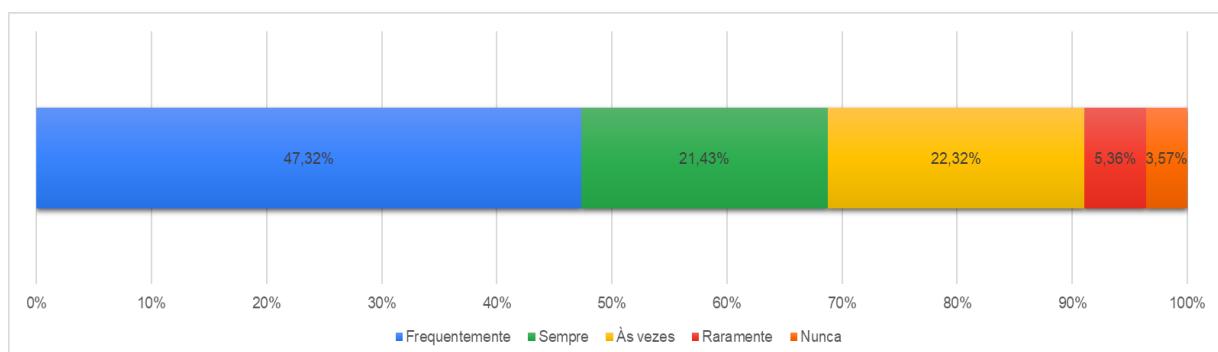


Figura 5.24 - Fidelização à farmácia

Os motivos pelos quais os indivíduos recorrem à farmácia num determinado momento podem ser muito variados, pelo que considerámos pertinente saber o que leva os nossos inquiridos à farmácia, se questões relacionadas com uma doença ou condição de saúde, ou se seriam motivados por questões de outra natureza.

A maioria dos nossos respondentes (55,36%) afirmou não sofrer de nenhuma doença, mas de entre aqueles que responderam afirmativamente (43,75%), reportaram-na essencialmente como crónica (79,56%) (Figura 5.27).

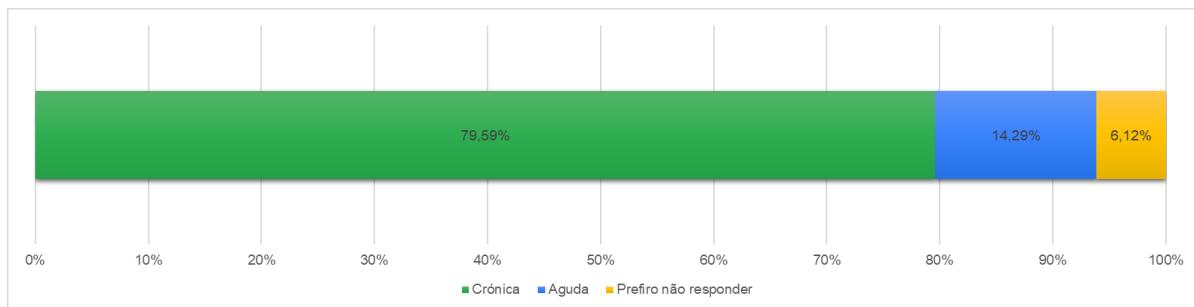


Figura 5.25 - Tipologia de doença reportada

De entre os indivíduos que afirmaram não sofrer de nenhuma doença (n=62), 6 (9,68%) indicaram sofrer de uma condição de saúde que exige acompanhamento por parte um profissional de saúde.

5.3.3.2. O farmacêutico e a comunicação

Um dos propósitos do nosso inquérito prendia-se com a avaliação que o cidadão faz da eficácia e do empenho que o farmacêutico coloca nas interações. Tendo isto em consideração, elaborámos um conjunto de questões cujas respostas nos permitiriam obter uma noção mais apurada desta percepção.

5.3.3.2.1. Medicação, adesão à terapêutica e transferência de conhecimento

Sendo o farmacêutico o especialista do medicamento, dele se espera que seja o garante do seu uso adequado e seguro. Para este efeito a comunicação assume um papel de extrema relevância, especialmente num contexto de cuidados de saúde, onde sabemos que existe uma grande assimetria de informação.

Por sabermos que o medicamento consiste numa tecnologia cujos benefícios podem ficar comprometidos com o seu uso de forma inadequada e que, no limite, podem até ser responsável pelo agravamento da situação que origina a sua prescrição, quisemos aferir se a comunicação acerca dos procedimentos essenciais para garantir a segurança no seu consumo e a toma de forma adequada, são aspectos devidamente acautelados pelos farmacêuticos.

De uma forma geral, o termo “adesão à terapêutica” é utilizado para designar o grau de comprometimento de um indivíduo com as recomendações do médico - ou de outro profissional de saúde - relativamente à utilização dos medicamentos prescritos, nomeadamente o respeito pelos horários de toma, a dose e o tempo de tratamento. Desta conceptualização derivam 3 conceitos importantes para a nossa investigação, que se diferenciam entre si pela autonomia do indivíduo: concordância (*compliance*), adesão (*adherence*) e manutenção (*maintenance*). O termo *compliance*

está relacionado com uma certa passividade do indivíduo, sendo suficiente que este apenas obedeça às indicações dadas, o termo *adherence* indica já uma escolha consciente em adotar a recomendação, por último o termo *maintenance* assenta num comprometimento do indivíduo com uma melhoria da sua saúde (Cruz, 2017).

Tendo em consideração a importância que a adesão à terapêutica tem para os resultados em saúde, considerámos pertinente colocar questões que nos permitam conhecer o grau de envolvimento do farmacêutico neste campo. Com a questão “O seu farmacêutico fala-lhe da importância de cumprir com a toma dos medicamentos que lhe dispensa?”, quisemos saber se o profissional fala explicitamente acerca da importância de cumprir com a toma dos medicamentos (*compliance*). O resultado demonstrou que pouco mais de metade dos inquiridos (55,36%) responderam “Sempre” ou “Frequentemente” (Figura 5.28).

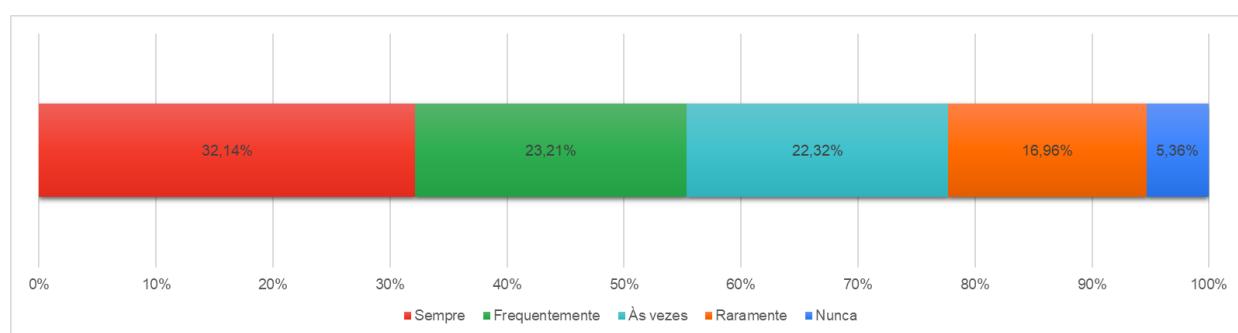


Figura 5.26 - Prestação de informação relevante acerca do cumprimento da toma do medicamento - Perceção do cidadão

Com o objetivo de aferir até que ponto o farmacêutico exerce a transferência de conhecimento com uma explicação abrangente acerca da importância da medicação, fazendo uso da sua influência junto dos cidadãos e alertando-os para a importância de cumprir a medicação, adotando as recomendações (*adherence*), questionámos: “Sente que o/a farmacêutico/a lhe presta toda a informação de que necessita para que tome a medicação da forma mais adequada (quantidade, horário, duração de tratamento), utilizando uma linguagem que comprehende?”. A maioria dos inquiridos (75%) responderam “Sempre” ou “Frequentemente” (Figura 5.29).

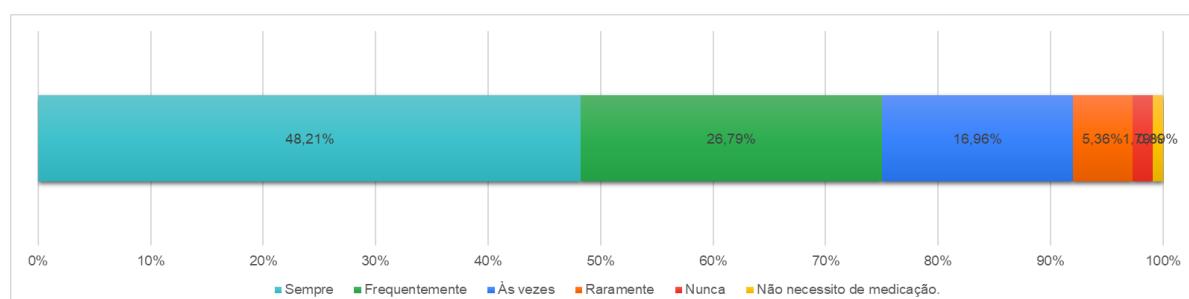


Figura 5.27 - Prestação de informação relevante para a toma adequada do medicamento - Perceção do cidadão

Um dos aspetos a salientar desta última pergunta tem que ver com uma avaliação do esforço depositado na explicação, denotando uma intenção de que a informação seja percutível pelo cidadão. Por considerarmos que este é um aspeto relevante, pelo seu contributo para a adesão à terapêutica ao nível de *maintenance*, quisemos aferir se o cidadão reconhece este esforço, nomeadamente na informação que está relacionada com a função de cada medicamento em cada situação. Para avaliarmos este parâmetro perguntámos “O seu farmacêutico explica-lhe para que serve cada um dos medicamentos que lhe dispensa?” Ao que 55,36% dos inquiridos afirmam que o farmacêutico o faz “Sempre” ou “Frequentemente” (Figura 5.30). De realçar que 17,86% dos farmacêuticos “Nunca” ou “Raramente” dá explicações acerca da função do medicamento que dispensa.

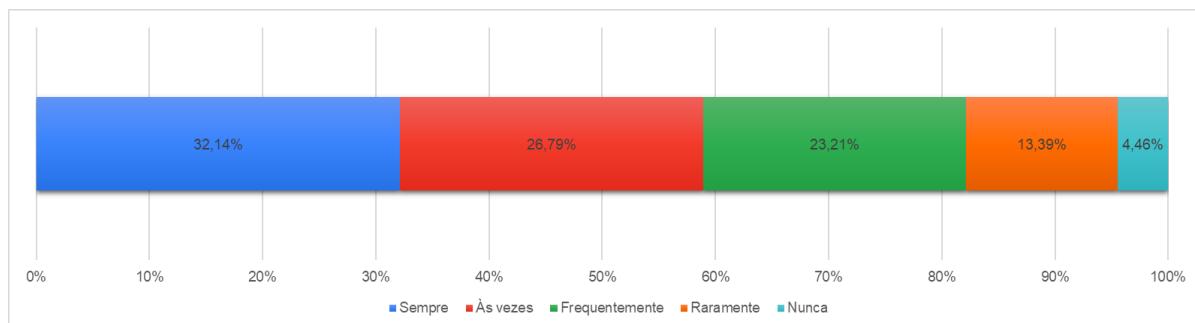


Figura 5.28 - Prestação de informação relevante acerca da função do medicamento - Perceção do cidadão

Os dados obtidos parecem indicar-nos que o farmacêutico deposita maior empenho na transmissão da informação acerca do uso mais adequado dos medicamentos, do que na explicação da sua função. Um dos motivos que pode estar por detrás desta situação prende-se com o facto de que uma instrução clara e inequívoca relativa a um uso seguro dos medicamentos tem implicações mais diretas e imediatas para a saúde. Uma explicação mais detalhada, relacionada com a função e com o modo de atuação do medicamento pode ser, na visão do farmacêutico, uma informação muito técnica que nem todas as pessoas tenham a capacidade de assimilar, e esta pode ser a razão que justifique um menor empenho do farmacêutico nesta argumentação.

A forma como se transmite uma mensagem afeta sobremaneira a percepção do receptor, e quando falamos de comunicação em saúde, esta percepção pode ter consequências no comportamento e na saúde dos indivíduos. Apesar de mais de metade dos inquiridos (52,68%) afirmarem que o farmacêutico se certifica sempre ou frequentemente de que as informações que prestou acerca do uso dos medicamentos são devidamente compreendidas, a percepção de uma parte importante nossos inquiridos (20,54%) é a de que o farmacêutico se esforça muito pouco - ou não se empenha de todo - em certificar-se de que as pessoas compreenderam essas informações. Estes resultados parecem indicar a existência de lacunas e de desperdício de oportunidades de melhoria nas práticas dos atendimentos em farmácia.

De uma forma sistematizada (Tabela 5.2), apresentamos os resultados que avaliaram a intervenção farmacêutica relativa à informação, conhecimento e comunicação do medicamento (Figura 5.31).

Tabela 5.2 - Perceção da intervenção do farmacêutico face à passagem de conhecimento relativo ao medicamento

1	Sente que o/a farmacêutico/a lhe presta toda a informação de que necessita para que tome a medicação da forma mais adequada (quantidade, horário, duração de tratamento), utilizando uma linguagem que comprehende?
2	O seu farmacêutico explica-lhe para que serve cada um dos medicamentos que lhe dispensa?
3	O seu farmacêutico fala-lhe da importância de cumprir com a toma dos medicamentos que lhe dispensa?
4	Sente que o seu farmacêutico faz tudo para se certificar de que comprehendeu as informações importantes acerca da toma de medicamentos?
5	Sente que a linguagem utilizada pelo seu farmacêutico é clara e acessível, permitindo-lhe compreender todas as suas indicações?

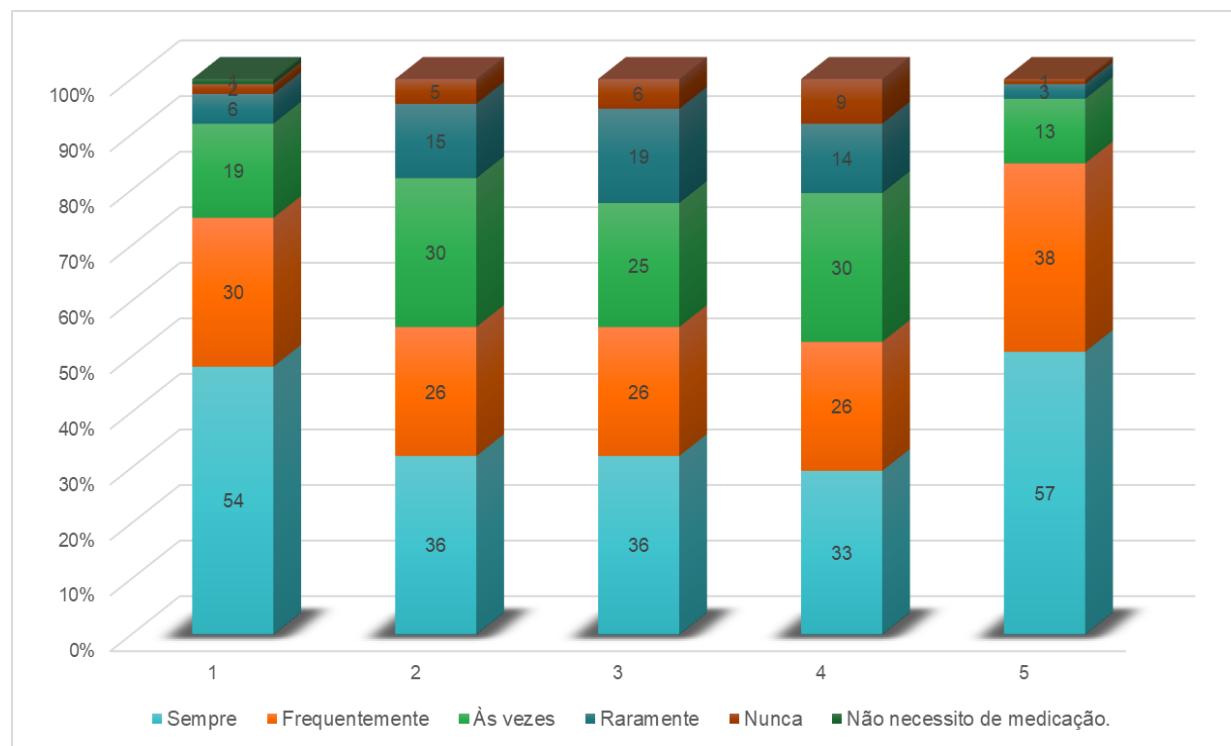


Figura 5.29 - Empenho do farmacêutico na prestação de informação acerca do uso do medicamento - Perceção do cidadão

Apesar da profissão de farmacêutico estar muito associada ao aconselhamento terapêutico e ao uso responsável do medicamento, a verdade é que o seu campo de atuação tem o potencial de ser bastante mais abrangente. Um farmacêutico comunitário por ser um profissional de saúde de proximidade, tem a possibilidade de assinalar situações que necessitem de intervenção de outros profissionais e/ou meios, e monitoriza situações que possam ter impacto na saúde da comunidade. Encontra-se também numa posição privilegiada para ter um papel ativo na promoção da saúde e prevenção da doença, já que na sua atividade diária, não apenas segue de perto indivíduos com necessidades de acompanhamento na sua doença, como também tem a possibilidade de identificar situações em que possa intervir para ajudar os cidadãos a manterem-se saudáveis.

5.3.3.2.2. Promoção da saúde e prevenção da doença

Colocado o foco desta nossa investigação na literacia em saúde, e sabendo que uma das suas componentes-chave tem que ver com a prevenção da saúde e promoção da doença, reservámos um espaço no nosso inquérito para percebermos o impacto da atuação do farmacêutico nestes domínios.

Neste sentido, perguntámos aos nossos inquiridos se o farmacêutico costuma fazer recomendações acerca de comportamentos a adotar para melhorar a saúde, numa linguagem que comprehende, ao que cerca de 41,96% responderam “Nunca” ou “Raramente”. A mesma proporção respondeu que estas recomendações ocorrem “Sempre” ou “Frequentemente”.

Quando o foco é colocado numa doença ou condição de saúde pré-existente, a percepção do indivíduo é a de que as recomendações do farmacêutico podem ocorrer com menos persistência. À pergunta “o seu farmacêutico costuma falar-lhe acerca de cuidados a ter para melhor lidar com a sua doença ou condição de saúde utilizando uma linguagem que comprehende?”, só em 36,61% dos casos estas recomendações ocorrem com uma regularidade classificada como “Sempre” ou “Frequentemente”. Contudo a formulação desta pergunta deixa uma questão em aberto: será a persistência que é menos expressiva, ou será a complexidade da informação menos comprehendida pelo indivíduo?

Quisemos também perceber se é habitual o farmacêutico recorrer a materiais visuais para suportar ou facilitar a sua mensagem como forma de exercer influencia para a promover a saúde ou como forma de capacitar as pessoas. Neste caso, apenas 17% atesta que o farmacêutico o faz sempre ou frequentemente, e 38,4% afirma que não o faz nunca.

Apresentamos estes resultados de uma forma sistemática (Tabela 5.3), onde pretendemos demonstrar como é percebido o empenho do farmacêutico em incentivar, numa linguagem acessível, comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença (Figura 5.32).

Tabela 5.3 - Perceção da intervenção do farmacêutico face à passagem de conhecimento relativo à saúde e doença

1	O seu farmacêutico costuma fazer-lhe recomendações acerca de comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou prevenir a doença, utilizando uma linguagem que comprehende?
2	O seu farmacêutico costuma falar-lhe acerca de cuidados a ter para melhor lidar com a sua doença ou condição de saúde utilizando uma linguagem que comprehende?
3	O seu farmacêutico costuma utilizar materiais visuais, tais como folhetos ou brochuras, quando lhe fala de cuidados a ter ou comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou gerir a sua doença?

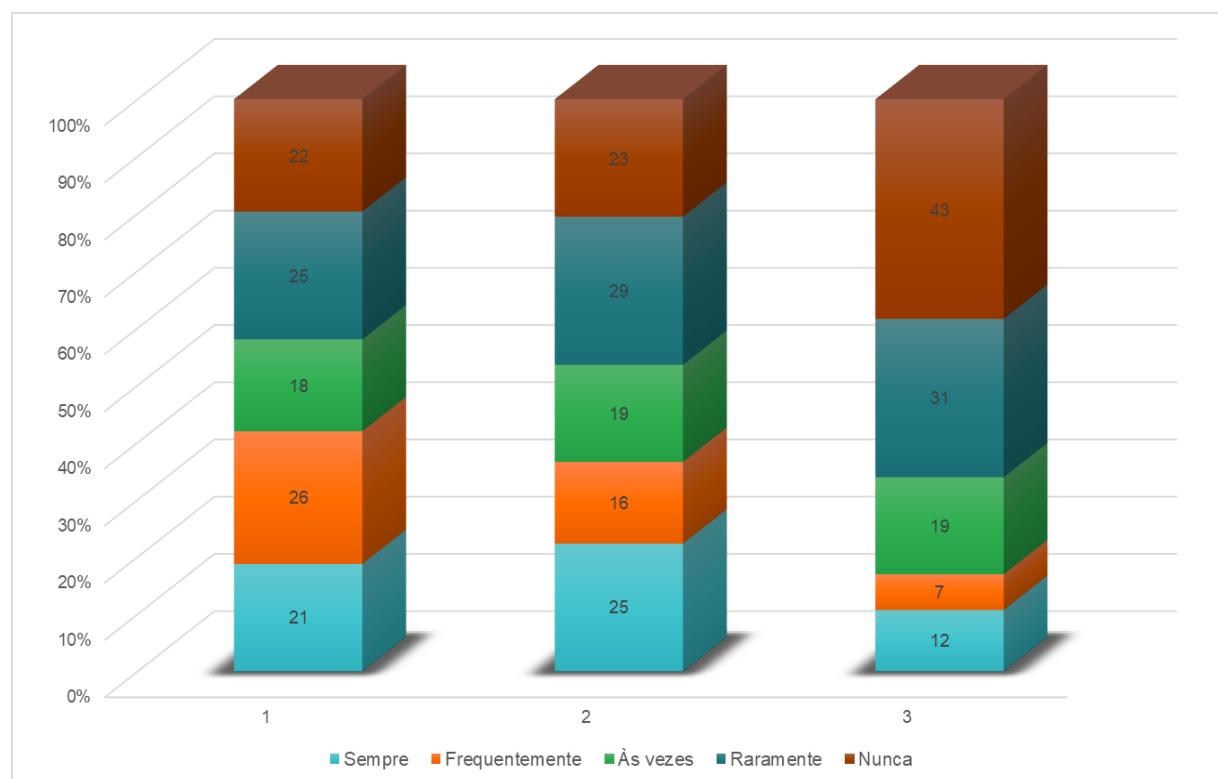


Figura 5.30 - Empenho do farmacêutico no incentivo de comportamentos promotores da saúde e preventivos da doença – percepção do cidadão

O que podemos constatar com estes resultados é que, de um modo geral, o cidadão não perceciona um eventual esforço do farmacêutico em tornar a informação acessível.

O recurso à utilização de serviços farmacêuticos constitui uma forma de medir parâmetros de saúde importantes para monitorizar condições de saúde ou doenças crónicas. Entre os exemplos deste tipo de serviços estão a medição da glicémia, da pressão arterial ou de triglicéridos. Os serviços farmacêuticos são também um recurso importante para flexibilizar a administração de vacinas ou de medicamentos injetáveis, pela sua conveniência e flexibilidade. A abrangência destes serviços em farmácia está legislada, e é cada vez maior, tendo sido recentemente alargada com a publicação da Portaria 97/2018, de 9 de abril, que acrescentou mais serviços aos pré-existentes.

Os serviços farmacêuticos entram na nossa análise porque o momento da prestação de um destes serviços constitui uma ocasião de excelência para a transmissão de informação e de conhecimento entre o profissional de saúde e o cidadão, num contexto apropriado.

À pergunta “Alguma vez utilizou um serviço de saúde na sua farmácia (por exemplo: Medição da glicémia, pressão arterial ou colesterol)?” 61% dos inquiridos (n=68) responderam que sim, e destes 91% (n=62) atestaram que o farmacêutico lhes mostrou-lhe o resultado e/ou lhes deu e sugestões sobre como proceder daí em diante, utilizando uma linguagem acessível.

Outra forma de utilizar o contexto para estimular comportamentos promotores da saúde está associado a atividades que as farmácias dinamizam junto da sua comunidade. Estas atividades, tal como referido anteriormente, assumem frequentemente a forma de rastreios, workshops ou corridas/caminhadas e servem para aumentar o envolvimento dos cidadãos com a saúde e da farmácia com os cidadãos.

A divulgação é feita pelas farmácias nas suas interações diárias com os cidadãos, no comércio de proximidade e nas redes sociais, porém apenas 49,11% dos inquiridos tem conhecimento da sua ocorrência e destes, apenas 38,18% já alguma vez participaram em alguma destas atividades.

5.3.3.2.3. Navegação pelo sistema de saúde

Os sistemas de saúde podem ser lugares bastante confusos, onde a arquitetura da informação nem sempre está acessível ao cidadão médio, o que pode ser agravado pela linguagem, que nem sempre está adaptada à compreensão de todos. É, por isso, natural que alguns indivíduos sintam dificuldades na navegação pelo sistema, ou até na execução de procedimento simples como chegar a um profissional de saúde, fazer uma marcação ou cumprir os seus planos de tratamento. A comprová-lo estão os 33,94% dos nossos inquiridos que afirmam já ter sentido necessidade de pedir ajuda para navegar pelo sistema e, destes, 34,21% fizeram-no numa farmácia.

5.3.3.3. Literacia digital em saúde

Se navegar pelos sistemas de saúde pode ser desafiante, navegar na internet em busca de informação pode mesmo revela-se um exercício demasiado complexo para uma parte significativa dos indivíduos.

Os aspetos que tornam esta busca tão problemática têm que ver, como já vimos, com a forma como estes conteúdos, circulam pelas plataformas – por vezes aparecendo como sugestões decididas por algoritmos, outras vezes partilhados em fóruns privados – com características que os tornam verosímeis. As lacunas e insuficiências pessoais associadas à pesquisa, seleção e uso da informação obtida agravam a situação, tornando-a potencialmente perigosa.

Os temas relacionados com a saúde despertam sempre muito interesse e, talvez por isso são muito pesquisados online. Os dados fornecidos pela Eurostat (2022) indicam que cerca de metade da população adulta portuguesa acede regularmente à internet para pesquisar tópicos relacionados com a saúde. A nossa observação no terreno também comprova o grande interesse por estes temas nas pesquisas online, na medida em que 88,39% dos inquiridos confirmam fazê-lo habitualmente e, destes, 89,90% acharam importante validar se as informações obtidas eram verdadeiras.

Estes valores tão elevados que confirmam elevados índices de pesquisas online justificam-se porque o inquérito foi aplicado na região de Lisboa, a mais rica e instruída do país, daí a grande diferença face aos dados da Eurostat (2022).

No processo de validação da informação os cidadãos veem os profissionais de saúde como uma fonte de confiança, por isso, de entre aqueles que sentiram que era importante validar a informação, 31,46% recorre ao médico e 30,34% acabaram por recorrer ao farmacêutico para o fazer.

5.3.3.4. Legitimação da intervenção farmacêutica

Ainda que sejam evidentes as condicionantes no atendimento, nomeadamente aquelas que estão relacionadas com o tempo (pressão dos atendimentos ou a necessidade de desempenho outras tarefas dentro da farmácia), ou as que estão associadas à privacidade da interação, sempre que é necessária a intervenção de um profissional de saúde, o farmacêutico aparece como uma opção sem restrições de acesso. Tendo isto em mente, quisemos perceber se os cidadãos utilizam este recurso quando necessitam de um aconselhamento em saúde que não exija a intervenção imediata

de um médico, mas que necessitem da mediação de um profissional de saúde, ou seja, as situações clínicas ligeiras.

Uma parte significativa dos nossos inquiridos (46,43%) afirma que raramente ou nunca procuram o farmacêutico em situações desta natureza. Pouco mais de um quarto dos inquiridos (27,68%) responderam que o fazem às vezes, e apenas 25,89% afirmam que o fazem frequentemente ou sempre (Figura 5.33).

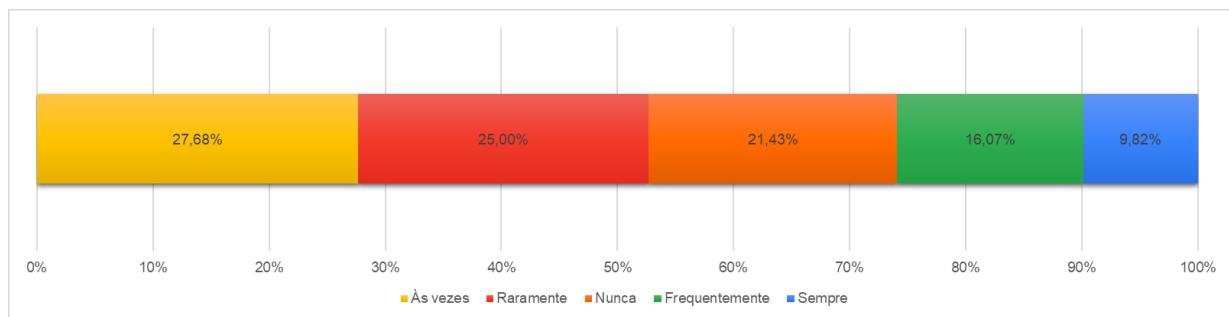


Figura 5.31 - Recurso à farmácia em situações clínicas menores

Pela natureza dos dados obtidos pareceu-nos importante relacionar o grau de ensino com a frequência com que os indivíduos recorrem à farmácia nestas circunstâncias, pois assim poderíamos aferir se a escolaridade constituiria um fator que confere mais autonomia ao indivíduo. Para tal executámos uma regressão linear que nos ajudou a perceber o fenómeno: a correlação entre o grau de ensino e a frequência de recurso ao aconselhamento farmacêutico em situações clínicas ligeiras é negativa.

Codificámos as nossas variáveis de acordo com a Tabela 5.4:

Tabela 5.4 - Codificação de variáveis “grau de ensino” e “frequência de recurso à farmácia”

	1	2	3	4	5
<i>Frequência de recurso à farmácia</i>	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
<i>Grau de ensino</i>	Primeiro ciclo (primária)	Segundo ciclo (5º e 6º ano)	Terceiro ciclo (7º, 8º e 9º ano)	Secundário	Ensino superior ou universitário

A correlação entre ambas as variáveis (grau de ensino e a frequência de recurso à farmácia em situações clínicas ligeiras) é negativa e de baixa intensidade ($\rho = -0.2877$), o que parece confirmar

uma maior autonomia dos indivíduos com maior grau de ensino, ainda que esta expressão seja ligeira.

O R^2 ajustado apresenta um valor residual, na medida em que o comportamento da variável dependente só é explicado em 8% pela variação da variável independente ($R^2= 0,0828$) (Figura 5.34).

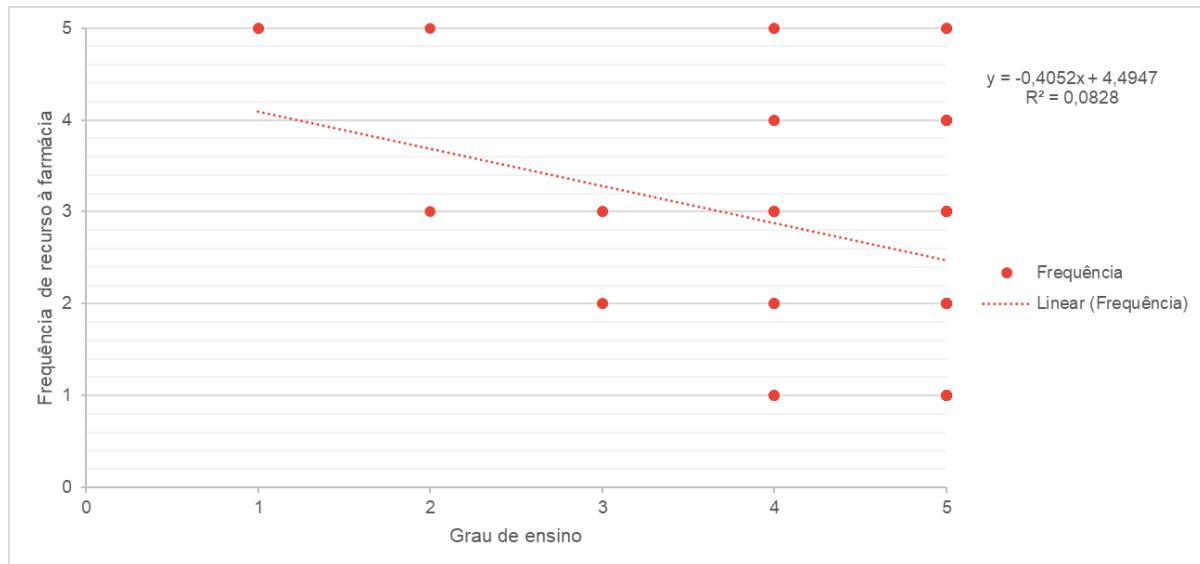


Figura 5.32 - Relação entre o grau de ensino e a frequência de ida à farmácia

Uma vez que o nosso modelo teórico contempla a questão da legitimidade de uma intervenção farmacêutica não solicitada, ou seja, uma intervenção que transvaza o âmbito direto do medicamento, inserimos uma pergunta no nosso questionário para podermos aferir o grau de concordância com esta abordagem mais proativa por parte do farmacêutico: “Qual a sua opinião acerca da intervenção do farmacêutico em questões de saúde que vão além do uso dos medicamentos (por exemplo aconselhar comportamentos saudáveis, aconselhar em práticas que ajudem a vigiar a saúde, etc.)?”

A resposta parece não deixar muitas dúvidas: 91,96% dos inquiridos responderam positivamente, considerando a intervenção como bem-vinda ou como oportuna e adequada (Figura 5.35)

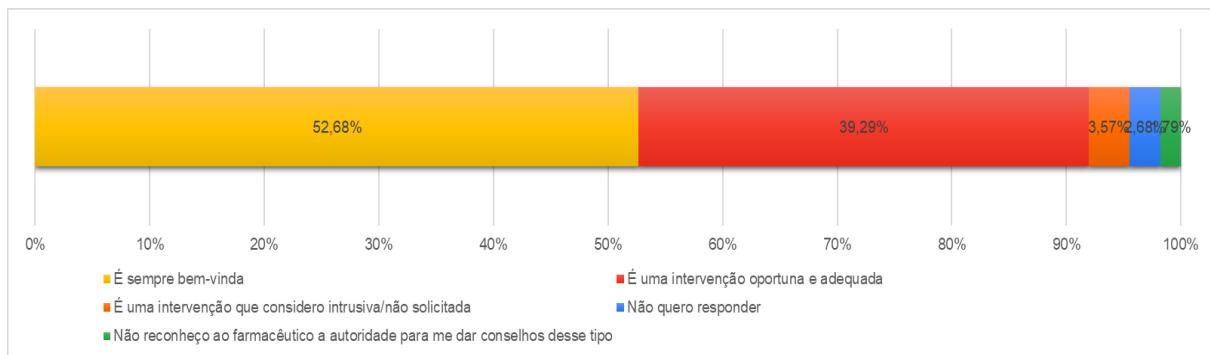


Figura 5.33 - Atitude face a uma intervenção farmacêutica não solicitada

5.3.4. Notas a destacar acerca do inquérito por questionário

Este questionário, pelas limitações de recursos de investigação, não poderia (nem pretendia) ser representativo. Serviu-nos, contudo, para avaliar o comportamento de um grupo restrito de indivíduos, em contexto de experiência de atendimento de farmácia, face a algumas questões que considerámos importantes para complementar o nosso trabalho. Constatámos, todavia, algumas limitações que passamos a enumerar:

- De todas os indivíduos que interpelámos, os que mais facilmente colaboraram connosco foram aqueles que eram detentores de um mais elevado grau de ensino. Sentimos que os cidadãos mais vulneráveis – mais idosos e/ou mais desfavorecidos socialmente – sentiram algum receio e desconfiança quando abordados;
- As entrevistas ocorreram numa época em que a gripe e as ruturas nas urgências hospitalares marcavam as notícias diárias. Vivia-se um período marcado pelo receio nas interações presenciais, ainda muito influenciado pela recente experiência da pandemia. Os indivíduos mais idosos, de saúde mais frágil, evitavam contactos próximos.
- Apenas abordámos indivíduos residentes em Portugal. Esta decisão foi fundamentada por 2 razões: não considerámos relevante para a nossa investigação incluir respostas de cidadãos estrangeiros não residentes, pois as experiências e expectativas são divergentes dos restantes inquiridos; sentimos dificuldades de comunicação com cidadãos estrangeiros que não falem português ou inglês.

5.4. Teste ao Modelo de Investigação e resposta às Hipóteses e questões de investigação

Chegados a esta fase da investigação, ponderámos a relevância de análises complementares, tal como novas correlações entre diferentes variáveis, permitindo-nos tirar outras conclusões.

Considerámos que seria interessante relacionar a idade, ou os anos de experiência do farmacêutico em farmácia comunitária, com outras variáveis, na expectativa de que as primeiras condicionassem, de alguma forma, a atitude do farmacêutico perante, por exemplo, o empenho que coloca na comunicação que tem por objetivo educar para a saúde e que contribui para a literacia em saúde.

5.4.1. Questionário farmacêuticos

Muito se fala atualmente sobre literacia em saúde, mas será que o conceito está assim tão bem compreendido? E os seus efeitos, será que são bem percecionados?

Para compreendermos mais aprofundadamente o posicionamento dos farmacêuticos face ao conceito, à sua abrangência e às suas repercussões, quisemos conhecermos melhor o impacto percebido da literacia em saúde em três domínios distintos: Saúde pública; Qualidade de vida das pessoas; Sustentabilidade do SNS. De forma a permitir a execução de análises e correlações, codificámos as respostas com recurso a escalas.

Começámos por verificar que todas estas variáveis estavam, de facto, a avaliar o mesmo construto, o que nos permite aferir a sua fiabilidade, para tal medimos a sua consistência interna. De acordo com (Maroco & Garcia-Marques, 2006), a fiabilidade determina a consistência de uma escala e serve para aferir se, ao aplicarmos o instrumento de medida a alvos que sejam “estruturalmente iguais” (Maroco & Garcia-Marques, 2006, p.66), obtemos resultados sempre semelhantes.

Para medir esta fiabilidade, calculámos o Alpha de Cronbach, cujo resultado é 0,842, o que é considerado aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). De referir, contudo, que o valor a partir do qual este indicador é considerado aceitável é objeto de discussão entre autores, podendo variar de acordo com o objeto estudado (Bland & Altman, 1997).

Com esta análise percebemos também que, se retirássemos qualquer um dos parâmetros, a consistência interna do construto diminuiria (Figura 5.36).

Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Importância para a saúde pública	9,4315	1,096	,775	,719
Importância para a qualidade de vida das pessoas	9,4162	1,195	,698	,794
Importância para a sustentabilidade do SNS	9,5990	,969	,674	,832

Figura 5.34 - Teste Alpha de Cronbach para os domínios analisados

5.4.1.1. A importância da literacia em saúde em vários domínios: a visão do farmacêutico

Pedimos aos farmacêuticos que classificassem a relevância que atribuem ao impacto da literacia em saúde nos domínios da saúde pública, da Qualidade de vida das pessoas e da Sustentabilidade do SNS.

Quando questionados acerca da “importância para a saúde pública”, 83,25% (n=328) dos inquiridos considera-a “Muito importante”, e 14,21% (n=56) consideram “Importante” (SD= 0,54079). Resultados semelhantes são obtidos quando a análise recai sobre a “Qualidade de vida das pessoas”, onde 84,26% (n=332) responderam que é “Muito importante”, e 13,71% (n=54) considera “Importante” (SD=0,52262).

Um pouco mais dissonante com os domínios anteriores está a “Sustentabilidade do SNS”, onde as respostas indicaram um menor peso na classificação de muito importante, representando 69,80% (n=275) e um peso maior na classificação de importante, representando 24,37% (n=96). De notar que neste parâmetro o desvio padrão também é maior (SD=0,65461), parecendo indicar-nos um nível de consensualidade mais reduzido do que nas outras dimensões analisadas.

Graficamente podemos visualizar este efeito (Figura 5.37), verificando que os domínios em que os farmacêuticos mais percecionam o impacto da literacia em saúde são aqueles que exercem impactos mais diretos e imediatos na saúde dos indivíduos e das comunidades. Ainda que muitos considerem que a sustentabilidade do SNS pode beneficiar em grande medida da literacia em saúde, este é o parâmetro a que os farmacêuticos atribuem uma importância mais moderada.

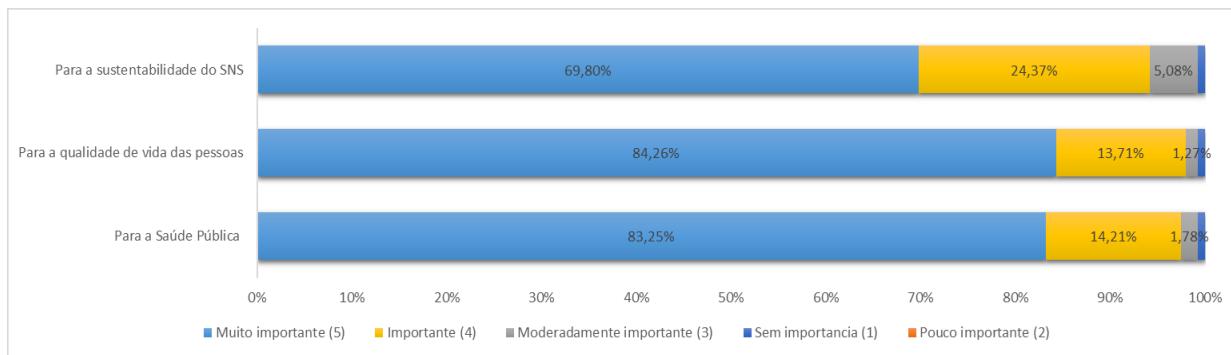


Figura 5.35 - Importância atribuída à Literacia em Saúde nos 3 domínios (%)

5.4.1.2. A maturidade do farmacêutico e a sensibilidade na aferição da literacia em saúde

Como forma de avaliarmos se a sensibilidade à literacia em saúde está, de alguma forma, relacionada com a idade do farmacêutico, executámos uma regressão linear onde cruzámos a idade dos respondentes com as respostas à pergunta “Na sua prática diária costuma tentar perceber o nível de literacia em saúde da pessoa que tem diante de si?”. Para tal codificámos as respostas da seguinte forma: 1=Não; 2=Às vezes e 3=Sim.

O coeficiente de correlação de Pearson, que é, neste caso, $\rho = 0.146$, indica-nos uma correlação positiva, mas de intensidade muito reduzida, permitindo-nos concluir que a idade do profissional não tem um impacto significativo na forma como o farmacêutico aborda o tema. O comportamento da variável dependente, a frequência com que o farmacêutico faz a avaliação, só é explicada pela sua idade em 2% dos casos ($R^2 = 0,0213$) (Figura 5.38).

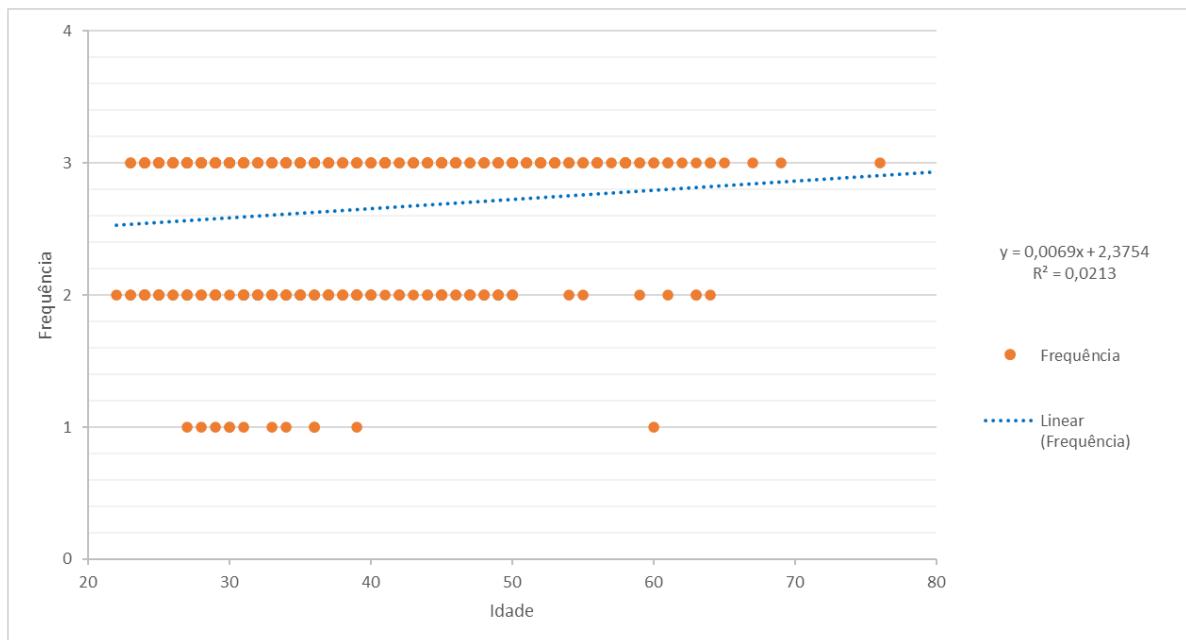


Figura 5.36 - Relação entre a idade do farmacêutico e a frequência com que tenta aferir o grau de literacia em saúde

Considerámos também importante avaliar se a sensibilidade à literacia em saúde tem alguma relação com os anos de experiência em farmácia comunitária, pelo que também executámos uma regressão linear para este efeito, cruzando os anos de experiência dos respondentes em farmácia comunitária com as respostas à pergunta “Na sua prática diária costuma tentar perceber o nível de literacia em saúde da pessoa que tem diante de si?”. Nesta análise usámos a mesma codificação para a regressão anterior para classificar a frequência.

Neste caso o coeficiente de correlação foi de $\rho = 0.1612$, ou seja, é verificada uma correlação positiva, mas de fraca intensidade.

À semelhança da análise anterior, podemos verificar que o comportamento da variável dependente, a frequência com que o farmacêutico faz a avaliação, só é explicada pelos anos que tem de experiência em 2% dos casos ($R^2 = 0,026$) (Figura 5.39).

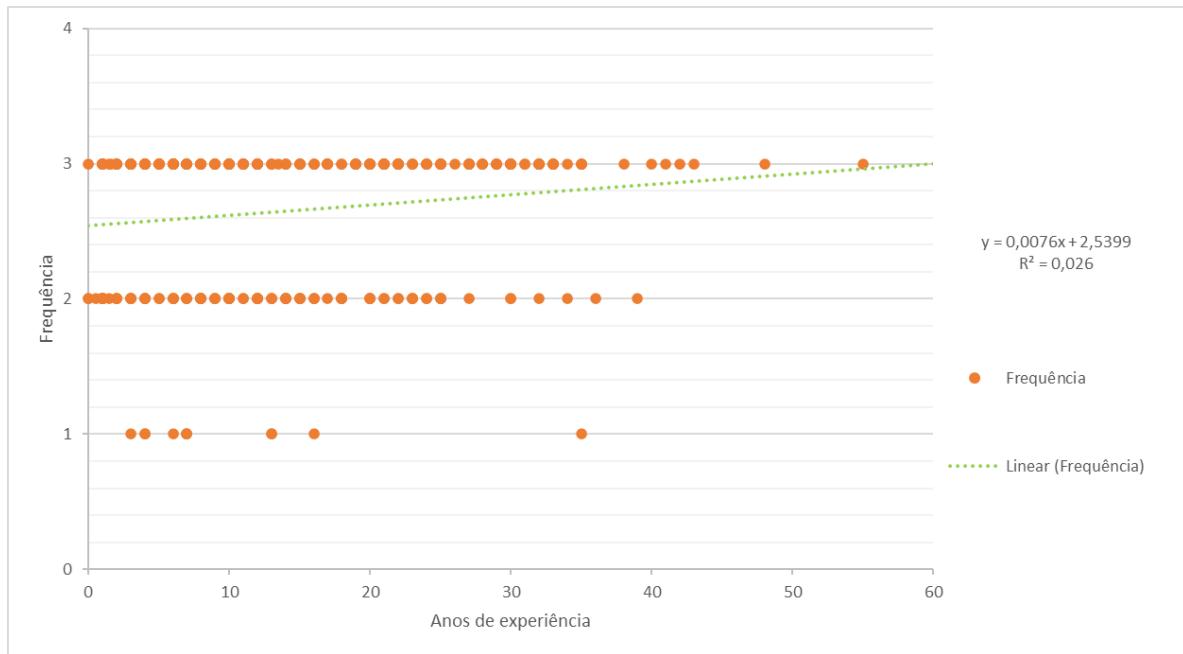


Figura 5.37 - Relação entre a experiência do farmacêutico e a frequência com que tenta aferir o grau de literacia em saúde

Daqui podemos concluir que as correlações entre a “idade do farmacêutico” ou os seus “anos de experiência em farmácia comunitária” a lidar com indivíduos em contexto de saúde, têm um impacto muito marginal (ainda que positivo) na forma como se aproveitam as circunstâncias de forma a aferir o grau de literacia em saúde do individuo, ao balcão de uma farmácia.

As conclusões obtidas, que apontam para uma marcada preocupação em perceber o nível de literacia em saúde do cidadão que não está dependente da maturidade pessoal ou profissional do farmacêutico, pode encontrar uma explicação no facto de a literacia em saúde ser hoje um conceito com uma grande notoriedade. Trata-se de um tópico amplamente abordado nas universidades e nas reuniões e publicações científicas. Um tema que tem ganhado lastro nas discussões acerca de políticas públicas em saúde, por ser cada vez mais reconhecida a importância e a consciencialização da necessidade de capacitar o cidadão e de criar condições para criar um terreno comum onde a comunicação se desenvolva e produza efeitos benéfico para a sociedade. Esta familiaridade e consciência cria um certo nivelamento entre os profissionais e torna as abordagens e as intervenções junto do cidadão mais naturais e transversais no dia a dia de um farmacêutico, em farmácia comunitária, independentemente da sua maturidade pessoal ou profissional.

5.4.1.3. A maturidade do farmacêutico e a importância atribuída aos domínios da literacia em saúde

Tendo como ponto de partida a maturidade pessoal e profissional do farmacêutico, procurámos também perceber se estas variáveis têm influência na forma como os inquiridos atribuem importância à literacia nas 3 dimensões analisadas: saúde pública; qualidade de vida das pessoas e sustentabilidade do SNS. Para tal recorremos ao coeficiente de correlação Ró de Spearman.

Comecemos pelos “anos de experiência do farmacêutico”, a correlação que se estabelece com importância atribuída a literacia em saúde e o seu “impacto na saúde pública”, podemos verificar que existe uma correlação negativa de muito fraca intensidade ($Rs=-0,013$), o mesmo se passando para o parâmetro “sustentabilidade do SNS” ($Rs=-0,063$). Já quando fazemos o mesmo exercício, mas tendo em consideração o “impacto na qualidade de vida das pessoas”, constatamos uma relação positiva, também de muito fraca intensidade ($Rs=0,040$). A significância para cada uma destas correlações é suficientemente baixa para concluirmos que nenhuma delas é estatisticamente significativa.

Correlacionando com a variável “idade do farmacêutico” os resultados obtidos são similares.

Chegámos assim à conclusão de que a idade e os anos de experiência como farmacêutico não impactam significativamente na importância atribuída à literacia em saúde nos domínios analisados: saúde pública, qualidade de vida das pessoas, sustentabilidade do SNS.

5.4.1.4. A maturidade do farmacêutico e o seu empenho em educar para a saúde

5.4.1.4.1. Na relação com os medicamentos

Considerámos que poderia ser relevante analisar o grau de correlação existente entre “falar acerca de aspetos importantes sobre os medicamentos” e a “idade do farmacêutico” ou os “anos de experiência em a trabalhar em farmácia comunitária”. A ideia seria aferir se, com a idade ou a experiência, se ia ganhando sensibilidade para a necessidade de passagem de conhecimento ou se, pelo contrário, esta sensibilidade se ia erodindo com o passar do tempo.

A pergunta foi colocada da seguinte forma: “Na sua prática diária costuma falar acerca dos aspetos importantes relacionados com, por exemplo, a toma dos medicamentos, nomeadamente, para que servem e porque devem ser tomados de acordo com a prescrição (duração do tratamento e pontualidade nas tomas)?” As opções de resposta estavam ordenadas da seguinte forma: “Nunca”; “Raramente”; “Às vezes”; “Frequentemente” e “Sempre”.

Para o efeito utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson, que nos indicou que, quer para a “idade do farmacêutico”, quer para os “anos de experiência em a trabalhar em farmácia comunitária”, a correlação com o parâmetro “falar acerca de aspetos importantes sobre os medicamentos” é tão baixa que podemos mesmos afirmar que não existe uma correlação estatisticamente significativa, $\rho = 0.034$ e $\rho = 0.082$, respetivamente.

Estes dados indicam-nos que os fatores “idade do farmacêutico”, e “anos de experiência em a trabalhar em farmácia comunitária” não exercem qualquer influencia na frequência com que o farmacêutico comunica os tópicos que considera mais relevantes acerca dos medicamentos que está a dispensar.

5.4.1.4.2. No incentivo à adoção de comportamentos saudáveis

No seguimento da lógica anterior, quisemos também saber se existe uma correlação entre “idade do farmacêutico” ou os “anos de experiência em a trabalhar em farmácia comunitária” com a frequência com que “incentiva a adoção de comportamentos positivos face à saúde”.

Para o efeito a pergunta que colocámos foi: “Na sua prática diária, perante a oportunidade de incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde, do tipo: fazer exercício físico; reduzir o sal, consumir frutas e vegetais, etc., costuma fazê-lo?”.

Perante os resultados, podemos afirmar que a correlação existente é positiva e estatisticamente significativa, mas de fraca intensidade. Os dados parecem assim indicar que, ao ter mais anos de experiência ou mais idade, o farmacêutico tende a aumentar ligeiramente a frequência com que incentiva a adoção de comportamentos positivos, $\rho = 0.166$ e $\rho = 0.164$ respetivamente (Figuras 5.40 e 5.41).

	Incentivar a adoção de comportamentos positivos	Anos de exercício em farmácia comunitária
Incentivar a adoção de comportamentos positivos	Correlação de Pearson	1 ,164**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	394
Anos de exercício em farmácia comunitária	Correlação de Pearson	,164**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	394

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 5.38 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre incentivar a adoção de comportamentos saudáveis e os anos de experiência como farmacêutico

		Incentivar a adoção de comportamentos positivos	Idade
Incentivar a adoção de comportamentos positivos	Correlação de Pearson	1	,166**
	Sig. (2 extremidades)		<,001
	N	394	394
Idade	Correlação de Pearson	,166**	1
	Sig. (2 extremidades)	<,001	
	N	394	394

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 5.39 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre incentivar a adoção de comportamentos saudáveis e a idade do farmacêutico

5.4.1.4.3. Na gestão da doença crónica

Por último, quisemos confrontar o farmacêutico com a questão “Na sua prática diária, perante pessoas com doença crónica, costuma fazer recomendações simples e específicas da sua condição, com o propósito de que ajudar na manutenção da saúde?” e avaliar se uma maior frequência para este tipo de recomendações estava, de alguma forma, associada à idade ou aos anos de experiência em farmácia comunitária.

Os resultados obtidos indicam que, apesar identificada uma correlação de fraca intensidade, esta é estatisticamente significativa nos 2 parâmetros: anos de experiência em farmácia comunitária e idade ($p<0,05$), ou seja, quanto maior a idade e quanto maior a experiência em farmácia, tende a verificar-se um pequeno incremento na frequência com que o farmacêutico faz recomendações específicas sobre a saúde do indivíduo, $\rho = 0.150$ e $\rho = 0.161$, respetivamente (Figuras 5.42 e 5.43).

		Fazer recomendações específicas para a condição de saúde	Idade
Fazer recomendações específicas para a condição de saúde	Correlação de Pearson	1	,161**
	Sig. (2 extremidades)		,001
	N	393	393
Idade	Correlação de Pearson	,161**	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	
	N	393	394

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 5.40 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre a prática de fazer recomendações específicas para a condição de saúde e a idade do farmacêutico

		Fazer recomendações específicas para a condição de saúde	Anos de exercício em farmácia comunitária
Fazer recomendações específicas para a condição de saúde	Correlação de Pearson	1	,150**
	Sig. (2 extremidades)		,003
	N	393	393
Anos de exercício em farmácia comunitária	Correlação de Pearson	,150**	1
	Sig. (2 extremidades)	,003	
	N	393	394

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 5.41 - Índice de correlação de Pearson para avaliar a relação entre a prática de fazer recomendações específicas para a condição de saúde e os anos de experiência como farmacêutico

O que estas análises nos parecem indicar é que a maturidade pessoal ou profissional do farmacêutico exerce uma influência pouco relevante na forma como se empenham em questões como a passagem de informação relevante acerca do medicamento que dispensa, o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis ou a prestação de aconselhamento específico em relação à condição de saúde. Isto porque estas práticas são comuns no dia a dia do farmacêutico, conforme pudemos constatar anteriormente (Figura 5.13), e são partilhadas pela maioria dos profissionais.

5.4.2. Validação de hipóteses e Resposta às Questões de Investigação

5.4.2.1. Validação de hipóteses

Depois de termos analisado em pormenor os dados obtidos a partir dos inquéritos, chegámos ao momento de aferir se as nossas hipóteses se verificam, validando-as hipóteses e respondendo às questões que nortearam a investigação.

Para efeitos de validação de hipóteses, vamos considerar o limiar dos 50% ou mais, como critério de aceitação. Este critério foi assim definido por ser um valor que representa mais do que metade das observações, pelo nos deixa confortáveis para que conclusões possam ser tiradas.

H1 - Os farmacêuticos, através da sua prática diária, têm a preocupação de ajustar a sua comunicação ao nível de literacia em saúde de cada pessoa.

As perguntas que considerámos para aferir esta hipótese foram:

1. Na sua prática diária costuma tentar perceber o nível de literacia em saúde da pessoa que tem diante de si?

2. Quando se encontra perante uma pessoa com necessidades de acompanhamento na gestão da sua doença, costuma:

- Fazer perguntas para aferir as necessidades em maior pormenor
- Fazer recomendações com linguagem clara e positiva
- Recorrer a materiais escritos para apoiar a sua mensagem

Perante os resultados obtidos com as 2 questões que enquadram a atitude do farmacêutico quando confrontado com possíveis lacunas na literacia em saúde, podemos afirmar que a Hipótese 1 se verifica, e é verdadeira. Por um lado, os farmacêuticos, na sua prática diária, demonstram ter a preocupação de avaliar o nível de literacia em saúde da pessoa que têm diante de si. Os resultados assim o demonstram, apontando para 67,8% dos inquiridos que costuma fazê-lo. Apenas 4% afirma não ter esta preocupação. Acresce a isto, o facto de que aqueles profissionais que partilham desta preocupação e que identificam pessoas que manifestem necessidades de acompanhamento, não apenas ajustam as suas práticas comunicacionais, como recorrem a métodos que lhes permitam passar a mensagem da forma mais eficaz possível. 70,8% dos inquiridos recorre mesmo a mais do que um método para tentar adaptar a sua comunicação ao nível de literacia da pessoa que tem diante de si.

H2a - Os farmacêuticos aproveitam as interações com as pessoas para lhes prestar informações relevantes para a gestão da doença/autocuidado.

As hipóteses H2a e H2b referem-se à capitalização das interações estabelecidas entre o farmacêutico e as pessoas que frequentam a farmácia, de modo a influenciá-las na gestão da sua condição de saúde. Esta gestão está muito associada ao conceito de autocuidado, que Richard & Shea (2011) definiram como o conjunto de escolhas que concorrem para o bom funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, o que inclui a gestão da doença.

Para testarmos a hipótese H2a colocámos 2 perguntas aos farmacêuticos:

1. Na sua prática diária, perante pessoas com doença crónica, costuma fazer recomendações simples e específicas da sua condição, com o propósito de que ajudar na manutenção da saúde?

2. Na sua prática diária costuma falar acerca dos aspetos importantes relacionados com, por exemplo, a toma dos medicamentos, nomeadamente, para que servem e porque devem ser tomados de acordo com a prescrição (duração do tratamento e pontualidade nas tomas)?

Como resposta à primeira 82,5% dos farmacêuticos afirmam praticar este tipo de recomendações numa base regular, ou seja, sempre ou frequentemente. Já quando atentamos à segunda questão, podemos comprovar que os profissionais aproveitam ainda mais este contexto para comunicar e informar o cidadão acerca da função dos medicamentos e do seu uso: 94,2% afirmam fazê-lo sempre ou frequentemente.

Deste modo, podemos considerar confirmada a H2a, na medida em que os dados apresentados a corroboram, denotando um grande envolvimento do farmacêutico na melhoria da gestão da doença/autocuidado.

H2b - Os farmacêuticos aproveitam as interações com as pessoas para lhes prestar informações relevantes para a promoção da saúde e prevenção da doença.

No que concerne à H2b, a relação que se estabelece com o inquérito é feita através da questão: “Na sua prática diária, perante a oportunidade de incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde, do tipo: fazer exercício físico; reduzir o sal; consumir frutas e vegetais, etc., costuma fazê-lo?”

As respostas obtidas apontam para uma maioria expressiva de profissionais (82,7%) que declara rentabilizar as suas intervenções junto dos cidadãos tentando influenciá-los, sempre ou frequentemente, na adoção de comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença, levam-nos a comprovar a H2b.

H3 - Os farmacêuticos, por conhecerem o sistema de saúde, ajudam na sua navegação.

O envolvimento do cidadão com o sistema de saúde é referido na literatura como um aspeto que contribui para a autonomia e para a capacitação (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Ora, o exercício da autonomia tem reflexos relevantes na forma como os indivíduos gerem os diversos aspetos relacionados com a saúde (Leape *et al.*, 2009), seja por favorecer o autocuidado, seja por contribuir para uma maior responsabilização (Ratzan & Parker, 2000). Nenhum destes aspetos é de somenos quando nos referimos à literacia em saúde, contudo sabemos que existem lacunas na capacidade de os cidadãos se adaptarem às exigências dos sistemas de saúde (Sørensen, 2018), e este é também um marcador para a literacia em saúde. Por esse motivo quisemos aferir a disponibilidade que os farmacêuticos manifestam para ajudar os cidadãos necessitados de orientação para se adaptarem ao sistema.

Com o fim de entendermos o grau de envolvimento e a resposta dos farmacêuticos perante a necessidade de apoio na naveabilidade pelo sistema de saúde, colocamos-lhes a seguinte questão:

“Já teve de ajudar alguma pessoa a perceber como aceder e/ou navegar pelo sistema de saúde? (Por exemplo, perceber as instruções para exames de diagnóstico ou perceber onde se dirigir para alterar uma consulta)”. A esta pergunta, 376 dos inquiridos (95,4%) afirmaram já ter prestado apoio a indivíduos que sentiam necessidades de acesso ou de compreensão do sistema de saúde, confirmando a H3.

H4 - Os farmacêuticos, por serem profissionais de saúde, estão em posição de validar a informação obtida online.

O acesso a qualquer tipo de informação é hoje muito facilitado pela internet. Quando falamos acerca de informação relacionada com a saúde, sabemos que a maioria dos adultos europeus (55%) fazem pesquisas online sobre o tema (Eurostat, 2020). Contudo sabemos também que, por nem toda a informação disponível ser confiável, são necessárias competências específicas que permitam que seja utilizada de forma que beneficie a saúde (Ducrot, *et al.*, 2021).

Uma vez que a relação com o farmacêutico é ancorada na temática da saúde, as interações tendem a propiciar a deteção de lacunas nas competências associadas à literacia em saúde em geral, mas também em relação à literacia digital em saúde. Tendo isto em mente, formulámos a uma pergunta para colocarmos ao nosso painel: “Já se deparou com pessoas que pesquisaram online informações sobre saúde e obtiveram resultados imprecisos, enganosos ou fora de contexto?”. Dos 394 inquiridos, 380 (96,4%) responderam sim à questão, o que nos permite afirmar a H4 como verdadeira.

Depois de termos analisado os dados e efetuado as correlações que considerámos necessárias, concluímos que, de um modo geral, os farmacêuticos demonstram uma intenção genuína de contribuir para a capacitação dos cidadãos através de um apoio na melhoria dos seus níveis de literacia em saúde. Contudo, esta intenção está condicionada pelas limitações do trabalho na própria farmácia, pelas competências comunicacionais e sociais do farmacêutico e pela própria legitimização que o cidadão concede ao farmacêutico para que este possa fazer abordagens deste tipo.

H5 - As pessoas sentem que o farmacêutico presta um aconselhamento específico para a sua situação.

O aconselhamento, que se considera uma função basilar na profissão farmacêutica, centra-se, sobretudo, no uso racional e seguro do medicamento, e este está relacionado com a situação específica da pessoa. Tendo isto em mente, cruzámos esta hipótese com as seguintes perguntas:

1. “Sente que o/a farmacêutico/a lhe presta toda a informação de que necessita para que tome a medicação da forma mais adequada (quantidade, horário, duração de tratamento), utilizando uma linguagem que comprehende?”
2. “O seu farmacêutico explica-lhe para que serve cada um dos medicamentos que lhe dispensa?”
3. “O seu farmacêutico fala-lhe da importância de cumprir com a toma dos medicamentos que lhe dispensa?”
4. “Sente que o seu farmacêutico faz tudo para se certificar de que comprehendeu as informações importantes acerca da toma de medicamentos?”
5. “Sente que a linguagem utilizada pelo seu farmacêutico é clara e acessível, permitindo-lhe comprehender todas as suas indicações?”

Em qualquer das perguntas, demos as seguintes opções de resposta: “Sempre”; “Frequentemente”; “Às vezes”; “Raramente”; “Nunca”. Para efeitos de validação de hipóteses considerámos o limiar de 50% apenas para a conjunção dos casos “Sempre” e “Frequentemente”.

Perante qualquer uma das perguntas acima referenciadas, as respostas obtidas situaram-se acima dos 50% para as opções “Sempre” ou “Frequentemente”, validando a H5.

Queremos, contudo, destacar que a pergunta que obteve melhor classificação (84,8%) foi “Sente que a linguagem utilizada pelo seu farmacêutico é clara e acessível, permitindo-lhe comprehender todas as suas indicações?”, denotando um esforço continuo para garantir a clareza e objetividade da comunicação, independentemente das especificidades de cada indivíduo.

Em oposição, a pergunta que reuniu menor classificação (52,7%) segundo estes critérios foi: “Sente que o seu farmacêutico faz tudo para se certificar de que comprehendeu as informações importantes acerca da toma de medicamentos?”.

Apesar de ser comprovado o empenho do farmacêutico em veicular uma mensagem personalizada quando relacionada com a medicação, os resultados apontam para uma utilização menos intensiva dos instrumentos que lhe permitem assegurar que a informação foi assimilada, nomeadamente as perguntas de despiste e a técnica de *teach-back*.

H6a - As pessoas sentem que o farmacêutico comunica sobre a gestão da doença e autocuidado com uma linguagem clara e adaptada a cada indivíduo.

Para verificarmos a validação desta hipótese, considerámos a questão: “O seu farmacêutico costuma falar-lhe acerca de cuidados a ter para melhor lidar com a sua doença ou condição de saúde utilizando uma linguagem que comprehende?” Responderam “Sempre” 22,32%, e “Frequentemente”

14,29% dos inquiridos. A soma destas 2 parcelas totaliza 36,6%, pelo que seguindo o critério estabelecido, a H6a não se verifica.

H6b - As pessoas sentem que o farmacêutico comunica sobre promoção da saúde e prevenção da doença com uma linguagem clara e adaptada a si.

Para validarmos esta hipótese considerámos 2 perguntas, uma de âmbito mais genérico, em que abordámos a comunicação em geral, e outra mais focada em materiais visuais.

Deste modo formulámos a questão de âmbito genérico:

1. “O seu farmacêutico costuma fazer-lhe recomendações acerca de comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou prevenir a doença, utilizando uma linguagem que comprehende?”

Como resposta, 18,75% dos inquiridos responderam “Sempre” e 23,21% responderam “Frequentemente”, perfazendo 41,96%.

No caso do uso de materiais que sirvam de suporte à mensagem centrada da promoção da saúde e prevenção da doença, colocámos a questão:

2. “O seu farmacêutico costuma utilizar materiais visuais, tais como folhetos ou brochuras quando lhe fala de cuidados a ter ou comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou gerir a sua doença? ”.

No seu conjunto apenas 17% dos inquiridos responderam “Sempre” ou “Frequentemente”.

Perante estes resultados obtidos em ambas as questões, constatámos que a H6b não se verifica.

H7 - As pessoas veem a farmácia como um local onde podem pedir apoio para navegar pelo sistema de saúde.

Para aferir se esta hipótese se verifica, utilizámos a seguinte pergunta no nosso questionário: “Já sentiu necessidade de pedir ajuda para compreender como aceder aos serviços do SNS (marcação/alteração de consultas ou exames, por exemplo)? ”.

Quando questionados, 66% dos inquiridos respondeu “Não”, o que nos faz concluir que a H7 não se verifica.

H8 - As pessoas veem a farmácia como um local onde podem validar a informação que recolhem online

Com a aplicação do questionário constatámos que 88,4% dos inquiridos confirma que costuma consultar a internet para obter informações sobre questões relativas à sua saúde ou de outros que lhe estão próximos. Destes, 79,5% sentiu necessidade de validar se estas informações eram verdadeiras, mas apenas 30,34% destes fizeram-no junto do farmacêutico.

Estes resultados confirmam que a H8 não se verifica.

H9 - As pessoas veem as farmácias como um primeiro ponto de contacto na procura por aconselhamento em situações ligeiras de saúde.

Na expectativa de validarmos esta hipótese, colocámos a seguinte pergunta no nosso questionário: “Costuma recorrer à farmácia para pedir aconselhamento acerca de questões de saúde que não exijam a intervenção imediata de um médico, mas que necessitem intervenção de um profissional de saúde?”. A ela 9,82% dos inquiridos responderam “Sempre” e 16,07% responderam “Frequentemente”, perfazendo 25,9%.

O resultado obtido não é suficiente para validarmos a H9, pelo que não a confirmamos.

H10 - As pessoas esperam que as farmácias sejam mais do que um ponto de dispensa de medicamentos.

Quisemos perceber se é reconhecido ao farmacêutico a legitimidade para intervir em questões de saúde que extravasam a intervenção farmacêutica tradicional. Para tal colocámos a questão “Qual a sua opinião acerca da intervenção do farmacêutico em questões de saúde que vão além do uso dos medicamentos (por exemplo aconselhar comportamentos saudáveis, aconselhar em práticas que ajudem a vigiar a saúde, etc.)?”. As hipóteses de resposta foram:

- É sempre bem-vinda
- É uma intervenção oportuna e adequada
- É uma intervenção que considero intrusiva/não solicitada
- Não reconheço ao farmacêutico a autoridade para me dar conselhos desse tipo
- Não quero responder

Para validarmos a hipótese em causa considerámos as respostas “É sempre bem-vinda” e “É uma intervenção oportuna e adequada” que, em conjunto totalizam 92%. Destacamos que 52,7% dos respondentes afirmam que este tipo de intervenção é sempre bem-vinda.

Estes resultados permitem-nos validar a H10.

O exercício de validação das hipóteses permite-nos concluir que a visão que o farmacêutico tem da sua prestação enquanto contribuidor para a literacia em saúde não é percecionada exatamente da

mesma forma pelo cidadão/utente. Esta dissonância parece estar ancorada numa conceção que o profissional tem da sua prática, colocando-a num patamar muito intervencionista, que é diferente da percepção dos cidadãos têm, ainda que estes últimos reconheçam nos primeiros a competência e a legitimidade para que o espaço de intervenção seja amplo.

5.4.2.2. Questões de investigação

1.Qual o papel das farmácias no preenchimento do *gap* entre uma sociedade cada vez mais digital e as populações com uma baixa literacia em saúde e literacia digital?

As farmácias, por serem um ponto de acesso facilitado a um profissional de saúde e por, em contexto, acompanharem o cidadão na sua jornada de saúde, desempenham um papel importante (e reconhecido) no apoio e ajuda à gestão da doença crónica e na identificação de lacunas associadas a esta gestão. Têm também uma função social que está associada à proximidade com a comunidade, exercendo um contributo relevante ao nível da mitigação de ineficiências resultantes do funcionamento do sistema de saúde.

O nosso inquérito permitiu-nos confirmar que nas farmácias são efetuadas intervenções com o propósito de contribuir para uma melhoria da literacia em saúde dos cidadãos, contudo estas intervenções são desencadeadas por iniciativa própria do farmacêutico, não refletindo uma atuação estruturada por parte da farmácia, nem de nenhuma diretiva estratégica por parte do Estado.

Uma parte significativa destas intervenções é fruto de uma tomada de consciência do capital de intervenção que o farmacêutico tem no âmbito da sua atuação. Percebemos, pelas respostas dos farmacêuticos, que o papel de contribuidor para a literacia em saúde dos cidadãos é algo que não apenas veem como seu (98,73%), mas também consideram que a sua posição os coloca no lugar certo para o fazer (99,24%).

De facto, no seu dia a dia, o farmacêutico demonstra ter uma preocupação em aferir o nível de literacia em saúde do indivíduo que tem à sua frente, e esta prática é confirmada por 67,77% dos respondentes ao nosso inquérito. Esta avaliação é o elemento que permite uma abordagem mais adaptada às necessidades individuais de cada cidadão, seja no uso responsável e adequado do medicamento, seja em intervenções centradas prevenção da doença, na promoção da saúde ou na gestão da doença crónica.

Tendo em consideração que, cada vez mais, a relação com o sistema de saúde está assente em bases digitais, torna-se muito difícil para alguns indivíduos, por se sentirem excluídos destes processos, gerirem e monitorizarem a sua condição de saúde, colocando-as em risco de não cumprir os planos de tratamento. Neste ponto 95,43% dos farmacêuticos inquiridos confirmam que já tiveram

de apoiar indivíduos na navegação pelo sistema de saúde, pelo que podemos assumir que a atuação do farmacêutico é relevante e que, para alguns, é mesmo essencial para que possam beneficiar do exercício da cidadania, usufruindo dos recursos que o sistema de saúde lhes proporciona, com o menor custo e o máximo de eficiência possível.

A digitalização tem também uma outra componente que analisámos: a pesquisa online sobre tópicos relacionados com a saúde. Pela disponibilização crescente de conteúdos e de plataformas de acesso à informação, a probabilidade de a informação recolhida ser imprecisa, enganosa ou fora de contexto é grande. Não é de espantar, portanto, que 96,45% dos farmacêuticos inquiridos afirmem que já se ter deparado com situações desta natureza. A oportunidade de intervir diante destas circunstâncias coloca o farmacêutico no momento e no contexto adequado para que possa encaminhar os indivíduos envolvidos para fontes de informação seguras e credíveis, clarificar a informação, esclarecer dúvidas ou desmistificar conceitos.

Na perspetiva do cidadão, também é reconhecida a relevância da farmácia, e especialmente do farmacêutico, no preenchimento das lacunas deixadas em aberto pelo sistema, especialmente às populações com baixa literacia em saúde. As respostas dos cidadãos inquiridos atestam-no, pois revelam um reconhecimento do esforço desenvolvido pelo farmacêutico nas intervenções personalizadas que executam, seja na promoção da saúde, onde 41,96% dos inquiridos afirmam que o farmacêutico costuma “Sempre” ou “Frequentemente” fazer recomendações acerca de comportamentos a adotar para melhorar a saúde ou prevenir a doença, e 36,61% afirmam que o farmacêutico costuma falar “Sempre” ou “Frequentemente” acerca de cuidados a ter para melhor lidar com a doença ou condição de saúde, tudo numa linguagem acessível.

É também distinguido o empenho do farmacêutico na utilização de uma linguagem próxima, clara e acessível para comunicar os aspetos essenciais relativos à toma adequada e segura dos medicamentos dispensados (75%).

O cidadão está consciente (49,11%) do empenho que as farmácias colocam em promover atividades/eventos que ajudem os cidadãos a melhor gerir a saúde individual e coletiva, ainda que poucos sejam os indivíduos (38,18%) que já tenham participado nestas atividades.

Do total dos cidadãos inquiridos, 88,39% dos afirmou recorrer à internet para obter informações de saúde e, destes, 79,46% acho importante validá-las, por não ter confiança na qualidade da informação obtida. Ora, de entre aqueles que validaram a informação, mais de 30% recorreram ao farmacêutico para este efeito, atestando a relevância do papel da farmácia e a confiança depositada no farmacêutico.

A farmácia apresenta-se, assim, como um ponto de referência e de intervenção para pessoas com insuficiente literacia em saúde, nos seus vários domínios: promoção da saúde; prevenção da doença;

gestão da doença; navegação pelos sistemas de saúde, todavia esta colaboração é baseada na iniciativa individual, não estando ancorada numa estratégia formal coordenada e integrada que utilize a rede de farmácias com este fim específico.

Por parte dos farmacêuticos existe uma vontade vital em contribuir para a elevação dos níveis de literacia em saúde. Esta vontade é manifestada não apenas na percepção que têm do seu papel e do seu posicionamento, tal como já abordámos anteriormente, mas também numa vontade de colaborar ativamente num projeto que traduzisse uma nova abordagem à saúde, onde o estado passasse a colocar mais ênfase na gestão da doença crónica, envolvendo as farmácias enquanto prestadores de um serviço relacionado com a promoção da literacia em saúde. Os resultados do inquérito comprovam esta disposição: 99,24% dos inquiridos demonstra interesse em participar num projeto desta natureza, seja porque resultaria numa valorização do papel da farmácia na comunidade, porque valoriza o farmacêutico enquanto profissional de saúde de proximidade, ou ainda porque resultaria numa integração formal das farmácias no ecossistema da saúde.

Como conclusão, podemos afirmar que a farmácia comunitária se apresenta como um ponto de referência e de intervenção junto dos cidadãos, especialmente aqueles que demonstram níveis insuficientes de literacia em saúde, nos seus vários domínios: promoção da saúde; prevenção da doença; gestão da doença; navegação pelos sistemas de saúde.

2. Quais os desafios e oportunidades que as farmácias enfrentam no exercício da promoção da literacia em saúde?

O empenho na promoção da literacia em saúde é um tema que só pode ser analisado e avaliado à luz dos desafios que as farmácias enfrentam nos dias de hoje, não podendo, por isso, ser dissociado das especificidades e das necessidades das farmácias enquanto pequenas e médias empresas que competem num mercado altamente regulado e concorrencial.

Comecemos pela mais elementar, o tempo. As farmácias operam atualmente em ambientes muito competitivos, o que acarreta desafios logísticos complexos e a execução de planos de atividade promocional intensa. Neste setor em específico é, contudo, necessário assegurar que se cumprem as normas e procedimentos decorrentes de um enquadramento regulamentar muito específico e intrincado. A gestão de uma farmácia é uma operação complexa que existe uma eficiente alocação de recursos, sendo os recursos humanos uma das componentes mais estratégicas desta gestão.

Nas nossas visitas a farmácias tivemos oportunidade de testemunhar o consumo de tempo alocado às várias tarefas, bem como o desafio que constitui a alocação e motivação dos recursos humanos. Não é por acaso que o tempo aparece como resposta em 90,36% dos casos quando

perguntámos qual a principal limitação encontrada para que o farmacêutico possa dar um contributo maior para a literacia em saúde.

As limitações não se restringem, porém, à gestão do tempo, outras são também identificadas, ainda que de forma um pouco menos enfática. Exemplo disso está a limitação associada à falta de incentivos por parte do Estado. Os incentivos são um poderoso instrumento ativador da atividade económica, e esta é também uma questão económica, já que a alocação de recursos para projetos desta natureza implica a contratação de mais profissionais para assegurar o desempenho das tarefas correntes na farmácia. Esta é uma barreira que, por ser massivamente apontada, mereceu a nossa atenção.

Ainda no campo das limitações, foi identificado um fator relacionado com uma certa erosão do papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde. Ao contrário do que é preconizado a nível internacional, onde se defende que o farmacêutico deverá posicionar-se como intermediário entre o médico e o cidadão, apelando não apenas às suas competências técnico-científicas, mas também àquelas que têm uma componente relacional (WHO, 1997), os profissionais portugueses não sentem que tenham este espaço de atuação. Este aspeto é referenciado como estando relacionado com a atitude do cidadão face ao farmacêutico, mas também com a atitude dos restantes profissionais e instituições de saúde, fazendo com que a farmácia e o ato farmacêutico – o serviço de dispensa do medicamento agregada ao aconselhamento – não seja encarado como um serviço prestado.

Quando questionados diretamente acerca dos recursos necessários que permitiriam ao farmacêutico aumentar a sua influência na promoção da literacia em saúde, na sua maioria podem ser agregados em dois grandes grupos: comparticipação do estado à farmácia e formação profissional. A maioria das respostas continham mais do que um recurso, ainda assim a formação profissional aparece em 66,75% e a comparticipação do estado aparece em 63,71% das respostas. Mais tempo ou mais pessoas são recursos que surgem em 54,57% das respostas.

Quanto às oportunidades, identificamos, numa primeira linha, a vontade manifestada pelos farmacêuticos comunitários, de contribuir para aumentar os níveis de literacia em saúde das comunidades. Esta é vontade que nasce de uma consciência crescente e generalizada da importância da literacia em saúde. Os farmacêuticos têm essa noção bem presente e desejam fazer parte da solução. 97,46% deles consideram a literacia em saúde um fator importante ou muito importante para a saúde pública, 97,97% consideram-na muito importante para a qualidade de vida das pessoas e 94,16% vêem-na como um contributo muito importante para a sustentabilidade do SNS.

Do lado dos cidadãos inquiridos também são encorajadores os sinais obtidos. Quando questionados sobre como veriam uma intervenção não solicitada por parte do farmacêutico, em questões de saúde que vão além do uso dos medicamentos (por exemplo aconselhar comportamentos

saudáveis, aconselhar em práticas que ajudem a vigiar a saúde, etc.), 52,58% consideram-na bem-vinda e 39,29% classificam-na como oportuna e adequada, perfazendo um total de 91,96% de opiniões positivas acerca deste tipo de intervenções.

Esta opinião, expressada pelos cidadãos frequentadores de farmácias, é de extrema importância pois não só confere legitimidade ao farmacêutico para estas intervenções, como também permite que elas ocorram em contexto, na medida em que uma ida à farmácia é um momento privilegiado para se falar de saúde e de cuidados a ter associados à condição específica do indivíduo, e em que é oportuno dar continuidade a essa conversa expandindo-a para temas que contribuem para a literacia em saúde.

5.5. Estudo etnográfico

Com o fim de termos uma perspetiva mais abrangente, complementarmos a nossa investigação com um estudo etnográfico. Desta forma pudemos observar as dinâmicas relacionadas com a literacia em saúde do ponto de vista do farmacêutico, do ponto de vista do cidadão/utente e do ponto de vista de um observador externo.

Este estudo decorreu em 7 farmácias do distrito de Lisboa, onde tivemos a oportunidade de presenciar em pormenor cerca de 100 atendimentos.

De seguida descrevemos, farmácia a farmácia, alguns dos aspetos que considerámos relevantes e que resultaram da nossa observação não intervenciva. Fazemos também uma breve caracterização cada um dos municípios com dados obtidos a partir do Censos 2021.

No final apresentamos notas gerais que resultaram do conjunto das observações. Estas notas têm como propósito agregar alguns dos aspetos mais relevantes que retirámos da experiência, e que contribuem para uma compreensão mais alargada da intervenção farmacêutica.

1. Farmácia Estácio - Xabregas, 25 de novembro de 2022

A farmácia Estácio, em Xabregas, é uma farmácia urbana com uma parte significativa de clientes composta por pessoas idosas, residentes na zona, mas também com muitos cidadãos jovens e de meia-idade que trabalham perto ou se encontram em trânsito. Os atendimentos foram maioritariamente demorados, sendo muitas vezes encurtados apenas pela vontade do cidadão.

A localização desta farmácia propicia 2 tipos de clientes: os frequentes, pessoas que moram na zona e a quem é proporcionado um acompanhamento próximo e um seguimento da sua condição de saúde, e os ocasionais, que vão àquela farmácia em específico por uma questão de conveniência, sem que tenham qualquer relação ou preferência por algum atributo específico.

Nos atendimentos presenciados notámos uma grande propensão ao diálogo, onde as questões relacionadas com a saúde eram dominantes. Na maioria dos atendimentos comprovámos a necessidade, por parte do farmacêutico, de assegurar que os medicamentos dispensados sejam tomados corretamente. Comprovámos também a disponibilidade para esclarecer questões relacionadas toma de outros medicamentos e tratamentos.

Nesta farmácia assistimos a atendimentos a pessoas absolutamente iletradas, com grandes dificuldades de compreensão - até das instruções mais simples -, mas também com manifestas insuficiências cognitivas, manifestadas na sua capacidade de expressar a sua situação e necessidades.

Presenciamos duas situações em que interação foi muito frutífera em termos educação para a saúde. Num dos casos, perante a necessidade de suplementação, o farmacêutico conseguiu explicar os benefícios da adotação de uma alimentação equilibrada como medida de longo prazo, em oposição ao consumo de suplementos alimentares que só satisfazem uma necessidade imediata, numa atitude até anticomercial.

2. Farmácia Estácio – Restauradores - 9 dezembro de 2022

Farmácia situada em pleno centro de Lisboa, numa das zonas mais turísticas. A maioria dos clientes é de nacionalidade estrangeira. Assistimos a muito poucos atendimentos a cidadãos nacionais e os que ocorreram diante da nossa presença formam, essencialmente, a indivíduos que trabalham perto ou que estão em transito, não são moradores.

De todas as farmácias visitadas, esta foi onde presenciamos atendimentos mais desafiantes, resultado de uma necessidade constante de adaptação a diferentes idiomas culturas. Aqui as necessidades estão muito direcionadas para questões utilitárias, associadas às necessidades comuns dos viajantes. Tivemos, ainda assim, a oportunidade de assistir à interação com uma família cuja jornada de saúde tem sido acompanhada na farmácia, desde o seu início. Neste caso foram abordados temas como a última ida ao médico os desafios associados aos exames, e o farmacêutico ajudou a compreender resultados de exames e prestou aconselhamento acerca da preparação para novos exames.

De forma a ir ao encontro das necessidades da população que a farmácia serve, todos os farmacêuticos têm um inglês impecável e muitos falam também espanhol e francês. Têm mesmo uma farmacêutica de nacionalidade espanhola.

I. Caracterização do município – Lisboa

Lisboa regista uma tendência para a diminuição do número de residentes, contando hoje com 545 795 cidadãos. Esta tendência tem vindo a ser suavizada nos últimos 5 anos com o contributo de novos residentes estrangeiros, cuja população cresceu 74% neste período.

Este é o único município analisado cuja população idosa diminuiu nos últimos 20 anos (0,2p.p.), possivelmente fruto da gentrificação, e onde se registou um aumento de jovens até aos 14 anos (1,4 p.p.).

O índice de poder de compra é de 205,6 e os licenciados representam 35,8% do total da população residente.

Índice de envelhecimento em 2021: 179 (179 idosos por 100 jovens)

3. Farmácia Tapada das Mercês - Sintra- 2 dezembro de 2022

A farmácia Tapada das Mercês situa-se numa área urbana caracterizada por severas carências económicas. A população circundante é maioritariamente oriunda de países estrangeiros, e esse facto tem um reflexo muito direto na forma como a farmácia se organiza, quer em termos de recursos humanos, quer em termos de sortido. Uma das farmacêuticas é fluente num dialeto africano e algumas das pessoas que não se conseguem exprimir em português ou compreender corretamente a língua são encaminhadas para esta profissional.

Nesta farmácia presenciamos alguns atendimentos extremamente demorados, com muitas perguntas de despiste e explicações muito detalhadas. Presenciamos também o esforço dos farmacêuticos em propor alternativas a produtos de que as pessoas necessitam, mas cujo esforço financeiro é demasiado grande para elas.

II. Caracterização do município – Sintra

A população residente no município de Sintra atingiu, em 2021, um pico de 385 606 cidadãos, o que representa um crescimento de 6% no espaço de 20 anos. Do total de residentes, 11% são cidadãos estrangeiros, segmento populacional que tem vindo a ganhar dimensão, tendo obtido um crescimento de 44,7% nos últimos 5 anos.

Em termos socioeconómicos temos o retrato de um município com lacunas, que se manifestam no baixo índice de poder de compra, que é de 93,6 e na reduzida percentagem de licenciados, que é de 16,8% da população.

Os idosos representam 17,9% da população, sendo o índice de envelhecimento de 122, ou seja, existem 122 idosos por cada 100 jovens.

4. Farmácia das Fontainhas – Cascais - 7 dezembro de 2022

A farmácia das Fontainhas é uma típica farmácia de bairro, onde os residentes vão regularmente e onde existe uma grande familiaridade. Por se situar num município com elevado poder de compra, presenciamos várias situações em que se procurava o aconselhamento de produtos de bem-estar e não apenas a aquisição medicamentos ou de produtos prescritos ou recomendados pelo médico.

O diálogo é frequente e o tempo investido nos atendimentos é grande, dando espaço para um conhecimento mais aprofundado das necessidades e do enquadramento de cada situação. Num dos atendimentos o farmacêutico falou longamente acerca dos medicamentos e alertou para a possibilidade de efeitos adversos, dando indicações sobre como minimizá-los.

Uma das situações curiosas a que assistimos foi a de uma mulher com um nível socioeconómico acima da média, uma juíza, que mostrou não entender porque toma determinados medicamentos e decidiu, unilateralmente, pelo seu abandono porque achava que já tomava demais. Ocorrências deste género comprovam que, apesar da literacia em saúde estar ancorada na literacia em sentido lato, não evita situações em que os indivíduos tenham de ser acompanhados e motivados a envolver-se positivamente na gestão da sua condição de saúde.

5. Farmácia Parque – Estoril - 20 dezembro de 2022

A farmácia Parque situa-se ao lado dos jardins do Casino Estoril, e a sua localização tem um impacto profundo no tipo de cidadãos que a visita. Aqui foi o local onde vimos mais pessoas de estatuto económico-social mais elevado.

Nesta farmácia assistimos a um ambiente muito colaborativo entre a equipa, com reflexos notórios na forma como os atendimentos decorreram.

Presenciamos alguns atendimentos a pessoas com alguns conhecimentos acerca da sua condição, acerca dos medicamentos que tomam e do porquê da sua toma, contudo esta não é a situação mais frequente, nem mesmo nesta farmácia. Algumas interações ocorreram num contexto de diálogo muito fluido e equilibrado, em que se debateram aspetos relacionados com a saúde e com a medicação. Outras houve em que os indivíduos mostravam uma completa passividade acerca da sua saúde.

A situação que mais propiciou o diálogo e o aconselhamento foi a gripe. Apesar da pressão para a dispensa de medicamentos que aliviem os sintomas, não raras vezes o farmacêutico tenta minimizar o consumo de medicamentos, tentando introduzir alterações comportamentais, tais como repouso, consumo de água e humidificação do ambiente.

III. Caracterização do município - Cascais

Cascais conta com uma população residente de 214 124 cidadãos. Este é um município que tem tido um grande aumento da população que registou um crescimento de 25,45%, nos últimos 20 anos.

Do total de residentes, cerca de 16% são cidadãos estrangeiros, e estes têm vindo a reforçar a sua presença, já que nos últimos 5 anos o crescimento deste segmento foi de 58,5%.

O índice de poder de compra é de 118 e os licenciados representam 27,7% da população residente.

O índice de envelhecimento situa-se em 157.

6. Farmácia Confiança – Damaia - 27 de dezembro de 2022

A farmácia Confiança está localizada numa zona muito desfavorecida da periferia de Lisboa e serve uma população com uma grande variedade étnica.

As dificuldades linguísticas são evidentes e dificultam a comunicação, mas se, em cima destas, adicionarmos diferenças culturais, as interações podem ser verdadeiramente desafiantes. Para exemplificar, nesta farmácia presenciamos um caso de uma mulher que, tentando descrever o produto que queria adquirir, se referia a comprimidos como “grãos” e a um frasco referindo-se a uma “garrafa”.

Presenciamos uma situação em que um homem quis comprar um medicamento desparasitante que tinha usado com sucesso, mas queria levá-lo para ser consumido por uma criança. A interação com o farmacêutico foi determinante para que o indivíduo percebesse que o comportamento de um medicamento no corpo de uma criança é diferente do comportamento no corpo de um adulto. O despiste destas situações só se consegue fazer com um diálogo e com muitas perguntas de despiste, pelo que o esforço no sentido de estabelecer uma comunicação eficaz é essencial.

IV. Caracterização do município – Amadora

O município da Amadora contava, em 2021, com 171 454 cidadãos residentes. A população tem vindo a ser reduzida ao longo dos últimos 20 anos, tendo atingido o valor mais baixo em 2021. Em oposição a este ciclo, os residentes estrangeiros têm vindo a ganhar dimensão no município. Nos últimos 5 anos este grupo populacional aumentou 50%, representando já 13,9% do total da população residente.

O índice de poder de compra é de 100,1 e os licenciados representam 18,8% da população residente.

Este município é aquele que, na área metropolitana de Lisboa, tem maior densidade populacional, 7210 pessoas por Km2. O índice de envelhecimento é 156.

7. Farmácia da Paiã – Famões - dia 28 de dezembro de 2022

Farmácia inserida num meio rural, com muita população idosa que tem vindo a rejuvenescer progressivamente, resultado da construção de novas urbanizações.

De um modo geral as pessoas que frequentam esta farmácia pertencem a grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, como muito baixa literacia em sentido lato, mas também se verificam exceções, já que os novos habitantes desta zona são pessoas mais jovens e com níveis de escolaridade mais elevados.

Nota-se um esforço dos farmacêuticos para tentar adaptar os produtos às possibilidades económicas de cada indivíduo, tentando que possam sempre levar o que necessitam.

Nesta farmácia o tipo atendimento é muito diferente daquele que presenciamos em zonas mais urbanas. Aqui testemunhámos situações em que o recurso à farmácia quase que substitui o recurso ao médico, com todo o tipo de queixas.

Os desafios que se colocam aos farmacêuticos e aos cidadãos desta envolvente podem ser muito específicos. Exemplo disso é o facto de haver médicos no centro de saúde mais próximo cujos países de origem são do leste da europa e que não falam português. Perante situações destas acaba por ser na farmácia que se fazem as queixas e se desfazem as dúvidas.

Uma situação em concreto captou a nossa atenção: uma mulher com uma queixa de herpes labial que não tinha noção que, ao tocar na zona e não lavar imediatamente as mãos ou ao partilhar a mesma toalha pode estar a contaminar outras pessoas. No final do atendimento a mulher ficou espantada com os erros que cometeu por ignorância.

V. Caracterização do município – Loures

A população residente no município de Loures é de 201 590 pessoas. A população estrangeira cresceu 45,4% nos últimos 5 anos, situando-se hoje nos 10,7% da população residente.

O índice de poder de compra situa-se nos 101 e os residentes com licenciatura representam 17,7% da população.

O índice de envelhecimento é 149.

5.5.1. Principais notas acerca do estudo etnográfico

Ao longo das nossas observações fomos registando notas que consideramos relevantes para uma compreensão do meio em que as farmácias se inserem, seja em termos da envolvente social, seja relativo às especificidades dos atendimentos e do negócio.

- O atendimento é um ato revestido de uma grande componente pessoal. A interação é aprofundada através do recurso à avaliação de cada situação, mas também em função das competências comunicacionais e sociais do próprio farmacêutico;
- São notórias as lacunas relacionadas com a literacia e numeracia de uma parte significativa da população;
- As carências económicas são frequentes, mas, muitas vezes disfarçadas. Esta é uma situação agravada pela quantidade de produtos prescritos que não beneficiam de comparticipação. A despesa *out of pocket* pesa muito nos orçamentos e é indisfarçável o constrangimento que provoca nos atendimentos. Dados da OCDE indicam que a percentagem de pagamentos diretos pelo contribuinte português tem vindo a crescer ao longo dos últimos anos, atingindo mesmo o valor máximo de 30,5% em 2019, o que representa o dobro da média da UE.;
- As pessoas, em geral, não conhecem o nome comercial dos medicamentos que tomam, as substâncias ativas ou a sua função. Muitas vezes nem sabem que os medicamentos são para tomar numa base crónica, e abandonam a medicação quando melhoram;
- É frequente a necessidade de ajudar as pessoas a aceder e navegar no SNS. Questões relacionadas com a necessidade de ajuste de medicação ocorrem numa base diária. As pessoas relatam com frequência queixas relacionadas com necessidades de ajuste ou com a eficácia da medicação, mas sentem-se impotentes para exprimir estas preocupações junto do médico porque, na presença deste, sentem a pressão do tempo e a impessoalidade com que alguns atendimentos são feitos no SNS;
- É também muito frequente que a visita à farmácia funcione como uma espécie de triagem, já que em muitas situações o farmacêutico identifica a necessidade de visitar o médico e aconselha o cidadão neste sentido;
- O estatuto socioeconómico influencia a confiança e a determinação da pessoa: pessoas oriundas de ambientes mais favorecidos têm uma atitude muito mais determinada, envolvem-se mais e fazem mais perguntas. Em oposição, pessoas mais desfavorecidas têm

uma atitude de impotência e quase de subserviência, demonstrando por vezes, que compreendem por vergonha de assumir que têm dúvidas;

- As farmácias tentam sempre ir ao encontro das necessidades do cidadão, sejam elas cognitivas, sejam económicas. Exemplo: indivíduo precisa de compressas esterilizadas, mas as ver o preço diz que afinal não leva. Perante a situação o farmacêutico propôs levar compressas de um tamanho maior e cortar, assim leva maior quantidade a um preço quase igual, ficando mais barato;
- As farmácias têm vindo a adaptar-se às mudanças demográficas, seja em termos dos produtos vendidos e serviços prestados, seja nas suas localizações geográficas. Segundo o Censos de 2021, o número de habitantes por farmácia decresceu desde a década de 90 do sec. XX, indicando a disponibilidade de mais farmácias, no entanto o seu número na cidade de Lisboa decresceu 25% neste período, enquanto municípios como Cascais, Almada ou Seixal viram o número de farmácias crescer substancialmente;
- Existem zonas em que o médico assistente não fala a língua portuguesa (às vezes nem inglesa, como é o caso de alguns clínicos romenos). Este é um problema para os cidadãos, que chegam à farmácia sem ter entendido nenhuma parte da recomendação do médico. Para a farmácia é também uma situação difícil porque, muitas vezes, não percebe o racional da prescrição e o cidadão tem de tentar explicar o seu historial para que a situação seja compreendida;
- Apesar de termos cingido este estudo ao distrito de Lisboa, são evidentes as discrepâncias entre localidades e, por vezes, mesmo dentro da mesma localidade. Na cidade de Lisboa, por exemplo, visitámos uma farmácia em Xabregas e outra nos Restauradores, duas zonas que não podiam ser mais diferentes. Na primeira encontrámos pessoas idosas, múltiplas etnias e níveis reduzidos de literacia em sentido lato, enquanto na segunda encontrámos pessoas de um nível socioeconómico superior, turistas de diversas nacionalidades e cidadãos estrangeiros residentes em Portugal oriundos das classes económicas mais elevadas;
- Incluímos no nosso painel farmácias de meio rural, em Famões, e outras em meios suburbanos, nomeadamente na Damaia, na Tapada das Mercês. Apesar de estarem todas no mesmo distrito, num raio de 30 quilómetros do centro da capital, as realidades de cada uma não são comparáveis, pois as diferenças são muito marcadas pelo nível de poder de compra, pela escolaridade, pelas idades dos cidadãos ou pelos fluxos migratórios.
- As farmácias são pequenas empresas que têm de ser geridas, e os farmacêuticos assumem muitas dessas tarefas. Para além do atendimento ao balcão listamos as tarefas recorrentes numa farmácia:
 - Controlo de stocks

- Receção e conferência de encomendas
- Reposição de produtos nos lineares
- Colocação de encomendas nos armazenistas
- Preparação e entrega de encomendas online
- Atividades de laboratório (manipulados, etc.)
- Colocação e atualização de materiais promocionais
- Prestação de serviços farmacêuticos
- Procura de produtos farmacêuticos em armazenistas (verificação de disponibilidade e encomenda)
- Faturação
- Conferência de psicotrópicos

5.6. Conclusões

O nosso modelo de investigação foi desenhado para responder, de uma forma multidimensional, à problemática da literacia em saúde, em contexto de intervenção farmacêutica. O seu propósito consistia em responder as questões que nortearam a nossa investigação, bem como em validar ou refutar as hipóteses colocadas.

Com este modelo quisemos integrar a perspetiva do prestador de um “serviço” informal e a do utilizador desse mesmo “serviço”, integrando-os de modo a conceptualizar uma visão abrangente do problema. Para tal utilizámos instrumentos de natureza semelhante para segmentos diferentes, o inquérito por questionário, complementando-os com um estudo etnográfico, configurando-se, assim, uma metodologia mista.

A conclusão que nos parece mais evidente é a de que existe uma ligeira dissonância entre a forma como é encarada, pelo farmacêutico, a prática que resulta na intervenção destinada a melhorar a literacia em saúde, e a sua influência real, sob a ótica do cidadão. Este resultado é comprovável pela análise dos inquéritos aplicados a ambas as populações.

Quisemos perceber se existe uma preocupação latente em que a comunicação seja ajustada às necessidades do indivíduo. Os resultados indicam-nos que mais de 2/3 dos farmacêuticos afirmam ter *sempre* a preocupação de avaliar o nível de literacia em saúde das pessoas que têm perante si. Estes resultados demostram uma atitude que faz todo o sentido, pois a relação que se estabelece é baseada num processo comunicacional que só flui na presença de um código comum. Localizar o ponto em que as partes se encontram permite que a partilha de informação aconteça, num processo de ajuste

dinâmico. Este é um processo particularmente crítico quando se trata de informações que podem favorecer ou colocar em perigo a saúde.

Ao analisarmos as respostas obtidas no inquérito que aplicámos aos cidadãos, o que quisemos perceber foi se a comunicação que lhes é dirigida aquando de uma interação com o farmacêutico é adequada às suas necessidades individuais. Os resultados indicam-nos que cerca de 85% dos inquiridos *sentem* que a linguagem utilizada pelo farmacêutico é clara e acessível, permitindo compreender todas as indicações.

Apesar de não haver uma componente curricular obrigatória relacionada com comunicação na maioria dos cursos de farmácia e de ciências farmacêuticas, o desenvolvimento deste tipo de competências acaba por acontecer naturalmente, surgindo como o resultado que emerge da necessidade de colmatar lacunas identificadas no dia a dia, ao balcão da farmácia. O farmacêutico adapta constantemente a sua mensagem e o seu tom às necessidades específicas de cada cidadão.

Uma vez que o nosso objetivo primordial passa por compreender o contributo do farmacêutico para a literacia em saúde de uma forma tão extensiva quanto possível, fomos muito para além da análise das práticas comunicacionais que se estabelecem na farmácia. Neste sentido, dividimos a nossa análise em vários segmentos que passamos a explorar.

Ao perguntarmos a estes profissionais se costumam falar acerca dos aspetos importantes relacionados com a toma dos medicamentos, o que queríamos saber era se as interações que se proporcionam no dia a dia, conduzem os cidadãos à adoção de práticas que assegurem uma correta adesão à terapêutica e à segurança na toma do medicamento.

Os resultados da consulta aos farmacêuticos indicam-nos que esta é uma abordagem bastante comum e enraizada na prática farmacêutica. Mais de metade dos inquiridos afirma fazê-lo sempre. Se acrescentarmos aqueles que indicam fazê-lo frequentemente abarcamos a quase totalidade das respostas: 94,16%. Os resultados obtidos por parte dos cidadãos parecem apontar no mesmo sentido, já que $\frac{3}{4}$ dos inquiridos asseguram que o farmacêutico presta sempre ou frequentemente a informação essencial para um consumo adequado, seguro e eficaz da medicação. As respostas obtidas de ambos os lados parecem indicar que este é um assunto levado muito a sério pelos farmacêuticos.

Ao analisarmos o domínio da literacia em saúde relacionado com a gestão da doença – ou cuidado de saúde –, obtemos dos farmacêuticos a afirmação de que têm como prática fazer recomendações simples e específicas para melhorar a condição de saúde de um portador de doença crónica. Mais de metade afirma que o faz frequentemente o que, em conjugação com aqueles que afirmam que o fazem sempre, perfaz 8 em cada 10 que assegura recorrer a esta prática. Já do lado do cidadão temos de levar em consideração que muitos inquiridos reportaram não padecer de doenças quando responderam ao questionário, pelo que é de esperar que não tenham tido esta experiência. Ainda

assim, 22% afirma que o farmacêutico fornece sempre recomendações para melhor lidar com a doença ou condição de saúde utilizando uma linguagem adaptada.

No que respeita à promoção da saúde - outro dos domínios importantes da literacia em saúde - 8 em cada 10 farmacêuticos, perante a oportunidade de o fazer, incentivam sempre ou frequentemente a adoção de comportamentos positivos face à saúde. A percepção dos cidadãos é, contudo, ligeiramente diferente, já que só reconhecem uma atuação similar em cerca de 42% dos casos.

Se considerarmos que o exercício da influência com o propósito de melhorar a literacia em saúde se trata de uma intervenção farmacêutica, temos de colocar a questão da sua legitimidade, afinal esse não é o resultado esperado por alguém que se dirige à farmácia para comprar um medicamento ou um produto de saúde. A legitimidade da intervenção farmacêutica foi uma das limitações reportadas no inquérito a farmacêuticos, a qual tivemos a oportunidade de abordar no inquérito a cidadãos. Assim, ao perguntarmos aos cidadãos qual a sua opinião acerca da intervenção do farmacêutico em questões de saúde que vão além do uso dos medicamentos, percebemos que os cidadãos são, de forma generalizada, favoráveis a este tipo de intervenção, abrindo um caminho importante para a exploração de oportunidades de atuação da farmácia comunitária e para o desenho de novas abordagens para a literacia em saúde.

Percebemos, com a nossa investigação, que existe, por parte do farmacêutico, um reconhecimento da importância da literacia em saúde em várias dimensões que afetam a saúde dos indivíduos e das comunidades, mas também a gestão do próprio sistema de saúde. Desta forma identificámos as três que nos pareceram mais relevantes: a saúde pública; a qualidade de vida das pessoas e a sustentabilidade do SNS. O reconhecimento da importância da literacia em saúde nestes três domínios é bastante expressivo e, estando o farmacêutico a atuar de uma forma mais ou menos direta em cada um deles, percebemos o impacto que pode ter a sua motivação e seu envolvimento ativo enquanto contribuidor para a autonomia do cidadão no que respeita à sua saúde e autocuidado.

Os resultados do nosso inquérito indicam-nos ainda que os farmacêuticos consideram que a posição que ocupam na estrutura dos cuidados de saúde em Portugal os colocam numa posição que lhe permite contribuirativamente para a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos. Mais, consideram que é seu papel fazê-lo. Porém, pelas limitações que têm em termos de recursos, não o podem fazer de uma forma estruturada.

Estes profissionais de saúde, alguns mesmo proprietários de farmácias, veriam com entusiasmo a hipótese de integrar um projeto promovido pelo Estado que posicione a farmácia como um promotor da literacia em saúde.

As farmácias constituem uma base ampla de acesso dos cidadãos à saúde. Pequenas mudanças nestas estruturas podem ter um impacto muito relevante na rede de cuidados de saúde. Capacitar as

farmácias para a mudança implica não apenas envolver e motivar os líderes e as equipas, mas também a remoção de obstáculos e a dotação de recursos (Kotter, 2007). Cabe ao Estado encontrar um modelo de ativação deste recurso que permita às farmácias contribuir para a criação de valor em saúde, garantindo que o investimento tem retorno, e que gera resultados positivos (Porter & Teisberg 2006).

5.7. Discussão

O colégio americano de médicos de urgência, define urgência como “qualquer serviço de saúde prestado para avaliar e/ou tratar uma condição, de tal forma que uma pessoa com conhecimentos médios sobre medicina e saúde, crê que são necessários cuidados médicos imediatos e não programados” (Annals of Emergency Medicine, 2009, p. 143). Esta definição coloca o individuo com conhecimentos médios como o responsável pela decisão de aceder a uma urgência médica. Ora, se considerarmos que o resultado dos esforços desenvolvidos com o fim de proporcionar uma melhoria nos níveis de literacia em saúde poderão ter um efeito moderador nas idas às urgências (Herndon, Chaney & Carden, 2011), percebemos que em Portugal há muito a fazer neste campo. Por um lado, estão documentadas as lacunas no campo da literacia em saúde em Portugal (Espanha & Ávila, 2016), por outro temos os registos de atendimentos nas urgências que apontam para subidas sucessivas nestes acessos (SNS, 2022), o que torna inevitável a adoção de novas abordagens, sob pena de os custos alocados à saúde se tornarem incompatíveis.

Ainda que estes argumentos possam constituir motivos de peso para motivar a decisão de promover a capacitação ao utente através da literacia em saúde, sabemos que o retorno deste tipo de investimento, ainda que estruturante não é imediato. A educação do cidadão com o propósito de melhorar os seus conhecimentos de saúde é um investimento que contribui para uma melhor utilização e gestão dos recursos, sejam eles individuais - a saúde, o tempo ou o dinheiro -, sejam coletivos - a estrutura do SNS -, a despesa do estado com medicamentos, a produtividade laboral.

Fazer desta educação um desígnio nacional vincula a adoção de uma visão estratégica que se materializa na implementação de políticas públicas. Estas podem, entre outros incentivos, desenvolver modelos educativos de acompanhamento, treino e capacitação do cidadão, seja com recurso a meios próprios do Estado, seja ainda com a adoção de programas colaborativos que envolvam entidades parceiras competentes para o efeito. Envolver as farmácias neste processo, integrando-as num ecossistema de saúde estruturado e fazendo uso da sua disponibilidade, capilaridade e prontidão, é um dos caminhos que propomos, alicerçado nos argumentos que fomos discorrendo ao longo da nossa investigação.

Já não é novo o recurso à transdisciplinaridade como forma de lidar com as necessidades dos cidadãos no contexto da prestação de cuidados de saúde, o que é inovador é o recurso a estes modelos

como forma de abordar o problema da insuficiente literacia em saúde (Lloyd *et al.*, 2006). A constituição de equipas com diferentes competências a trabalhar colaborativamente em torno das necessidades específicas do cidadão, proporciona um ambiente de partilha de informação propício à deteção de necessidades e à elaboração da resposta mais adequada para a capacitação de cada indivíduo. O funcionamento destas equipas cria também o espaço para uma definição papéis e tarefas, onde poderá emergir, de forma natural, a exploração da margem de substituição, que consiste na substituição alguns dos recursos utilizados por outros menos onerosos. Existe uma margem de substituição, que é legítima entre profissionais de saúde, útil na maximização de eficiências, que constitui um contributo relevante para a contenção da despesa (Barros, 2016).

Colaborações transdisciplinares não são novas e o “Programa de Troca de Seringas” é disso exemplo. Este programa nasceu da necessidade de encontrar novas abordagens para um problema específico: a necessidade de prevenir a transmissão cruzada do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Para o efeito desenvolveu-se uma colaboração entre a Associação Nacional das Farmácias e o Ministério da Saúde. O programa, que alterou estruturalmente a forma como se enfrentou o problema, resultou num contributo significativo para a saúde pública que se materializou numa redução significativa de novos casos de HIV entre toxicodependentes (da Silva, 2019).

Outro tipo de colaborações são, todavia, úteis e necessárias. As exigências que cada indivíduo enfrenta ao longo da vida constituem desafios que podem beneficiar de uma atuação conjunta de agentes promotores da saúde, para lhe conferir maior autonomia. Desafios relacionados com a longevidade, a prevalência de doenças crónicas ou a sobrevida em doenças oncológicas obrigam os cidadãos a lidar com condições para as quais não estão preparados, pelo que dotá-los de ferramentas que lhes permitam viver com qualidade sob circunstâncias desta natureza é hoje mais relevante que nunca.

Dados de 2021 indicam que 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos sofrem de, pelo menos, uma doença crónica (OECD, 2021), indicam também que um terço das mortes em Portugal podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais (OECD, 2021). Minimizar a exposição a estes fatores passa por mudanças comportamentais que têm como resultado a prevenção de doenças não transmissíveis (*non communicable diseases*). De entre estas doenças, as mais prevalentes são as doenças cardiovasculares e a diabetes, que, por este motivo, se tornaram num problema de saúde pública.

Alterações sustentáveis nos estilos de vida que possam concorrer não apenas para uma mais efetiva gestão destas doenças, mas também para a prevenção constitui, um desafio que pode beneficiar do contributo das farmácias comunitárias, cuja intervenção, enquanto parte integrante de uma rede de suporte à saúde, contribui para colocar o cidadão no centro dos cuidados médicos.

Centrando a discussão na diabetes, não apenas por se tratar de uma doença complexa, que exige grande envolvimento do doente, mas também por ter já sido alvo de projetos de prestação de cuidados farmacêuticos focados nesta condição comparticipados pelo Estado (Costa, Guerreiro & Duggan, 2006), propomos a retoma do envolvimento do farmacêutico na busca por resultados associados à melhoria da qualidade de vida do doente (Hepler & Strand, 1990), e não apenas nos resultados clínicos.

Ter as farmácias a sinalizar indivíduos em risco e a acompanhar doentes já diagnosticados, partilhando e recebendo informação entre as estruturas de saúde que os acompanham, é uma forma de transdisciplinaridade gera benefícios que transcendem a esfera do individuo, impactando os custos para o SNS. Proporcionar a estes cidadãos um acompanhamento regular, auxiliando-os na gestão da doença ou a referenciá-los para cuidados específicos, contribuirá para uma utilização mais racional dos recursos e maximizará a rentabilização dos meios existentes.

A escolha da diabetes para um projeto desta natureza justifica-se porque os dados de 2019 indicam que Portugal é o 2º país da OCDE com maior prevalência de diabetes (OECD/European Union, 2022). A mesma fonte identifica disparidades no nível de instrução para justificar uma maior incidência da doença em pessoas com o nível educacional mais baixo, o que reforça o argumento de Van Der Heide *et al.* (2013), que aponta para uma relação entre os baixos níveis de educação e baixos níveis de literacia, resultando em piores estados de saúde. Romper com esta causalidade é aquilo que propomos nesta investigação.

Educar para a saúde consiste em influenciar e motivar para a prevenção, bem como para um melhor conhecimento sobre a saúde e adoção de comportamentos que favoreçam uma boa gestão da doença (Whitehead, 2004), e este é o caminho para a literacia em saúde.

A gestão da diabetes envolve cuidados e uma monitorização continua por parte do indivíduo, pelo que um aconselhamento oportuno e educação para a saúde constituem uma componente relevante numa eficaz gestão da doença (OECD, 2019) que possa contribuir para a prevenção de complicações e, no limite, evitar hospitalizações.

5.8. Limitações da Investigação

Esta investigação pretende contribuir para uma visão mais abrangente de um sistema de saúde que passe a integrar a rede de farmácias comunitárias enquanto prestador de um serviço de saúde cujo objetivo é a promoção literacia em saúde. O nosso objetivo é abrir um caminho que sirva de base à discussão e ao desenho de políticas públicas que promovam a autonomia e o conhecimento do

cidadão em relação à sua saúde, fazendo uso de todos os meios disponíveis (Glasgow Centre for Population Health, 2011)

O desenvolvimento de intervenções integradas e estruturadas junto do cidadão visam torná-lo mais capacitado e autónomo, e contribuirá, em última instância, para que o próprio se torne numa peça determinante para um funcionamento ótimo do sistema de saúde (Crisp *et al.*, 2014). A preservação da saúde e a utilização racional dos recursos são, para além de contributos para a geração de valor dentro do sistema, elementos essenciais para que seja possível travar a evolução dos custos em saúde e, consequentemente, proporcionar uma oferta em saúde inclusiva e sustentável.

O inquérito que aplicámos aos farmacêuticos comunitários atesta que estes profissionais reconhecem a importância da literacia em saúde nos vários domínios apontados, e confirma a disponibilidade destes para fazerem parte de um processo de mudança.

Ainda que tenhamos conseguido um número de respostas muito relevante, não podemos deixar de reconhecer que o tamanho da amostra é reduzido e isso é, em si, uma limitação. O retrato que obtivemos permite-nos conhecer as expectativas, os receios e as limitações dos farmacêuticos no âmbito da extensão da sua intervenção, constituindo uma base para identificar não apenas pontos fortes e pontos fracos, mas também ameaças e oportunidades. Trata-se, no entanto, de um retrato instantâneo que não espelha completamente uma realidade que é mais ampla e mais complexa.

Ao aplicarmos dois inquéritos a populações diferentes - farmacêuticos e utentes de farmácia - o nosso objetivo seria que funcionassem como espelho um do outro, contudo, ao longo do percurso percebemos que as circunstâncias em que se responde obedecem a percepções diferentes, pelo que as respostas, apesar de válidas, em alguns casos não podem ser alvo de conclusões quando confrontadas diretamente.

Apesar de sabermos que o inquérito aplicado aos cidadãos tem muitas limitações - essencialmente associadas à sua representatividade -, foi nossa intenção aplicá-lo mesmo nesta circunstância, pois considerámos que a nossa investigação teria a ganhar com uma “auscultação” ao cidadão que frequenta a farmácia. Este inquérito é muito restrito e não reflete a realidade nacional - nem sequer distrital - pois, apesar de termos incluído cidadãos frequentadores de farmácias de zonas com perfis sociodemográficos bastante diversos, não podemos, com as respostas obtidas, traçar um perfil do utilizador de farmácia do distrito de Lisboa. São vários os fatores que podem concorrer para esta limitação, entre eles estão o facto de não dispormos de dados que nos indiquem o peso de cada farmácia no total de atendimentos no distrito, ou a representatividade da zona geográfica destas farmácias.

A época do ano em que decorreram os inquéritos (o inverno, perto da época do Natal) também pode ter condicionado o tipo de atendimentos e a disponibilidade das pessoas para responder ao inquérito, que é diferente consoante a idade e o grau de instrução.

As limitações de tempo e de recursos ditaram que o estudo etnográfico, que foi um complemento que encarámos como enriquecedor para a nossa investigação, não fosse tão exaustivo e diverso como gostaríamos. Ainda assim pudemos testemunhar variados momentos que proporcionaram ao farmacêutico oportunidades para intervir em prol da literacia em saúde. Estas oportunidades nem sempre foram aproveitadas pelo farmacêutico, nuns casos por falta de recursos (especialmente tempo) noutras inércia ou inépcia. Seria interessante fazer um levantamento das oportunidades aproveitadas e das oportunidades perdidas num conjunto mais extenso de observações, cuja análise pudesse contribuir para o desenho de intervenções estruturadas.

As limitações ao nosso estudo, aqui apontadas como insuficiências podem, porém, ser também encaradas como oportunidades para aperfeiçoar instrumentos metodológicos que possam ser utilizados para aprofundar investigações futuras sobre esta temática.

Consideramos que um dos maiores contributos da nossa investigação consiste na abertura de linhas de investigação ancoradas nas questões aqui levantadas. O explorar destas linhas, cremos, pode permitir novas e diferentes abordagens - integradas num sistema existente e funcional - para abordar os problemas mais prementes da saúde em Portugal, contribuindo para melhorias na qualidade e na sustentabilidade dos cuidados de saúde através da capacitação e responsabilização do cidadão.

Capítulo 6 – Conclusões

6.1. Introdução

O caminho que percorremos ao longo do nosso processo de investigação começou por ser elementar para que pudéssemos clarificar e entender melhor os seus conceitos nucleares, essencialmente aqueles que estão relacionados com a comunicação em saúde e, mais concretamente, com a literacia em saúde. Tornou-se vital para que tomássemos consciência da complexidade a eles associada. Acabou por ser determinante para que adquiríssemos a capacidade de ter uma visão ampla e clara da situação atual e apontar caminhos para o futuro.

Um aspeto, contudo, não se alterou: a nossa convicção inicial de que as farmácia comunitárias têm um papel a desempenhar na identificação de insuficiências e na capacitação dos indivíduos na gestão da sua própria saúde, o que as coloca numa posição de relevância no ecossistema dos cuidados primários de saúde em Portugal.

6.2. Criação de valor em saúde

As farmácia constituem um ativo demasiado relevante para que possa ser desaproveitado e, ao fazerem parte de um ecossistema de cuidados de saúde primários mais vocacionadas para a educação do utente, criam valor para o setor da saúde. As suas contribuições para o campo da saúde pública estão documentadas e são já muito relevantes (Félix *et al.*, 2017; Strand *et al.*, 2020) e a expansão do seu espectro de atuação pode ser alavancado num crescente reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem (Félix *et al.*, 2017).

Valor é algo que todos os sistemas de saúde *querem* gerar, mas que nem sempre *podem* entregar. O valor é definido por Porter (2010) como o resultado (mensurável) em saúde decorrente do investimento de uma unidade monetária. O valor é, assim, dependente de resultados obtidos para a saúde e bem-estar do cidadão - o ponto focal de qualquer sistema de saúde - e não dos recursos disponibilizados (Porter, 2010).

As dificuldades em criar valor em saúde estão muitas vezes associadas à falta de compreensão do próprio conceito de valor, mas também à perda de foco no cidadão. Se todos os intervenientes de um sistema de saúde tiverem de medir e demonstrar o valor gerado pela sua atuação (e não o valor cobrado), o valor em saúde deverá aumentar de forma substancial (Porter & Teisberg, 2006).

Curiosamente o objetivo primordial da generalidade dos sistemas de saúde não é criar valor, na medida em que isso implica uma visão de longo prazo. A criação de valor em saúde acontece no medio/longo prazo, pois não resulta de intervenções discretas, mas sim ao nível do ciclo completo de

cuidados relacionados com a condição de saúde (Porter & Teisberg, 2006), desde a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização.

Os objetivos mais frequentemente discutidos para os sistemas de saúde estão centrados no curto prazo e convergem, genericamente, para o corte de custos, com o argumento de aumentar a eficiência (Porter & Teisberg, 2006). Apesar de não podermos tirar relevância à necessidade de uma mais eficiente alocação de custos, não devemos perder o foco no valor, promovendo uma otimização no acesso aos cuidados de saúde (Félix *et al.*, 2017).

As contribuições dos farmacêuticos comunitários para a criação de valor em saúde resultam da prestação de um conjunto alargado de serviços a indivíduos que necessitam de cuidados de saúde em regime ambulatório (Félix *et al.*, 2017), e podem ser sistematizadas em dois níveis: ajuda na gestão e resolução de problemas do dia a dia, evitando consumo de recursos desnecessários, e através de um contributo para a capacitação e resiliência de indivíduos e comunidades.

As farmácias comunitárias, por se tratar de estruturas sem barreiras à entrada que são próximas das populações, não apenas geograficamente, mas também socialmente, ocupam hoje um território que extravasa a mera dispensa de medicamentos. Tendem, cada vez mais, para a assunção de um papel de promotor de saúde, prestando aconselhamento sobre questões de saúde e assistência a situações clínicas ligeiras (Nunes *et al.* 2015).

Atividades como rastreios ou monitorização de parâmetros biométricos e/ou bioquímicos, são intervenções relevantes, executadas pelas farmácias, cujo resultado, quando partilhado, contribui para a prevenção da doença e para uma mais eficiente gestão da condição de saúde. Estes são momentos que devem poder ser potenciados para capacitar os cidadãos, pois trata-se de ocasiões de excelência para prestar aconselhamento, esclarecimento de dúvidas, apoio na gestão da doença ou incentivo à adoção de estilos de vida promotores da saúde.

Aproveitar cada intervenção com o cidadão em âmbito dos cuidados de saúde é contribuir para o lançamento dos pilares que constituem a literacia em saúde. Uma intervenção em contexto, com comunicação cuidada e adaptada, permite aos indivíduos ganhar um melhor entendimento e familiaridade face às especificidades da sua circunstância, conferindo-lhe autonomia para a tomada de decisões presentes e futuras.

A literacia em saúde, por estar assente num conhecimento subjacente sobre saúde e bem-estar, bem como à própria experiência individual, encerra em si um conjunto de atitudes, normas e valores que afetam a forma como o indivíduo perceciona o seu estado de saúde ou vive a sua doença (Crondahl & Eklund Karlsson, 2016). Intervir na melhoria da literacia em saúde é, por isso, contribuir para uma melhor relação com a própria saúde.

O valor económico da intervenção farmacêutica já foi documentado num estudo desenvolvido por Félix *et al.*, (2017). Nele, estima-se que as intervenções prestadas por farmacêuticos em 2014 tenham contribuído para que fossem evitadas 1 480 442 consultas médicas, 13 101 visitas a urgências e 12 962 hospitalizações. Os ganhos para a sociedade não são menos relevantes: os serviços prestados pelas farmácias representam um ganho de 8,3% em qualidade de vida (QoL) para os cidadãos e um total de 260 245 de anos de vida de qualidade ajustados (quality-adjusted life years, ou QALYs) (Félix *et al.*, 2017). Perante estes números podemos concluir que a atuação das farmácias na promoção da saúde tem um significativo valor económico e social.

O sucesso das políticas de saúde, cremos, não deve ser avaliado apenas pelo indicador associado à quantidade de serviços prestados. Deve, sim, ser analisado pela ótica da mensuração das melhorias observadas nos resultados em saúde, como resposta a intervenções estruturadas, pois é aqui que se cria valor.

Intervenções estruturadas, produto de políticas públicas voltadas para a implementação de planos de ação integrados e intersectoriais, são apontadas por Arriaga *et al.* (2022) como uma forma de ultrapassar as limitações verificadas no desenvolvimento das competências pessoais essenciais para a literacia em saúde e, consequentemente, aumentar o valor dos resultados em saúde. Todavia, para que tenham impacto estas intervenções devem ter um amplo alcance, seja ao nível da quantidade de indivíduos cujas necessidades são atendidas, seja ao nível do grau de satisfação destas mesmas necessidades (Arriaga *et al.*, 2022). Para tal é necessária uma ampla abrangência de meios e de uma eficaz coordenação destes.

Países como a Austrália deram já passos significativos neste sentido, tendo procedido a uma implementação progressiva de uma rede integrada de cuidados de saúde primários, com a inclusão gradual de vários agentes, incluindo as farmácias comunitárias (Dineen-Griffin, Benrimoj, & Garcia-Cardenas, 2020). Esta integração visa objetivos muito pragmáticos, tais como otimizar os investimentos em saúde, melhorar a coordenação nos cuidados em diferentes tipologias de prestadores ou reduzir a duplicação dos serviços, mas também objetivos mais amplos e de longo prazo (Dineen-Griffin, Benrimoj, & Garcia-Cardenas, 2020), como melhorar a saúde da população em geral, promover o autocuidado e elevar os níveis de literacia em saúde (Bader *et al.*, 2019).

O resultado do nosso inquérito aplicado a farmacêuticos reflete uma preocupação basal em interagir com os cidadãos e incentivar a sua autonomia, incitando-os a ter uma atitude mais intervintiva na gestão da sua saúde. A recorrência com que estes profissionais falam acerca dos aspetos mais relevantes relacionados com os medicamentos dispensados comprova-o, nomeadamente como se tomam e para que servem – 9 em cada 10 fá-lo sempre ou frequentemente.

Sendo o farmacêutico o especialista do medicamento, poderíamos assumir que esta seria uma abordagem expectável, todavia, apesar de não esperarmos este nível de compromisso em outras temáticas, verificamos que estes profissionais também têm uma posição firme e instigadora em relação à adoção de comportamentos positivos face à saúde: 8 em cada 10 afirmam fazê-lo sempre ou frequentemente.

Os farmacêuticos demonstram assim ter uma posição de grande compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos que os procuram, independentemente qualquer incentivo ou compensação para o fazer.

Sabemos que no modelo australiano não foi contemplado um aspeto que condicionou o seu sucesso inicial: a compensação pelo envolvimento das farmácias. Uma das lições aprendidas com esta experiência é a de que, para que para a integração das farmácias seja plena e funcional, deve assegurar uma adequada remuneração dos serviços prestados (Bader *et al*, 2019; (Dineen-Griffin, Benrimoj, & Garcia-Cardenas, 2020)). Com este conhecimento podemos beneficiar da experiência de outros, permitindo-nos desenhar modelos de colaboração mais adaptados, eficazes e sustentáveis.

6.3. Espaço para a intervenção farmacêutica

As doenças crónicas são, muitas vezes, progressivas, degenerativas e complexas. Aprender a viver com a doença e a mantê-la sob controlo pode amenizar o impacto negativo que tem na qualidade de vida, minimizando as restrições por ela imposta. Um indivíduo com diabetes, por exemplo, pode beneficiar sobremaneira da adoção de novos comportamentos que contribuam para uma normalização dos indicadores da doença, desagravando, simultaneamente, o uso de recursos que sobrecarregam o sistema de saúde. Fazer recomendações específicas que visem melhorar a saúde e a gestão da doença, pode ter impactos visíveis e duradouros na qualidade de vida dos indivíduos, e os farmacêuticos sabem-no bem, por isso 8 em cada 10 fazem-no sempre ou frequentemente.

Por saber que indivíduos com necessidades de acompanhamento na sua doença necessitam de um apoio e seguimento de maior proximidade, o farmacêutico tende a recorrer a técnicas que lhe permitam comunicar eficazmente e ir ao encontro das necessidades individuais e específicas. Para tal, a maioria destes profissionais (70,8%) serve-se de vários recursos, tais como a utilização de materiais gráficos para suportar uma mensagem, fazer perguntas, fazer recomendações em linguagem clara e positiva ou utilizar vários destes recursos em simultâneo.

Pudemos comprovar que os farmacêuticos atribuem relevância à literacia em saúde e reconhecem a sua importância, não apenas no domínio da esfera pessoal - a qualidade de vida das pessoas -, mas também no domínio da esfera coletiva, a saúde pública e a sustentabilidade do SNS.

Apesar de o conceito de literacia em saúde ser relativamente recente, constatámos que o farmacêutico o conhece, e que existe um cuidado real em aferir a capacidade que os cidadãos têm de entender as mensagens relevantes para o cuidado da sua saúde. Verificámos também que esta atenção às necessidades do cidadão não está diretamente associada à idade ou anos de experiência do profissional. Trata-se, pois, de uma preocupação longitudinal que surge naturalmente em virtude da necessidade de identificar vulnerabilidades que impliquem um ajuste da comunicação, tão necessária para que o indivíduo possa tomar as decisões em saúde mais adequadas à sua condição.

Em virtude do seu capital social e do contexto específico em que operam, os farmacêuticos têm mais oportunidades de intervir individualmente do que qualquer outro profissional de saúde, fruto da diversidade de necessidades que levam as pessoas à farmácia e da continuidade da relação que se estabelece. Estes profissionais podem responder assim, de forma precisa, a cada necessidade específica relacionada com a literacia em saúde, seja ela relacionada com a promoção da saúde, a prevenção da doença, a gestão da doença ou ainda na ajuda na navegação pelo sistema.

A nossa investigação indica-nos que uma parte relevante de cidadãos recorre à farmácia com o propósito de obter aconselhamento para a resolução de situações clínicas ligeiras, reconhecendo que o papel do farmacêutico pode ir além das questões relacionadas diretamente com o uso do medicamento. É também conferindo ao farmacêutico legitimidade para intervenções não solicitadas, desde que oportunas. Estes resultados demonstram que estamos perante oportunidades de intervenção legitimadas, que vão além da doença e do medicamento, podendo estender-se a situações relacionadas com a promoção da saúde em todo o espectro.

Se os níveis de literacia em saúde em Portugal são, comparativamente com outros países, satisfatórios e até têm vindo a ser melhorados (Arriaga *et al.*, 2022²), e em virtude do exposto acima, podemos assumir que este resultado é fruto, pelo menos até certo ponto, da intervenção farmacêutica. Estamos a falar de uma intervenção que é corporizada na disponibilidade, atenção e seguimento dado aos cidadãos, especialmente àqueles que se encontram em estado de maior vulnerabilidade física, económica e social, mas que é reforçada pelo estabelecimento de rede de ligações sociais, emocionais e de confiança.

A envolvente socioeconómica e as condições com ela relacionadas são de tal forma importantes que a falta de atenção a estes aspetos é apontada por Nutbeam (2000) como uma das principais causas de insucesso das intervenções em saúde que estão assentes na educação e na comunicação em saúde, por este motivo, o capital social da farmácia é um ativo tão relevante.

² De notar que o inquérito que serviu de base a este artigo é baseado num questionário de apenas 12 questões, o HLS19-Q12, contando com uma amostra de dimensão muito reduzida, 1247 cidadãos, pelo que a sua interpretação deve encarada com alguma prudência.

Com os resultados obtidos, consideramos que a visão comumente aceite do farmacêutico como o especialista do medicamento é redutora, pois está assente num paradigma que o define como um profissional cujo domínio é puramente técnico, quando, na verdade, as suas atribuições são muito mais alargadas e estão firmadas em competências sociais, comunicacionais e humanas, adquiridas e desenvolvidas com a prática diária, o que amplia o seu potencial de intervenção junto do cidadão. Por este motivo, os farmacêuticos que responderam ao nosso inquérito consideram que as suas qualificações e valências ao serviço da comunidade poderia gerar maior impacto na sociedade do que aquele que é verificado atualmente. Apesar disto, existe um sentimento generalizado entre os farmacêuticos – que é reforçado pelos resultados obtidos a partir do nosso inquérito - de que a sua profissão é subestimada pelo sistema de saúde e pelos outros profissionais de saúde. Esta subvalorização é materializada pela quase inexistente integração das farmácias comunitárias em programas e colaborações estatais, mas também pela ausência de remuneração por serviços prestados à comunidade, cuja prestação tem sido feita sem encargos, mas com custos.

Por termos noção deste potencial de colaboração, uma das questões que abordámos na nossa investigação foi a possibilidade de envolver a rede de farmácias comunitárias num programa de promoção da literacia em saúde. Neste sentido quisemos perceber se haveria vontade dos farmacêuticos de se envolverem num projeto desta natureza. Os resultados que obtivemos foram claros: existe uma vontade generalizada de participar ativamente num programa desta natureza, com 99,2% dos farmacêuticos a afirmarem o seu interesse. Esta predisposição não anula, contudo, a consciência das dificuldades e desafios pré-existentes, associadas à operação do dia a dia de uma farmácia, bem como o agravamento destes fatores aquando da implementação de um projeto desta tipologia.

Sendo consensual a assunção de que um empreendimento com estas características consome recursos, e que a escassez destes recursos constitui um problema das farmácias nos dias de hoje, a adesão das farmácias a um programa de promoção da literacia em saúde deverá ter subjacente um plano remuneratório sustentável, que permita a implementação na sua plenitude, sem que a restante operação seja prejudicada.

A remuneração pelo Estado desta intervenção farmacêutica individualizada deverá ser encarada como um investimento que garante o envolvimento e o compromisso das farmácias no longo prazo, já que confere à intervenção uma natureza formal e vinculativa, em vez da sua natureza atual, que é amadora e facultativa. Este mecanismo de remuneração, que vincula, garante o cumprimento das normas de registo e monitorização, que permitem a medição dos indicadores que medem o sucesso do plano.

Um programa desta natureza beneficiaria de uma ativação indivíduo a indivíduo, assente numa rede constituída por parceiros importantes na promoção da saúde, as farmácias, beneficiando de um crescente reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem na melhoria dos resultados em saúde (Félix *et al.*, 2017).

No seguimento do exposto, cremos que o desenho de um projeto de implementação de uma rede de farmácias que desenvolva processos que contribuam para a melhorar dos níveis de literacia em saúde em Portugal constituiria um passo importante e necessário. Um projeto desta natureza tem de ser implementado com recurso a metodologias de gestão de projetos, definido bem o prazo, o âmbito, o orçamento e resultado esperado. Os resultados devem ser monitorizados e medidos no âmbito das melhorias esperadas no sistema como um todo. Melhorias nos resultados em saúde, seja no curto prazo, com uma mais racional utilização dos recursos (menos idas a urgências, uso mais eficiente de medicamentos, menor necessidade de exames, etc.), seja no longo prazo, com uma avaliação mais positiva do estado geral da saúde da população, ou uma melhoria observável na autoperceção do estado de saúde individual, concorrem para o atingimento de um objetivo supremo: a criação de valor em saúde.

6.4. Olhar para o Futuro

Apesar da crescente digitalização da sociedade, a humanização dos profissionais continua a ser uma componente essencial em contexto de prestação de cuidados de saúde. Talvez mesmo mais do que nunca.

A saúde é um bem pessoal (Barros, 2016), entendido e acionável de uma forma única por cada individuo. Neste sentido, o exercício de qualquer tipo de influência nas decisões que impactam a saúde passa pelo estabelecimento de interações baseadas na empatia e numa compreensão do contexto pessoal, social e cultural. Trata-se, portanto, de um conjunto de competências dificilmente transferíveis para mecanismos digitais autónomos.

Ainda que muitos cidadãos recorram aos meios digitais para procurar complementaridade ou suporte para as suas decisões em saúde, continua a ser importante a confiança depositada nos profissionais de saúde. A confiança, no âmbito das ciências comportamentais, é mesmo apontada como um fator crítico na adoção de comportamentos associados à promoção e prevenção em saúde. Por outro lado, é necessário ter em conta que uma parcela significativa da população portuguesa ainda sente algum tipo de dificuldades no acesso à informação digital, nuns casos por lacunas no acesso, noutras por défice de competências digitais. A humanização na comunicação em saúde aparenta

assim não vir a ser substituível nos tempos mais imediatos. Todavia, uma transformação está a formar-se no horizonte e, com ela, tudo se altera: a Inteligência Artificial (IA).

A digitalização, a automação e a IA constituem recursos de grande valor na saúde, tendo particular relevância a importância desta última enquanto suporte à tomada de decisão (Kulkov, 2023). Com o acesso imediato a enormes quantidades de informação e à sua sistematização, o tempo alocado aos processos de tomada de decisão reduz-se, dando espaço à componente comunicacional, à interação e à empatia (Kulkov, 2023), tão importantes para o estabelecimento de relações de confiança em contexto de saúde.

Se ao tempo ganho juntarmos a motivação e as competências comunicacionais, obtemos toda uma conjugação de facilitadores que contribuem para uma proveitosa interação com o cidadão. Por um lado, a disponibilidade para dar resposta a dúvidas e preocupações alivia medos e ansiedade, tornando a relação do indivíduo com a sua saúde mais confiante e tranquila. Por outro lado, os esforços para ir ao encontro, simultaneamente, das necessidades e das expectativas do indivíduo, constituem os alicerces para o estabelecimento de um processo de comunicação que sirva de suporte à tomada de decisões que tenham impactos positivos na saúde. Indivíduos pertencentes a populações vulneráveis, tais como idosos, pessoas com carências sociais ou aqueles que enfrentam condições de saúde graves, beneficiam ainda mais desta atenção, pois as insuficiências no campo da literacia em saúde são mais evidentes.

O tempo - o maior ganho resultante da utilização da IA - permite que o profissional de saúde concentre a sua atenção na relação com o indivíduo, criando espaço para uma visão integral e contextualizada do indivíduo, e concentrando neste todos os processos associados à prestação de cuidados de saúde.

Perante o exposto não podemos deixar de colocar uma questão elementar: será o papel de comunicador aquele que mais impacto gera na atuação do profissional de saúde, nos dias de hoje?

Esta questão não anula tudo o que afirmámos ao longo da nossa investigação, pelo contrário, só o reforça: o profissional de saúde comunicador é essencial e insubstituível, pois este “entrega” informação validada, adaptada ao cidadão e ao mundo real (Kulkov, 2023). O profissional de saúde deve, contudo, alocar mais tempo ao desenvolvimento de competências comunicacionais, de forma a conseguir proporcionar ao cidadão o melhor conhecimento existente, e entregá-lo de uma forma acessível e adaptada, para que este o possa processar e analisar criticamente. Só assim poderá servir-se dele para a tomada de decisão que contribua para a preservação da sua saúde ou melhoria da sua condição.

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde de proximidade tem uma responsabilidade e um incentivo acrescido para o desenvolvimento destas competências comunicacionais. Por um lado, a

responsabilidade reside na preservação daquele que é o seu maior ativo: a sua influência junto dos cidadãos e a capacidade de adaptar a sua ação às mais diversas situações, pois ao longo da sua atividade diária acompanha e dá resposta a indivíduos com diferentes características socioeconómicas e diferentes necessidades em saúde, alguns com severas insuficiências no campo da literacia em saúde. Por outro, o incentivo, na medida em que a componente mais técnica desta profissão pode ser muito suportada pela automação com recurso à IA.

Por tudo isto é importante que o farmacêutico permaneça como um “farol” humanizador no acesso à saúde, pois é esta componente que confere versatilidade, relevância e diferenciação a estes profissionais de saúde que, ao interagir diariamente com indivíduos com as mais diversas necessidades, têm a oportunidade de responder de forma individualizada a cada um.

A utilização de IA nas instituições de saúde não é nova, o que é novo é o acesso dos cidadãos a esta ferramenta. O refinar da personalização nos resultados no ChatGPT4 parece entregar resultados fiáveis em linguagem acessível, o que pode contribuir para melhorar a literacia em saúde, contudo esta conclusão deve ser vista com precaução, na medida em que os resultados têm de ser monitorizados e validados (Sallam, 2023). O acesso a este recurso continuará a estar condicionado a alguns segmentos da população que a ele têm acesso e que dispõem dos recursos cognitivos para fazer as perguntas certas e avaliar as respostas obtidas.

As competências de comunicação com o individuo são cruciais e funcionam como complemento às vantagens da inteligência artificial, garantindo que a tecnologia seja aplicada de forma adequada, ética e humanizada.

Bibliografia

- Adams R., Appleton S. L., Hill C. L., Dodd M., Findlay C., Wilson D. H. (2009). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Medical Journal of Australia*;17: 257–259
- Adler, P. A., & Adler, P. (1998). Observational techniques. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 79–109). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Agomo, C. O. (2012). The role of community pharmacists in public health: a scoping review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 3(1), 25-33.
- 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].
- Almeida, C. V. (2020). Literacia em Saúde, um desafio emergente. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- Almeida, C. V., & 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.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244.
- Andersen, J. (2018). Archiving, ordering, and searching: search engines, algorithms, databases, and deep mediatization. *Media, Culture & Society*, 40(8), 1135-1150.
- Anderson, C. (1998) Guidance for the development of health promotion by community pharmacists, *Pharm J*, 261, pp. 771-775
- Anderson, C. (2000) Health promotion in community pharmacy: the UK situation. *Patient Education and Counseling*, Volume 39, Issues 2–3,
- Andreassen, H. K. (2012). ICT and patient roles; contradictions in e-health policy. *Health Policy and Technology*, 1(2), 86-92.
- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282-302.
- Annals of Emergency Medicine, Definition of an Emergency Service, Volume 54, Issue 1,2009, Page 143, ISSN 0196-0644, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.05.015>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064409005277>)
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 8(1), 27106.
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., et al. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7), 4225. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19074225>

Aubert, J. E. (1999). Into the future with social sciences. Organisation for Economic Cooperation and Development. The OECD Observer, (217/218), 76.

Azzopardi-Muscat, N., & Sørensen, K. (2019). Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective. European journal of public health, 29 (Supplement_3), 13-17.

Bader, L., Kusynová, Z., & Duggan, C. (2019). FIP perspectives: realising global patient safety goals requires an integrated approach with pharmacy at the core. Research in Social and Administrative Pharmacy, 15(7), 815-817.

Baker, D. W., (2006). The meaning and the measure of health literacy. J Intern Med. 21: 878-883.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of general internal medicine, 13(12), 791-798.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. Archives of family medicine, 5(6), 329.

Baker, S. C., & Watson, B. M. (2015). How patients perceive their doctors' communication: Implications for patient willingness to communicate. Journal of Language and Social Psychology, 34(6), 621-639.

Balint, K. E., & Bilandzic, H. (2017). Health communication through media narratives: Factors, processes and effects—introduction. International Journal of Communication, 11, 7.

Barros, A., Santos, H., & Santos-Silva, F. (2023). A Systematic Review of Health Literacy Measurement Instruments in Portugal. Portuguese Journal of Public Health, 40(3), 172-187.

Barros, P. P. (2016). Pela sua saúde. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barros, P. P., Machado, S. & Simões, J. (2011). Portugal: Health system review. Health systems in transition. 13. 1-156.

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—The pinnacle patient-centered care.

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public health, 132, 3-12.

Belim, C., & Almeida, C. V. (2021). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy—Assertiveness, clear language, and positivity. In Research Anthology on Public Health Services, Policies, and Education (pp. 1-28). IGI Global.

Belim, C., & Almeida, C. V. (Eds.). (2021). Health Communication Models and Practices in Interpersonal and Media Contexts: Emerging Research and Opportunities: Emerging Research and Opportunities. IGI Global.

Bell, J., Dziekan, G., Pollack, C., & Mahachai, V. (2016). Self-care in the twenty first century: a vital role for the pharmacist. *Advances in Therapy*, 33(10), 1691-1703.

Berkman N. D., Sheridan S. L., Donahue K. E., Halpern D. J., Viera A., Crotty K., et al. (2011) Health Literacy Interventions and Outcomes: An Update of the Literacy and Health Outcomes Systematic Review of the Literature. Evidence Report/ Technology Assessment no. 199. (Prepared by RTI International– University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract 290-2007- 10056-I.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 15(S2), 9-19.

Bhattacharya, C. B., & Sen, S. (2004). Doing better at doing good: When, why, and how consumers respond to corporate social initiatives. *California management review*, 47(1), 9-24.

Bircher, J. (2005) Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Med Health Care Philos* 8, 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>

Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*, 314(7080), 572.

Blenkinsopp, A., Tann, J., Platts, A., & Allen, J. (2002). Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme-views of users and providers. *Health Education Journal*, 61(1), 52-69.

Blouin, R. A., & Adams, M. L. (2017). The Role of the Pharmacist in Health Care: Expanding and Evolving. *North Carolina medical journal*, 78(3), 165–167. <https://doi.org/10.18043/ncm.78.3.165>

Bol, N., Helberger, N., & Weert, J. C. (2018). Differences in mobile health app use: a source of new digital inequalities?. *The Information Society*, 34(3), 183-193.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(1), 2-3.

Brace, I. (2018). Questionnaire design: How to plan, structure and write survey material for effective market research. Kogan Page Publishers.

Braithwaite, J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *bmj*, 361.

Brashers D.E., Goldsmith D.J., & Hsieh E. (2002). Information seeking and avoiding in health contexts. *Human Communication Research*, 28(2), 258–271.

Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381-398.

Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Jama*, 281(11), 1030-1033.

- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., ... & Wills, J. (2018). IUHPE position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world.
- Brørs, G., Norman, C. D., & Norekvål, T. M. (2020). Accelerated importance of eHealth literacy in the COVID-19 outbreak and beyond. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(6), 458-461.
- Brown, B., Crawford, P., & Carter, R. (2006). Evidence-based health communication. McGraw-Hill Education (UK).
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares?. In Mayo clinic proceedings (Vol. 86, No. 4, pp. 304-314). Elsevier.
- Bryman, A. (2012). Social research methods: OUP Oxford.
- Bryman, A. (2016). Social research methods. Oxford university press.
- Buck, D., Baylis, A., Dougall, D., & Robertson, R. (2018). A vision for population health: towards a healthier future.
- Calderón, J. L., & Beltrán, R. A. (2004). Pitfalls in health communication: healthcare policy, institution, structure, and process. *MedGenMed: Medscape general medicine*, 6(1), 9.
- Cardoso, G. (2023). A Comunicação da Comunicação. Editora Mundos Sociais, Lisboa.
- Cardoso, G.; Espanha, R. (coord.) (2007), Profissionais de Saúde na Era da Informação: Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos, Lisboa, CIES/ISCTE (relatório final).
- Carpiano, R. M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & place*, 13(3), 639-655.
- Carter, S. M., Rychetnik, L., Lloyd, B., Kerridge, I. H., Baur, L., Bauman, A., ... & Zask, A. (2011). Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. *American journal of public health*, 101(3), 465-472.
- Castells, M. (2005). A sociedade em rede: do conhecimento à política. *A sociedade em rede: do conhecimento à acção política*, 17-30.
- Catan, G., Espanha, R., Mendes, R. V., Toren, O., & Chinitz, D. (2015). Health information technology implementation-impacts and policy considerations: a comparison between Israel and Portugal. *Israel journal of health policy research*, 4(1), 1-12
- Cavaco A, Dias J, Bates I (2005). Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci.*; 27:54–60.
- Chan, C. V., & Kaufman, D. R. (2011). A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e94.
- Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., ... & Orom, H. (2018). Health literacy and use and trust in health information. *Journal of health communication*, 23(8), 724-734.

Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine*, 73(1), 60-67.

Cipolle, R.J.; Strand, L.M.; Morley, P.C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice*; McGraw-Hill: Health Professions Division: New York, NY, USA.

Clayman, M. L., Pandit, A. U., Bergeron, A. R., Cameron, K. A., Ross, E., & Wolf, M. S. (2010). Ask, understand, remember: a brief measure of patient communication self-efficacy within clinical encounters. *Journal of health communication*, 15(S2), 72-79.

Cobley, P., & Schulz, P. J. (2013). Theories and models of communication. *Handbook of Communication Science*. Vol. 1. Switzerland: De Gruyter Mouton.

Cohen, D., & Prusak, L. (2002). *In good company: how social capital makes organizations work*. Harvard Business School Press, Boston, MA.

Collins, J., & Blot, R. K. (2003). *Literacy and literacies: Texts, power, and identity*. New York: Cambridge University Press.

Comissão Europeia (2019) https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_pt_portuguese.pdf (acedido em 01/12/2021)

Comissão Europeia (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 state of health in the EU cycle* https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf (acedido em 09/04/2022)

Costa, F. A., Guerreiro, J. P., & Duggan, C. (2006). An audit of diabetes dependent quality of life (ADDQoL) for Portugal: exploring validity and reliability. *Pharmacy Practice*, 4(3), 123.

Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7609), 24–27.

Creswell, J. W. (2009). Research questions and hypotheses. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 3-22.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

Crisp, N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Crondahl, K., & Eklund Karlsson, L. (2016). The nexus between health literacy and empowerment: a scoping review. *Sage Open*, 6(2), 2158244016646410.

Cruz, R. S. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*, (18), 11-16.

da Silva, R. F. (2019). *Intervenção do Farmacêutico Comunitário: Troca De Seringas a Utilizadores De Drogas Injetáveis*. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 8(1), 81-82.

Darcy A. Freedman, Kimberly D. Bess, Holly A. Tucker, David L. Boyd, Arleen M. Tuchman, Kenneth A. Wallston (2009) Public Health Literacy Defined, American Journal of Preventive Medicine, Volume 36, Issue 5,

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M. D. (2006). Disciplining qualitative research. International journal of qualitative studies in education, 19(6), 769-782.

DeVoe, J. E., Wallace, L. S., & Fryer Jr, G. E. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter?. Health Expectations, 12(1), 70-80.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. Journal of general internal medicine, 19(12), 1228-1239.

DGS (2015) Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020, <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DGS, A promoção da saúde e a carta de Ottawa <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-ottawa-pdf1.aspx>, acedido em 21/11/2021

Dickmann, P., Abraham, T., Sarkar, S., Wysocki, P., Cecconi, S., Apfel, F., & Nurm, Ü. K. (2016). Risk communication as a core public health competence in infectious disease management: development of the ECDC training curriculum and programme. Eurosurveillance, 21(14), 30188.

Dickmann, P., McClelland, A., Gamhewage, G. M., Portela de Souza, P., & Apfel, F. (2015). Making sense of communication interventions in public health emergencies—an evaluation framework for risk communication. Journal of Communication in Healthcare, 8(3), 233-240.

Dineen-Griffin, S., Benrimoj, S. I., & Garcia-Cardenas, V. (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Australia. Pharmacy Practice (Granada), 18(2).

Doak, C. C., Doak, L. G., Friedell, G. H., & Meade, C. D. (1998). Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 48(3), 151-162.

Drapkina, O., da Graça Freitas, M., Mikkelsen, B., Breda, J., Salakhov, E., Lopatina, M., ... & World Health Organization. (2019). The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Public health panorama, 5(2-3), 197-200.

DRE (1979) - Lei nº 56/79, de 15 de setembro <https://files.dre.pt/1s/1979/09/21400/23572363.pdf>

DRE (1990) - Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, Diário da República <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>

DRE (2007) - Portaria 1429/2007, <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1429-2007-629418>

DRE	(2016)	-	Decreto-Lei	n.º	62/2016,
					https://www.iasaude.pt/attachments/article/221/decreto_lei_62_2016_farmacias_saude_publica.pdf

DRE (2018) - Portaria 97/2018, <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/97-2018-115006162>

DRE (2019) - Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, Diário da República <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

DRE (2021) - Regulamento n.º 1015/2021 Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.

Duarte, A., Nunes, F., & Martins, L. (2007). Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal. Ordem dos Farmacêuticos.

Ducrot, P., Montagni, I., Thanh, V. N., Serry, A. J., & Richard, J. B. (2021). Evolution of online health-related information seeking in France from 2010 to 2017: results from nationally representative surveys. *Journal of medical Internet research*, 23(4), e18799.

Dupлага, M. (2020). Determinants and consequences of limited health literacy in polish society. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 642.

Eades, C. E., Ferguson, J. S. & O'Carroll, R. E. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* 11, 582 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-582>

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control, 2014. Social marketing guide for public health managers and practitioners, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Egger, J. W., & Von, L. (2013). Biopsychosocial Medicine and Health—the body mind unity theory and its dynamic definition of health. *Psychologische Medizin*, 24(1), 24-29.

Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine, *Science* 196, 129–136

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43(4), 51-58.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.

Eriksson M. (2011). Social capital and health-implications for health promotion. *Global health action*, 4, 5611. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>

Erku, D. A., Belachew, S. A., Abrha, S., Sinnolareddy, M., Thomas, J., Steadman, K. J., & Tesfaye, W. H. (2021). When fear and misinformation go viral: Pharmacists' role in deterring medication misinformation during the 'infodemic' surrounding COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1954-1963.

Espanha R., Ávila P, Mendes R. (2016). Literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Espanha, R. (2012), Informação e Saúde, Ed. FFMS, disponível: <http://www.ffms.pt/estudo/462/informacao-e-saude>

Espanha, R. (2013). A Saúde em Rede. Fundação Calouste Gulbenkian

Espanha, R. (2020). A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública. *Comunicação Pública*, 15(29).

Espanha, R., & Cardoso, G. (2009). A saúde electrónica e as práticas de e-health em Portugal. *JANUS 2009: Aliança de civilizações: um caminho possível?*

Espanha, R., & Lupiáñez-Villanueva, F. (2008). *Health and the Internet: Autonomy of the User*. Lisbon Internet and Networks.

Espanha, R., Ávila, P. (2016). *Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications*. Procedia Computer Science, Elsevier

Eur-Lex (2008), Artigo 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12008E168>, acedido em 01/12/2021

EuroHealthNet, (2019). <https://eurohealthnet.eu/publication/digital-health-literacy-how-new-skills-can-help-improve-health-equity-and-sustainability/>. (Acedido em 19/12/2021)

EuroHealthNet, (2021) https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2022/220225_digital_health_literacy_seminar_final_event_report.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. What is health communication? <https://www.ecdc.europa.eu/en/health-communication/facts>, acedido em 28/11/2021

European Commission (2007) Together for Health – A Strategic Approach for the EU, 2008-2013 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_07_1571

European Commission (2014) European citizens' digital health literacy, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fd42f9e7-937c-41f3-bf03-4221b2db712b> (acedido em 19/12/2021)

European Commission, (2023) (https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en#work-programmes)

Eurostat (2020), <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210406-1>, acedido em 28/12/2021

Eurostat (2021) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_birth, acedido em 16/07/2021

Eurostat (2022), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Digital_economy_and_society_statistics_-_households_and_individuals#Purpose_of_the_use_of_internet, acedido em 12/02/2023

Eurostat (2022), What did we use the internet for in 2022? <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20221215-2> (acedido em 10/07/2023)

EU-SILC (2019) <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

Evans, W. D., & French, J. (2021). Demand Creation for COVID-19 Vaccination: Overcoming Vaccine Hesitancy through Social Marketing. *Vaccines*, 9(4), 319. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines9040319>

Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of medical Internet research*, 3(2), e20.

Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018757848.

Fava, G. A., & Sonino, N. (2007). The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(1), 1.

Félix J, Ferreira D, Afonso-Silva M, Gomes MV, Ferreira C, Vandewalle B, Marques S, Mota M, Costa S, Cary M, Teixeira I, Paulino E, Macedo B, Barbosa CM (2017). Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care. *BMC health services research*, 17(1), 1-12.

Fetters, M. D., & Molina-Azorin, J. F. (2017). The Journal of Mixed Methods Research Starts a New Decade: The Mixed Methods Research Integration Trilogy and Its Dimensions. *Journal of Mixed Methods Research*, 11(3), 291–307. <https://doi.org/10.1177/1558689817714066>

FIP- International Pharmaceutical Federation (2021) Community Pharmacy at a glance 2021- Regulation, scope, practice, remuneration and distribution of medicines through community pharmacies and other outlets

Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2003). Are patients' decision-making preferences being met?. *Health Expectations*, 6(1), 72-80

Fox, N. J. (2008) Post-positivism. In: Given, L.M. (ed.) *The SAGE Encyclopaedia of Qualitative Research Methods*. London: Sage.

Fredette, J., Marom, R., Steiner, K., & Witters, L. (2012). The promise and peril of hyperconnectivity for organizations and societies. *The global information technology report*, 2012, 113-119.

Freimuth, V., Crouse Quinn, S., (2004), The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities, *American Journal of Public Health* 94, 2053_2055, [https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2053'](https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2053)

FSNS, Fundação para a Saúde-Serviço Nacional de Saúde (2019) Serviço Nacional de Saúde- Breve interpretação e Linhas para a sua Transformação

Gafni, A., Charles, C., & Whelan, T. (1998). The physician–patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 47(3), 347-354.

Garcia, A., Eiró-Gomes, M. (2020) O papel da comunicação: a utilização das redes sociais nos cuidados de saúde primários», *Comunicação e sociedade*, Special Issue | 2020, 197-217.

Gebbers, T., De Wit, J., & Appel, M. (2017). Health Communication | Transportation Into Narrative Worlds and the Motivation to Change Health-Related Behavior. *International Journal Of Communication*, 11, 21. Retrieved from <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/6977>

Gee, J. (1996). Social Linguistics and Literacies, 2nd edition. London: Taylor and Maxwell.

Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health*, 31, 399-418.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.

Glasgow Centre for Population Health (2011) Briefing Paper: Asset based approaches for health improvement: redressing the balance. Glasgow Centre for Population Health. gcpb. co.uk

Goldberg, D. S. (2007). Justice, health literacy and social epidemiology. *The American Journal of Bioethics*, 7(11), 18-20.

Graham, M. (2004). Empowerment revisited - social work, resistance and agency in black communities. *European Journal of Social Work*, 7(1), 43-56.

Green, C. A., Duan, N., Gibbons, R. D., Hoagwood, K. E., Palinkas, L. A., & Wisdom, J. P. (2015). Approaches to mixed methods dissemination and implementation research: methods, strengths, caveats, and opportunities. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 508-523.

Greener, S. (2008). Business research methods. BookBoon.

Griese, L., Berens, E. M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731.

Guarino, N., Oberle, D., & Staab, S. (2009). What is an ontology?. *Handbook on ontologies*, 1-17.

Guba, E. G. (1990). The paradigm dialog. In Alternative paradigms conference, mar, 1989, indiana u, school of education, san francisco, ca, us. Sage Publications, Inc.

Gumà, J., Solé-Auró, A., & Arpino, B. (2019). Examining social determinants of health: the role of education, household arrangements and country groups by gender. *BMC public health*, 19, 1-9.

Hanefeld, J. (2019). Driving forward health equity—the role of social participation, accountability, empowerment and policy coherence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324901/>

Hashiguchi, T. C. O. (2020). Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries.

Health and Online Misinformation: Challenges and Recommendations (2020). *Annu Rev Public Health*. 2020 Apr 2;41:433-451.

Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Smith, J. (2003). 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of health & illness*, 25(6), 589–607. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00360>

Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospital pharmacy*, 47(3), 533-543.

Herndon, J. B., Chaney, M., & Carden, D. (2011). Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Annals of emergency medicine*, 57(4), 334-345.

HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL.

HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht: HLS-EU Consortium.

Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K. L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., ... & Rumsfeld, J. S. (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *American heart journal*, 155(4), 772-779.

Hobbs, R. (2010). Digital and Media Literacy: A Plan of Action. A White Paper on the Digital and Media Literacy Recommendations of the Knight Commission on the Information Needs of Communities in a Democracy. Aspen Institute.

Holtrop, J. S., Dosh, S. A., Torres, T., & Thum, Y. M. (2008). The community health educator referral liaison (CHERL): a primary care practice role for promoting healthy behaviors. *American journal of preventive medicine*, 35(5), S365-S372.

Hubinette, M., Dobson, S., Scott, I., & Sherbino, J. (2017). Health advocacy. *Medical Teacher*, 39(2), 128-135.

Ilardo, M. L., & Speciale, A. (2020). The community pharmacist: perceived barriers and patient-centered care communication. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 536.

Illingworth, R. 2010. What does “patient-centred” mean in relation to the consultation? *The Clinical Teacher*, 7 (2):116–120

INE Instituto Nacional de Estatística - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio (2019) Lisboa: INE, 2021. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/6358988>. ISSN 0872-5977. ISBN 978-989-25-0578-7

INE Instituto Nacional de Estatística (2021), https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2 (acedido em 09/04/2022)

Infarmed (2019) Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde 2019 <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais>

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 1-5.

JAMES, J. A., & Rovers, J. P. (2003). *HEALTH MODELS AND WELLNESS. A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, 183.

Kairuz, T. E., Bellamy, K. M., Lord, E., Ostini, R., & Emmerton, L. M. (2015). Health literacy among consumers in community pharmacy: perceptions of pharmacy staff. *Health Expectations*, 18(5), 1041-1051.

Kalof, L., & Dan, A. (2008). *EBOOK: Essentials of social research*. McGraw-Hill Education (UK).

Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S., (2007). Asking questions in the medical encounter. *General Internal Medicine*, 22, 782-786.

Kaushik, V., & Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a research paradigm and its implications for social work research. *Social sciences*, 8(9), 255.

Kickbusch I. (2012). 21st century determinants of health and wellbeing: a new challenge for health promotion. *Global health promotion*, 19(3), 5–7. <https://doi.org/10.1177/1757975912454783>

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. <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>, acedido em 10/11/2021

Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289-297.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2011). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe.

Kim, H., & Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 100(6), 1073-1082.

King, S. R., McCaffrey, D. J., & Bouldin, A. S. (2011). Health literacy in the pharmacy setting: defining pharmacotherapy literacy. *Pharmacy Practice*, 9(4), 213.

Kosso, P. (2011). *A summary of scientific method*. Springer Science & Business Media.

Kotter, J. P. (2007). *Leading change: Why transformation efforts fail*. In *Museum management and marketing* (pp. 20-29). Routledge.

Kulkov, I. (2023). Next-generation business models for artificial intelligence start-ups in the healthcare industry. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, 29(4), 860-885.

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809.

Laliberté, M. C., Perreault, S., Damestoy, N., & Lalonde, L. (2012). Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC public health*, 12(1), 1-11.

- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00042418.
- Larson, J.S. (1996) The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Soc Indic Res* 38, 181–192. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. (2009) Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*;18:424–8
- Leape LL, Berwick DM. (2005) Five years after to err is human: what have we learned? *JAMA*. ; 293:2384–90.
- Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social science & medicine*, 58(7), 1309-1321.
- Levasseur, M, Richard, L, Gauvin, L, Raymond, E. (2010) Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Social Sci Med*; 71(12): 2141–2149.
- Levinsky, N. G. (1996). Social, institutional, and economic barriers to the exercise of patients' rights. *New England Journal of Medicine*, 334(8), 532-534.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1643.
- Levin-Zamir, D., & Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health promotion international*, 16(1), 87-94.
- Liekens, S., & Foulon, V. (2019). Pharmaceutical Care and the Role of the Patient. *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*, 25-31.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2016). *The constructivist credo*. Routledge.
- Liobikienė, G., & Bernatonienė, J. (2017). Why determinants of green purchase cannot be treated equally? The case of green cosmetics: Literature review. *Journal of Cleaner Production*, 162, 109-120.
- Liobikienė, G., & Bernatonienė, J. (2018). The determinants of access to information on the Internet and knowledge of health-related topics in European countries. *Health Policy*, 122(12), 1348-1355.
- Littlejohn, S. W. (1992). *Theories of human communication* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Lloyd, L. L. J., Ammary, N. J., Epstein, L. G., Johnson, R., & Rhee, K. (2006). A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 331-335.
- Lourenço, J., Rodrigues, C., Flôres, F., & Soares, D. (2022). Physical Activity Time and Intensity in Physical Education During the COVID-19 Pandemic. *Perceptual and Motor Skills*, 129(3), 946-961.

- Lunt, P., & Livingstone, S. (2016). Is 'mediatization' the new paradigm for our field? A commentary on Deacon and Stanyer (2014, 2015) and Hepp, Hjarvard and Lundby (2015). *Media, Culture & Society*, 38(3), 462-470.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social science & medicine*, 45(3), 373-381.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248-255.
- Manojlovich, M., Squires, J., Davies, B. & Graham, I., (2015). Hiding in plain sight: communication theory in implementation science. *Implementation Science*, 10(58), pp. 1-11.
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365:1099–104
- Marmot M., Bell R. (2019). Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action *BMJ*; 364: l251 doi:10.1136/bmj.l251
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet*, Volume 368, Issue 9552, 2081 – 2094
- Marmot, M., & Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques, F., Rodrigues, A., Ferreira, P., & Raposo, V. (2006). ESTUDO do SECTOR das FARMACIAS em PORTUGAL.
- Marwitz, K. K. (2021). The pharmacist's active role in combating COVID-19 medication misinformation. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(2), e71-e74.
- McCray, A. T. (2005). Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 152-163.
- McGibbon E, Etowa J, McPherson C. 2008. Health-care access as a social determinant of health. *Can. Nurse* 104:22–27
- McNall, M., & Foster-Fishman, P. G. (2007). Methods of Rapid Evaluation, Assessment, and Appraisal. *American Journal of Evaluation*, 28(2), 151–168. <https://doi.org/10.1177/1098214007300895>
- McQuail, D. (2000). Teoria da Comunicação de Massas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- McQuail, D. (2010). Global mass communication. McQuail's mass communication theory, 247-270.
- McQuail, D., Deuze, M. (2020). *Media & Mass Communication Theory* (seventh edition). Sage
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.

Ministério da Economia- Secretaria de Estado para a Transição Digital (2020) Portugal: de Startup Nation para Digital Nation https://portugaldigital.gov.pt/wp-content/uploads/2022/01/Portugal_de_startup_nation_para_digital_nation.pdf (acedido em 05/10/2022)

Miranda, D., Galhordas Alves, I., & Salavisa, M. (2021). Guidelines to Think, Develop and Implement Health Communication in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(10), 698-706. doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.15770>

Miranda, Jorge. (2007). A originalidade e as principais características da Constituição portuguesa. *Cuestiones constitucionales*, (16), 253-280.

Monge, C. (2019). O direito fundamental à proteção da saúde. *e-Pública* Vol. 6 No. 1, Abril 2019 (075-100)

Moreira, L. (2018), "Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?", OECD Health Working Papers, No. 107, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.

Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative inquiry*, 20(8), 1045-1053.

Mossialos, E., Courtin, E., Naci, H., Benrimoj, S., Bouvy, M., Farris, K., ... & Sketris, I. (2015). From "retailers" to health care providers: transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health policy*, 119(5), 628-639.

Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of reading*, 37(2), 124-130.

Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., White M., Zapert K., Turner R. (2003) The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med*. Jul 28;163(14):1727-34. doi: 10.1001/archinte.163.14.1727. PMID: 12885689.

Muscat, D. M., Gessler, D., Ayre, J., Norgaard, O., Heuck, I. R., Haar, S., & Maindal, H. T. (2022). Seeking a deeper understanding of 'distributed health literacy': A systematic review. *Health Expectations*, 25(3), 856-868.

Napier, A. D., Ancarino, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639.

National Center for Education Statistics (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: U.S. Department of Education.

Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e19.

Nguyen, T. H., Paasche-Orlow, M. K., & McCormack, L. A. (2017). The state of the science of health literacy measurement. *Information Services & Use*, 37(2), 189-203.

Nielsen-Bohlman L., Panzer A. M., Kindig D. A. (2004), *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press

Norman, C. D., (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e2035.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e27

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>

Nunes, A. M. (2020). O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 9(3), 499-516

Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 196-215.

Nunes, F. G., Anderson, J. E., & Martins, L. M. (2015). Patient reactions to community pharmacies' roles: evidence from the Portuguese market. *Health Expectations*, 18(6), 2853-2864.

Nutbeam D, Lloyd JE. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 42:159-173. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529. PMID: 33035427.

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

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*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International journal of public health*, 54, 303-305.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 183-184.

Nutbeam, D., McGill, B., Premkumar, P. (2018), Improving health literacy in community populations: a review of progress, *Health Promotion International*, Volume 33, Issue 5, Pages 901–911, <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>

OECD (2019), “Realizing the Full Potential of Primary Health Care”, OECD, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>.

OECD (2022), *Health Data Governance for the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>.

OECD. (2012). *Literacy, Numeracy and Problem Solving in Technology-Rich Environments: Framework for the OECD Survey of Adult Skills*. Paris: OECD Publ.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>.

OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

OF - Ordem dos Farmacêuticos (2015) Valor Social E Económico Das Intervenções Em Saúde Pública Dos Farmacêuticos Nas Farmácias Em Portugal

OF - Ordem dos Farmacêuticos (2020) <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/>

O'Neal, K. S., Crosby, K. M., Miller, M. J., Murray, K. A., & Condren, M. E. (2013). Assessing health literacy practices in a community pharmacy environment: experiences using the AHRQ Pharmacy Health Literacy Assessment Tool. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(5), 564-596.

Ong L., Haes J. D., Hoos A., Lammes F. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*; 40:903-18

OPSS (2021) <https://www.opssauda.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2021/>

Owens, J., & Cribb, A. (2019). 'My Fitbit Thinks I Can Do Better!' do health promoting wearable technologies support personal autonomy?. *Philosophy & Technology*, 32(1), 23-38.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl. 1), S19-S26.

Pais S., Guedes M., Menezes I. (2013) Os contextos e as práticas da educação para a saúde em torno da doença crónica: uma perspetiva reflexiva e crítica com base na experiência de vida com diabetes mellitus. *Educação Sociedade Culturas*.

Papen, U. (2009). Literacy, learning and health: a social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies*, 16(2), 19–34. <https://search.informit.org/doi/10.3316/aeipt.179045>

Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15, 277-283.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.

Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>

Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. In *Nursing forum* (Vol. 54, No. 3, pp. 315-327).

Pedro, A. & Amaral, M., Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação – tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34. 10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Peerson, A., Saunders, M. (2009), Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?, *Health Promotion International*, Volume 24, Issue 3, Pages 285–296, <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>

Pelikan, J. M., Straßmayr, C., & Ganahl, K. (2020). Health literacy measurement in general and other populations: Further initiatives and lessons learned in Europe (and beyond). In R. A. Logan, & E. R. Siegel (Eds.), *Health literacy in clinical practice and public health* (pp. 170-191). Amsterdam: IOS Press

Pignone M., DeWalt D., Sheridan S. et al (2005) Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *J Gen Intern Med* 20:185–192

Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1197-1204.

Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: are they distinct concepts?. *Clinical rehabilitation*, 28(3), 211-220.

Pita, J. R., & Bell, V. (2016). A farmácia em Portugal nos últimos 30 anos. Algumas reflexões sobre a farmácia de oficina ou comunitária. *Debater a Europa*, (15), 197-215.

Plano Nacional de Saúde (2022) <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>

Pleasant, A. (2013). Health literacy around the world: Part 1. Health literacy efforts outside of the United States. *Health Literacy*, 1, 97-203.

Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health promotion international*, 23(2), 152-159.

Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health literacy measurement: a proposed research agenda. *Journal of health communication*, 16(sup3), 11-21.

Policarpo, V., Romano, S., António, J. H., Correia, T. S., & Costa, S. (2019). A new model for pharmacies? Insights from a quantitative study regarding the public's perceptions. *BMC health services research*, 19(1), 1-11.

Popper, K. (2005). The logic of scientific discovery. Routledge.

Pordata (2021) <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69>. acedido em 02/10/2022

Pordata 2021. <https://www.pordata.pt/Portugal/Farm%c3%a1cias+n%c3%bamero-153>

Pordata 2023 População Residente
<https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-513>
(acedido em 16/07/2023)

Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard business press.

Potvin, L., Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Can J Public Health* 102, 244–248. <https://doi.org/10.1007/BF03404041>

- Priest, H., Sawyer, A., Roberts, P., & Rhodes, S. (2005). A survey of interprofessional education in communication skills in health care programmes in the UK. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 236-250.
- Prins, E., & Mooney, A. (2014). Literacy and health disparities. *New directions for adult and continuing education*, 2014(142), 25-35.
- Protheroe, J., Nutbeam, D., & Rowlands, G. (2009). Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *British Journal of General Practice*, 59(567), 721-723.
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T. & Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health promotion international*, 32(6), 1074-1080.
- Rademakers, J., & Heijmans, M. (2018). Beyond reading and understanding: Health literacy as the capacity to act. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1676.
- Rajah, R., Hassali, M. A., & Lim, C. J. (2017). Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross-sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Frontiers in public health*, 5, 281.
- Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Health literacy. *National library of medicine current bibliographies in medicine*. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Ribeiro, N., Mota-Filipe, H., Guerreiro, M. P., & Costa, F. A. (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Portugal. *Pharmacy Practice (Granada)*, 18(3).
- Rice, L., & Sara, R. (2019). Updating the determinants of health model in the Information Age. *Health promotion international*, 34(6), 1241–1249. <https://doi.org/10.1093/heapro/day064>
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.
- Rifkin S. (2018) Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity *BMJ Global Health*;3: e001188.
- Rikard, R. V., Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health*, 16(1), 1-11.
- Rimal, R. N., Lapinski, M. K. (2009), Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009. (Vol. 87, Issue 4, p. 247).
<https://doi.org/10.2471/BLT.08.056713</div>>
- Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion?. *Health promotion international*, 9(1), 39-47.
- Rogers, E. M. (1996). Up-to-date report. *Journal of Health communication*, 1(1), 15-24.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A vision for a health literate Canada. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association.

- Rosengren, K. E. (2000). *Communication, an introduction*. London, UK: Sage
- Roszman, G. B., & Wilson, B. L. (1985). Numbers and words: Combining quantitative and qualitative methods in a single large-scale evaluation study. *Evaluation review*, 9(5), 627-643.
- Rothkopf, D. J. (2003). When the buzz bites back. *The Washington Post*, 11, B1-B5.
- Ruão, T. (2013), A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação - Universidade do Minho-CECS
- Ruão, T., Marinho, S., Lopes, F., & Fernandes, L. G. M. (2013). Media relations in health communication: The sources of information in cancer newspaper articles in Portugal.
- Ruben, M. A. (2014). The effect of physician communication on a pain experience.
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9. Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247a.
- Rudd, R. E., Comings, J. P., & Hyde, J. N. (2003). Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. *Journal of health communication*, 8(S1), 104-115.
- Rudd, R. E., Renzulli, D., Pereira, A., & Daltroy, L. (2005). Literacy demands in health care settings: The patient perspective. *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*, 69-84.
- Rumsey, S. K. (2018). Holding on to Literacies: Older Adult Narratives of Literacy and Agency. *Literacy in Composition Studies*, 6(1), 81-104.
- Sabater-Galindo, M., de Maya, S. R., Benrimoj, S. I., Gastelurrutia, M. A., Martínez-Martínez, F., & Sabater-Hernández, D. (2017). Patients' expectations of the role of the community pharmacist: Development and testing of a conceptual model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(2), 313-320.
- Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 101-108
- Sakellarides, C. (2020). Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Acta Medica Portuguesa*, 33(2).
- Sallam, M. (2023, March). ChatGPT utility in healthcare education, research, and practice: systematic review on the promising perspectives and valid concerns. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 6, p. 887). MDPI.
- Samerski S. (2019). Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social science & medicine* (1982), 226, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>
- Samerski, S. (2009). Genetic counseling and the fiction of choice: taught self-determination as a new technique of social engineering. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 34(4), 735-761.

- Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., ... & Pronk, N. (2021). Practice full report: Updating health literacy for healthy people 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(6), S258.
- Sartorius N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662–664.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). Research methods for business students. Pearson education.
- Schell, C. O., Reilly, M., Rosling, H., Peterson, S., & Mia Ekström, A. (2007). Socioeconomic determinants of infant mortality: A worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(3), 288–297. <https://doi.org/10.1080/14034940600979171>
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice* (2nd ed.). Jossey Bass.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Schloman, B. (2007). Information Resources Column: " Health Literacy: A Key Ingredient for Managing Personal Health.". *Online Journal of Issues in Nursing*. Available: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/InformationResources/HealthLiteracyAKeyIngredientforManagingPersonalHealth.html#Osborne>
- Schloman, B. F. (2004). Health literacy: a key ingredient for managing personal health. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(2), 6.
- Schommer, J. C., & Gaither, C. A. (2014). A segmentation analysis for pharmacists' and patients' views of pharmacists' roles. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(3), 508-528.
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4-11.
- Self-Care Forum. (2016). What do we mean by self-care and why is it good for people?. <https://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/> Acedido em 30/05/2022
- Sentell, T., Pitt, R., & Buchthal, O. V. (2017). Health literacy in a social context: review of quantitative evidence. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(2), e41-e70.
- Serapioni, M., Ferreira, P. & Antunes, P., (2014). Participação em Saúde: conceitos e conteúdos. *Notas Económicas*, Volume 40, pp. 26-41.
- Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B., & Siefer, A. (2021). Digital inclusion as a social determinant of health. *NPJ Digital Medicine*, 4(1), 1-3.
- Siisiainen, M. (2003). Two concepts of social capital: Bourdieu vs. Putnam. *International journal of contemporary sociology*, 40(2), 183-204.
- Silveira, F. L. D. (1996). A filosofia da ciência de Karl Popper: o racionalismo crítico. *Caderno catarinense de ensino de física*. Florianópolis. Vol. 13, n. 3 (dez. 1996), p. 197-218.

- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health education monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Slawomirski, L., Auroraen, A., & Klazinga, N. S. (2017). The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level.
- SNS (2022), Atendimentos por Tipo de Urgência Hospitalar, 2022 <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Song, H., Eberl, J. M., & Eisele, O. (2020). Less fragmented than we thought? Toward clarification of a subdisciplinary linkage in communication science, 2010–2019. *Journal of communication*, 70(3), 310-334
- Sørensen K., Van den broucke S., Fullam J., et al. (2012); (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMCPublic Health*; 12: 80.
- Sørensen, K. (2018). Health literacy in four decades: from clinical challenge to a global social movement.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Trezona, A., Levin-Zamir, D., Kosir, U., Nutbeam, D., & World Health Organization. (2019). Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. *Public health panorama*, 5(2-3), 259-263.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 1-10.
- Sousa, H. (2006). Comunicação, economia e poder: uma visão integrada.
- Sparks, L., O'Hair, H. D., & Wright, K. B. (2012). *Health communication in the 21st century*. John Wiley & Sons.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J. et al. (2009) How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv in Health Sci Educ* 14, 11 <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9083-1>
- Stewart M, Brown J.B., Donner A. (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*; 49(9): 796–804.
- Stewart, D., Mair, A., Wilson, M., Kardas, P., Lewek, P., Alonso, A., ... & SIMPATHY consortium. (2017). Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. *Expert opinion on drug safety*, 16(2), 203-213

Stewart, M. (2005). Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *British Journal of General Practice*, 55(519), 793-801.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian medical association journal*, 152(9), 1423.

Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1–e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>

Strand, M. A., Mager, N. A. D., Hall, L., Martin, S. L., & Sarpong, D. F. (2020). Pharmacy contributions to improved population health: expanding the public health roundtable. *Preventing chronic disease*, 17.

Svalastog, A. L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian medical journal*, 58(6), 431–435. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>

Swanton K, Frost M. (2007) Lightening the Load: Tackling Overweight and Obesity – A Toolkit for Developing Local Strategies to Tackle Overweight and Obesity in Children and Adults. London: National Heart Forum, Faculty of Public Health & Department of Health.

Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2020). Public health and online misinformation: challenges and recommendations. *Annu Rev Public Health*, 41(1), 433-451.

Tappe, M. K., & Galer-Unti, R. A. (2001). Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21st century. *Journal of School Health*, 71(10), 477-482. Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21st century. *Journal of School Health*, 71(10), 477-482.

Tarman, B. (2017). The Future of Social Sciences. Tarman, B. (2017). Editorial: The Future of Social Sciences. *Research In Social Sciences and Technology*, 2(2).

Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). The new era of mixed methods. *Journal of mixed methods research*, 1(1), 3-7.

Tavares, A. Espanha, R. (2016), “Marketing Social: uma área de curto passado, mas de futuro promissor”, *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, INDEG-IUL – ISCTE Executive Education

Tengland, P. A. (2012). Behavior change or empowerment: on the ethics of health-promotion strategies. *Public health ethics*, 5(2), 140-153.

Tengland, P. A. (2016). Behavior change or empowerment: on the ethics of health-promotion goals. *Health Care Analysis*, 24(1), 24-46.

Theodossiou, I., & Zangelidis, A. (2009). The social gradient in health: The effect of absolute income and subjective social status assessment on the individual's health in Europe. *Economics & Human Biology*, 7(2), 229-237.

Tomás, C. C., Queirós, P. J. P., & Ferreira, T. D. J. R. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 19-28.

Tyreman, S. (2006). Causes of illness in clinical practice: A conceptual exploration. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9(3), 285-291.

UN (2000). Apreciação Geral 14: Direito ao mais elevado padrão possível de saúde.

UN (2015) - Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>

Unesco, Education for all: literacy for life; 2006, <http://www.unesco.org/new/en/archives/education/themes/leading-the-international-agenda/efareport/reports/2006-literacy/> Acedido em 03/08/2021

União Europeia (1992) Tratado da União Europeia https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_2&format=PDF Acedido em 12/07/2023

Van De Pol, J. M., Koster, E. S., Hövels, A. M., & Bouvy, M. L. (2019). How community pharmacists prioritize cognitive pharmaceutical services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(9), 1088-1094.

Van Den Broucke S. (2014). Needs, norms and nudges: the place of behaviour change in health promotion. *Health promotion international*, 29(4), 597–600. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau099>

Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication*, 18(sup1), 172-184.

Vaughn, A., Bartlett, R., Luecking, C., Hennink-Kaminski, H., Ward, D. (2019), Using a social marketing approach to develop Healthy Me, Healthy We: a nutrition and physical activity intervention in early care and education, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 9, Issue 4, Pages 669–681, <https://doi.org/10.1093/tbm/iby082>

Vergunst, F., Berry, H. L., Rugkåsa, J., Burns, T., Molodynki, A., & Maughan, D. L. (2020). Applying the triple bottom line of sustainability to healthcare research—A feasibility study. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 48-53.

Vieira, F. S. (2007). Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciencia & saude coletiva*, 12(1), 213-220.

Viswanath, K. (2006). Public communications and its role in reducing and eliminating health disparities. Examining the health disparities research plan of the national institutes of health: unfinished business. Washington, DC: Institute of Medicine, 215-253.

Viswanath, K., & Kreuter, M. W. (2007). Health disparities, communication inequalities, and eHealth. *American journal of preventive medicine*, 32(5), S131-S133.

von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 36(5), 860–877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>

- Waller, B. N. (2005). Responsibility and health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), 177-188.
- Wang, X., Shi, J., & Kong, H. (2021). Online health information seeking: a review and meta-analysis. *Health Communication*, 36(10), 1163-1175.
- Webber, D., Guo, Z., & MAnn, S. (2015). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *Self-care Journal*. *Self-Care Journal*.
- Weiss, B. D. (2003). Health literacy.
- Weiss, B. D., & Palmer, R. (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1), 44-47.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Westlund, A. C. (2009). Rethinking relational autonomy. *Hypatia*, 24(4), 26-49.
- Whitehead M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*; 22: 429-45.
- Whitehead, D. (2004), Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47: 311-320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *Lancet*, 338(8774), 1059. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)
- WHO (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, Switzerland.
- WHO (1986). Ottawa charter for health promotion, 1986 (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO (1987) Ottawa charter for health promotion <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>
- WHO (1993), The Role of the Pharmacist in the Health Care System. Report of a WHO meeting. Tokyo: World Health Organization,
- WHO (1997). The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist: curricular development: report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 27-29 August 1997 (No. WHO/PHARM/97/599).
- WHO (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit, Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2016), Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/NMH/PND/17.5).

WHO (2018) Noncommunicable diseases country profiles 2018
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>

WHO (2018) Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO (2019) Ljubljana Statement on Health Equity
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/403939/190325_HealthEquityConferenceOutcomeStatement.pdf

WHO (2020) An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>, acedido em 24/04/2022)

WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization.

WHO Europe (2011). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO regional Office for Europe. World Health Organization. Regional director for Europe, editor. Copenhagen: Regional Director for Europe. World Health Organization.

WHO Europe, (2013) . In: Kickbusch, Ilona, Pelikan, Jürgen M., Apfel, Franklin, Tsouros, Agis D. (Eds.), Health Literacy. The Solid Facts, online:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

WHO, Constitution (1946) <https://www.who.int/about/governance/constitution>, acedido em 30/11/2021

WHO, Ottawa Charter for Health Promotion, 1986,
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO, Regional Office for Europe. (2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326386>

WHO, World Health Organisation's European Office: Statements from Global Conferences. OMS: Health Promotion; 2009:1–42.

Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G., Everard, M., Tromp, D., & World Health Organization. (2006). Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook (No. WHO/PSM/PAR/2006.5). World Health Organization.

Wilkins E., Wilson L., Wickramasinghe K., Bhatnagar P., Leal J., Luengo-Fernandez R., Burns R., Rayner M., Townsend N. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Brussels.

Wright, K. B., Sparks, L., & O'hair, H. D. (2012). Health communication in the 21st century. John Wiley & Sons

Youmans, S. L., & Schillinger, D. (2003). Functional health literacy and medication use: the pharmacist's role. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(11), 1726-1729.

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

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

Zeind, C. S., & McCloskey, W. W. (2006). Pharmacists' role in the health care system. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 147-154.

Ziegler, J. (1998) How illiteracy drives up health costs. *Business and Health*, 16, 53–54.

Anexos

Anexo A - Questionário farmacêuticos

Questionário Farmacêuticos

Este questionário insere-se no âmbito de uma tese de doutoramento que visa conhecer o papel do farmacêutico em farmácia comunitária, na promoção da literacia em saúde e da literacia digital em saúde.

O objetivo é conhecer a percepção que os farmacêuticos têm do seu papel enquanto promotores da literacia em saúde. Com ele pretendemos também aferir o seu grau de conhecimento acerca do que é a literacia em saúde e da sua importância em várias dimensões da saúde, bem como a identificação de oportunidades e de limitações para o exercício deste papel em contexto de farmácia.

A literacia em saúde é definida como o **conjunto de competências que determinam a motivação e a capacidade para aceder, selecionar compreender e usar informação sobre saúde, de forma que esta seja utilizada para tomar decisões de favoreçam a saúde**.

1. Na sua prática diária costuma tentar perceber o nível de literacia em saúde da pessoa que tem diante de si?
 - Sim
 - Não
 - Às vezes

2. Se respondeu sim ou às vezes, como é que faz esta apreciação?
 - Com base em interações anteriores
 - Faz perguntas de despiste
 - Utiliza a técnica *teach-back*, que consiste em pedir à pessoa para descrever, pelas suas próprias palavras, aquilo que reteve da informação que lhe foi transmitida

3. Quando se encontra perante uma pessoa com necessidades de acompanhamento na gestão da sua doença, costuma:
 - Fazer perguntas para aferir as necessidades em maior pormenor
 - Fazer recomendações com linguagem clara e positiva
 - Recorrer a materiais escritos para apoiar a sua mensagem
 - Outra prática, qual _____

4. Na sua prática diária costuma falar acerca dos aspetos importantes relacionados com, por exemplo, a toma dos medicamentos, nomeadamente, para que servem e porque devem ser tomados de acordo com a prescrição (duração do tratamento e pontualidade nas tomas)?
 - i. Nunca
 - ii. Raramente

- iii. Às vezes
 - iv. Frequentemente
 - v. Sempre
5. Na sua prática diária, perante a oportunidade de incentivar a adoção de comportamentos positivos face à saúde, do tipo: fazer exercício físico; reduzir o sal, consumir frutas e vegetais, etc., costuma fazê-lo?
- i. Nunca
 - ii. Raramente
 - iii. Às vezes
 - iv. Frequentemente
 - v. Sempre
6. Na sua prática diária, perante pessoas com doença crónica, costuma fazer recomendações simples e específicas da sua condição, com o propósito de que ajudar na manutenção da saúde?
- i. Nunca
 - ii. Raramente
 - iii. Às vezes
 - iv. Frequentemente
 - v. Sempre
7. Na farmácia em que trabalha (ou trabalhou) já teve oportunidade de organizar atividades que promovam a literacia em saúde? Por exemplo organização de caminhadas, rastreios gratuitos, distribuição de folhetos, workshops, etc.
- Sim
 - Não
8. Já teve de ajudar alguma pessoa a perceber como aceder e/ou navegar pelo sistema de saúde? (Por exemplo, perceber as instruções para exames de diagnóstico ou perceber onde se dirigir para alterar uma consulta)
- Sim
 - Não
9. Já se deparou com pessoas que pesquisaram online informações sobre saúde e obtiveram resultados imprecisos, enganosos ou fora de contexto?
- Sim
 - Não
10. Se respondeu sim, como agiu:
- Tentou esclarecer que nem todos os sites têm informação fidedigna
 - Esclareceu a questão certificando-se de que a pessoa a entendeu corretamente
 - Não interferiu por considerar que se trata de uma questão política/ideológica
 - Outra situação, qual _____
11. Considera que o farmacêutico está numa posição que lhe permite contribuir para a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos?

- Sim
- Não

12. Considera que é papel do farmacêutico contribuir para a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos?

- Sim
- Não

13. Se, numa nova abordagem à saúde, o estado passasse a colocar mais enfase na gestão da doença crónica, envolvendo as farmácias enquanto prestadores de serviços num projeto de promoção da literacia em saúde, como veria esta iniciativa?

- Com interesse porque valorizaria o farmacêutico enquanto profissional de saúde de proximidade
- Com interesse porque valorizaria do papel das farmácias na comunidade
- Com interesse porque resultaria numa integração formal das farmácias no ecossistema da saúde
- Sem interesse

14. Qual a sua opinião acerca da importância da literacia em saúde:

- Para a saúde pública
 1. Sem importância
 2. Pouco importante
 3. Moderadamente importante
 4. Importante
 5. Muito importante
- Para a qualidade de vida das pessoas
 1. Sem importância
 2. Pouco importante
 3. Moderadamente importante
 4. Importante
 5. Muito importante
- Para a sustentabilidade do SNS
 1. Sem importância
 2. Pouco importante
 3. Moderadamente importante
 4. Importante
 5. Muito importante

15. Quais as limitações para que o farmacêutico possa dar um contributo maior para a literacia em saúde?

- Tempo entre atendimentos
- Pressão de tempo para exercer outras funções dentro da farmácia
- Falta de incentivo por parte do responsável da farmácia (proprietário/gestor/diretor técnico)
- Outra, qual? _____

16. Que recursos considera que seriam importantes para permitir ao farmacêutico aumentar a influência na promoção da literacia em saúde?

- Formação profissional
 - Comparticipação do estado à farmácia
 - Mais tempo/Mais pessoas
 - Outro, qual? _____
-

17. Trabalha atualmente em farmácia comunitária?

- Sim
- Não

18. Quanto tempo tem de exercício de funções em farmácia comunitária?

19. Quanto tempo tem de experiência tem como farmacêutico(a)?

20. Já fez alguma formação em que fosse abordado o tema literacia em saúde?

- Sim
- Não

21. Idade

22. Sexo

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

23. Distrito

Parecer da Comissão de Ética



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

*Luís
Mário de Freitas David*

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER 80/2022

Projeto “Literacia em saúde e literacia digital em saúde: o papel das farmácias no preenchimento do gap numa sociedade digital”

O projeto, submetido pelos investigadores Mónica Maia e Rita Espanha, foi apreciado pela Comissão de Ética (CE) na reunião de 9 de junho de 2022.

A informação disponibilizada no *Formulário de Submissão para Aprovação Ética* em uso no Iscte, satisfaz, de um modo geral, os requisitos éticos exigíveis neste tipo de projetos de investigação, contemplando, nomeadamente:

- a) **O problema de investigação e a relevância do estudo:** "Numa altura em que os sistemas de saúde se deparam com desafios relacionados com a esperança média de vida ou a prevalência de doenças crónicas, a literacia em saúde é um tema de interesse económico e social, já que a literatura científica aponta para evidências que relacionam a literacia em saúde com melhores resultados em saúde. Por um lado, cidadãos que tomem as decisões que favoreçam a sua saúde são um contributo para a sustentabilidade do sistema, por outro, dotar os cidadãos do conhecimento e da autonomia para poderem tomar estas decisões contribui para a equidade em saúde. Ambos os aspetos contribuem para o 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa melhorar a saúde e o bem-estar para todos. Queremos conhecer o papel que as farmácias comunitárias desempenham (ou podem desempenhar) na promoção da literacia em saúde e da literacia digital em saúde em Portugal, tendo em conta a sua proximidade geográfica e humana aos cidadãos. O inquérito por questionário servirá para aferir a percepção que os farmacêuticos têm acerca do seu papel enquanto promotores da literacia em saúde, bem como das oportunidades e limitações que encontram ao exercício deste papel. Neste momento, não são conhecidos trabalhos académicos em Portugal que contemplam esta temática abrangendo farmacêuticos, pelo que consideramos que o nosso contributo poderá resultar numa melhor compreensão do potencial das farmácias enquanto recurso na promoção da literacia em saúde.";
- b) **O objetivo/perguntas de investigação:**
"Objetivo:
-Conhecer o contributo das farmácias comunitárias na promoção da Literacia em Saúde em Portugal, no contexto da comunicação e das TIC.
Perguntas de investigação:
-Qual o contributo oferecido pelas farmácias comunitárias no reforço dos cuidados de saúde em Portugal, no contexto da comunicação e das TIC?

-Em que medida é que um sistema de teleconsulta/monitorização nas farmácias comunitárias pode contribuir para uma melhoria dos cuidados de saúde em Portugal?";

c) **O método:**

"Do ponto de vista da abordagem metodológica, pretende-se desenvolver uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um inquérito por questionário que nos permitirá perceber na perspetiva do farmacêutico, como é que, na sua atividade diária, a farmácia comunitária exerce influência, junto dos cidadãos, no desenvolvimento do conjunto de competências que determinam a motivação e a capacidade para aceder, selecionar compreender e usar informação sobre saúde, de forma que esta seja utilizada para tomar decisões de favoreçam a saúde. Ou seja, queremos conhecer o contribuindo que os farmacêuticos dão para a construção do conhecimento que serve de base à literacia em saúde.

O questionário permitir-nos-á também aferir o grau de conhecimento que os farmacêuticos têm da literacia em saúde, a importância que lhe atribuem, bem como as limitações e oportunidades que identificam, no seu dia-a-dia, para a implementação de ações para a promover.

Para este efeito será aplicado um inquérito por questionário a uma amostra tão representativa quanto possível dos farmacêuticos, a nível nacional. Para tal, será solicitado o apoio da Ordem dos Farmacêuticos para o envio do questionário, através de email, para todos os seus associados. Com esta ação espera-se conseguir contactar cerca de 14 000 farmacêuticos, de um total de cerca de 15 500 farmacêuticos no ativo.

Pretende-se também fazer um reforço da taxa de resposta através de solicitação de preenchimento do questionário junto de uma rede de contactos pessoais.

Os dados obtidos através deste formulário servirão apenas para serem recolhidos, tratados e usados pelos investigadores responsáveis. Serão recolhidos através de um formulário disponibilizado por uma ferramenta de questionários online (do tipo Qualtrics e serão, posteriormente, tratados com recurso ao software SPSS. O questionário não contempla a recolha de dados pessoais.

Numa segunda fase da investigação iremos aplicar um outro questionário, que oportunamente viremos a submeter à Comissão de Ética, que nos permitirá obter uma visão mais integrada desta problemática. Nesta segunda fase iremos tentar perceber se, na visão do cidadão, o farmacêutico desempenha, de facto o papel que julga representar. Iremos tentar aferir como é que os cidadãos veem a farmácia comunitária enquanto prestadora de serviços que contribuem para a literacia em saúde. Para este inquérito iremos contactar diretamente os cidadãos junto a farmácias de diferentes tipologias e em diversas zonas geográficas.

A integração destas metodologias terá como resultado duas dimensões de análise. Na primeira, a visão do presente: o modelo de farmácia atual, com o tipo de interações que tem com os cidadãos, através dos meios e técnicas de comunicação utilizados no quotidiano, cujo objetivo é a promoção da literacia em saúde. Para uma visão mais voltada para o futuro, pretendemos analisar as possibilidades de estabelecer novas formas e fluxos de comunicação alicerçados em TIC.

(tecnologias de informação e comunicação). Para tal, vamos investigar se estas novas ferramentas permitem estabelecer processos de comunicação fluidos entre a farmácia e o cidadão, e se estes processos auxiliam a promoção e a construção da literacia digital em saúde. Esta dimensão procura contribuir para possíveis novos caminhos para as farmácias comunitárias."

d) **Participantes e método de recrutamento:**

"O recrutamento de participantes tem de obedecer aos seguintes critérios:

- Ser licenciado em farmácia ou em ciências farmacêuticas
- Ter experiência de trabalho em farmácia comunitária.

Será solicitado o apoio da Ordem dos Farmacêuticos para que faça chegar, via mail, o inquérito a todos os seus associados.";

e) O **consentimento informado**, livre e esclarecido (CILE) segue o modelo de consentimento informado em uso no Iscte para dados recolhidos de forma anónima.

f) O **debriefing** apresentado no final do questionário, segue o modelo recomendado pela Comissão de Ética;

g) Não está previsto qualquer incentivo à participação no estudo.

Em suma, assegurados a natureza voluntária da participação, o consentimento livre e informado, o anonimato e a confidencialidade dos dados coligidos, entende a Comissão de Ética emitir parecer favorável.

Relator: Nuno David
(com Vitor Fernandes)

Nuno David
O Presidente da Comissão, Professor Sven Waldzus

Nuno David
O Relator, Professor Nuno David

Anexo B - Questionário utentes

Questionário Utentes

Este questionário insere-se no âmbito de uma tese de doutoramento que tem como objetivo conhecer o papel do farmacêutico em farmácia comunitária, na promoção da literacia em saúde e da literacia digital em saúde.

Queremos conhecer a percepção que os utentes têm do papel dos farmacêuticos enquanto promotores da literacia em saúde.

A literacia em saúde é definida como o **conjunto de competências que determinam a motivação e a capacidade para aceder, selecionar compreender e usar informação sobre saúde, de forma que esta seja utilizada para tomar decisões de favoreçam a saúde.**

1. Com que frequência vem à farmácia
 - Até 1 vez por semana
 - Mais do que 1 vez por semana e menos que 1 vez por mês
 - Mais do que 1 vez por mês e menos do que 1 vez por ano
2. Recorre sempre à mesma farmácia?
 - Nunca (**passar para a questão 4**)
 - Raramente (**passar para a questão 4**)
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
3. Se respondeu às vezes, frequentemente ou sempre, costuma ser atendido/a pela mesma pessoa?
 - Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
4. Neste momento sofre de alguma doença?
 - Sim
 - Não (**passar para a questão 6**)
 - Prefiro não responder (**passar para a questão 6**)
5. Se respondeu sim à pergunta anterior, trata-se de uma doença crónica ou aguda?
 - Crónica
 - Aguda
 - Prefiro não responder

6. Neste momento tem alguma condição de saúde que exija acompanhamento por um profissional de saúde (por exemplo gravidez, obesidade, diabetes, etc.)?
- Sim
 - Não
 - Prefiro não responder
7. Sente que o/a farmacêutico/a lhe presta toda a informação de que necessita para que tome a medicação da forma mais adequada (quantidade, horário, duração de tratamento), utilizando uma linguagem que comprehende?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
8. O seu farmacêutico explica-lhe para que serve cada um dos medicamentos que lhe dispensa?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
9. O seu farmacêutico fala-lhe da importância de cumprir com a toma dos medicamentos que lhe dispensa?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
10. Sente que o seu farmacêutico faz tudo para se certificar de que comprehendeu as informações importantes acerca da toma de medicamentos?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre
11. Sente que a linguagem utilizada pelo seu farmacêutico é clara e acessível, permitindo-lhe compreender todas as suas indicações?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Sempre

12. O seu farmacêutico costuma fazer-lhe recomendações acerca de comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou prevenir a doença, utilizando uma linguagem que comprehende?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

13. O seu farmacêutico costuma falar-lhe acerca de cuidados a ter para melhor lidar com a sua doença ou condição de saúde utilizando uma linguagem que comprehende?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

14. O seu farmacêutico costuma utilizar materiais visuais, tais como folhetos ou brochuras quando lhe fala de cuidados a ter ou comportamentos a adotar para melhorar a sua saúde ou gerir a sua doença?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

15. Já alguma vez utilizou um serviço de saúde na sua farmácia (por exemplo: Medição da glicémia, pressão arterial ou colesterol)?

- Sim
- Não

16. Se respondeu sim, o farmacêutico mostrou-lhe o resultado e/ou deu-lhe sugestões sobre como proceder daí em diante, utilizando uma linguagem que comprehende?

- Sim
- Não

17. Tem conhecimento de alguma atividade que a sua farmácia já tenha promovido para ajudar as pessoas a melhor gerirem a sua saúde (tais como rastreios, caminhadas, distribuição de folhetos, workshops, etc.)?

- Sim
- Não **(passar para a questão 19)**

18. Se respondeu sim, alguma vez participou nestes eventos?

- Sim
- Não

19. Já sentiu necessidade de pedir ajuda para compreender como aceder aos serviços do SNS (marcação/alteração de consultas ou exames, por exemplo)?

- Sim
- Não (**passar para a questão 22**)

20. Se respondeu sim, pediu ajuda na sua farmácia?

- Sim
- Não (**passar para a questão 22**)

21. Se respondeu sim, esta ajuda foi-lhe facultada?

- Sim
- Não

22. Costuma consultar a internet para obter informações sobre questões relativas à sua saúde ou de outros que lhe estão próximos?

- Sim
- Não (**passar para a questão 26**)

23. Achou importante validar se as informações que obteve eram verdadeiras?

- Sim
- Não

24. Se respondeu sim, pensou em validá-las com o seu farmacêutico?

- Sim (**passar para a questão 26**)
- Não

25. Se respondeu não, indique porquê?

- Nem pensei nisso
- Não me parece que o farmacêutico fosse a pessoa adequada para me ajudar nessa situação
- Porque acredito que a informação que li está correta e não precisa de validação de ninguém
- Porque não acredito em nada do que leio, por isso nem pensei em validar a informação
- Porque recorro ao meu médico quando preciso de esclarecer dúvidas sobre saúde
- Não responde

26. Costuma recorrer à farmácia para pedir aconselhamento acerca de questões de saúde que não exijam a intervenção imediata de um médico, mas que necessitem intervenção de um profissional de saúde

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

27. Qual a sua opinião acerca da intervenção do farmacêutico em questões de saúde que vão além do uso dos medicamentos (por exemplo aconselhar comportamentos saudáveis, aconselhar em práticas que ajudem a vigiar a saúde, etc.)?

- É sempre bem-vinda
- É uma intervenção oportuna e adequada, já que estou perante um profissional de saúde e estamos a falar de saúde
- É uma intervenção que considero intrusiva/não solicitada
- Não reconheço ao farmacêutico a autoridade para me dar conselhos desse tipo
- Não responde

28. Qual a sua idade?

29. Qual o seu grau de ensino

- Primeiro ciclo
- Segundo ciclo
- Terceiro ciclo
- Secundário
- Ensino superior ou universitário

30. Qual o seu sexo

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

Distrito de residência

Parecer da Comissão de Ética



*hcs
Mónica Isabel Rodrigues Correia Maia*

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER 106/2022

Projeto "Literacia em saúde e literacia digital em saúde: o papel das farmácias no preenchimento do gap numa sociedade digital"

O projeto, submetido pelo investigadora Mónica Isabel Rodrigues Correia Maia, foi apreciado pela Comissão de Ética (CE) na reunião de 10 de outubro de 2022.

A informação disponibilizada no Formulário de Submissão para Aprovação Ética em uso no Iscte, satisfaç, de um modo geral, os requisitos éticos exigíveis neste tipo de projetos de investigação, contemplando, nomeadamente:

- a) **O problema de investigação e a relevância do estudo:** "Numa altura em que os sistemas de saúde se deparam com desafios relacionados com a esperança média de vida ou a prevalência de doenças crónicas, a literacia em saúde é um tema de interesse económico e social, já que a literatura científica aponta para evidências que relacionam a literacia em saúde com melhores resultados em saúde.

Por um lado, cidadãos que tomem as decisões que favoreçam a sua saúde são um contributo para a sustentabilidade do sistema, por outro, dotar os cidadãos do conhecimento e da autonomia para poderem tomar estas decisões contribui para a equidade em saúde. Ambos os aspetos contribuem para o 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa melhorar a saúde e o bem-estar para todos.

Queremos conhecer o papel que as farmácias comunitárias desempenham (ou podem desempenhar) na promoção da literacia em saúde e da literacia digital em saúde em Portugal, tendo em conta a sua proximidade geográfica e humana aos cidadãos.

O inquérito por questionário aos utentes servirá para aferir a percepção que estes têm acerca do papel desempenhado pelos farmacêuticos enquanto promotores da literacia em saúde, e da sua ação na educação dos utentes. Neste momento, não são conhecidos trabalhos académicos em Portugal que contemplem esta temática abrangendo o papel dos farmacêuticos no âmbito da literacia em saúde, pelo que consideramos que o nosso contributo poderá resultar numa melhor compreensão do potencial das farmácias enquanto recurso na promoção da literacia em saúde."

- b) **O objetivo/ perguntas de investigação:**

"Objetivo:

-Conhecer o contributo das farmácias comunitárias na promoção da Literacia em Saúde em Portugal, no contexto da comunicação e das TIC.

Perguntas de investigação:

-Qual o contributo oferecido pelas farmácias comunitárias no reforço dos cuidados de saúde em Portugal, no contexto da comunicação e das TIC?

-Em que medida é que um sistema de teleconsulta/monitorização nas farmácias comunitárias pode contribuir para uma melhoria dos cuidados de saúde em Portugal?"

- c) **O método:** "O questionário que agora sujeitamos a análise da Comissão de ética é complementar a um outro para o qual já tivemos uma aprovação prévia, dirigido a farmacêuticos. De forma a obtermos uma visão integrada da problemática, submetemos agora um questionário a ser aplicado a cidadão, utente de farmácias comunitárias. O objetivo deste questionário é o de tentar perceber se, na visão do cidadão, o farmacêutico desempenha o papel de promotor da literacia em saúde e se a farmácia comunitária é vista como um prestador de serviços que contribui para a literacia em saúde. Do ponto de vista da abordagem metodológica, pretende-se desenvolver uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um inquérito por questionário que nos permitirá perceber a percepção que os cidadãos e utentes de farmácia comunitária têm acerca da ação dos farmacêuticos na promoção da literacia em saúde, associando-a às interações do dia-a-dia com as pessoas, bem como a atividades que as farmácias promovam ou participem junto da comunidade que servem. Queremos perceber se o cidadão percebe a influência do farmacêutico no desenvolvimento de um conjunto de competências que determinam, junto das pessoas, a motivação e a capacidade para aceder, selecionar, compreender e usar informação sobre saúde, de forma que esta seja utilizada para tomar decisões de favoreciam a saúde. Ou seja, queremos conhecer a percepção que o cidadão que frequenta a farmácia tem da influência que o farmacêutico comunitário exerce na construção do conhecimento que serve de base à literacia em saúde. Este questionário vai-nos permitir aferir se os farmacêuticos exercem uma influência efetiva junto dos cidadãos mesmo em ações que não são associadas diretamente a uma componente educativa, mas que também têm esse papel, tal como os rastreios, medições de parâmetros bioquímicos ou biomédicos, caminhadas, workshops ou outras atividades junto da comunidade. Para este efeito será aplicado um inquérito por questionário a cidadãos à entrada de farmácias selecionadas da região de Lisboa. A seleção das farmácias terá como critério abranger zonas bastante heterogéneas da região de Lisboa. O facto de se fazer inquérito por questionário de forma presencial, à porta de farmácias, tem que ver com a necessidade de contactar pessoas que se encontram em qualquer patamar de literacia em saúde, mas também de literacia digital em saúde. Desta forma conseguimos obter o contributo de pessoas que possam situar-se em qualquer ponto do espectro da literacia digital, mesmo aqueles que, por dificuldades de acesso ou por défice de competências digitais, podem ser considerados infoexcluídos."

d) **Participantes e método de recrutamento:**

- "O recrutamento de participantes tem de obedecer aos seguintes critérios:
 -Ter mais de 18 anos
 -Aceder a uma farmácia comunitária
 -Aceder participar voluntariamente.

*Os participantes serão recrutados à porta da farmácia (à entrada ou à saída),
pois um dos critérios é o de ter acedido a uma farmácia comunitária.
Serão feitas as perguntas de despiste para garantir que reúnem os critérios para
recrutamento descritos anteriormente."*

- e) O **consentimento informado**, livre e esclarecido (CILE) segue o modelo de consentimento informado em uso no Iscte para recolha de dados anónimos.
- f) O **debriefing** apresentado no final do questionário, segue o modelo recomendado pela Comissão de Ética;
- g) **Não está previsto qualquer incentivo à participação no estudo.**
- h) **O estudo não envolve populações vulneráveis.**

Em suma, estando assegurados o caráter voluntário da participação, a confidencialidade, e o consentimento informado, a Comissão de Ética entendeu emitir parecer favorável.

Relatores: Nuno David, com Cecilia Aguiar



O Presidente da Comissão, Professor Sven Waldzus



O Relator, Professor Nuno David