

**Autor:** Vaz de Almeida

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

*Cristina Vaz de Almeida*

No domínio da saúde (e eventualmente em outros), quando não compreendemos a informação, quando não conseguimos aceder, ou quando não sabemos usar essa informação, é como se estivéssemos de “costas voltadas” para as questões complexas da vida. Toda a envolvência e ambiente estão presentes, mas por diversas razões, não conseguimos aceder, compreender e usar essa informação. Apesar de ela estar lá.

Estão definidos em vários estudos (HLS-EU, 2012; HLS-EU-PT 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2016) os perfis das pessoas com baixa literacia em saúde: são os idosos, os migrantes, as pessoas com baixos rendimentos e condição socioeconómica, as pessoas que têm uma autoperceção má da sua saúde, os desempregados de longa duração (Espanha, Ávila & Mendes, 2016), e ainda as pessoas com elevada literacia ou nível educacional, mas que por razões de stress e ansiedade não assimilam as instruções em saúde, como por exemplo pais que levam os filhos às urgências (Vaz de Almeida, 2019).

E a literacia em saúde debruça-se precisamente sobre isto: Sobre as competências cognitivas e sociais dos indivíduos, associadas a sua motivação, conhecimentos, habilidades e atributos que lhes permitem rodar as costas e olhar de frente, e responderem à complexidade que o sistema de saúde impõe.

O conceito de literacia em saúde tem evoluído ao longo do tempo, tendo sido Simonds (1974) o seu primeiro autor, que, com uma abordagem educacional, fez a ponte com a educação para a saúde (p. 9). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a literacia em saúde inclui autoeficácia, as crenças em saúde e o conhecimento em saúde. (Aldoory, 2017, p. 212).

Enquanto que os primeiros estudos sobre literacia em saúde não atenderam ao contexto em que ocorrem as relações em saúde, atualmente tem-se em conta no estudo da literacia em saúde a importância da influência de todo o ambiente físico e social dos cuidados de saúde (Karuranga e outros, 2017).

Na relação em saúde, para a comunicação ser efetiva, a mensagem tem de ser compreendida, recordada e tem de haver uma ação apropriada (Ley & Spelman, 1967). A questão é que nesta relação, a comunicação é muitas vezes hermética, difícil de compreender e o paciente sai da consulta e esquece grande parte do que ouviu. E esse fato tem consequências nefastas para a sua saúde, para o seu autocuidado e para os resultados em saúde. As pessoas com baixa literacia em saúde geralmente têm pouca compreensão e recordação da informação que ouvem/leem (Schwartzberg, Vangees & Wang, 2005).

A comunicação é poder (Dance, 1970), porque permite, através da compreensão e do conhecimento, estender o poder a outros e tornar comum a vários o que era monopólio de um ou de poucos (p. 206). A sociedade exige, cada vez mais, cidadãos empoderados para fazer face aos desafios que se apresentam em saúde.

A comunicação é “a pedra angular de toda a relação entre paciente e profissional” (Ross & Deverell, 2004, p. 56) e qualquer comunicação implica um compromisso e define a relação (Watzlawick e outros, 1967, p. 47). E sabemos que a comunicação que tende a ser simétrica tem mais sucesso que a comunicação assimétrica (Hon & Grunig, 1999).

A comunicação em saúde representa o “pilar” de tudo (Vaz de Almeida, 2019). Através da comunicação o

cidadão tem capacidade para sentir motivação e satisfação, que lhe vai estimulando num ciclo positivo uma maior autoeficácia (entre o saber e o saber-fazer).

É também a comunicação assertiva, clara e positiva que reforça os aspetos técnicos da relação em saúde, a chamada relação de cura (Greenhalgh & Heath, 2010). É esta comunicação em saúde feita à medida, influenciadora (Rubinelli, 2013) que ajuda o paciente e o profissional a estabelecerem uma relação onde é gerada confiança, compromisso envolvimento e abertura. Onde as costas voltadas se voltam, se enfrentam e dialogam para um resultado “mutuamente benéfico” (Ledingham & Bruning, 1998).

Segundo Sørensen e outros (2012), a literacia em saúde é cada vez mais reconhecida como um objetivo de saúde pública e um determinante da saúde, contribuindo para o campo da saúde, influenciada pelos fatores sociais, ambientais e culturais na variedade das populações.

Um investimento nesta literacia contribui para “catapultar o indivíduo de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo, em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria” (Saboga-Nunes, 2014, p. 96).

Tabela 1. Alguns números e dados relacionados com literacia em saúde

Mais de 54% das queixas e 45% das preocupações não são levantadas na consulta (Stewart et al., 1979);

Só uma minoria de profissionais de saúde levantam mais de 60% das maiores preocupações dos pacientes (Maguire et al., 1996);

Os médicos frequentemente interrompem o paciente demasiado cedo, no início da abertura da consulta, e os pacientes não têm oportunidade de mostrar as maiores preocupações (Beckman & Frankel, 1984);

Um estilo de “grande controlo” pelos profissionais e um focus prematuro nos problemas médicos pode levar a uma abordagem restrita e a uma consulta menos precisa (Platt & McMath, 1979);

Os pacientes são passivos, e raramente opinam ou iniciam a conversa sobre aspectos do tratamento, enquanto quem os médicos mencionam o nome dos medicamentos em 78,2% das consultas e as instruções de uso em 86,7% das consultas. (Makoul et al., 1995).

Os médicos usam de forma regular jargão técnico (linguagem complexa) sem o explicar (Svarstad, 1974; Kripalani, 2010);

Há problemas significativos com a recordação, memória e compreensão dos pacientes sobre informação em saúde (Dunn et al., 1993);

Em Portugal 50 % da população portuguesa tem baixa literacia em saúde o que corresponde a mais de 5 milhões de pessoas;

Na Europa, 49% dos participantes no Questionário Europeu de Literacia em saúde têm inadequada literacia em saúde;

Nos EUA, 36% (cerca de 77 milhões) de adultos têm “baixa literacia em saúde”;

No Canadá, seis em cada dez adultos não possuem as competências necessárias para gerir bem seus cuidados de saúde;

Fontes: Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults (2003); Pendleton e outros (2003).

## Referências

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia

em saúde na prática (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook]

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf>

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

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Hon, L. C., & Grunig, J.E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations*. Guineville, F.L.: Institute for Public Relations.

Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C. Mahmud, A. J. (2017). Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e247-256.

Ley, P. & Spelman, M.S. (1967). Communicating with patient. London: Staples Press.

Lopes, C. A., & Almeida, C. V. (2019). Introdução. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 17-23). Lisboa: Edições ISPA. [ebook]

file:///C:/Users/cristina.vazalmeida/Downloads/2020-lopesevazdealmeida-LiteraciaSaudenapratica-2019.pdf

Kurtz, S.M. (2002). Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can. J. Neurol. Sci.*, 29(2)–S23-S29

Pendleton, D. (1983). Doctor-patient communication: A review. In F. Pendleton & J. Hausler (Eds). *Doctor-Patient Communication* (pp 5-53). London:

Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, (III), 94-99.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.

Schwartzberg, J. G., Cowett, A., Vangeest, J., & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Journal Health Behaviour*, 31(1), s96-s104.

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

**Data de Publicação:** 19-03-2020