Conseguimos desenvolvermo-nos externamente para sabermos matérias científicas complicadas, usar aparelhos eletrónicos complexos, guiar automóveis de última geração e depois não conseguimos comunicar com os que menos sabem, com os que mais precisam de cuidar de si para ter uma vida e uma saúde melhor. Vivemos nas nossas bolhas. Pensamos que são os outros que têm de aprender por si. Mas são os profissionais de saúde o lado mais forte da balança (Almeida, 2018, p. 36). Temos do nosso lado o saber, as competências para melhorar o acesso, a compreensão e o uso dos serviços e da informação (Sorensen e outros, 2012). Pois trata-se efetivamente da saúde de todos nós e do bem-estar que nos rodeia e por isso, nos afeta e diz respeito.

Banalizamos os termos e muitas vezes esquecemos o seu verdadeiro significado.

Falamos também de equidade em saúde que exige que cada um de nós tenha valores e justiça (Oickle & Clement, 2019, p. 2), o que significa que através da nossa capacidade como indivíduos, podemos dar a oportunidade justa para que outros alcancem um pleno potencial de saúde. E quando falamos nessa oportunidade que damos aos outros, esta não deve ser prejudicada por fatores socioeconómicos, ambientais, religiosos, raciais ou outros socialmente determinados (*National Collaborating Centre for Determinants of Health*, 2014).

Se desejamos um mundo que se equilibre, que seja mais saudável e justo, o primeiro passo é daquele que tem maior literacia em saúde, porque tem mais poder, porque consegue mostrar melhor o caminho e comunicar qual o passo seguinte a dar.

E a literacia em saúde tem a ver com isto: com a nossa capacidade de intervir para mudar comportamentos dos que têm menos literacia em saúde do que nós próprios. É uma transferência de saberes, quase uma "dádiva", que envolve partilha de conhecimento, desenvolvimento de capacidades dos outros e melhoria dos seus atributos pessoais, como a resiliência, o otimismo, o humor, o rigor, a determinação, entre outros. Os efeitos pretendidos? Naturalmente melhores resultados em saúde (Parvanta & Bass, 2020; WHO, 1998).

Literacia em saúde representa assim um verdadeiro *constructo* (Almeida, 2019; Belim & Vaz de Almeida, 2018), envolvendo uma constelação de competências (*Ad Hoc Committee on Health Literacy*, 1999) individuais e sociais para que a pessoa possa, com motivação, competência e conhecimento (Sorensen *et al.* 2012), aceder, usar, compreender, avaliar e interpretar a informação em saúde e navegar no sistema e tomar decisões "acertadas em

saúde” (Nutbeam, 1998).

Sabemos que as pessoas conseguem ter mais saúde, gerir melhor as suas doenças, ter maior autocuidado, defender dos riscos a si próprias e as suas famílias, ter menos internamentos/hospitalizações, assim como um índice menor de mortalidade prematura se conseguirem aceder melhor a toda a informação e aos serviços, compreender melhor e fazer melhor uso deste mundo complexo da saúde.

Com maior literacia em saúde evitam-se as decisões precipitadas, ou mal compreendidas, conseguindo-se um reforço dos efeitos cognitivamente pretendidos. Com a literacia em saúde, e particularmente com uma postura assertiva, clara e positiva obtém-se mais informação e sobretudo maior conhecimento (Almeida, 2018, 2019). E a comunicação é esta informação codificada e descodificada (Hall, 1980) continuamente que se torna compreensível e por isso, cheia de significados.

**Tabela 1. Equilíbrio entre Equidade e literacia em saúde**

| | | |
|---|---|---|
| **TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS E CAPACIDADES PARA OS QUE TÊM MENOS LITERACIA EM SAUDE, PARA MELHORAR O EQUILIBRIO DO SISTEMA** | **MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE SOCIEDADES MAIS EQUILIBRADAS** | **LITERACIA EM SAÚDE : MELHOR ACESSO, COMPREENSÃO E USO DOS SERVIÇOS E DA INFORMAÇÃO** |

Fonte: Elaboração própria

EFEITOS DO RENDIMENTO NA SAÚDE

O rendimento tem efeitos nos determinantes da saúde (King’s Fund, 2018, p. 21):

1) Gerir a vida com rendimento baixo é stressante e tem impacto no sistema fisiológico; 2) Está associado a comportamentos não saudáveis e tem efeitos na forma como as pessoas tomam decisões;

3) O rendimento permite aquisição e produtos e serviços que melhoram a saúde.

Pessoas com baixo rendimento têm mais dificuldade de gerir a sua saúde. Pessoas com

maior rendimento gerem, á partida melhor a sua saúde. Se conseguirmos partilhar este rendimento de formas estruturantes, isto é criar oportunidades de trabalho dentro das comunidades, as pessoas tornam-se mais fortes. Significa criar uma interação dinâmica entre as organizações existentes na comunidade, os serviços de saúde e as pessoas. Se for possível capacitar alguns grupos, esses próprios grupos podem servir de testemunhos para outros, tendo como recompensa a sua visibilidade e sujeitos identificados como "líderes de mudança".

Se conseguimos promover competências parentais (Community Preventive Services Task Force, 2012) torna-se possível criar um efeito futuro de melhoria de estilos de vida e promotores do bem-estar.

Os profissionais de saúde são de fato este lado mais forte, os que têm o comando da relação (Almeida, 2019; Belim & Almeida, 2018), mas os que não são profissionais de saúde e têm níveis educacionais elevados, rendimentos médios ou acima da média, qualidade de vida, apartamentos com conforto, também têm esse poder de mudar o próximo, permitindo que tenha maior saúde, estilo de vida e comportamentos mais saudáveis.

## EFEITOS DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Segundo a OMS (2008) as desigualdades e os riscos para a saúde passam de uma geração para outra, e por isso a OMS recomenda a garantia de condições para a qualidade dos pais e a construção da família, educação, com a promoção da equidade de género e a proteção social assim como uma saúde adequada.

É observável e comprovada a degradação da qualidade de vida e bem-estar de pessoas em risco e socialmente vulneráveis.

A qualidade de vida é afetada pela diminuição dos recursos disponíveis para atender às solicitações e às necessidades dos vários setores da sociedade que enfrentam crises

O estado social é obrigado a fazer uma gestão complexa das expectativas. Para além dos poderes governamentais centrais, naturalmente, os municípios, organizações de natureza social ou solidariedade social têm um papel ativo. No cerne destas organizações está o individuo com a sua rotina do dia-adia. A literacia em saúde representa também a quebra

dessa rotina. De repensar com criatividade o que poderemos fazer nesse mês para melhorar a saúde de alguém, para capacitar uma pessoa a tomar decisões mais acertadas na sua saúde.

Desejamos a literacia em saúde como um resultado da promoção em saúde, que representa os fatores pessoais, sociais e estruturais que podem ser modificados para se conseguir alterar os determinantes da saúde (Nutbeam, 2000, p. 261).

Esse é o grande papel atual e futuro das pessoas assim como das organizações que querem ser mais literadas, sejam da área da saúde ou do social, ou cultural: repensar o dia-a-dia em termos de melhor literacia em saúde. O que significa fazer a pergunta: como posso fazer que aquela pessoa (x) melhore o seu acesso á saúde, consiga compreender melhor e usar melhor o mundo complexo que envolve a saúde para que ela e a sua família consigam maior bem-estar e qualidade de vida?

No mês em que se celebra a Literacia em saúde, devemos olhar para o seu significado profundo e senti-la como um manifesto: um olhar para dentro de nós.

Referencias


- Almeida, C.V., Moraes, L.K., & Brasil, V.V. (2020). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde. Alemanha: Novas Edições Académicas. Disponível em: https://www.morebooks.de/store/es/book/50-t%C3%A9cnicas-literacia-em-sa%C3%BAde-na-pr%C3%A1tica/isbn/978-620-2-55882-2
- Ad Hoc Committee on Health Literacy. (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA*, 281, 552–557.
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook]Disponível em: http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica
- Belim, C., & Vaz de Almeida, C. (2018). Healthy Thanks to Communication: A Model of Communication Competences to Optimize Health Literacy – Assertiveness, Clear Language, and Positivity. In V. Papalois, & M. Theodosopoulou (Eds.), *Optimizing Health*

*Literacy for Improved Clinical Practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-4074-8.ch008

- Belim C, De Almeida CV (2018) Communication Competences are the Key! A Model of Communicattion for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *J Health Communication*. 3 (3),1-13.

http://healthcare-communications.imedpub.com/communication-competences-are-the-keya-model-of-communication-for-the-healthprofessional-to-optimize-the-health-literacy-assertive.pdf

- Canadian Council on Social Determinants of Health (2013). Communicating the Social Determinants of Health. guidelines for common messaging. Canadá: Canadian Council on Social Determinants of Health.
- Community Preventive Services Task Force. (2012). Improving adolescent health through interventions targeted to parents and other caregivers: a recommendation. *Am J Prev Med, 42*(3):327-328.
- Davis, T., & Wolf, M. S. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine, 36*(8), 595-598.
- Gazmarian, J.A., Cunan, J.W., Parker,R.M., Bernahardt, J.M., & Debuono, B. A. (2005). Public health literacy in America. An ethical imperative. *Prev. Med., 28*(3), 317-322.
- Hall, S. (1980). Encoding/decoding. In S. Hall, D. Hobson, A. Lowe & P. Willis (Eds.), *Culture, media, language: Working papers in cultural studies* (pp. 128-138). London: Hutchinson.
- Harrel, J.A., Baker, E.L. (1994). Essential services workgroup. The essential services of public health. American Public Association. Available at: http://www.apha.org
- Hibbard, J., & Gilburt., H. (2014). *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. London: King's Fund.
- Ishikawa, H., Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*. 4(18), 1-5. http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/18
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*,*15*, 351-377.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2014). Glossary of essential health equity terms. Antigonish (NS): NCCDH, St. Francis Xavier University.
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*.

13,349-364.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. *Health Promotion International. 1*5(3), 259-267.
- Oickle, D., & Clement, C. (2019). Glossary of health equity concepts for public health action in the Canadian context. *J Epidemiol Community Health, 73*(9):802-805. doi:10.1136/jech-2018-210851
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva. (1986)
- Parvanta, C., & Bass, S.B. (2020). *Health communication strategies and skills for a new era*. Wall Street: Jones & Bartlett Learning.
- Sørensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International, 29*(4), 634-644. doi:10.1093/heapro/dat013
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, *12,*
- Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health organization. Geneva: World Health Organization.
- (1998). *Health promotion glossary.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1
- (2008). Closing the gap. Geneva: World Health Organization. Retrieved on: Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- Vaz de Almeida, C., & Veiga, A. (2020). Social Determinants and Literacy in Health of the Elderly: Walk to Well-Being. *Open Access Library Journal* 7, 1-16. DOI: 10.4236/oalib.1106390 Disponível em: https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=100811
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health organization. World Health Organization, 1-20. Retrieved from https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1
- Vaz de Almeida, C., & Belim, C. (2020). Health professionals' communication

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

Imagem gratuita (sabinevanerp) em Pixabay