

Da Literacia em Saúde *Literacy in Health*

“Se queres conversar comigo, define primeiro os termos que usas”

François-Marie Voltaire (1694 - 1778)

A exploração de um tema tão actual e prioritário deve ser precedida pela conceptualização do problema. A capacidade individual de obter, comunicar, processar e compreender informação básica sobre saúde e serviços de saúde permitindo a tomada de decisões correctas define literacia em saúde.¹

O nível de literacia em saúde é generalizadamente baixo podendo aceitar-se como próxima da realidade a percentagem de portugueses considerados aptos a tomar decisões fundamentadas sobre o seu estado de saúde (8,4%) apurada num estudo que aplicou o Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT).²

Mas Portugal não é excepção neste contexto. Informação do *National Assessment of Adult Literacy* (USA) aponta uma percentagem marginal de 12% de adultos norte-americanos considerados detentores de literacia consistente em assuntos de saúde.³

Contudo a averiguação epidemiológica deste tema pode estar perturbada, ou enviesada, pela heterogeneidade dos materiais e métodos de investigação adoptados nos inquéritos de incidência e prevalência da iliteracia neste âmbito.

A fraca literacia em saúde é considerada como um preditor poderoso de falta de saúde, mais importante que a idade, o estatuto laboral e a condição patrimonial.

Em Portugal cerca de meio milhão de indivíduos não sabem ler ou escrever e 788 500 não têm nível de escolaridade (números da Pordata 2014). De acordo com dados de 2014 da Pordata, 2 117 500 não ultrapassam o nível do 1º Ciclo Básico da Escolaridade⁴ e não está apurado o universo dos “analfabetos funcionais”, isto é, aqueles que tendo tido frequência escolar apresentam um desempenho cultural baixo decorrente do esquecimento, ou utilização inadequada, de ferramentas básicas (ler, escrever, contar).

Na base da iliteracia em saúde está a escola, mas também a família e a comunidade que não se perfilam como factores orientadores do indivíduo para as questões relevantes dos nossos dias (cultura humanística, belas-artes, ciência, clima, saúde e bem-estar, só para citar algumas das dimensões).

Os sistemas de saúde que privilegiam a “produção” (número de actos médicos por unidade de tempo) em detrimento da qualidade não contribuem para o ensino da saúde dos cidadãos que têm por missão proteger. As consultas médicas, as sessões terapêuticas e reabilitadoras com enfermeiros e técnicos devem durar o tempo necessário para que os conhecimentos em saúde, os básicos e os definidos para um indivíduo doente, possam ser devidamente transmitidos e assimilados.

Os médicos desprovidos de capacidade de comunicação são também responsáveis pela situação actual. Exige-se a um clínico de qualquer especialidade que comunique com os seus pacientes de forma clara, rigorosa e o mais concisa possível, para que conceitos e orientações não despertem dúvidas, ou condicionem erros subsequentes (nos exames complementares, nas dietas, nas medicações). Não faz qualquer sentido empregar uma linguagem que utilize termos técnicos desconhecidos da maior parte dos cidadãos, por comodidade ou para impressionar, pois correr-se-à o risco de não conquistar para a causa o principal parceiro interessado no êxito terapêutico.

Naturalmente aos diferentes actores dos processos de diagnóstico ou terapêutica (enfermeiros, técnicos, auxiliares) são exigidos os mesmos cuidados.

Os meios de comunicação social, qualquer que seja o seu suporte (papel, audiovisuais, *online*) são outro dos factores de falta de literacia em saúde. A escassa qualidade, a desadequação e a falta de objecto de muito do que se publica na imprensa sobre saúde não contribui para a formação do cidadão nesta área tão relevante para o seu bem-estar.

De um modo geral os leigos não estão preparados para escolher com rigor o que lhes interessa de acervos de informação muito extensos e heterogêneos, de acesso permitido por motores de busca cada vez mais poderosos e sofisticados.

E, no entanto, a comunicação social é, em potência, uma arma poderosa para a divulgação da cultura em saúde. se adoptar padrões de rigor, escolhendo temas de impacto epidemiológico importante, abordados por cientistas e clínicos bem referenciados e dotados de boa capacidade de comunicação, escolhendo-se assim a via da pedagogia e do rigor em detrimento da espectacularidade.

Os níveis de literacia baixos vão ter uma consequência directa: a utilização indevida dos recursos e cuidados em saúde, por excesso ou por defeito.

Um cidadão desconhecedor do seu estado de saúde pode não utilizar com conveniência os meios terapêuticos que lhe são transmitidos numa interacção clínica. Porque não foram ensinados a valorizar causas e consequências mas também porque existe um sentir generalizado de que as adversidades só acontecem aos outros.

No outro extremo do espectro da iliteracia encontramos o cidadão que hiper-valoriza manifestações clínicas não relevantes ou que está possuído de um receio patológico sobre a possibilidade

da ocorrência de doenças graves, eventualmente letais. Frequentemente o médico assistente não consegue desmontar e desdramatizar o pavor sem motivo, o que conduz à replicação de consultas e induz a realização de exames complementares e a adopção de terapêuticas não indicadas de que se poderão colher apenas os efeitos colaterais desfavoráveis.

Em nenhuma das circunstâncias expostas ficam os problemas dos doentes resolvidos. E produz-se um aumento da despesa evitável umas vezes, inútil noutras. Relembre-se que os financiadores últimos em saúde são os cidadãos (impostos, descontos para subsistemas, prémios de seguros, etc.).

Vivemos uma época caracterizada pela reivindicação justa do consumidor.

Em saúde fala-se do fortalecimento dos direitos do doente (*patient empowerment*). Esta dinâmica representa uma oportunidade preciosa para o médico pois passa a confrontar-se com um interveniente interessado no bom andamento das questões relacionadas com a sua saúde. O trabalho com um paciente motivado tem uma probabilidade de êxito terapêutico mais rápido e completo. O médico deve considerar, e temperar positivamente, as opiniões que lhe são veiculadas pelo doente. Há que explicar tudo em linguagem corrente utilizando o tempo necessário para o fazer. Há que atribuir ao paciente com capacidade responsabilidades crescentes sobre o seu estado de saúde.

A miniaturização de dispositivos de diagnóstico, e seu embaraçamento, faz com que hoje os cidadãos tenham possibilidade de avaliar no domicílio ou no trabalho os seus sinais vitais (da frequência cardíaca à saturação transcutânea do Oxigénio). Dentro em breve poderão, utilizando uma ou duas gotas de sangue capilar, efectuar dezenas de testes laboratoriais, ou registar sinais eléctricos do funcionamento de órgãos, ou algumas das imagens de zonas do corpo. E toda esta informação será transmitida ao médico através da internet, para depois ser processada clinicamente.

A facilidade em comunicação vai produzir uma mudança radical na tipologia da relação médico-doente nos próximos anos aproximando os parceiros mesmo na ausência da consulta presencial, que continuará a ser uma cerimónia clínica obrigatória.

Mas para que o cidadão tenha consciência dos seus justos direitos em saúde, e das consequências desse facto, é necessário que a literacia geral conheça uma evolução positiva. O bom ensino, desde os bancos da escola primária, tem aqui um peso fundamental, para que mais tarde qualquer indivíduo consiga utilizar as ferramentas ao seu alcance para o bem-estar em saúde.

Os modelos organizativos dos cuidados de saúde serão obrigados a reconhecer em cada cidadão um parceiro activo, e não um receptor passivo de cuidados clínicos.

Algumas das soluções acerca do ganho em literacia envolvem as seguintes questões:

- Acessibilidade aos cuidados de saúde
- Acessibilidade ao médico (mesmo por meios remotos – internet)

- Informação de boa qualidade disponível
- Interpretação do interesse de testes de diagnóstico na óptica do utilizador
- Interpretação do interesse de modalidades terapêuticas na óptica do utilizador
- Análise do balanço risco-benefício de intervenções clínicas.

Noutras latitudes as sociedades científicas e as associações profissionais de médicos (particularmente da Medicina Interna) e doutros interventores, disponibilizam áreas de acesso ao público não diferenciado para efeitos de ensino.

São disso exemplo a American Medical Association, *Health Literacy Resources*, (<http://www.ama-assn.org/ama>), a Canadian Public Health Association *Health Literacy Portal* (<http://www.cpha.ca/en/programs/portals/h-l.aspx>) e a *Communicate Health* (communicatehealth.com) e o endereço *Health Literacy do CDC* (<http://www.cdc.gov/healthliteracy/>).

O combate à iliteracia em saúde deverá constituir uma das missões mais nobres da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. ■

João Sá

Editor-Chefe

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Referências

1. The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 [consultado Dez 2015] Disponível em: <https://www.healthcare.gov/where-can-i-read-the-affordable-care-act/>
2. Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal – Apresentação dos Resultados Preliminares, 2014 [consultado Dez 2015] Disponível em: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>
3. National Assessment of Adult Literacy (NAAL), 2003, [consultado Dez 2015] Disponível em: https://nces.ed.gov/naal/health_results.asp
4. Escolaridade da População, [consultado Dez 2015] Disponível em: <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Escolaridade/>