A literacia em saúde (LS) é um termo surgido em 1974 e que tem vindo a ser aprimorado e situa-se, à data de hoje, nesta sequência: "Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course". Recentemente, Tavousi M et al, concluíram que, desde 1993 a 2021, temos disponíveis uma panóplia de pelo menos 162 instrumentos para medição do nível de literacia em saúde, com variações várias na população, contexto e especificidades de doenças. Mesmo em Portugal, em 2022, Barros A et al, demonstrou que num total de 17 publicações foram desenvolvidos/traduzidos 11 instrumentos para avaliação da literacia em saúde com maior enfoque na população jovem. Parece que na ginástica habitual do quotidiano médico a escolha do instrumento e decisão sobre a titulação da literacia em saúde pode ser morosa. Deste modo, o rastreio da LS demonstra como pontos negativos: a ineficiência (tempo e recursos), a indução de redundância e fragmentação na investigação, o risco de potenciar sentimentos de culpa, vergonha, estigma e abandono dos serviços de saúde. A

Por outro lado, ao imaginarmos uma lista de utentes sabemos que é heterogénea e que a LS se pode expressar de diferentes formas: na capacidade de leitura e/ou numeracia, na capacidade de extracção e troca de informação e/ou na capacidade de análise e tomada de atitude. Dando um passo atrás, extrapolando cegamente de estudos europeus nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), teremos cerca de 50% dos utentes com níveis de LS considerados problemáticos.⁴ Estes utentes, num futuro consequente, apresentam-se com maiores taxas de comportamentos de risco, internamento, mortalidade.⁵ Sendo que, previamente, depararam-se com dificuldades no acesso a cuidados de saúde, informação médica de qualidade e medidas de prevenção. E, provavelmente, se carimbados com um diagnóstico preciso têm entraves na gestão e adesão terapêuticas, assim como na navegação no mar turbulento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Já em ambiente de consulta e mesmo após regresso a casa a possibilidade de recordar informação de um utente com LS problemática é menor, o que está dependente de dois factores *major*, *cognitive load* e *imagination ease*.⁶

O médico de família, epicentro do SNS, deve facilitar a entrada dos utentes com nível de LS desadequado e promover uma cultura de aprendizagem e melhoria longitudinal. Considerando os meios de informação à disposição é primário localizar os utentes com escolaridade baixa, estatuto socioeconómico desfavorecido (insuficiência económica, entre outros), migrantes, idade > 75 anos e pelo menos 2 doenças crónicas. A verdade é que a conjugação destas características *proxy* através dos registos clínicos tem também má predição em modelos de regressão logística.⁷

Porém, fugindo para a lente da saúde pública, uma das reflexões mais inovadoras é a própria vertente distributiva da LS que deve ser estimulada, no plano individual, através do envolvimento de familiares e outras redes de suporte e, no plano comunitário, através de parcerias entre o sector da saúde e instituições de solidariedade social e ensino com o intuito de semear um conjunto de iniciativas e actividades promotoras de LS que sejam de carácter participatório, potenciador e unificador. Mas será que as intervenções estudadas para os utentes com LS baixa são bem sucedidas?

A verdade é que o efeito das intervenções nos CSP apresentam **efeitos modestos**. Além disso, a ausência de objectividade na clarificação da própria intervenção, de frequente faceta unidireccional, a heterogeneidade nos outcomes pré-estabelecidos e a curta duração de tempo de estudo comprometem uma avaliação rigorosa da custo-efectividade.⁸

Então, não havendo apoio local suficiente no nosso território, o que podemos mudar?

Sintonizar a nossa comunicação para ondas de menor LS é uma **precaução básica universal** que pode ser suficiente. Apesar de padronizar o nosso estilo comunicacional e poder limitar a nossa imaginação e espontaneidade, pode quebrar um pensamento mais dissonante, aproximar o fosso de percepção, tornar o esforço cognitivo do doente mais tolerável. Aqui, a simplificação das construções

frásicas com recurso a imagens, pausas, subdivisões, frenação do vocabulário técnico, discurso lento e a sobreutilização de resumos é um passo gigante para transformar a nossa mensagem em algo mais digerível. É de relembrar que a maior parte dos materiais de educação para a saúde entregues aos utentes são hetero-avaliados como complexos e que mais de 50% do que é veiculado na densa consulta não é relembrado. Nesse sentido, é também reconhecido que o uso de técnicas psicolinguísticas como a *Teach Back* e *Ask Me 3* complementado com suporte escrito (adaptado a um nível de leitura - 4 º ano de escolaridade) pode aumentar o conhecimento, satisfação e auto-eficácia dos utentes.⁵

Isto leva-nos a pensar que o nosso arsenal de figuras de estilo e eufemismos tem de estar bem apetrechado para lidarmos e formularmos explicações delicadas com os diferentes tipos de doenças, exames, medicamentos, etc.

Olhando de esguelha para o passado mais longínquo, ainda caloiro de Biomédicas, percebo que naqueles 6 anos de formação pré-graduada foi raro o momento em que falamos de LS, de como a cultivar e debelar. De facto, confrontando com a evidência ainda não são claros o impacto, o *timing*, a duração e o formato do treino de competências relativas à LS em estudantes de Medicina e internos de Medicina Geral e Familiar.⁹

Estamos a compactuar, enquanto MF, com a esta alienação transversal da iliteracia em saúde, presente em cada canto de um centro de saúde, de um hospital ou de uma clínica, continuamos a sobrevalorizar as competências dos utentes, a contaminar o nosso discurso com jargão mastigado e caligrafias hediondas e, mais do que isso, a transmitir para colegas em pedidos complexos e falhas no endereço e para a nossa descendência, no caso de sermos orientadores de formação, pela ausência inexplicável de mais enfoque nesta temática fracturante.

A LS do utente é muito dependente do contexto e os determinantes sociais de saúde modificadores deste cenário são algo inalcançável às nossas mãos, merecendo acções políticas e públicas. Não nos esqueçamos que sobrestimamos a LS do utente e subestimamos a sua precariedade. No nosso espaço de consulta a luta é individual, temos de ter mais confiança na palavra, rever o texto, ser-lhe fiel e viajarmos no nosso autoconhecimento para podermos afinar esta arma preciosa. Temos de acalmar a mecânica acelerada de números, produtividade e do extra, ter a humildade para abraçar todo o contexto e encenar, sem protagonismo, a comunicação mais simples, estimulando a decisão partilhada.

Um utente que não nos compreenda e que não saiba demonstrar o que lhe explicamos, até prova em contrário, precisa muito mais de nós. Não queremos ser os donos da verdade, veículos do paternalismo. Queremos sensibilizar, partilhar benefícios e riscos e que o utente nos compreenda e seja compreendido.

- 1. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013;
- 2. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R, et al. (2022) Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. PLoS ONE 17(7): e0271524;
- 3. Barros A, Santos H, Santos-Silva F. A Systematic Review of Health Literacy Measurement Instruments in Portugal. *Port J Public Health* (2022) 40 (3): 172–187;
- 4. Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K. Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU. 2012. ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf;
- 5. Kronzer VL. Screening for health literacy is not the answer. BMJ. 2016 Jul 5;354:i3699. doi: 10.1136/bmj.i3699. PMID: 27381740;

- 6. Corine S. Meppelink, Edith G. Smit, Nicola Diviani & Julia C. M. Van Weert (2016): Health Literacy and Online Health Information Processing: Unraveling the Underlying Mechanisms, Journal of Health Communication;
- 7. Campbell, P., Lewis, M., Chen, Y. *et al.* Can patients with low health literacy be identified from routine primary care health records? A cross-sectional and prospective analysis. *BMC Fam Pract* 20, 101 (2019);
- 8. Visscher et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. BMC Public Health (2018) 18:1414;
- 9. Stone M, Bazaldua O, Morrow J. Developing Health Literacy Communication Practices for Medical Students. MedEdPORTAL. 2021 Jan 28;17:11091. doi: 10.15766/mep 2374-8265.11091. PMID: 33537408; PMCID: PMC7842086.