

A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos

Health literacy: investment in health promotion and rationalization of costs

Maria da Luz ANTUNES. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Instituto Politécnico de Lisboa), Lisboa, Portugal. (mluz.antunes@estesl.ipl.pt)

Resumo

A Organização Mundial da Saúde define a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para compreenderem e usarem informação para a promoção e manutenção da saúde. A transmissão de informação sobre saúde é mais eficaz quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão. Evidencia-se, neste estudo, o conceito de literacia em saúde e a associação da baixa literacia em saúde aos comportamentos em saúde e aos gastos em saúde. Apresenta-se uma análise da literatura científica publicada sobre a baixa literacia em saúde e a sua implicação nos custos na saúde usando, para este objectivo, uma base de dados das ciências da saúde (MEDLINE/PubMed) e quatro plataformas científicas (DOAJ, SCOPUS, SciELO e *Web of Science*). A literatura científica analisada evidencia que pessoas com baixa literacia em saúde apresentam uma menor capacidade de compreensão dos conteúdos de material informativo sobre alimentos, doenças crónicas ou sobre o uso de medicamentos, por exemplo, bem como maior dificuldade em pesquisar, seleccionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na Internet. A baixa literacia em saúde relaciona-se, então, com a dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde, i.e., com o uso inadequado de medicamentos, com o recurso excessivo aos serviços de saúde (em especial, os de urgências) ou com a ineficácia em lidar com situações de emergência. A baixa literacia está também associada a taxas de hospitalização mais altas, mas também mais longas no tempo (o que implica mais custos associados a internamento prolongado, mais exames de diagnóstico e fraca adesão à terapêutica medicamentosa), a uma diminuição da utilização de medidas preventivas e a uma fraca adesão à prescrição terapêutica. A baixa literacia acaba por afectar igualmente a comunicação (e a relação) médico-doente. Apresentam-se, como complemento, sugestões de melhoria da literacia em saúde e da comunicação médico-doente para efeitos da promoção da saúde.

Palavras-chave: Literacia em saúde; Promoção da saúde; Custos na saúde; Relação médico-doente

Abstract

The World Health Organization defines health literacy as a set of cognitive and social skills and the capacity for individuals to understand and use information for the promotion and maintenance of health. The transmission of health information is most effective when its contents is specifically designed for individuals or population groups and when the message is well outlined, at the same time highlighting the benefits (gains) and costs (losses) related to their behavior and decision making processes. The concept of health literacy and the direct correlation between low health literacy to health behaviors and health expenditures are evidenced. It is provided an analysis of the published scientific literature on low health literacy and its implication on health costs using, for this purpose, a health sciences database (MEDLINE/PubMED) and four scientific platforms (DOAJ, SCOPUS, SciELO and *Web of Science*). It is shown that people with low health literacy have a poorer understanding of the contents of materials about food, chronic illness or the use of drugs. They also have more difficulties in searching, selecting, reading and understanding health information available on the Internet. Hence, low health literacy is related to the difficulty in

preventing management health problems, leading to ineffective health behaviors such as medication misuse and excessive use of health services (particularly the emergency) or ineffectiveness in dealing with emergency situations. Higher hospitalization rates and greater hospitalization time are also associated to low literacy (implying greater costs related to prolonged hospitalization, additional diagnostic tests, poor adherence to medication therapy), a decrease in the use of preventive measures and poor adherence to therapy prescription. Low literacy also impacts communication and patient-doctor relationship. In addition, we provide suggestions for improving health literacy and doctor-patient communication for health promotion purposes.

Keywords: Health literacy; Health promotion; Health care costs; Doctor-patient relationship.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde define a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora da saúde¹⁻².

A transmissão de informação sobre saúde é mais eficaz quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão. A autoconfiança e a implementação de comportamentos saudáveis são também evidentes quando existe a preocupação de definir instruções específicas para um comportamento de saúde²; ao invés de mensagens assustadoras e negativas, por exemplo, promove-se a motivação com mensagens positivas.

Mais do que transmitir informação, a literacia em saúde implica a aquisição de competências em adquirir a informação e aplicá-la com sucesso à sua própria realidade. Mas a literacia em saúde é um tipo distinto de literacia ou apenas literacia num contexto de saúde?

A literacia em saúde engloba quatro dimensões¹:

1. Conhecimento básico em saúde, i.e., o conhecimento e uso de comportamentos de promoção de saúde, protecção da saúde e prevenção da doença;
2. Competências para a utilização dos sistemas de saúde;
3. Competências de consumidor para tomar decisões de saúde na selecção e utilização de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos de consumidor, se necessário;
4. Comportamento de decisão informada na esfera política, o conhecimento dos direitos de saúde, a participação activa na defesa de questões de saúde e a filiação em organizações de saúde e de doentes.

A literacia em saúde pode ser desenvolvida, mas também pode regredir³. Assenta numa intervenção ao nível educacional e está sujeita a um contexto específico e à influência da interacção entre o indivíduo e o seu meio. Até ao momento, a avaliação da literacia em saúde tem-se centralizado essencialmente na capacidade que os indivíduos apresentam para ler materiais escritos. Porém, além das competências de leitura, devem ser igualmente consideradas a numeracia, as competências de fala e audição e os conhecimentos conceptuais e culturais.

A literacia em saúde é um conceito relativamente novo na pesquisa da promoção da saúde. Só nos últimos 20 anos é que os investigadores identificaram os problemas associados à literacia em saúde, o papel que desempenha na capacidade de o indivíduo compreender a saúde, os cuidados de saúde e a sua relação com os resultados em saúde⁴. O conceito de acesso à saúde modificou-se ao longo do tempo. As primeiras análises, datadas da década de 1970, sugerem uma forte relação do acesso à saúde com os aspectos geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento)⁵. A literatura mais recente aborda questões como a cultural, educacional e socioeconómica, incorporando ainda o elemento aceitabilidade.

As consequências da literacia em saúde incluem um melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e o uso menos frequente de serviços de saúde.

A literacia em saúde é fundamental para que as pessoas de um modo geral possam gerir com sucesso a sua própria saúde. Isso exige competências e conhecimentos sobre saúde e cuidados

de saúde, incluindo a descoberta, compreensão, interpretação e comunicação de informações de saúde, a pesquisa de cuidados adequados e a tomada de decisões críticas em saúde⁶. O mau estado de saúde, mas também altas taxas de uso de serviços de saúde comprometem a segurança do doente e aumentam os custos em saúde⁷.

Em 2006, já se constatava, no Canadá, que os baixos níveis de alfabetização eram uma grande preocupação⁸. Acreditava-se que as políticas de saúde pública deviam ser mais sensíveis à cultura, especialmente entre os povos aborígenes, francófonos e os novos canadianos. A melhoria da literacia em saúde passava pela educação infantil, pela criação de programas de alfabetização das famílias, mas também pela redução do abandono escolar. Ou seja, as disparidades deveriam ser reduzidas através do reforço dos níveis de educação e literacia em saúde entre os grupos vulneráveis. Nos Estados Unidos, a preocupação envolvia também os idosos⁹, onde um elevado índice de analfabetismo afectava desproporcionalmente os adultos mais velhos, agravado pela prevalência de doenças crónicas e pelas alterações sensoriais associadas ao envelhecimento. O Chile adicionou outra preocupação: os procedimentos de consentimento informado considerarem a heterogeneidade da literacia em saúde da sua população¹⁰.

Considera-se, assim, a literacia em saúde como facilitadora para a participação efectiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda a necessidade de estudar a forma de a aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde.

Analisa-se, neste estudo, a literacia em saúde através da interacção doente/profissionais de saúde/sistema de saúde. Em que consiste a literacia em saúde? Em que medida interfere na comunicação entre doentes, profissionais de saúde e sistema de saúde? Que consequências tem na saúde pública?

Evidencia-se o conceito de literacia em saúde e a associação da baixa literacia em saúde aos comportamentos em saúde e aos gastos em saúde. Apresenta-se uma análise da literatura científica publicada sobre a baixa literacia em saúde e a sua implicação nos custos na saúde usando, para este objectivo, uma base de dados das ciências da saúde e quatro plataformas científicas. Apresentam-se, como complemento, sugestões de melhoria da literacia em saúde e da comunicação médico-doente para efeitos da promoção da saúde.

Métodos

Foram pesquisadas uma base de dados das ciências da saúde (MEDLINE/PubMed) e quatro plataformas científicas – Directory of Open Access Journals (DOAJ), SCOPUS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Web of Science –, sem definição de um período temporal.

Constatou-se, na Web of Science, a variabilidade dos resultados consoante os acessos e a diferença de dias, pelo que se procurou definir uma data específica e rigorosa para a recolha de dados em todos os recursos: manhã de 14 de Janeiro de 2014.

Para a pesquisa foi utilizado o operador booleano «and» e, sempre que possível, os descritores do MeSH (Medical Subjects Headings). Na sua impossibilidade recorreu-se a expressões aproximadas (Tabela 1).

Não foi possível replicar o mesmo filtro de pesquisa em todos os recursos de informação (Tabela 1).

Tabela 1. Cruzamento de descritores/palavras-chave e uso de filtros de pesquisa

	Descritor	Descritor	Filtro de pesquisa
MEDLINE	Health literacy	Health care costs	Subject
DOAJ	Health literacy	Health costs	Search all
SCOPUS	Health literacy	Health costs	Subject
SciELO	Health literacy	-	Abstract
Web of Science	Health literacy	Health care costs	Subject

Resultados

As pesquisas evidenciam um total de 15 resultados para a MEDLINE, 16 para o DOAJ, 96 para o SCOPUS, 116 para a SciELO e 37 para a *Web of Science*.

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados da proveniência dos estudos, em que se procurou identificar a afiliação do autor correspondente. Os resultados sem afiliação identificada estão associados a editoriais.

Tabela 2. Afiliação dos estudos pelo autor correspondente

PAÍSES	MEDLINE	DOAJ	SCOPUS	SciELO	Web of Science
África do Sul		2	3		
Alemanha		1	1	1	
Argentina			1		
Austrália	1	3	1	2	
Brasil			42		
Canadá	2	6	2	1	
Chile			4		
Colômbia			5		
Costa Rica			1		
Cuba	1	17			
Espanha			5		
Etiópia			1		
Ghana	1				
Holanda	1				
Índia		1			
Irão	1				
Irlanda		1	1		
Itália		1	1		
Líbano			1		
México			12		
Paquistão		2			
Peru			1		
Portugal		1	10		
Rep. Checa		2		2	
Suíça	1	3		1	
UK	2	7	2	1	
USA	9	4	63	6	29
Venezuela			1		
S/ afiliação	1	7		1	
TOTAL	15	16	96	116	37

Evidencia-se, pela análise efectuada, que alguns conteúdos se repetem num ou noutro recurso. Em alguns dos recursos constata-se também um trabalho ineficaz dos operadores booleanos. Por exemplo, na *Web of Science* a pesquisa apresentou documentos com um e/ou o outro descritor,

tendo-se optado por acrescentar aspas no princípio e no final dos tópicos de pesquisa. O DOAJ também apresentou números variados – a não ignorar a fase de transição (para um sistema *open source*) em que o DOAJ se encontra. A MEDLINE/PubMed e a SCOPUS foram os recursos que apresentaram os dados mais fiáveis, assentes nos descritores do MeSH e com rigoroso cruzamento de descritores.

A Tabela 3 evidencia a analogia literacia em saúde/custos na saúde com áreas de actuação identificadas na tabela da National Library of Medicine. De realçar que os descritores/palavras-chave atribuídos a alguns registos não são convincentes, parecendo estar aquém dos reais conteúdos.

Tabela 3. Cruzamento da literacia em saúde/custos na saúde com áreas de actuação

ÁREAS	MEDLINE	DOAJ	SCOPUS	SciELO	Web of Science
Access to care			6	3	
Cardiology			3		
Chronic disease	1	2	11		4
Dermatology			1		
Diagnostic tests			1		
Environmental health		1	1	2	
Geriatrics			3	1	
Health care costs	2	1	5		2
Health literacy	5	4	25	49	23
History	1				
Internet	1				
Maternal care	2	1	1	7	1
Medication adherence	2	1	13	3	6
Mental health			2	5	1
Oral health	1		2	2	
Ophthalmology			1		
Palliative care			3		
Pediatrics		1	6	6	
Primary health care		3	5	8	
Public health		2	6	30	
Transplants			1		
TOTAL	15	16	96	116	37

De um total de 280 artigos, 49 foram citados na presente análise.

Discussão

O processo de literacia em saúde tem sido socialmente construído ao longo do tempo. Foi iniciado pelos decisores políticos e imposto sobre as populações-alvo. Numa época em que se regista cada vez mais o aumento dos custos em cuidados de saúde, não é de estranhar que a literacia em saúde esteja na vanguarda. Ela é reconhecida como uma questão-chave para o sucesso da reforma dos cuidados de saúde¹¹.

A literacia em saúde é, reforça-se, a capacidade de entender as informações básicas de saúde, de utilizar a informação de saúde e de tomar as decisões de saúde adequadas. Dezenas de milhões de americanos, por exemplo, têm uma limitada literacia em saúde¹²⁻¹³.

O tema preocupa investigadores, profissionais de saúde e decisores públicos. Pela sua natureza interdisciplinar (cf. Tabela 3), relacional e internacional (cf. Tabela 2), a literacia em saúde é influenciada pelos sistemas de saúde, pela educação, pela comunicação social, pela família, pelo ambiente de trabalho, pela comunidade e pelas decisões políticas¹⁴. A Internet, por exemplo, é inegavelmente uma das mais importantes fontes de informação em saúde. Mas um estudo de 2010 concluiu que cerca de ¼ dos estudantes da área da saúde não consegue ver os vários sinais de perigo apresentados por farmácias ilegais na Internet, por exemplo¹⁵. Os doentes, por seu turno, procuram informação escrita sobre saúde e terapêutica em diferentes fontes. Para além da informação incluída na embalagem dos medicamentos, milhões de pessoas procuram informações médicas *online*. São, na maioria dos casos, textos demasiado complexos para serem assimilados, para além dos problemas da fiabilidade da informação. Em geral, a dificuldade advém da gramática utilizada e da escolha das palavras empregues, mas também do facto dos assuntos serem de difícil elucidação¹⁶. Existirá qualidade nessa informação? Os índices de legibilidade dos documentos analisados neste estudo são bons, mas não são os ideais para doentes e familiares que pesquisam informações de saúde na Internet.

Este paradigma depende da exploração de dados, em que se pretende a melhor informação para uma melhor decisão. A informação armazenada não é um produto final. É uma matéria-prima, é necessário um processo de transformação para extrair o conhecimento que contribui para a compreensão e para a tomada de decisão estratégica¹⁷. O conhecimento é, deste modo, apresentado como a "chave de ouro". A informação imprecisa afecta substancialmente a qualidade da participação do cidadão e, neste caso, do doente.

Também se registam elevados níveis de literacia em saúde sem um correspondente alto grau de autonomia do doente, o que origina uma dependência desnecessária de doentes em profissionais de saúde¹⁸. Pelo contrário, um alto grau de autonomia do doente sem um grau correspondente de literacia em saúde apresenta o risco de escolhas de saúde perigosas. Curiosamente, a insatisfação registada com as restrições dos sistemas de saúde, a falta de confiança na palavra dos profissionais de saúde, o aumento dos custos da assistência médica e o acesso à informação *online* têm aumentado entre os consumidores¹⁹.

Os estudos analisados evidenciam, nesta linha, uma preocupação pela medição da literacia em saúde. Alguns exemplos já validados:

- REALM (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine)²⁰⁻²¹.
- REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised)²².
- TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)^{4,21,23}.
- HeLMS (Health Literacy Measurement Scale)²⁴.
- Short Test of Functional Health Literacy²⁵.
- REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)²⁶⁻²⁷.
- EC-17 (Effective Consumer Scale)²⁸.
- SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults)^{10,29}.
- Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults³⁰.
- Índice de Flesch³¹.
- Índice de Flesch-Kincaid³¹.

Poder-se-á então afirmar que o interesse pela saúde aumentou, sendo agora prioritário na alfabetização e literacia médicas.

Não existe, porém, um quadro jurídico coerente para a incorporação da pesquisa da literacia em saúde que desafie os pressupostos tradicionais sobre a compreensão do doente e a tomada de decisão e que enfatize a necessidade de melhorar a comunicação de modo a incorporar medidas efectivas para avaliação da compreensão do doente³².

Apesar da sua importância, a literacia em saúde foi até recentemente posta à margem dos esforços de melhoria dos cuidados de saúde que visam aumentar o acesso, melhorar a qualidade e diminuir os custos de gestão. Nos Estados Unidos, iniciativas políticas federais recentes, como o *Affordable Care Act of 2010*, o *Department of Health and Human Services' National Action Plan*

to *Improve Health Literacy* e o *Plain Writing Act of 2010*, reflectiram sobre a importância da literacia em saúde¹², de modo a torná-la uma prioridade para a melhoria dos cuidados de saúde.

O Institute of Medicine's National Cancer Policy Forum planeou recentemente um *workshop* sobre o planeamento do tratamento do cancro centrado no doente, num apelo à sua consciencialização³³. O objectivo deste tipo de planeamento é envolver os doentes e as suas famílias numa completa interacção com os prestadores de cuidados de saúde para o desenvolvimento de um plano de tratamento bem concebido, usando adequadamente todas as informações médicas disponíveis, considerando, em simultâneo, os aspectos médicos, sociais e as necessidades e desejos do doente e da família. Um plano de tratamento do cancro pode ser partilhado entre o doente, a família e a equipa clínica a fim de facilitar a coordenação dos cuidados e fornecer um plano de ajuda aos doentes. Existem, porém, inúmeros obstáculos neste planeamento assertivo. Alguns desses obstáculos decorrem do próprio doente. Incluem a falta de assertividade, de literacia em saúde, o seu estado emocional e doenças concomitantes. Outros obstáculos resultam de limitações clínicas, como a falta de tempo para decifrar informações complexas, a falta de ferramentas para facilitar o planeamento do tratamento, mas também a insensibilidade às necessidades informativas, culturais e emocionais dos doentes³³. O envolvimento de todos, no entanto, levará a uma melhor gestão da doença, a melhores resultados de saúde e à satisfação do doente, à tomada de decisões informadas, aumentando o cumprimento das decisões da saúde e a melhor utilização dos recursos existentes.

Uma baixa literacia em saúde tem sido consistentemente associada a um maior número de hospitalizações³⁴, a uma maior utilização de cuidados de emergência, a uma desvalorização do rastreio mamográfico e da vacina contra a gripe³⁵, a uma menor capacidade de seguir a terapêutica medicamentosa prescrita³⁶, de interpretar os rótulos dos medicamentos e, no caso dos idosos, a taxas de mortalidade mais elevadas.

Também pode acontecer que os médicos não aconselhem devidamente a medicação que prescrevem³⁷. Para o doente diabético, por exemplo, os materiais educacionais de educação para a saúde podem não assegurar uma completa compreensão do seu conteúdo, porque são escritos utilizando um vocabulário complexo³⁸. Um bom uso das bulas dos medicamentos depende, entre outros factores, da sua legibilidade (não são unicamente os idosos a ter um défice visual) e da literacia do doente³⁹, ou seja, a clareza em identificar letras, palavras e frases impressas e a capacidade do doente para compreender e usar essa informação.

Mais de 1/3 da população americana não possui a competência necessária para compreender informações de saúde, tomar decisões de saúde, para seguir as instruções de medicação⁴⁰⁻⁴¹. Porquê? O estado socioeconómico, a etnia, a idade avançada e a educação limitada são os factores de risco. Em Portugal, uma percentagem significativa da população que utiliza as farmácias como uma fonte acessível e credível de informação em saúde, em particular os doentes crónicos e os idosos, tem um nível de escolaridade normalmente mais baixo que o 9º ano⁴². Deste modo, as bulas dos medicamentos podem não ser totalmente compreendidas pelos seus destinatários.

A capacidade individual para obter, avaliar, calcular e compreender a informação básica sobre a terapêutica medicamentosa, independentemente do conteúdo (escrito, oral, imagem ou por símbolos) pode melhorar o uso e a segurança dos medicamentos, bem como o relacionamento doente-farmacêutico⁴³. A falta de informação do doente pode aumentar a sua ansiedade face à doença e alterar a sua percepção da utilidade dos medicamentos⁴⁴. Para além das crenças religiosas, da alfabetização e das diferenças educacionais, importa considerar também os valores culturais.

Mas a curiosidade pela informação é crescente. Num estudo, que decorreu em ambiente escolar, ¾ das crianças envolvidas admitiu querer saber mais sobre a medicação que lhe prescrevessem⁴⁵. Por seu turno, os adolescentes podem ter menos interacção com o sistema de saúde e ter menos custos de cuidados de saúde do que os adultos, mas envolvem-se cada vez mais com a vertente da saúde, especialmente os adolescentes portadores de doenças crónicas⁴⁶. Eles são assíduos consumidores dos meios de comunicação e de outras tecnologias de acesso à informação em saúde e constituem um grupo alvo para muitas intervenções educativas relacionadas com a saúde.

Ainda assim, a maioria dos médicos parece não conseguir identificar o problema⁴⁷ e não está preparada para lidar com o doente que apresenta uma literacia em saúde inadequada. Numa

comunidade de doentes oftalmológicos, 45,3% afirmam não ter recebido orientações para a fase pós-consulta⁴⁸.

Pior: um significativo número de profissionais de saúde esquece-se frequentemente de perguntar aos doentes se podem pagar os seus medicamentos⁴⁹. Mais de 50% dos doentes abandona o tratamento prescrito⁵⁰, na medida em que representa uma enorme sobrecarga financeira. Por exemplo, os custos dos medicamentos são uma barreira ao uso da contracepção de emergência⁵¹. Melhorar significativamente o acesso aos cuidados de saúde, aumentar a literacia em saúde relacionada, por exemplo, com as doenças crónicas e estabelecer um diálogo estreito com os doentes no sentido de promover mudanças de estilo de vida a longo prazo pode possibilitar uma economia de custos na ordem dos 551 dólares por doente activo por ano⁵², através da redução de visitas ao hospital.

A baixa literacia em saúde relaciona-se então com a dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde⁵³⁻⁵⁴, bem como com comportamentos ineficazes de saúde, i.e., com o uso inadequado de medicamentos, com o recurso excessivo aos serviços de saúde (em especial, os de urgências) ou com a ineficácia em lidar com situações de emergência. A baixa literacia está também associada a taxas de hospitalização mais altas⁵³, mas também mais longas no tempo (o que implica mais custos associados a internamento prolongado, mais exames de diagnóstico e fraca adesão à terapêutica medicamentosa), a uma diminuição da utilização de medidas preventivas e a uma fraca adesão à prescrição terapêutica⁵⁵. A baixa literacia acaba por afectar igualmente a comunicação (e a relação) médico-doente. Seja ele médico, enfermeiro ou técnico de diagnóstico e terapêutica, o profissional de saúde deve perguntar ao doente se compreendeu a prescrição médica, os exames de diagnóstico a realizar (e como realizá-los) ou outras instruções que entenda necessárias para a reabilitação do doente. Deve usar expressões adequadas, não só ao grupo etário, mas ao nível socioeconómico em que se integra o seu doente. Se subsistirem dúvidas, o profissional de saúde deve pedir-lhe que repita, por palavras suas, o que entendeu da consulta, da informação transmitida e da terapêutica a seguir. Mas deve considerar também que o doente recordar-se-á de menos de metade da informação veiculada durante a consulta. Acima de tudo, o profissional de saúde tem necessariamente de criar uma atmosfera de confiança e respeito – a confiança deve ser construída com o seu doente.

Os doentes devem receber a informação necessária e ter a oportunidade de decidir sobre as questões de saúde que os afectam. Devem ter livre acesso à informação médica e conhecimento clínico sobre a sua situação. Médicos e doentes devem comunicar efectivamente e partilhar informação. O sistema de cuidados de saúde deve ter disponível para os doentes e suas famílias a informação que lhes permita tomar decisões informadas quando seleccionam um plano de saúde, um hospital ou escolher entre tratamentos alternativos.

Como melhorar a literacia em saúde?

- Promovendo o diálogo, a confiança e a comunicação profissional de saúde/doente.
- Comunicando de forma simples, sem abreviaturas e isenta da terminologia médica⁴⁴.
- Usando imagens para o esclarecimento de conceitos e de riscos para a saúde⁵⁶.
- Confirmando a compreensão do doente através dos métodos *show me* ou *teach back*³⁶.
- Proporcionando a adesão à terapêutica através de várias opções de tratamento.
- Melhorando as bulas dos medicamentos: na linguagem, no tamanho e no tipo de letra, na forma como são dobradas dentro das caixas.
- Editando *flyers*, em linguagem acessível, do tipo *What to do when your child gets sick*³⁴ e distribuindo-os gratuitamente na consulta de saúde infantil.
- Melhorando a consciência dos profissionais de saúde sobre as várias componentes da alfabetização/literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso do SPEAK (*Speech, Perception, Education, Access, and Knowledge*)⁷.

Conclusões

A literatura científica analisada revela que pessoas com baixa literacia em saúde evidenciam uma menor capacidade de compreensão dos conteúdos de material informativo sobre alimentos ou sobre o uso de medicamentos, por exemplo, bem como mais dificuldade em pesquisar, seleccionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na Internet.

Considera-se que se existir um investimento mais significativo na promoção de literacia em saúde existirá uma melhor utilização dos serviços de saúde, uma diminuição dos comportamentos de risco em saúde e, consequentemente, uma diminuição dos gastos em saúde. Considera-se a literacia em saúde como facilitadora para a participação efectiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda uma necessidade de estudar a forma de a aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde.

Os consumidores de informação de saúde *online* beneficiarão seguramente das iniciativas de educação e de prevenção que alertam para o desenvolvimento das suas competências de avaliação da informação. Os programas de comunicação a desenvolver devem incluir o *empowerment* que motiva os doentes a envolver-se e a literacia que lhes permita fazer escolhas informadas e fundamentadas.

A literatura consultada evidencia que ter informação está na base do acesso à saúde. Essa noção está associada aos conceitos de *empowerment* e de literacia para a tomada de decisões de saúde.

Referências Bibliográficas

1. WHO. Health promotion glossary. Geneva: WHO; 1998.
2. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
3. Luís LF. Literacia em saúde e alimentação saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos [Dissertation]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2010.
4. Speros C. Health literacy: concept analysis. J Adv Nurs. 2005;50(6):633-40.
5. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8.
6. Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. Aust J Primary Health. 2007;13(2):24-30.
7. Kobylarz FA, Pomidor A, Heath JM. SPEAK: a mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. Geriatrics. 2006;61(7):20-6.
8. Chiarelli L, Edwards P. Building healthy public policy. Can J Public Health. 2006;97 Suppl 2:S37-42.
9. Billek-Sawhney B, Reicherter EA. Literacy and the older adult: educational considerations for health professionals. Top Geriatr Rehabil. 2005;21(4):275-81.
10. Saavedra-Dahm O, Solar P, Díaz H, Mandel A, Casado M, Orihuela P. La heterogeneidad del alfabetismo en salud y el consentimiento informado en Chile. Ter Psicol. 2012;30(3):127-31.
11. Huber JT, Shapiro II RM, Gillaspie ML. Top down versus bottom up: the social construction of the health literacy movement. Lib Quarterly. 2012;82(4):429-51.
12. Koh HK, Berwick DM, Clancy CM, Baur C, Brach C, Harris LM, et al. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly 'crisis care'. Health Aff (Millwood). 2012;31(2):434-43.
13. Roett MA, Coleman MT. Practice improvement, part II: health literacy. FP Essentials. 2013;414:19-24.
14. Passamai MP, Sampaio HA, Dias AM, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(41):301-14.
15. Ivanitskaya L, Brookins-Fisher J, O Boyle I, Vibbert D, Erofeev D, Fulton L. Dirt cheap and without prescription: how susceptible are young US consumers to purchasing drugs from rogue internet pharmacies? J Med Internet Res. 2010;12(2):e11.

16. Leroy G, Eryilmaz E, Laroya BT. Health information text characteristics. *AMIA Annu Symp Proc.* 2006;479-83.
17. Castiel LD, Sanz-Valero J. El acceso a la información como determinante social de la salud. *Nutr Hosp.* 2010;25(Suppl 3):26-30.
18. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):4-11.
19. Lindenthal JJ, Delisa JA. Promoting appreciation of the study and practice of medicine: inner workings of a Mini-Med program. *Adv Med Educ Pract.* 2012;3:73-8.
20. Coughlan D, Sahm L, Byrne S. The importance of health literacy in the development of 'Self Care' cards for community pharmacies in Ireland. *Pharm Pract.* 2012;10(3):143-50.
21. Weekes CV. African Americans and health literacy: a systematic review. *ABNF J.* 2012;23(4):76-80.
22. Chaudhry SI, Herrin J, Phillips C, Butler J, Mukerjee S, Murillo J, et al. Racial disparities in health literacy and access to care among patients with heart failure. *J Cardiac Failure.* 2011;17(2):122-7.
23. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):631-8.
24. Burnett AF, Buchbinder R, O'Sullivan PB, Jordan JE, Briggs AM, Osborne RH, et al. Individuals with chronic low back pain have greater difficulty in engaging in positive lifestyle behaviours than those without back pain: an assessment of health literacy. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2011;12(1):161.
25. Sanders LM, Thompson VT, Wilkinson JD. Caregiver health literacy and the use of child health services. *Pediatrics.* 2007;119(1):e86-e92.
26. Vann WF Jr, Divaris K, Gizlice Z, Baker AD, Lee JY. Caregivers' health literacy and their young children's oral-health-related expenditures. *J Dental Res.* 2013;92(7 Suppl):55S-62S.
27. Miller E, Lee JY, DeWalt DA, Vann WF Jr. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics.* 2010;126(1):107-14.
28. Rader T, Ueffing E, Garcia-Elorrio E, Idzerda L, Ciapponi A, Irazola V, et al. Influencing health equity: role of the effective consumer scale in measuring skills and abilities in a middle income country. *J Rheumatol.* 2011;38(8):1798-802.
29. Vilchez-Román C, Quiliano-Terreros R, Canales-Negrón R, Chiroque-Solano R. Factores demográficos asociados con el conocimiento sobre salud en una muestra de mujeres de la ciudad de Lima (Perú) en 2008: resultados del cuestionario SAHLISA-50. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2009;60(3):223-9.
30. Konfino J, Mejía R, Majdalani MP, Pérez-Stable EJ. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (B. Aires).* 2009;69(6):631-4.
31. Miranda VC, Lera AB, Ueda AT, Antonangelo A, Brunetti DV, Riechelmann K, et al. Como consentir sem entender? *Rev Assoc Med Bras.* 2008;55(3):328-34.
32. Clark B. Using law to fight a silent epidemic: the role of health literacy in health care access, quality, & cost. *Ann Health Law.* 2011;20(2):253-327.
33. Balogh EP, Ganz PA, Murphy SB, Nass SJ, Ferrell BR, Stovall E. Patient-centered cancer treatment planning: improving the quality of oncology care. *Oncologist.* 2011;16(12):1800-5.
34. Herman A, Young KD, Espitia D, Fu N, Farshidi A. Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatr Emerg Care.* 2009;25(7):434-8.
35. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
36. Kountz DS. Strategies for improving low health literacy. *Postgraduate Med.* 2009;121(5):171-7.
37. Jacobson TA, Osborn CY, Vaccarino V, Kripalani S. Development and evaluation of a medication counseling workshop for physicians: can we improve on 'take two pills and call me in the morning'? *Med Educ Online.* 2011;16:1-7.
38. Aguilera C, Pérez MA, Alonso Palacio LM. La legibilidad de los materiales educativos sobre la diabetes: implicaciones para la educación de pacientes con materiales escritos. *Salud Barranquilla.* 2010;26(1):12-26.
39. Cavaco A, Santos AL. Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(5):918-22.

40. Johnson JL, Moser L, Garwood CL. Health literacy: a primer for pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm*. 2013;70(11):949-55.
41. Liechty JM. Health literacy: critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health Soc Work*. 2011;36(2):99-107.
42. Cavaco AM, Várzea D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):179-86.
43. King SR, McCaffrey DJ, Bouldin AS. Health literacy in the pharmacy setting: defining pharmacotherapy literacy. *Pharm Pract*. 2011;9(4):213-20.
44. Costa FA, Duggan C, Bates I. A systematic approach to cross-cultural adaptation of survey tools. *Pharm Pract*. 2007;5(3):115-24.
45. Macdonald T, Macdonald D, Crooks B, Collicott C. What do children with cancer know about their medications? *Pharm Pract*. 2011;9(4):207-12.
46. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 2008;23(5):840-7.
47. Santos LT, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):293-302.
48. Oliveira DF, Arieta CE, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5):731-6.
49. Zheng B, Poulouse A, Fulford M, Holbrook A. A pilot study on cost-related medication nonadherence in Ontario. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2012;19(2):e239-47.
50. Castellano JM, Copeland-Halperin R, Fuster V. Aiming at strategies for a complex problem of medical nonadherence. *Global Heart*. 2013;8(3):263-71.
51. Cameron ST, Gordon R, Glasier A. The effect on use of making emergency contraception available free of charge. *Contraception*. 2012;86(4):366-9.
52. Micklethwaite A, Brownson CA, O'Toole ML, Kilpatrick KE. The business case for a diabetes self-management intervention in a community general hospital. *Popul Health Manag*. 2012;15(4):230-5.
53. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):791-8.
54. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.
55. Ostini R, Kairuz T. Investigating the association between health literacy and non-adherence. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(1):36-44.
56. Garcia-Retamero R, Muñoz R. Cómo mejorar la comprensión de los riesgos médicos en personas mayores. *Rev Latinoam Psicol*. 2013;45(2):253-64.

Nota Biográfica

Maria da Luz ANTUNES. Mestre em Ciências Documentais, pós-graduada também em Ciências Documentais e licenciada em História.

Iniciou a sua actividade em 1988 na Biblioteca do Gabinete em Portugal da Comissão Europeia, tendo transitado seguidamente para o Centro de Documentação Europeia da Universidade de Lisboa. Desempenhou funções de coordenação nas Bibliotecas do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, do Instituto da Qualidade em Saúde, da Universidade Atlântica e, desde 2000, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Instituto Politécnico de Lisboa).

A B-ON e o acesso aberto, a bibliometria e a literacia em saúde têm sido as suas áreas de investimento, assegurando seminários de investigação aplicada na ESTeSL e na Coordenação do Internato Complementar em Medicina Geral e Familiar.