

REFLEXÕES DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA  
A PROPÓSITO DO CURSO DE LITERACIA EM SAÚDE:  
MODELOS, ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÃO

*José Mendes Nunes*

Começo por enunciar três características (sem prejuízo de alguém poder encontrar mais) do médico de família (MF) que fazem dele um dos técnicos de saúde com maior responsabilidade pela Literacia em Saúde (LS).

Em primeiro lugar, se considerarmos o contínuo saúde-doença, o MF trabalha no pólo da saúde enquanto os restantes especialistas trabalham no pólo da doença. Isto faz do MF um especialista da saúde enquanto os especialistas hospitalares são especialistas da doença. Assim, o MF tem oportunidade de partilhar informação sobre saúde em condições de saúde e em condições de doença; mesmo nas circunstâncias de doença ele tem a oportunidade, vocação e formação para abordar a “parte saudável” do doente, fazendo expandir o lado saudável em desfavor da doença, em vez da abordagem dos especialistas da doença que, focados na doença, “comprimem” o lado saudável que qualquer doente tem. Aliás, basta alguém ter uma doença que logo é designado de doente e reduzido à sua doença (“o diabético”, “o alcoólico”, etc.), independentemente do que tem de saudável.

A segunda característica é a pluralidade de agentes de saúde com quem interage e com quem tem interface. Ele contacta com todos os restantes especialistas, hospitalares ou não. Tem interfaces comunicacionais com enfermagem e outros técnicos de saúde, como nutricionistas, psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, farmacêuticos, etc. Mas, para além disso, contacta com autarcas, padres ou estruturas comunitárias (lares, centros de dia). Contacta com a Segurança Social, os familiares de doentes, amigos e até vizinhos. Então, o MF tem oportunidade de influenciar não só o doente, mas também o seu contexto micro e macrossocial. Finalmente, o MF presta cuidados em continui-

dade que vão desde a concepção até à morte. Portanto, partilha informação sobre saúde nas diversas fases da vida pessoal, do ciclo familiar, nas diversas etapas da vida, nos momentos de felicidade e nos de tristeza, na austeridade e na abundância, na saúde e na doença.

Por consequência, o MF deve ser, por excelência, um profissional de comunicação e da relação.

Deixem que lembre o que se entende por LS. É a capacidade das pessoas em *obter, processar, compreender/integrar, usar e poder usar* informação (sobre saúde) necessária para tomar decisões sobre problemas de saúde, defesa da saúde e escolha de estilos de vida saudáveis (Sørensen, Van Den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012).

A LS só existe por quatro motivos:

- *Aumentar a qualidade dos cuidados de saúde.* A participação esclarecida das pessoas é um dos maiores determinantes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Os clientes mais insatisfeitos são a maior fonte de aprendizagem (no dizer de Bill Gates), se considerarmos que mais literacia também significa exigência de maior qualidade.
- *Aumentar os níveis de saúde das populações.* Esta será a única razão para qualquer profissional ou sistema de saúde existir.
- *Garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.* Só o maior esclarecimento da população, evitando o desperdício, pode permitir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Se a saúde for vista apenas como um bem de mercado, e não como um bem social, os clientes serão apenas consumidores e comportar-se-ão como tal. Se um bem social for visto como mero bem de consumo, as desigualdades aumentam porque o consumo de recursos por quem não precisa será a carência de quem necessita.
- *Gerar experiências de saúde gratificantes* para doentes e profissionais de saúde, ou seja, gerar clientes satisfeitos e profissionais realizados com o que fazem. Portanto, está em questão as pessoas sentirem-se satisfeitas nas transações que têm com os serviços de saúde. É inaceitável que alguém saia de uma instituição de saúde a chorar, não tanto pelas notícias que recebeu, mas mais pela forma como as recebeu e como foi tratada como pessoa. Claro que também está em questão os profissionais estarem satisfeitos com o encontro com o doente, mas isso pressupõe que se sintam felizes pelo bem que fazem e não pelo exercício da autoridade.

## Papel do médico de família na Literacia em Saúde

Em todos os sistemas de saúde, o MF é quem está em melhor posição para *coligir e fornecer* a informação ajustada às necessidades do paciente e no momento mais adequado, desempenhando um papel de *curador de conteúdos*. O curador de conteúdos “é a pessoa que tem por função analisar o fluxo constante de novos dados disponibilizados na Internet, com o objetivo de recolher, organizar e apresentar a informação mais relevante sobre determinado tópico para uma dada audiência” (ver Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2013-2019), no nosso caso o paciente/cliente/utente. Claro que, no caso do MF, pode e deve recorrer a outras fontes que não exclusivamente a Internet. Hoje não falta informação sobre saúde colocada à disposição de todos. Neste ambiente de poluição comunicacional, a grande dificuldade está em conseguir separar a boa da má informação. Neste contexto, o MF funciona como alguém que no meio do matagal (de informação) colhe as flores nele dispersas para as reunir num ramo que oferece ao paciente de acordo com as suas necessidades.

Depois de disponibilizar a informação, o MF ajuda o cliente a *processar* essa informação, muitas vezes traduzindo para linguagem entendível pelo leigo, adaptada ao seu nível de literacia. Aplica aqui uma espécie de Medicina Translacional de segundo nível: apresenta e trata a informação científica na *ótica do utilizador*. Ajuda a pessoa a *compreender* essa informação facilitando a integração nos esquemas mentais do paciente, respeitando os seus valores, desejos, necessidades e princípios (Oedekoven et al., 2019). Quem é que está em melhores condições para conhecer as crenças, as experiências e os desejos do paciente que o seu MF?

Contudo, não basta ao paciente estar capacitado para usar informação: é preciso saber e ter poder para a usar. Nestas condições, o MF deve não só ajudar a *usar* a informação, mas também a *empoderar* o doente para a usar (capacidade) em prol dos seus melhores interesses. Isto é, o MF, exercendo aqui um papel de *provedor do paciente*, procura criar condições para o paciente fazer escolhas que perceciona como sendo suas. Defende-o, procurando condições para ele exercer o

seu poder ou, mais simplesmente, criar condições para que percecione de que é capaz de fazer escolhas e tomar decisões sobre a sua saúde.

Parece então, por demais evidente, que os MF terão muita responsabilidade pelos níveis de LS da população (Oedekoven et al., 2019).

Claro que não podem ser culpabilizados, em exclusivo, pelos baixos níveis de LS das populações, até porque para ela contribui um vasto leque de profissionais e instituições. *Não têm a culpa, mas têm o problema*, porque o êxito da sua atividade, da sua intervenção, depende dos níveis de LS. Os sujeitos com níveis baixos de LS têm menos tempo de vida, maiores cargas de doença e maiores custos (Antunes & Lopes, 2018; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2014).

Os profissionais de saúde, nos quais incluo o MF, têm verdadeiramente uma função didática para com os seus pacientes. Têm o dever de os ajudar a aprender. Aliás, os centros de saúde devem ser, antes de mais, locais de ensino e aprendizagem. Nesse sentido, a isenção de taxas moderadoras vem fazer jus ao princípio: o ensino deve ser gratuito.

Um dos objetivos de cada MF é: *tornar-se desnecessário para os seus doentes tanto quanto possível*.

É bom que nos lembremos que a palavra “*doutor*”, na sua origem etimológica, representa “*o que ensina*”.

Donald Berwick, fundador do Institute of Healthcare Improvement, considera três eras na evolução dos cuidados de saúde (Berwick, 2016):

- Na primeira, a *paternalista*, os profissionais de saúde são os fiéis detentores do conhecimento científico, seja lá o que isso for. Moisés desceu da montanha imbuído do conhecimento divino para impor a palavra de Deus ao comum dos pagãos. O médico sai da faculdade imbuído do conhecimento científico, para impor o seu conhecimento ao comum dos ignorantes. É uma era de que estamos progressivamente a sair, lentamente e com muita resistência;
- Na segunda era, a da *medição*, em que tudo tem de ser medido e só é válido ou existe se for medido. Não é possível tudo ser medido, não existe. Ora, nem tudo o que se mede interessa e nem tudo o que interessa se mede. Vejamos o exemplo da doente Fátima Silva. Tem o 9º ano de

escolaridade, toma medicação para a sua tensão arterial há 10 anos e, quando questionada sobre os valores de tensão desejados, põe-se a fazer palpites: *12? 9? não é doutor?* Quando temos situações destas, a tendência é para culpabilizar o doente.

No entanto, estúpido não é quem não compreende, mas quem não se sabe explicar. Já é tempo de, em vez de ser o doente a adaptar-se à complexidade dos serviços de saúde, serem os serviços de saúde a adaptarem-se à complexidade do doente (Sorenson, 2018). No entanto, os *indicadores* de desempenho clínicos resumem-se a quantificar o que se faz na consulta ou os parâmetros biológicos, como a tensão arterial (TA), ignorando a capacidade do doente em se responsabilizar pelo controlo da sua hipertensão arterial (HTA). Não quantifica, não avalia o que o doente aprendeu com a interação nem o grau de capacitação que adquiriu com os sucessivos encontros com os serviços de saúde.

Mesmo os incentivos vão no sentido de premiar o registo dos valores de TA, o grau de controlo alcançado, mas não consideram o grau de compreensão do paciente sobre a HTA, o que é que significa para ele ou ela, quais são os efeitos secundários possíveis da medicação que faz, nem sequer o quanto sabe sobre os estilos de vida que contribuem para a manutenção dos valores elevados da TA. Mesmo quando se implementam algumas iniciativas pseudo-filantrópicas, como fazer rastreios (de HTA, diabetes), o objetivo é identificar doentes, não o de capacitar pessoas para melhor defenderem e preservarem a sua saúde.

- A terceira era, a da *partilha de melhores experiências de LS*, que é partilha de poderes e de saberes nas escolhas e decisões relacionadas com a saúde. É a *Medicina Colaborativa*. Na transação em saúde cada um dos intervenientes é visto como um perito, porque o médico é perito na doença e o doente é perito em ter a doença. Num encontro deste tipo, ambos contribuem para uma sociedade de mútuo investimento onde ambos entram com capitais diferentes, mas de valor igual, sendo de esperar que o resultado deste mútuo investimento seja muito maior do que na relação paternalista.

Repito o que já é de mais sabido. Isto é consequência da modificação dos cuidados de saúde e também das condições socioculturais da população. De uma medicina que se dedicava a tratar problemas agudos, em doentes hospitalizados, com longos internamentos, em que o doente era o agente mais passivo de todo o processo, a atitude mais ativa do doente era ser complacente com os tratamentos que eram

decididos, prescritos e administrados unilateralmente pelos profissionais de saúde que inclusivamente decidiam a hora e a via de administração. Ao paciente cabia a obrigação de ser “bom paciente”, não desertar do hospital, desejar e rezar para que o curassem e ter fé em quem o tratava (Berkman et al., 2005).

Mas deste paradigma de cuidados de saúde passámos para uma medicina dirigida a problemas crónicos, com episódios cada vez mais longos, tratados na comunidade, a maioria *ad vitae eternum*, com internamentos cada vez mais curtos, seja para situações agudas seja por agudização das crónicas.

A situação inverteu-se 180°. O doente passa a ser o principal agente terapêutico. Os profissionais de saúde podem desenhar os planos de diagnóstico e de terapêutica, mas já não são eles que administram a terapêutica. Não são eles que decidem a hora de a fazer. Na hora da ação é o paciente que decide e decide sozinho ou, quanto muito, com os entes mais próximos! Ele decide com base naquilo que sabe, no que acredita e no que pode. E aqui, o pode, significa a perceção do que é capaz de fazer. Já não é o médico que decide e determina o que o doente faz. O paciente passou a ser o dono da hora e do sentido da decisão.

Como diz Dave de Bronkart, um sobrevivente de cancro renal metastizado (Oedekoven et al., 2019), o *doente é o recurso mais ignorado dos sistemas de saúde*. No sentido que sendo ele o principal elemento da equipa de saúde, o sistema, na prática, não o reconhece como tal, não o capacita, não o empodera. Ou seja, não o coloca como centralidade da sua intervenção. Não assume a responsabilidade de contribuir para a LS e não reconhece como produto de saúde o aumento de capacitação do doente. Atentem na revolução que esta ideia traz: o doente deixa de ser um consumidor de recursos para ser um recurso de saúde.

Podemos chamar à LS o que quisermos, mas o que é evidente é que a comunicação e as habilidades comunicacionais são vitais para aumentar os níveis de LS.

E, aqui, vinco a importância do curso de Pós-Graduação em Literacia em Saúde, ministrado pelo ISPA-Instituto Universitário.

Os gregos diziam que a medicina se faz de *faca, ervas e palavras*. Mas com o desenvolvimento tecnológico, a medicina reduziu-se à faca e às ervas que sofreram uma evolução indiscutível. Contudo, as “palavras” parece que regrediram. Apesar de a eficiência da “faca” e das “ervas” poder melhorar muito se for bem acompanhada pelas palavras. Por outro lado, as palavras têm efeito terapêutico independentemente da faca ou das ervas. As palavras foram abandonadas apesar de terem sido o primeiro instrumento terapêutico. O próprio São João Evangelista afirma no seu 4º Evangelho: “no princípio era o verbo”. “Verbo”, aqui, é uma tradução literal do grego da palavra *logos* que significa palavra. E, segundo São João Evangelista, Deus fez o Mundo com a palavra. Ao ponto de Deus ser mesmo a palavra.

Ao longo de toda a formação pré-graduada se dedica atenção quase em exclusividade à faca e às ervas, mas a palavra é secundarizada se não mesmo ignorada. Claro que se subentende que se não é falada é porque ela não é assim tão importante. Por muito que a medicina tenha evoluído, a realidade é que continuamos a precisar de uma comunicação efetiva (Berwick, 2016).

*A iliteracia é um estado, não é uma condição. Não se é iletrado em saúde, mas está-se iletrado em saúde.* Não é a faca nem as ervas que contribuem para aumentar a LS. Não há comprimidos para elevar os níveis de LS. Não há bisturi capaz de fazer uma exérese da ignorância. Não há “ignoranciectomias”, nem transplantes de conhecimento. Só a informação disponibilizada num contexto de relação efetiva pode aumentar os conhecimentos e mudar comportamentos. E a relação constrói-se com a palavra.

Para o estabelecimento de relações médico-doente efetivas é imprescindível ter perícias comunicacionais e saber SER, e isso não são atributos inatos, mas antes aprendidos. Aprendidos através de estudo teórico e prático, mas sobretudo de prática refletida. Mas só se pode refletir sobre a prática se houver conhecimento.

Uma crítica frequente a este tipo de cursos, como o da Literacia em Saúde, é que “*são muito teóricos*”. Claro que podem ser vistos como muito teóricos, mas procuram ter sempre um forte componente prático. É verdade que a teoria sem prática é inútil. Mas a prática sem teoria é

estéril, porque não permite a evolução, mas apenas a repetição. Sem teoria, a prática é uma mera repetição ou mimetização do que se viu fazer, é uma espécie de macaquear. O macaco repete o que vê fazer com uma enorme precisão, mas não cria.

Ora, connosco o desejo tão premente de *fazer* leva a perder a noção de que a teoria e a prática refletida devem estar lado a lado. A teoria, o conhecimento, só existe para mudar comportamentos, para mudar a prática. Mas existe aqui um paradoxo, a que chamo *paradoxo da obsolescência do conhecimento*. O conhecimento só existe na medida em que muda comportamentos, mas quando o comportamento muda, torna-se inútil, obsolecente.

Um exemplo disso foi a aprendizagem da anatomia. Vejam o que aconteceu com a anatomia que vocês aprenderam. A maior parte dela já se foi, mas a verdade é que ela foi imprescindível para fazerem as coisas que hoje fazem.

A produção de Literacia em Saúde é uma atividade que não pode ser feita pela Inteligência Artificial (IA), embora ela possa auxiliar; mas a relação profissional de saúde-doente é insubstituível e, mesmo aceitando a ficção de que poderá vir a ser substituída pela IA, ela será a última atividade a ser substituída.

Por mais voltas que se dê, a maior motivação para mudar e para aprender é de ordem afetiva. É o amor que se tem pelo assunto ou o amor que se tem por quem nos relacionamos que nos move. Admito que haja mudanças geradas pelo ódio, mas essas não são duradouras e muito menos saudáveis.

## Referências

- Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenções* (pp. 43-63). Lisboa: Edições ISPA.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2014). Review low health literacy and health outcomes: An updated.

*Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *JAMA*, 315(13), 1329-1330. doi:10.1001/jama.2016.1509

Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora, 2003-2019. Recuperado em: <https://www.infopedia.pt/dicionários/lingua-portuguesa/curador>

Oedekoven, M., Herrmann, W. J., Ernsting, C., Schnitzer, S., Kanzler, M., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2019). Patients' health literacy in relation to the preference for a general practitioner as the source of health information. *BMC Family Practice*, 20(1), 94. doi:10.1186/s12875-019-0975-y

Sørensen, K. (2018). A vision for health literacy in Europe. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenções* (pp. 43-63). Lisboa: Edições ISPA.

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

## Como citar?

Nunes, J. M. (2019). Reflexões de um médico de família a propósito do curso de literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 33-41). Lisboa: Edições ISPA [ebook].