

# As competências dos profissionais de saúde ao serviço do envelhecimento saudável: o uso da técnica *Teach-back* como promotor de literacia em saúde

---

*The competencies of health professionals in the service of healthy aging: the use of the Teach-back technique as a promoter of health literacy*

**Mariana Fonseca**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal

[mmsfonseca.8@gmail.com](mailto:mmsfonseca.8@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

**Data de Submissão:** 27/05/2021

**Data de Aprovação:** 29/07/2021

Todo o conteúdo do **JIM** é licenciado sob Creative Commons, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



## RESUMO:

---

As práticas clínicas têm evoluído de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Neste sentido a investigação em literacia em saúde tem vindo a tornar-se mais robusta devido a esta evolução positiva de avaliar e acompanhar a pessoa como um todo, no centro da relação terapêutica.

Torna-se, porém, necessário continuar a investir numa maior consciencialização dos profissionais de saúde para que invistam no desenvolvimento de técnicas de literacia em saúde. Neste artigo é abordado especificamente o método *Teach-back* no âmbito das práticas clínicas.

Com uma revisão de literatura e a experiência prática da autora através da evidência de aplicação deste método procura-se apresentar a utilidade prática da técnica *Teach-back* aos profissionais e equipas de saúde e compreender os múltiplos fatores (as vantagens) que podem aumentar a adesão dos profissionais de saúde aa técnica *Teach-back* na sua prática clínica diária.

## ABSTRACT:

---

Clinical practices have evolved from a biomedical model to a biopsychosocial model. In this sense, research in health literacy has become more robust due to this positive evolution of evaluating and monitoring the person as a whole, at the center of the therapeutic relationship.

It is, however, necessary to continue to invest in greater awareness of health professionals so that they invest in the development of health literacy techniques. This article specifically addresses the Teach-back method in the context of clinical practices.

With a literature review and the author's practical experience through the evidence of application of this method, we seek to present the practical usefulness of the Teach-back technique to health professionals and teams and understand the multiple factors (the advantages) that can increase adherence of health professionals and the Teach-back technique in their daily clinical practice.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

De acordo com a definição desenvolvida em 2012 pelo *European Health Literacy Consortium* (WHO, 2013), a literacia em saúde está ligada à literacia e capacita as pessoas de conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde, a fim de fazerem julgamentos e tomarem decisões na sua vida quotidiana relativos a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital.

Níveis mais baixos de literacia em saúde relacionam-se com uma pior função física e saúde mental, uma maior probabilidade de reportarem dificuldades em atividades instrumentais do quotidiano e atividades quotidianas, uma maior limitação na atividade devido a uma saúde física debilitada, menos realizações devido à frágil saúde física e um maior número de relatos de dor que interfere com a atividade quotidiana (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

O envelhecimento da população continuará a afetar vários sectores da sociedade: sector do mercado de trabalho e financeiro (bens e serviços), da educação, da habitação, da saúde, da proteção social, do transporte, da informação e comunicação, bem como, das estruturas familiares e sociais (World Health Organization, 2020). A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group*, 2011).

A fisioterapia, os exercícios físicos ao longo do ciclo de vida acompanhados de competências técnicas e comunicacionais e relacionais do fisioterapeuta incrementa o estado e os resultados de saúde das pessoas. Será abordada especificamente a técnica Teach-back como técnica promotora de literacia em saúde, que prova ser eficaz em todas as fases do ciclo de vida.

Anderson et al., (2020) referem que este método é “uma definição operacional padronizada, que transforma a técnica num conjunto de habilidades que são fáceis de aprender, verificáveis em prática e, potencialmente, mensurável em pesquisa” (p. e94).

As práticas clínicas têm evoluído de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial (Engel, 1981). Neste sentido a investigação em literacia em saúde tem vindo a tornar-se mais robusta devido a esta evolução positiva de avaliar e acompanhar a pessoa como um todo, no centro da relação terapêutica (Vaz de Almeida, 2021)

Torna-se, porém, necessário continuar a investir numa maior consciencialização dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de técnicas de literacia em saúde. Neste artigo é abordado especificamente a técnica “*Teach-back*” no âmbito das práticas clínicas.

Com uma revisão de literatura e a experiência prática da autora através da evidência de aplicação deste método procura-se apresentar a utilidade prática da técnica “*Teach-back*” aos profissionais e equipas de saúde e compreender os múltiplos fatores (as vantagens) que podem aumentar a adesão dos profissionais de saúde a técnica “*Teach-back*” na sua prática clínica diária.

A revisão de literatura vai debruçar-se sobre esta técnica de literacia em saúde que permite a melhoria da relação e da compreensão do destinatário, ao longo do ciclo de vida, com resultados na adesão às instruções de saúde, e por isso com consequências positivas a um envelhecimento progressivo mais saudável na linha da vida do indivíduo.

Como sugere Lorig (2012), “se um serviço deve ser centrado no paciente, tanto o sistema de saúde quanto o paciente devem estar envolvidos na determinação do que isso significa. Cada um tem sua própria visão de significado, e o cuidado centrado no paciente nunca será alcançado se os pacientes não fizerem parte da solução” (p. 524). Assim, será que os profissionais de saúde serão os principais guias deste caminho feito a dois?

### ***A literacia em saúde como um conceito-chave***

Face aos desafios de evidência crescente das populações estarem a envelhecer, e é nos mais idosos que encontramos maiores níveis de baixa literacia em saúde, urge refletir sobre o investimento académico, social, organizacional e de políticas sociais que prevejam um reforço de investimento na área do social, em particular no âmbito das organizações sociais (Vaz De Almeida, 2020b).

As medidas iniciais de literacia em saúde focaram-se na capacidade do paciente de ler e compreender as informações de saúde (Dumenci, Matsuyama, Kuhn, Perera, & Siminoff, 2013; Parker, Baker, Willia, & Nurss, 1995). Este conceito restrito foi sendo ampliado em definições multidimensionais que incluem, por exemplo, níveis taxonómicos, navegação nos sistemas de saúde e interação social (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013) (Sørensen et al., 2012) (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008). Exemplos de instrumentos multidimensionais para medir a literacia em saúde incluem o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) e o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ).

O termo “literacia em saúde” cresceu em popularidade nas últimas décadas. Embora seja amplamente usada em contextos de saúde nacionais e globais, a literacia em saúde continua a significar coisas diferentes para pessoas diferentes (Don Nutbeam, 2008) (Peerson & Saunders, 2009) (Berkman, Davis, & McCormack, 2010) (Sørensen et al., 2012). A literacia em saúde é um conceito chave, um constructo dinâmico (Vaz de Almeida, 2018) e os profissionais de saúde “o lado mais forte da balança” (Vaz de Almeida, 2018, p. 36)

Assim, a literacia em saúde deverá ser a intersecção entre as competências e capacidades em saúde e as necessidades e complexidade do sistema que a engloba. Através da educação, devemos agregar o esforço diário para melhorar as habilidades e capacidade de todos, para intervir e melhorar a navegabilidade e a compreensibilidade da saúde pública e dos sistemas de saúde (Parker & Ratzan, 2010). A Figura 1 indica que a falta de habilidades e capacidade dos indivíduos pode desacelerar à medida que se aproximam das necessidades (pois muitos são os que não entendem o que podem e precisam fazer pela sua condição de saúde). Mas, há uma enorme complexidade das informações e tarefas de saúde (lado direito) poderá impedir que muitos sejam capazes de alcançar a “saúde ideal”. Então, é notório que se encontrem intervenções que simplifiquem e melhorem esta complexidade de transmitir informação sobre os sistemas em saúde perante as necessidades impostas (Parker & Ratzan, 2010).

De acordo com a Figura 1, verificamos que a literacia em saúde será a intersecção entre as competências e capacidades em saúde e as necessidades e complexidade do sistema que a engloba

**Figura 1.** Literacia em saúde: a intersecção entre as competências e capacidades em saúde e as necessidades e complexidade do sistema.



**Fonte:** Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010).

# Técnicas de literacia em saúde que incrementam a compreensão e melhores resultados em saúde

## Técnica *Teach-back*

A técnica *teach-back* é um método valioso para interagir com cada paciente, para melhorar a compreensão e adesão do paciente ao tratamento, para diminuir retornos de chamadas e compromissos cancelados e para melhorar a satisfação e os resultados do paciente (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020).

O *Teach-back* é uma técnica de comunicação que pode ajudar os pacientes a lembrar e entender as informações importantes relativamente ao seu diagnóstico ou tratamento. A técnica de “reensinar” ou “ensinar de volta” envolve um pedido. O profissional de saúde deve pedir ao paciente que lembre, explique ou demonstre qual a informação importante que reteve após as informações discutidas durante a consulta.

### **Porque devemos utilizar o *Teach-back*?**

Os profissionais de saúde devem promover o *Teach-back* tanto a nível individual, como na partilha em equipa, garantindo assim alguma comunicação que possa ser mal interpretada e levar a riscos com os pacientes. Outras profissões que integram equipas em saúde, como assistentes sociais, administrativas, consultoria, etc., também devem estar familiarizadas com a técnica. Por exemplo, o responsável que faz o agendamento de consultas pode ajudar a garantir que os pacientes compreendem as orientações finais do processo como: 1) o que é exigido deles na próxima visita; 2) a necessidade de trazer para a consulta o exame de diagnóstico; 3) a necessidade de marcação precisa da hora da consulta com alguma antecipação de presença; 4), a documentação; 5) o reforço da atenção à prescrição, e toma de medicamentos, jejum ou 6) outros detalhes (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020).

**Figura 2.** Os temas de investimento do *teach-back*



**Fonte:** Elaboração própria

A comunicação em saúde é considerada um aspeto fundamental da prestação de cuidados, pois as relações terapêuticas são intrinsecamente relações pessoais que produzem resultados em saúde (Vaz De Almeida, 2019; 2019). Contudo, os pacientes relembram menos de metade daquilo que se tentou explicar, dando maior possibilidade a ruído na transmissão de informação, particularmente ao aparecimento de erros sobre os próximos passos a serem dados na intervenção seguinte (Kripalani & Weiss, 2016). Haverá solução?

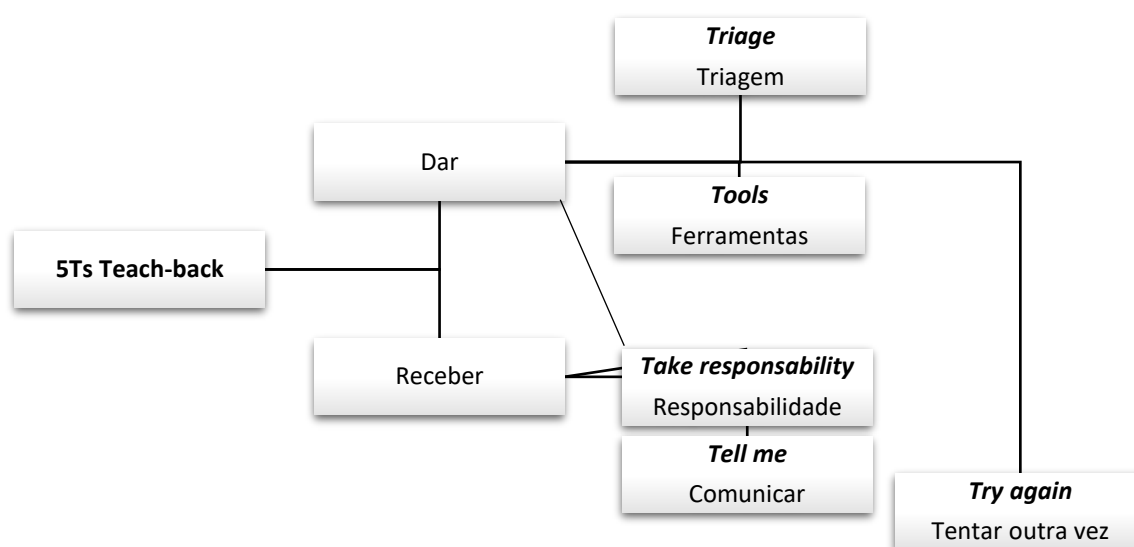
### **O *Teach-back* como um método eficaz**

De modo geral, o uso do *Teach-back* conseguiu ajudar na partilha de conhecimento sobre a condição de saúde específica, adesão ao tratamento, autoeficácia e uso adequado de material (Ha Dinh, Bonner, Clark, Ramsbotham, & Hines, 2016) .

O *Teach-back* é associado a um aumento da memória e compreensão da informação em saúde, a uma redução da readmissão hospitalar e a uma diminuição do tempo de internação quando a readmissão foi necessária (Griffey et al., 2015).

Numa revisão de literatura, o estudo de Anderson, Leister, e De Rego 2020 avaliaram que outros investigadores não costumam publicar as suas definições operacionais da técnica *Teach-back*. Neste sentido os “5Ts” podem ser úteis em pesquisas futuras para determinar o efeito sobre os resultados do paciente perante um programa padronizado de treino implementado. Podemos utilizar uma mnemónica para nos lembrarmos dos 5Ts que o constituem (Figura 3).

**Figura 3** *Teach-back* como método recíproco (“dar” e “receber”).



**Fonte:** Anderson, K. M., Leister, S., & De Rego, R. (2020).

As atividades de *role-play* entre alunos geralmente consistem na dramatização e na rotatividade de diferentes papéis (paciente, profissional de saúde profissional ou observador), para que cada participante tenha a oportunidade de *feedback* formativo imediato sobre as diferentes funções (Rosenthal, Werner, & Dubin, 2004).

Um estudo desenvolveu um *workshop* para médicos internos, que incluiu sessões de grupos pequenos para praticar habilidades de comunicação com baixo nível de literacia em saúde, como evitar jargão médico, suscitando questões centradas no paciente e usando o *Teach-back* para confirmar a compreensão do paciente (Kripalani & Weiss, 2006).

Sendo um método que verifica se as informações foram comunicadas com clareza entre profissionais de saúde e paciente, podemos considera-lo como uma autoavaliação da pessoa que dá as informações, e não para quem as recebe, sendo uma das possíveis formas de ajudar o outro

no acesso, no uso, na compreensão e aplicação de informações em saúde (Brega et al., 2015) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020) – Quadro 1.

**Quadro 1.** Pontos-chave sobre a técnica *Teach-back*:

- A responsabilidade de transmitir a mensagem de forma clara é de quem dá a informação em saúde;
- *Teach-back* deve ser usado frequentemente durante uma conversa, onde exista mais do que uma mensagem importante ou instrução a dar;
- A informação deve ser dada em pequenas quantidades e, em seguida, verificar se foi transmitida de forma clara – aplicação prática do *Teach-back*.

**Fonte:** Agency for Healthcare Research and Quality, (2020).

## **A recolha de informações essenciais durante o exame subjetivo do paciente**

De acordo com Silverman, Kurtz, & Draper (2016), ao recolher informações durante o exame subjetivo, o profissional de saúde irá muito além de apenas extrair informações sobre alguém de forma passiva. O processo comunicativo deverá envolver os passos descritos na Quadro 2.

**Quadro 2.** Competências biopsicossociais do profissional de saúde:

- Explorar as necessidades do paciente (modelo biopsicossocial);
- Garantir que as informações recolhidas são precisas, completas e mutuamente compreendidas (objetivo comum);
- Garantir que os pacientes se sintam ouvidos, que suas crenças e opiniões sejam bem-vindas e valorizadas (validação ou confirmação);
- Desenvolver um ambiente de apoio e um relacionamento colaborativo;
- Estruturar um diálogo que garanta a recolha eficiente de informações que permitam que o paciente entenda e se envolva abertamente, compreendendo o “como” e o “porquê” da entrevista.

**Fonte:** Silverman, Kurtz, & Draper, (2016).

## **Problemas de comunicação**

### **Os pacientes entendem a linguagem que os profissionais de saúde usam?**

Muitos estudos têm mostrado que os profissionais de saúde não usam apenas uma linguagem que os pacientes entendam (Silverman et al., 2016), por exemplo no quadro 3.

**Quadro 3.** Práticas habituais de jargão técnico não explicado

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Descreveram o uso de jargões por médicos com pacientes com diabetes com conhecimento limitado sobre saúde nos Estados Unidos e concluiu que os médicos desses pacientes empregavam jargão não esclarecido durante as principais funções clínicas como fornecer recomendações.                              | Castro et al. (2007)      |
| Em um estudo com reumatologistas nos Estados Unidos, mostrou que os médicos não explicaram, ou usaram como parte de uma explicação, 79% de as palavras médicas que eles introduziram, e que os pacientes raramente responderam de forma maneira que indicaria se eles interpretaram ou não aqueles termos. | Koch-Weser et al. (2009), |
| No Reino Unido, investigou a compreensão dos pacientes sobre ortopedia termos e descobriu baixos níveis de compreensão dos comumente usados termos em clínicas ortopédicas   | Bagley et al. (2011),     |

**Fonte:** Elaboração própria baseado nos autores citados.

### **Os pacientes lembram e entendem as informações que lhes damos?**

Entre 40-80% das informações médicas fornecidas por profissionais de saúde são esquecidas (Shankar, 2003).

O baixo nível de literacia em saúde contribui para possíveis falhas de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde (Belim & Almeida, 2018), os pacientes podem ter menos familiaridade com conceitos médicos e vocabulário clínico, fazendo menos perguntas, tornam-se passivos perante o plano estruturado para a sua condição específica de saúde (Vaz De Almeida, 2020a). Os pacientes também podem esconder a sua compreensão limitada através da vergonha ou constrangimento. Os profissionais de saúde geralmente superestimam os níveis de literacia dos pacientes. Claramente, em todas as consultas, há uma necessidade de adaptar as informações fornecidas a cada paciente individual e descobrir ativamente o que será útil para cada paciente (Silverman et al., 2016).

Ao encorajar os pacientes a comunicarem sobre as suas próprias razões para a mudança de comportamento, os profissionais de saúde têm um caminho para fortalecer e obter o compromisso com a mudança (McKenzie, Pierce, & Gunn, 2018).

Em diversos relatórios sobre literacia em saúde, instituições como a *American Medical Association (AMA) Ad Hoc Committee for the Council on Scientific Affairs, National Work Group on Literacy and Health* e *Institute of Medicine* pediram maiores esforços para educar médicos e outros profissionais de saúde sobre questões relacionadas à literacia em saúde, incluindo técnicas para se comunicar com mais clareza (Kripalani & Weiss, 2006).

Considerando os muitos caminhos pelas quais a literacia em saúde influencia quer a prestação de cuidados ao paciente quer os resultados em saúde, é surpreendente como raramente a literacia em saúde é discutida como parte da avaliação e do plano de intervenção (Powell & Kripalani, 2005). Assim, os educadores clínicos/em saúde devem aproveitar ao máximo as inúmeras oportunidades de executar esta tarefa ao trabalhar com estudantes (Kripalani & Weiss, 2006).

Ajudar pessoas a desenvolver confiança para agir com base no conhecimento e na capacidade de trabalhar e apoiar outras, será alcançado através de meios interpessoais de comunicação e de divulgação educacional, pensando em comunidade - tentar promover uma maior independência e empoderamento entre os indivíduos e comunidades com as quais trabalhamos (Nutbeam, 2000).

A literacia em saúde poderá aumentar a participação em programas de saúde da população, para melhorar o empoderamento da comunidade e a capacidade geral de influenciar a própria saúde e a saúde de outros, bem como normas sociais mais abrangentes – através de benefícios sociais e de comunicação (Bröder et al., 2017).

## ***O paciente em fisioterapia***

### ***A resposta comportamental do paciente aos seus sintomas***

Os fisioterapeutas são profissionais de saúde capazes de aconselhar os pacientes a incluir movimento no seu dia-a-dia, para gestão da sua condição aguda ou crónica, para gerir a sua dor ou desconforto. Colocar o paciente no centro do processo pode fortalecer a perspetiva biopsicossocial ao aprimorar a relação terapêutica por melhor empatia, atenção e comunicação (Dwamena et al, 2012).

Mesmo que o paciente seja o mais importante, os fisioterapeutas são responsáveis por colocar o “paciente no centro”, através da sua conduta profissional (atributos pessoais, conhecimentos e capacidades) (Wijma et al., 2017).

A dor musculoesquelética (ME) é a maior causa de deficiência internacional (Vos et al., 2017) e uma grande responsabilidade para a sociedade (Lin et al., 2020). É uma condição multifatorial pois envolve interações complexas entre estruturas físicas, psicológicas, sociais, de estilo de vida e comorbilidades (Caneiro, Bunzli, & O’Sullivan, 2021). Requerem uma gestão a longo prazo e aumentam a pressão sobre os serviços de saúde (Sam, Sharma, Corp, Igwesi-Chidobe, & Babatunde, 2020). Para tentar compreender a resposta comportamental de um paciente à dor ME devemos avaliar (Quadro 4).

**Quadro 4.** Descrição dos pontos-chave na entrevista motivacional para avaliação em fisioterapia:

- Estratégias à gestão da dor;
- Medo em realizar atividades físicas, sociais, de trabalho, outras;
- Identificação de posturas, movimentos e atividades que são temidas, protegidas, evitadas ou que provocam a dor;
- Comportamentos de estilo de vida, como padrões de sono e níveis de atividade física, ou barreiras para adotar um estilo de vida mais saudável;
- Metas e expectativas.

**Fonte:** (Caneiro et al., 2021)

Por outro lado, pensando no envelhecimento da população mundial, muitas são as intervenções de prevenção de quedas que comprovaram um efeito sobre os fatores de risco intrínsecos de queda (Clemson et al., 2019). Contudo, esses programas não são suficientemente implementados na prática clínica (Lord, Sherrington, Cameron, & Close, 2011) por falta de pessoas qualificadas, por comunicação inadequada entre pesquisadores, formuladores de políticas e médicos e por barreiras do sistema de saúde, como a falta de recursos financeiros (Gschwind, Wolf, Bridenbaugh, & Kressig, 2011).

Aconselhamento tradicional e intervenções baseadas na educação por si só não são suficientemente eficazes para aumentar a adesão a modificações de estilo de vida baseadas em evidências (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005). Abordar o problema do paciente durante a consulta requer uma abordagem inovadora, com intervenções individuais que promovam a mudança contínua do comportamento de saúde com o objetivo de reduzir o

risco de doenças crónicas e melhorar o desenvolvimento da gestão da condição de saúde (Fortune, Breckon, Norris, Eva, & Frater, 2019).

## CONCLUSÃO E PASSOS FUTUROS

---

As adoções de estratégias ao combate da dor crónica deverão ser dadas, também, por fisioterapeutas, fortes intervenientes nas áreas da saúde, bem-estar e promotores de uma melhor literacia em saúde, e por isso, contribuindo para um melhor acesso, compreensão e uso da informação em saúde e de decisões acertadas.

A fisioterapia utiliza o movimento como ferramenta de trabalho e como estratégia para a mudança comportamental, assim como, deve utilizar a comunicação. No domínio da saúde (e eventualmente em outros), quando não compreendemos a informação, quando não conseguimos aceder, ou quando não sabemos usar essa informação, é como se estivessemos de “costas voltadas” para as questões complexas da vida (Vaz De Almeida, 2019).

A qualidade de vida deve ser trabalhada no agora – para que num futuro próximo a população tenha um envelhecimento saudável – e que haja um maior combate à cronificação de condições de saúde. E, para que se consigamos envelhecer num lugar mais sustentável, grande parte da ação resultante dos serviços de saúde deve ser mais próxima possível da população, apostando na prestação de cuidados baseados na comunidade (Com, 2017)

A escolha de um estilo de vida mais saudável será o lema de um programa desenvolvido por uma equipa de fisioterapeutas em Portugal sob o lema: “Movimento gera comportamento”. Prontos para mudar?

A validação das ferramentas como o teach-back em ambiente de clínica e de tratamento, tal como o processo de fisioterapia, permitirá, além do seu uso efetivo, o seu desenvolvimento teórico. O treino da equipa nestas ferramentas de literacia em saúde como o teach-back e outras (Vaz de Almeida & Moraes, 2020) maximizará o potencial para melhores pontuações de satisfação do paciente, menores taxas de readmissão e melhores resultados para o paciente (Coleman, 2011).

## BIBLIOGRAFIA

---

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). Health literacy universal precautions toolkit: Using the teach-back method. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 18–20. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/literacy>.
- Anderson, K. M., Leister, S., & De Rego, R. (2020). The 5Ts for Teach Back: An Operational Definition for Teach-Back Training. *Health Literacy Research and Practice*, 4(2), e94–e103. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200318-01>
- Belim, C., & Almeida, C. V. De. (2018). Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 03(03), 0–13. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100141>
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(SUPPL. 2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C., ... West, D. R. (2015). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. *Annals of Internal Medicine*, 345–350.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Caneiro, J. P., Bunzli, S., & O'Sullivan, P. (2021). Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.06.003>
- Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sherrington, C., & Lamb, S. E. (2019). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258>
- Com, I. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.
- Dumenci, L., Matsuyama, R. K., Kuhn, L., Perera, R. A., & Siminoff, L. A. (2013). On the Validity of the Shortened Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Communication Methods and Measures*, 7(2), 134–143. <https://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839>
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-123.

- Fortune, J., Breckon, J., Norris, M., Eva, G., & Frater, T. (2019). Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 694–700. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.014>
- Griffey, R. T., Shin, N., Jones, S., Aginam, N., Gross, M., Kinsella, Y., ... Kaphingst, K. A. (2015). The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 10–21. <https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000001>
- Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A., & Kressig, R. W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Medical Weekly*, 141(NOVEMBER), 1–10. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13305>
- Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. <https://doi.org/10.2337/dc07>
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (n.d.). Teaching About Health Literacy and Clear Communication. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x>
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 888–890. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., ... O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Lord, S. R., Sherrington, C., Cameron, I. D., & Close, J. C. T. (2011). Implementing falls prevention research into policy and practice in Australia: Past, present and future. *Journal of Safety Research*, 42(6), 517–520. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.11.008>
- McKenzie, K. J., Pierce, D., & Gunn, J. M. (2018). Guiding patients through complexity Motivational interviewing for patients with multimorbidity. *Australian Journal of General Practice*, 47(1–2), 8–13. <https://doi.org/10.31128/AFP-08-17-4325>

- Moraes, K. (2020). 50 TÉCNICAS DE LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA. UM GUIA PARA A SAÚDE. Aquisição do livro em : [www.morebooks.de](http://www.morebooks.de) ISBN : 978-620-2-55882-2 - campo da pesquisa . A partir do dia 01.08.2020 o livro poderá ser encontrado nos catálogos da, 0(July).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, Don. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(SUPPL. 2), 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Powell, C. K., & Kripalani, S. (2005). Brief Report: Resident recognition of low literacy as a risk factor in hospital readmission. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1042–1044. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0220.x>
- Rosenthal, M. S., Werner, M. J., & Dubin, N. H. (2004). The effect of a literacy training program on family medicine residents. *Family Medicine*, 36(8), 582–587.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Sam, S., Sharma, R., Corp, N., Igwesi-Chidobe, C., & Babatunde, O. O. (2020). Shared decision making in musculoskeletal pain consultations in low- And middle-income countries: A systematic review. *International Health*, 12(5), 455–471. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz077>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 2(Spe. 2), 33–38. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006>
- Shankar, J. (2003). Patients' memory for medical information [3]. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(10), 520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.10.520>

- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Skills for Communicating with Patients. Skills for Communicating with Patients*. <https://doi.org/10.1201/9781910227268>
- 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(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Vaz De Almeida, C. (2019). De costas voltadas? Como a comunicação e a literacia em saúde nos põem frente-a-frente. Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia da Saúde na Pr>
- Vaz De Almeida, C. (2020a). Changing health behaviors: how to reach the patient-system by being “etic.”
- Vaz De Almeida, C. (2020b). Investing in literate organizations beyond health: a path to health literacy.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abate, K. H., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., ... Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11), 825–840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing. *World Health Organization*, 1–24. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing%0Ahttps://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/connection-series%0Ahttps://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>