



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Filipa Loureiro Soares

A LITERACIA EM SAÚDE E ESTRATÉGIAS
DE COPING COM A MORTE DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados
Continuados e Paliativos, orientada pelo Professor Doutor Manuel
Teixeira Marques Veríssimo e apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Junho de 2023

Resumo

Introdução: A literacia para a saúde mobiliza o conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com o propósito de tomar decisões em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, no sentido de manter ou melhorar a qualidade de vida, ao longo do tempo.

Objetivos: Avaliar a literacia para a saúde dos profissionais de saúde que exercem a sua profissão em ERPI's e/ou IPSS's, nos seus três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e avaliar as estratégias de coping com a morte desses mesmos profissionais, percebendo de que maneira as duas se encontram interligadas.

Metodologia: A dissertação de mestrado realizada tem por base um estudo observacional transversal e analítico, realizado através da aplicação de um questionário e uma escala aos profissionais de saúde. A amostra inclui profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica. Foram aplicados os Questionário Europeu de Literacia em Saúde e Escala de Coping com a Morte, em formato presencial (papel) e digital.

Resultados/Discussão: O nível de Literacia em Saúde dos profissionais inquiridos encontra-se no nível problemático (30,19), no entanto, de uma maneira geral, as Estratégias de coping com a morte apresentam-se eficazes (130,84). O nível de Literacia em Saúde está diretamente relacionado com a presença e eficácia das Estratégias de Coping com a morte pelos profissionais de saúde do estudo, sendo que maiores níveis de literacia são diretamente proporcionais a melhores estratégias de coping com a morte, com o próprio e com os outros. Relativamente à literacia em saúde, apresentam melhores níveis os profissionais abaixo dos 30 anos, masculinos, enfermeiros e fora do distrito de Viseu. No que concerne às estratégias de coping, estão presentes com maior eficácia em profissionais enfermeiros, entre os 41 e 50 anos, masculinos e fora do distrito de Viseu.

Conclusões: Profissionais de saúde preparados e literados são a base fundamental para a correta gestão dos recursos de saúde, capacitação da população e aumento da literacia em saúde generalizada.

Palavras-chave: conhecimento; saúde; morte; adaptação psicológica; pessoal de saúde; lares para grupos.

Abstract

Introduction: Health literacy expands the knowledge, motivation and the skills to access, understand, evaluate and apply clinical information with the purpose of making decisions in terms of health promotion and disease prevention, in order to maintain or to improve quality of life, over time.

Objectives: To assess healthcare professionals health literacy working in ERPI's (Elderly residential houses) and/or IPSS's (Social Solidarity Private institution) in their three domains: nursing care, disease prevention and health promotion, and to assess strategies to cope with the death of the healthcare professionals aforementioned understanding the way these two are connected.

Methodology: The master's dissertation is based on a cross-sectional and analytical observational study, carried out through the application of a questionnaire and a scale to the healthcare professionals. The sample includes healthcare professionals working in IPSS's and ERPI's, mainly nurses, doctors and healthcare assistants. The European Health Literacy Questionnaire and Death Scale were applied, both face-to-face (paper) and digital format.

Results/Discussion: The health literacy level of the surveyed professionals is at the problematic level (30,19). However, overall, the strategies for coping with death are effective (130,84). The Health Literacy level is directly related to the presence and effectiveness of Death Coping Strategies by the healthcare professionals in the study, with higher literacy levels being directly proportional to better coping strategies with death, with himself and with the others. Regarding health literacy, professionals under 30 years old, males, nurses and those outside the district of Viseu have the best levels. In relation to coping strategies, they are more efficiently present in male nurses aged 41-50 and outside the district of Viseu.

Conclusions: Prepared and knowledgeable healthcare professionals are the fundamental basis for the correct management of health resources, the empowerment of the population and the increase of general health literacy.

Keywords: knowledge; health; death; psychological adaptation; health personnel; group home.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel Veríssimo por aceitar orientar e guiar este meu processo de crescimento profissional e individual. Obrigada pelo tempo despendido, compreensão e ensinamentos ao longo desta caminhada.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por me ter permitido realizar este percurso académico e pessoal.

Às autoras dos instrumentos utilizados por mim neste estudo, que me cederam os instrumentos autorização para a utilização dos mesmos.

Às instituições que me abriram as portas para poder aplicar os questionários e aos profissionais que se disponibilizaram para responder aos mesmos, permitindo que este trabalho de investigação fosse possível.

À minha família, pais, namorado e amigos que me apoiaram nesta aventura.

À minha colega e amiga Luísa, por me ter acompanhado neste percurso académico, por ter sido um apoio nos momentos mais complicados, por me ter motivado ao longo dos dois anos e agradecer pelos bons momentos que passámos em Coimbra.

Abreviaturas /siglas /acrónimos

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ECCL – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECM – Escala de Coping com a Morte

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte aos Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos

ERPI's – Estruturas Residenciais Para Idosos

HLS-EU-PT – *Health Literacy Survey European*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS's – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

MTSSS – Ministério do Trabalho e Solidariedade e Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSFL – Organizações sem fins lucrativos

QELS – Questionário Europeu de Literacia em Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Recuperação

Índice

Resumo	2
Abstract	4
Agradecimentos	6
Abreviaturas /siglas /acrónimos	7
Índice	8
Índice de Tabelas	10
Anexos	11
Introdução	12
Definição do problema	15
Enquadramento teórico	17
Metodologia de investigação	33
Objetivos do estudo	33
Instrumentos Utilizados	33
Itens da Literacia em Saúde	35
Itens das Estratégias de Coping com a Morte	37
População/Amostra	38
Recolha de dados	39
Hipóteses/Questões	39
Tratamento de dados	39
Resultados	41
Caracterização sociodemográfica	41
Questão 1 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e as Estratégias de Coping?	43

Questão 2 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, profissão e distrito) e a Literacia em saúde?	45
Questão 3 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros e com a morte) e a Literacia em saúde?	46
Questão 4 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) e as Estratégias de Coping com a Morte?	47
Discussão de Resultados	55
Conclusões.....	61
Referências Bibliográficas.....	63
Anexos	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Alpha de Cronbach para os 47 itens da escala de Literacia em Saúde	35
Tabela 2 - Alpha de Cronbach para os 30 itens da escala de estratégias de Coping na Morte	37
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos inquiridos em função da profissão	41
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos em função da profissão ...	42
Tabela 5 - Estatísticas relativas à Literacia em saúde dos inquiridos	42
Tabela 6 - Estatísticas relativas às Estratégias de coping com a Morte, com os o próprio e com os outros dos inquiridos	43
Tabela 7 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com as Estratégias de Coping	44
Tabela 8 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a Literacia em Saúde	46
Tabela 9 - Correlações de Spearman relacionando as Estratégias de Coping com a Literacia em Saúde	46
Tabela 10 - Correlações de Spearman relacionando as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) com as Estratégias de Coping com a Morte.....	47
Tabela 11 - Literacia em Saúde: domínio dos cuidados de saúde	48
Tabela 12 - Literacia em Saúde: domínio da prevenção da doença.....	50
Tabela 13 - Literacia em Saúde: domínio da promoção da saúde	52

Anexos

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Anexo II – Autorização das autoras do instrumento de colheita “Questionário Europeu de Literacia em Saúde”

Anexo III – Autorização das autoras do instrumento de colheita “Escala de Coping com a Morte”

Anexo IV – Instrumento de colheita: Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Anexo V – Instrumento de colheita: Escala de Coping com a morte

Anexo VI – Consentimento Informado

Anexo VII – Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*

Anexo VIII – Histograma das variáveis dependentes com curva de normalidade

Introdução

A população portuguesa apresenta-se como envelhecida; cerca de 24% da população tem idade igual ou superior a 65 anos ¹. Num artigo escrito em 2021 pelo Dr. Manuel Lopes, a população portuguesa ganhou 20 anos, nos últimos 60. No entanto, apenas cerca de 8 anos desses 20 são vividos com saúde, e é importante ter em conta que os nossos idosos sofrem de multimorbilidade, assim há um acréscimo de dependência funcional dos doentes. As respostas dos cuidados de saúde em Portugal estão organizadas para responder a doença aguda e a RNCCI tem resposta inferior à procura efetiva, não se adequando à realidade vivida por um país envelhecido como o nosso ².

Os profissionais que trabalham em cuidados continuados e/ou paliativos e que apresentam baixa literacia quer em cuidados continuados e paliativos, quer em saúde em geral, com fraca formação profissional, tendem a vivenciar as situações de doença grave, avançada, em fim de vida de uma forma mais dramática e com maior receio.

Deste modo, doentes que se poderão apresentar confortáveis na fase final de vida, mas que apresentam sinais e sintomas de terminalidade, são enviados para os SU. São apontadas várias razões, como a dificuldade de lidar com processo de morte iminente, dificuldade de comunicação com familiares, receio de não conseguir controlar sintomas, necessidade de esconder a morte dos outros. Para além de uma abordagem geriátrica genérica, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do reforço dos cuidados paliativos, colocando o conforto como o principal objetivo, privilegiando a qualidade de vida mais do que o tempo.

Embora a abordagem paliativa já seja praticada em algumas instituições para pessoas idosas, existe espaço de melhoria, com necessidade de trabalhar articuladamente com os recursos das áreas da saúde e social. Assim, a compreensão da literacia em saúde dos profissionais e como os mesmos se relacionam com o processo de morte é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes institucionalizados.

Este documento trata-se de um estudo académico, a dissertação de mestrado apresentada assenta no estudo da literacia em saúde dos profissionais de saúde que

exercem a sua profissão em instituições particulares de solidariedade social de apoio a idosos e/ou estruturas residenciais para pessoas idosas, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta. Esta dissertação tem por base um estudo observacional transversal e analítico, realizado através da aplicação de um questionário e uma escala aos profissionais de saúde. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Europeu de Literacia em Saúde e Escala de Coping com a Morte, devidamente traduzidos e validados para português.

Por todos estes problemas supracitados, surgiu a questão principal deste estudo: a avaliação da literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e/ou ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta, e estudar as estratégias de Coping com a morte desses mesmos profissionais. Para isso, foram aplicados o Questionário Europeu de Literacia em Saúde e a Escala de Coping com a Morte, devidamente validados e traduzidos para português. Foram também delineados os objetivos específicos: avaliar qual o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde que trabalham em ERPI 's e IPSS 's; avaliar as estratégias de Coping com a morte pelos mesmos; relacionar a literacia em saúde dos profissionais com a forma como lidam com a morte; comparar o nível de literacia em saúde e a superação das dificuldades lidando adequadamente com a situação de morte. Como critérios de inclusão da amostragem foram incluídos: profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e/ou ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta.

A recolha da dados foi realizada de forma presencial, aplicando os instrumentos em papel, em 6 instituições do concelho de Viseu. Foi também aplicado através de formulário online, no *GoogleForms*, divulgado em grupos de profissionais, por todo o país.

Foi realizada a recolha dos dados e para o tratamento dos mesmos foi gerada uma base de dados trabalhada no programa SPSS (versão 28).

Foram formuladas questões de investigação para dar resposta ao estudo, sendo elas:

- Questão 1 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e as Estratégias de Coping?

- Questão 2 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e a Literacia em saúde?
- Questão 3 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros e com a morte) e a Literacia em saúde?
- Questão 4 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) e as Estratégias de Coping com a Morte?

Relativamente à estrutura do trabalho apresentado, o mesmo encontra-se dividido em 5 capítulos.

O primeiro capítulo é a Introdução, onde é realizada uma breve abordagem ao tema, definidos os objetivos do trabalho e descrita a estrutura do estudo.

No segundo capítulo é apresentada a definição do problema, com auxílio a revisão bibliográfica.

No terceiro capítulo é realizado o enquadramento teórico, contextualizando o tema abordado do presente estudo.

No quarto capítulo descreve-se a metodologia da investigação: o tipo de estudo, objetivos do estudo, bem como a descrição das questões, os instrumentos de colheita de dados, a população/amostra, os procedimentos da recolha e o tratamento e análise dos dados.

No quinto capítulo, apresentam-se os resultados obtidos, em texto e com recurso a tabelas.

No sexto capítulo é realizada a discussão dos resultados, comparando com estudos anteriores e apresentando as limitações da presente investigação.

Por último, a Conclusão, onde se conclui os resultados e o conhecimento obtido mais relevante decorrente da realização desta dissertação. Propõe-se também alguns estudos de investigação futuros relevantes para o tema.

A bibliografia foi realizada com base na norma APA, através do sistema *Mendeley*

Definição do problema

Nos dias que correm, as famílias tendo a maior parte dos seus membros a trabalhar fora de casa não apresentam disponibilidade para cuidar dos familiares em fase final de vida, que era habitual em tempos remotos. Lidar proximamente com a morte torna-se uma tarefa difícil e desafiadora para os cuidadores informais. Acreditam as famílias que numa fase final de vida morrer institucionalizado significa morrer com menor sofrimento e menor impacto teria na vida familiar. Assim, progressivamente, as instituições assumiram-se como local adequado e apropriado para uma melhor morte, colocando os profissionais como os maiores responsáveis por este processo^{3 4}.

Os profissionais que trabalham em cuidados continuados e/ou paliativos e que apresentam baixa literacia quer em cuidados continuados e paliativos, quer em saúde em geral, com fraca formação profissional, tendem a vivenciar as situações de doença grave, avançada e em fim de vida de uma forma mais dramática e com maior receio. Deste modo, doentes que se poderão apresentar confortáveis na fase final de vida, mas que apresentam sinais e sintomas de terminalidade, são enviados para os serviços de urgência para controlo de sintomas. São apontadas várias razões, como a dificuldade de lidar com processo de morte iminente, dificuldade de comunicação com familiares, receio de não conseguir controlar sintomas, necessidade de esconder a morte dos outros. Para além de uma abordagem geriátrica genérica, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do reforço dos cuidados paliativos, colocando o conforto como o principal objetivo, privilegiando a qualidade de vida mais do que o tempo.

Embora a abordagem paliativa já seja praticada em algumas instituições para pessoas idosas, existe espaço de melhoria, com necessidade de trabalhar articuladamente com os recursos das áreas da saúde e social. Assim, a compreensão da literacia em saúde dos profissionais e como os mesmos se relacionam com o processo de morte é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes institucionalizados. Portugal como país de população envelhecida em que futuramente as necessidades geriátricas e de instituições que acolham pessoas com idade avançada e/ou doença progressiva avançada estarão aumentadas, é fundamental profissionais de saúde com conhecimento adequado, formação especializada e preparação apropriada

para lidar com situações como a morte, proporcionando dignidade e conforto em fim de vida. O processo de envelhecimento não pode ser apenas definido por critérios cronológicos, deve ter-se em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada pessoa.

A dissertação de mestrado apresentada tem por base o estudo da literacia em saúde dos profissionais de saúde que exerçam a sua profissão em Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio a idosos (IPSS's) e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica. Para isso, foi aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde (QELS). Ao mesmo tempo, foi aplicada a Escala de Coping com a Morte (ECM) de forma a compreender o entendimento da morte pelos profissionais de saúde que trabalham nessas instituições. É possível concluir qual o nível de literacia em saúde e de que maneira os resultados afetam os cuidados prestados pelos profissionais aos doentes institucionalizados. Para além disso, e com a aplicação da escala, há a possibilidade de estudar a compreensão da morte e do processo de morrer pelos profissionais, tendo em conta os doentes que estão na instituição e de que maneira os próprios lidam com a morte dos doentes. Foi, ainda, realizada uma comparação entre a literacia em saúde e as estratégias de Coping pelos profissionais relativamente à morte.

É de extrema importância compreender a literacia em saúde nestes profissionais, assim como da compreensão e estratégias de Coping com a morte, dado que exercem a profissão em instituições que têm doentes com doença avançada e progressiva, maioritariamente com idades avançadas, grande parte deles acamados ou com elevado grau de dependência. A morte será inevitavelmente um processo natural a acontecer com estes doentes e é essencial que todos os profissionais estejam cientes e sejam compreensivos com a situação, evitando distanásias e encarniçamentos terapêuticos, vendo o processo de morte como natural e auxiliando os doentes na sua morte digna e sem sofrimento.

Enquadramento teórico

Existem três tipos mais comuns de Sistemas de Saúde na Europa: o *Bismarckiano* ou Sistema de Seguro Social de Saúde; o *Beveridgiano* ou Sistema Nacional de Saúde; e um terceiro misto, entre os outros dois sistemas. Os sistemas são caracterizados pela conjugação de um conjunto de elementos tais como: a população coberta, os serviços de saúde incluídos e as fontes de financiamentos desses sistemas. O tipo de financiamento e tipo de provisão são características importantes que os diferenciam, tornando-os predominantemente público ou predominantemente privado. A componente assistencial é tanto mais relevante quanto maior a abrangência da componente pública ⁵. Em Portugal, o modelo vigente é o *Beveridgiano*, tem carácter universal, destinado a todos os cidadãos incondicionalmente, garantindo mínimos sociais de acordo com o princípio da necessidade ⁶.

O sistema de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas que se articulam entre si: Serviço Nacional de Saúde (SNS) (instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde orientados pelo Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde ⁷.

É importante ter em conta a população que é abrangida pelo sistema de saúde de cada país, e adequar os cuidados de saúde a essa mesma população. É sabido que Portugal é um país que apresenta uma população envelhecida, é essencial compreender de que modo os cuidados de saúde são direcionados.

O envelhecimento da população é considerado um avanço civilizacional, no entanto, relativamente aos apoios sociais, pode tornar-se um obstáculo. Portugal encontra-se nos primeiros 5 (cinco) lugares de países mais envelhecidos do mundo ⁸. Segundo alguns autores, as necessidades nos cuidados de saúde atualmente são diferentes, ocorrendo assim o confronto com problemas mais complexos. Fatores como a esperança de vida, diminuição da mortalidade e natalidade, o envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas são geradores de novos problemas sociais e de saúde, como a acessibilidade aos serviços de

saúde, isolamento e o aumento do número de famílias com baixos recursos económicos, consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais ⁷. Portugal tem assistido a profundas mudanças epidemiológicas e sociodemográficas, como referido no parágrafo anterior, que, aliadas ao ganho de longevidade em idades mais avançadas e às melhorias ao nível da morbilidade, têm contribuído para o envelhecimento da população ⁹. Estas questões são criadoras de diversos desafios, nomeadamente no regime de segurança social. A maioria das despesas recai sobre regimes de pensões, cuidados de saúde e cuidados continuados, tendo em conta o envelhecimento da população associado a doenças degenerativas e prolongadas que carecem de maiores e mais dispendiosos cuidados ⁸.

O Dr. Manuel Lopes escreveu um artigo no Diário de Notícias, em 2021, sobre o envelhecimento da população portuguesa. Nesse artigo, tendo em conta o Instituto Nacional de Estatísticas (INE), refere que a população portuguesa ganhou 20 anos, nos últimos 60. No entanto, apenas cerca de 8 anos desses 20 são vividos com saúde, e é importante ter em conta que os nossos idosos sofrem de multimorbilidades (várias doenças crónicas) associadas ao envelhecimento ². É também essencial referir que, decorrente dessa multimorbilidade, há um acréscimo de dependência funcional dos doentes.

A população portuguesa apresenta a sua parte mais envelhecida no interior do país, por culpa da litoralização; cerca de 24% da população tem idade igual ou superior a 65 anos, aumentando assim a solidão dos mais velhos ¹. É importante mencionar que a habitação social dos idosos em Portugal é deixada para segundo plano, sendo o local onde as pessoas mais morrem por vulnerabilidade ao frio ou ao calor, pelas dificuldades financeiras que não permite aquecer ou arrefecer o ambiente. A questão que surge nos dias de hoje não se prende com a quantidade de anos que se pode esperar viver, mas sim quantos anos é possível viver sem ou com moderados problemas de saúde, o que altera o impacto na procura de cuidados de saúde e no aumento significativo das doenças crónicas ⁸.

Portugal tem apresentado melhorias nos níveis de mortalidade e esperança média de vida, no entanto ao nível do indicador da esperança de vida saudável dos mais velhos a situação não é tão evidente, ficando situado entre os países com piores resultados, no contexto europeu. Para perceber melhor o processo de

envelhecimento e identificar quais as respostas mais adequadas às especificidades da população idosa, compreender se o aumento da esperança de vida é acompanhado, ou não, por um aumento do tempo vivido sem incapacidade torna-se um elemento essencial. Segundo previsões do INE, em 2080, a esperança média de vida estará situada nos 87,4 anos para os homens e 92,1 anos para as mulheres; estes números têm-se apresentado assim ao longo dos anos, demonstrando que estamos perante um envelhecimento que é sobretudo feminino. Portanto, é possível esclarecer que a maior parte dos idosos a viver sozinhos e em alojamentos coletivos de apoio social sejam mulheres ¹⁰.

O isolamento social, viver sozinho, pouco apoio informal ou formal em idades avançadas e o aumento da probabilidade do surgimento de dependência leva à institucionalização. As redes informais são fundamentais para a manutenção da autonomia, saúde mental e satisfação dos idosos. No entanto, vários fatores como a diminuição da natalidade e a maior participação da mulher no mercado de trabalho levam à diminuição do número de familiares potencialmente disponíveis para prestarem cuidados às pessoas idosas ¹¹.

Assim, o SNS e organizações de saúde enfrentam vários desafios associados ao envelhecimento e empobrecimento da população portuguesa. Segundo o *Eurostat*, em 2050 Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos (31,9%). Como supracitado, este contexto tem um impacto social e na saúde importantes, surgindo assim a importância e necessidade de reorganizar respostas adequadas à população atual, com cuidados de saúde personalizados, nomeadamente os cuidados continuados e paliativos de qualidade e em proximidade, diferenciado do modelo de intervenção anterior ⁷.

Estes fatores desencadeantes das mudanças no sistema de saúde colocam sob grande pressão a organização dos serviços e a distribuição dos recursos disponíveis, visto que está previsto, como demonstrado anteriormente, um aumento da população com necessidades de cuidados relacionados com níveis avançados de doença, como os continuados e paliativos. Portanto, há um aumento da procura cada vez maior destes cuidados, observando-se, na Europa, uma tendência para incluir a medicina paliativa nos programas nacionais de saúde ¹².

O sistema de saúde português tem baseado a sua intervenção em duas estratégias: centrar as intervenções na família e abordar os problemas de saúde através da gestão da doença. A mudança encontra-se centralizada, essencialmente, na Reforma Hospitalar (centrada no processo de empresarialização dos hospitais do SNS e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) ⁷. Tendo em conta os cuidados que os cidadãos efetivamente necessitam e as crescentes necessidades de cuidados continuados integrados, devido aos pontos já citados, é fundamental discutir a adequação da distribuição dos recursos financeiros ao nível dos diferentes tipos de cuidados em cada região de saúde. Nesta realidade inevitável é essencial encontrar um modelo de financiamento adequado que permita distribuir equilibradamente o atual orçamento da saúde que é manifestamente insuficiente, representando apenas 1.8% em 2012 ¹³.

A resposta a cuidados continuados/paliativos dado à população portuguesa é feita através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI foi criada em 2006 pelo *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho* ¹⁴ e resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS). Trata de um conjunto estruturado de unidades (internamento e ambulatório) e equipas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência com falta ou perda de autonomia.

A RNCCI é constituída por instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados no local de residência do doente e, quando tal não é possível, em locais especificamente equipados para o efeito. A criação da RNCCI veio dar resposta à pressão exercida pela população idosa no SNS, consolidada com a insuficiência de meios para satisfazer necessidades (doenças crónicas e fragilidades geriátricas) e no prolongamento desnecessário do internamento em unidades hospitalares de cuidados agudos ^{9 15}. Dez anos após a sua criação, e apesar de bem estruturada, ainda não contemplava a cobertura de cuidados suficiente, aumentando a lista de espera, representando menos de 30% das necessidades atuais e, ainda menos, das necessidades futuras esperadas ¹⁶. Os seus objetivos são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem dependentes, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de

prevenção de agravamentos de doença crónica conforme descrito no *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua* ¹⁷.

Tais cuidados são prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias:

- Unidades de internamento: contemplam unidades de convalescença; de média duração e reabilitação (UMDR); de longa duração e manutenção (ULDM) e unidades de cuidados paliativos (UCP);
- Unidades de ambulatório: unidade de dia e de promoção de autonomia;
- Equipas hospitalares: equipas de gestão de altas (EGA); equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP);
- Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados (ECCI); equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

Em 2012, foi publicada a *Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro*, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde ¹². Assim, as unidades de cuidados paliativos, em funcionamento nas instituições hospitalares públicas, são integradas na RNCP, passando a funcionar como unidades de cuidados paliativos hospitalares, de forma a assegurar o acompanhamento das situações paliativas mais complexas e a continuidade de cuidados de que o doente necessita ¹⁸.

Para além de uma RNCCI com resposta inferior à procura efetiva, os cuidados de saúde encontram-se organizados para responder a doença aguda, não preparados para os cuidados continuados/paliativos, assim surge uma importante questão: como são tratados os doentes institucionalizados em Portugal nos últimos anos de vida?

Um estudo realizado em 2020 revela a existência de violência em contexto institucional (lares ou outras estruturas de apoio de longa duração), no entanto é de difícil rastreio por falta de estatísticas que permitam perceber o alcance da situação ¹¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, estima-se que 64% dos trabalhadores das instituições supracitadas infligiram alguma forma de maus-tratos em idosos, nomeadamente, sobre ou submedicação, negligência, desnutrição, desidratação e/ou falta de higiene ¹⁹. É importante refletir sobre o assunto e compreender quais as principais causas deste tipo de fenómenos, podendo estar relacionada com a baixa

literacia em saúde/cuidados continuados ou paliativos dos trabalhadores associados a estas instituições.

Para um adequado acompanhamento do doente que necessita deste tipo de cuidados, é essencial a correta referenciação do mesmo.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) considerados como a “porta” de entrada no sistema de saúde têm a função de referenciar os doentes para a tipologia de cuidados apropriada, pública e/ou privada ¹³.

A referenciação para a RNCCI foi normalizada em 2008 pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), com a aprovação do *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*, que seria aplicável aos hospitais, tendo como objetivos a garantia da continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes ²⁰. Um sistema de planeamento de alta eficaz contribui para a diminuição de readmissões hospitalares, várias vezes desnecessárias, e melhora a articulação entre as instituições envolvidas na continuidade de cuidados ²⁰. O processo de referenciação é um procedimento muito burocrático e demorado, o que dificulta e atrasa a acessibilidade dos doentes à RNCCI, impedindo o acesso aos cuidados em tempo útil, agravando o estado clínico dos mesmos. É evidente a falta de profissionais gerando dificuldades no acompanhamento de proximidade dos pacientes, o que leva, inevitavelmente, à procura de serviços de urgência ¹⁶.

É essencial que os processos de referenciação sejam agilizados e melhorados para permitir um acompanhamento adequado e cuidados de qualidade a todos os doentes, resolvendo todas as questões de base. A formação dos profissionais para uma referenciação mais precoce é fundamental; assim como a quantidade de profissionais necessários para as respostas de saúde adequadas. Portanto, a perceção e compreensão do que são os cuidados continuados e paliativos é fundamental.

Os Cuidados Paliativos (CP), segundo a OMS, são cuidados de saúde que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias/cuidadores através da prevenção e alívio de sintomas físicos e psicológicos; preferencialmente prestados por uma equipa multidisciplinar, envolvendo sempre que possível os membros da família e/ou cuidadores auxiliando-os e capacitando-os na prevenção de crises e apoio no luto ¹⁹. Tem por base melhorar a qualidade de vida das pessoas

(adultas/crianças) e das suas famílias quando confrontados por uma doença avançada, progressiva e incurável que limita a sua esperança de vida, nomeadamente, doenças oncológicas, insuficiência de órgão: cardíaca, renal, hepática, respiratória; doenças autoimunes, doença neurológica (neurodegenerativas, neuromusculares, desmielinizantes e demências), doenças vasculares, anomalias congénitas e outras patologias ²¹.

Por todas as questões referidas, os cuidados continuados e paliativos são essenciais ainda mais quando se apresenta uma população envelhecida que carece deste tipo de cuidados especializados.

Tal como supracitado, a resposta aos cuidados de saúde em Portugal está organizada para o contexto agudo, não se adequando à realidade vivida por um país envelhecido como o nosso. Assim sendo, a estes doentes com dependência e multimorbilidade, em caso de necessidade, resta-lhes recorrer às urgências dos hospitais ².

O Serviço de Urgência (SU) é uma unidade onde são abordadas todas as situações emergentes e urgentes. A filosofia e modelo organizacional dos SU não contempla os cuidados aos doentes com doença avançada, progressiva e terminal.

É também importante referir que a pessoa doente em fase paliativa que recorre ao SU tem necessidades que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores. Nesta fase da vida particular, por ser a última, existe uma necessidade acrescida de cuidados de saúde. Estabelecer uma relação de ajuda com o doente e a família requer tempo e dedicação, essa função não é valorizada no seio dos profissionais de um SU ²².

A importância da adequação dos cuidados à população é fundamental para a diminuição do sofrimento da população idosa no nosso país. A existência de cuidados continuados e paliativos de qualidade e em quantidade apropriada para dar resposta às necessidades seria preditor da melhoria de qualidade de vida e satisfação dos doentes, e diminuiria o número de doentes que recorrem, incorretamente, aos SU.

Como tenho vindo a falar, a população portuguesa tem sofrido um crescimento acelerado no que se refere ao envelhecimento, com um aumento significativo do número de idosos com mais de 80 anos, que, segundo o *Eurostat*, em 2013 representava 5% e em 2060 representará 16%, acrescentado a agravante da maior prevalência de

problemas demenciais. Por isto, tem havido também um aumento significativo de idosos institucionalizados ²³.

Desde os anos 90 há um investimento direcionado para o apoio à população idosa em Portugal, tendo por base o objetivo da melhoria dos cuidados prestados e alargamento da rede aumentando assim a percentagem de população abrangida. Este aumento levou à necessidade da regulamentação do funcionamento e organização das Estruturas Residenciais Para Idosos ²⁴.

As ERPI's são integradas nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's).

As IPSS's, pertencentes às Organizações sem fins Lucrativos (OSFL), têm como base a satisfação das necessidades sociais ²⁵. São instituições sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares ²⁶. Têm como objetivos o apoio a crianças e jovens, à família; a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; a promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; a educação e formação profissional dos cidadãos e a resolução dos problemas habitacionais das populações. Estas instituições podem ser organizadas de forma a responder a todos estes objetivos em simultâneo ou dar resposta apenas a um tipo de necessidade social específica ^{27 25}.

Como são privadas o pagamento é obrigatório, no entanto, os doentes nem sempre têm capacidade financeira. Existem acordos entre estas instituições e o Estado que garantem a existência de vagas sociais, totalmente financiadas pelo Governo. Para além disso existem acordos de cooperação entre as IPSS's e o Estado, o que garante a adequada resposta à população; e existem ainda acordos de gestão transferindo a gestão de serviços e equipamentos pertencentes ao Estado ^{27 26}.

Assim, as IPSS's têm um papel fundamental no combate à vulnerabilidade social, como o desemprego, a pobreza, a exclusão social ou a falta de poder de compra ²⁸.

Conforme a legislação presente em Diário da República, a *Circular nº 4, de 16 de dezembro de 2014*, consiste no regulamento das comparticipações que os familiares devem pagar pelo uso dos serviços e equipamentos sociais das IPSS's, onde se inclui a resposta social ERPI's ²⁹.

Em Portugal, no ano de 2020, existiam 2526 ERPI's, nas quais estavam alocadas 99234 pessoas, e que contemplavam 60 mil profissionais, conforme dados do SNS ³⁰.

Ocorreram denúncias e irregularidades destas instituições entre 2009 e 2016 relativamente às condições de trabalho, bem-estar do idosos e competências profissionais, demonstrando que a regulamentação não estaria a ser realizada de forma fiável e efetiva e que estaria centrada nas questões estruturais ²⁴.

A qualidade dos cuidados prestados aos idosos é influenciada por vários fatores, sendo dois deles a falta de competências dos profissionais desta área e problemas organizacionais ³¹. Existe assim uma insatisfação da população portuguesa que rotula as instituições de apoio a idosos e os profissionais que nelas exercessem a sua profissão, atribuindo-lhes um valor negativo ²⁴.

É importante que o envelhecimento populacional seja reconhecido como um desafio progressivo, com necessidade de integração de sistemas de apoio social e de proteção para os idosos. Esta constante instigação deve levar à mudança das respostas dos cuidados de saúde em Portugal. Para além disso, com as alterações nos sistemas familiares das famílias pertencentes a uma sociedade mais modernizada o apoio institucional é cada vez mais solicitado, daqui surge a importância de rever os princípios de admissão nas ERPI's e adequar os cuidados a cada idoso, individualmente. Acrescentando fraca resposta da RNCCI às admissões inadequadas nas instituições, o equilíbrio social fica ameaçado ³².

As ERPI's são consideradas alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, nas quais são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Conforme a legislação em vigor, a ERPI deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia; um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal passam a ser um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes ³³.

O trabalho nas ERPI's deve ser munido de intervenções humanizadas, personalizadas e focadas nas necessidades específicas e individuais, incluindo o social e familiar. Foi efetuado um estudo em 2022 através de entrevistas realizadas a familiares de idosos institucionalizados, concluiu-se que alguns referiram a ERPI como resposta

não adequada ao seu familiar, sendo que a sua primeira opção recairia sobre centros de dia ou apoio domiciliário, mas que não têm capacidade de resposta ³⁴.

As principais causas de institucionalização do idoso têm que ver com a falta de tempo para cuidar do seu familiar, pelo vínculo laboral, e o elevado grau de dependência ³⁴.

Os profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's/ERPI's são maioritariamente recém-licenciados, com pouca formação e experiência profissional. Isto dificulta e prejudica a qualidade dos cuidados de saúde praticados nestas instituições. Existem vários fatores, tal como já foi referido, que influenciam o cuidado ao idoso institucionalizado. Relativamente aos profissionais, a comunicação, a literacia e a formação adequada são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação é uma ferramenta primordial e com uma importância indiscutível em contextos de saúde, sendo considerada por isso um instrumento básico utilizado pelo profissional de saúde, no atendimento à família, no cuidado ao doente e nas relações com a equipa multidisciplinar. Influencia decisivamente a qualidade da prestação de cuidados; as necessidades do doente são respondidas se a comunicação estabelecida for adequada. Se assim não for, a riqueza do contacto que se estabelece entre o prestador de cuidados e aquele que os recebe fica comprometida ³⁵. A falta de formação médica na comunicação de más notícias, com lacunas na formação de competências comunicacionais, hesitando sempre em dizer a verdade ao doente é um dos problemas existentes, confirmado por um estudo realizado em Portugal, que afirma que os doentes paliativos e/ou com doença avançada ficam a saber os diagnósticos, mas muito raramente o prognóstico. Entre várias razões, destacam-se o medo de causar morbidade psicológica; o desconforto médico pela perda de controlo emocional, por parte do mesmo ou do doente; sensação de impotência; falta de tempo dos profissionais; limitações do conhecimento médico, no que respeita à previsão da sobrevida e circunstâncias da morte ³⁶.

É fundamental o desenvolvimento de aptidões comunicacionais na área da saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade, tendo em conta que o doente e o profissional de saúde, são pessoas com crenças e valores diferenciados, que importa considerar e respeitar ³⁷. A comunicação deficiente é uma das causas de

queixa mais comum nos doentes e familiares, apresentando-se como um ponto fraco da competência profissional médica ³⁸.

Pelos motivos supracitados, os profissionais que trabalham em cuidados continuados e/ou paliativos e que apresentam baixa literacia em cuidados continuados e paliativos, com fracas capacidades comunicacionais, tendem a vivenciar as situações de doença grave, avançada, em fim de vida de uma forma mais dramática e com maior receio. Deste modo, doentes que se poderão apresentar confortáveis na fase final de vida, mas que apresentam sinais e sintomas de terminalidade de vida, são enviados para os SU. São apontadas várias razões, como a dificuldade de lidar com processo de morte iminente, dificuldade de comunicação com familiares, receio de não conseguir controlar sintomas, necessidade de “esconder” o doente e a morte dos outros doentes.

Apesar de estar descrito em *Diário da República* o rácio dos profissionais que devem assegurar a prestação de serviços durante 24h ³³, a grande maioria das vezes o profissional de saúde, nomeadamente enfermagem, não está assegurado nessas horas, dificultando assim a perceção da necessidade dos doentes serem enviados aos cuidados de saúde urgentes pelos outros profissionais, que em caso de dúvida, enviam o doente ao SU.

Tal como tem sido referido, Portugal apresenta uma elevada percentagem de população envelhecida. A literacia em geral exige uma aprendizagem contínua de habilidades, levando à exclusão de parte da população pela ausência de acesso à internet, reduzido nível de alfabetização, capacidades físicas e cognitivas limitadas. Estes motivos limitam a aquisição, compreensão e a utilização da informação pela população ³⁹.

Conforme descrito no *Despacho nº. 3618-A/2016*, do Diário da República, de 10 de Março de 2016 ⁴⁰, a Direção Geral da Saúde (DGS) define a literacia em saúde como a capacidade de tomada de decisões informadas sobre a saúde, no dia-a-dia, e também no que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde. É também definida pela OMS, no *European Health Literacy Consortium*, como a capacitação das pessoas em “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”

^{41 19}. Segundo o *Department of Health and Human Services*, a literacia em saúde ocorre “quando uma sociedade fornece informações precisas de saúde e serviços que as pessoas podem facilmente encontrar, entender e usar para tomar suas decisões e ações” ⁴². Assim, a literacia em saúde contribui para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também é fundamentalmente para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo essencial na sua sustentabilidade ⁴³.

O modelo conceptual de *Sørensen* distingue três domínios de Literacia em Saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. E quatro maneiras de lidar com informações sendo o acesso e obtenção da mesma, a compreensão, o julgamento e avaliação e posteriormente a aplicação da informação obtida na vida quotidiana ^{39 44}.

De acordo com *Nutbeam*, a literacia é constituída por dois elementos fundamentais, as tarefas (*tasks*) que têm por base a capacidade que o indivíduo tem de realizar determinadas tarefas e as competências (*skills*) que são centradas no nível de conhecimento para realizar as mesmas tarefas.

O mesmo autor considera três níveis de literacia:

- 1) Literacia funcional/básica: competências suficientes para ler e escrever;
- 2) Literacia interativa/comunicativa: competências cognitivas e de literacia mais avançadas que aliadas às capacidades sociais podem ser usadas para participar nas atividades no dia-a-dia, obtendo e aplicando essa informação;
- 3) Literacia crítica: competências cognitivas mais avançadas que permitem analisar criticamente a informação utilizando-a para exercer maior controlo sobre as situações do dia-a-dia ^{45 46}.

A literacia em saúde tem por base a aplicação do conteúdo apreendido e utilizado na prática pela população. Torna-se uma ferramenta essencial no empoderamento da população, mas essencialmente dos idosos, capacitando-os para serem autogestores da sua saúde ⁴⁷. Vários estudos referem que o processo de tomada de decisão em saúde é prejudicado pela baixa Literacia em Saúde ⁴⁸.

Anteriormente, o acesso à informação relacionada com a saúde era reservado aos profissionais dessa área. Atualmente, a informação é divulgada pelas mais variadas formas, de forma adequada e adaptada, assegurando que a mesma é compreendida e interpretada pela população. É importante referir que ao longo da vida pode ocorrer um

aumento progressivo da literacia em saúde. No entanto, com o envelhecimento há um declínio cognitivo diminuindo assim o nível de literacia ³⁹.

Ser literado em saúde permite a correta compreensão da informação transmitida pelos profissionais de saúde relativamente a condições de saúde e opções de tratamento. Os idosos estão sujeitos ao declínio das funções cognitivas, a uma maior dificuldade na utilização de novas tecnologias, taxas mais elevadas de comorbilidade, doenças crónicas, menor mobilidade e acesso aos serviços de saúde e maior utilização dos serviços de saúde, objetivando assim níveis de literacia mais baixos. Assim, é fundamental ter um maior cuidado em relação às políticas instituídas, com necessidade de adequação das ferramentas que são utilizadas para a transmissão de informação sobre saúde, para que assim tenham oportunidade de desenvolver o seu conhecimento. Deste modo, é possível melhorar o estado de saúde nesta população ⁴⁹.

Segundo um estudo realizado em 2020, sobre a literacia em saúde dos cuidadores formais os resultados demonstraram-se preocupantes e alarmantes, pelo facto de estarmos perante profissionais de saúde presumivelmente qualificados para o exercício das suas funções. Isto é um problema que se prolonga há vários anos, conforme comprova um estudo realizado em 2014 em que apenas 25% dos cuidadores de idosos apresentavam níveis de literacia adequados, sendo que os restantes 75% dos apresentavam uma literacia em saúde inadequada. São dados que revelam grande preocupação a nível da saúde pública, sendo necessário uma mudança urgente, levando assim a uma maior responsabilidade sobre a saúde ⁵⁰.

Em algum momento da vida todos seremos doentes, é fundamental compreender e agir de acordo com as informações importantes sobre a saúde, e aplicar corretamente a informação obtida.

Alguns estudos referem que o norte do país apresenta valores inferiores de literacia em saúde, comparativamente com outros países europeus. Os mesmos estudos revelam também que a idade é um fator importante a ter em conta, assim como o nível de escolaridade e também a opção por medicação genérica ⁴⁴.

Para além disso os baixos rendimentos, as condições socioeconómicas e a utilização abusiva dos serviços de urgência, essencialmente, são também preditores de pessoas com baixa literacia em saúde ⁵¹.

Níveis adequados de literacia numa população incluem a melhoria do estado de saúde, redução de custos nos cuidados, aumento do conhecimento e menor/adequada utilização dos serviços de saúde disponíveis³⁹. Para além disso capacitam as pessoas nas tomadas de decisão relativas à saúde⁵². Em contrário, níveis inadequados de literacia é promotor de uma elevada prevalência de doenças crónicas, piores condições de saúde, baixa utilização dos serviços de prevenção e rastreio de doença, podendo estar também associado a uma probabilidade elevada de hospitalização, diminuindo a qualidade de vida^{53 51}.

Portanto, a literacia é essencialmente a capacidade de se autorresponsabilizar pela sua saúde; é um importante indicador de saúde com elevada influência como determinante social de saúde⁵⁴.

É fundamental que haja uma consciencialização dos profissionais de saúde, que são essenciais na transmissão da informação, investindo no desenvolvimento de técnicas adequadas de literacia em saúde. Só assim é possível ajudar a população através da melhoria da promoção da saúde com estratégias de educação e comunicação^{55 56}.

A literatura relativa à literacia em saúde em cuidados paliativos é escassa. É necessário investir na área de forma a colmatar as falhas existentes na formação dos profissionais, que devem estar preparados para implementar intervenções paliativas de qualidade e desmistificar os pensamentos da sociedade relativos à palição. É também essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados que haja uma equipa interdisciplinar coordenada, formada e competente quer a nível das intervenções quer a nível comunicacional e relacional necessárias nesta área. Todos os profissionais devem assumir uma atitude proativa, autocapacitando-se e exigindo formação ao longo da vida profissional, garantindo cuidados de saúde de excelência^{45 41}.

Para além de uma abordagem geriátrica genérica, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do reforço da prestação de ações paliativas, essencialmente quando se coloca o principal foco no conforto e bem-estar. Tal já como mencionado, a abordagem paliativa é centrada no doente, que privilegia a qualidade do tempo que resta de vida. É uma resposta que deve ser estruturada, abrangendo múltiplas dimensões, como o adequado controlo sintomático, discussão atempada e antecipada de planos de cuidados tendo em consideração os vários cenários de doença, abordagem

holística da pessoa, nomeadamente em situação de sofrimento, apoio à família e discussão rigorosa de aspetos éticos particulares no fim de vida, nomeadamente a pessoas sem capacidade de decisão.

A intervenção centrada no conforto e na pessoa aumenta a qualidade de vida, com consequências positivas. Deve também ser tema de discussão a realização de Diretivas Antecipadas de Vontade, que permitam tomar as melhores decisões, respeitando e dignificando o doente e as suas decisões. Estas poderão prevenir a obstinação terapêutica, o recurso indevido aos serviços de urgências ou as hospitalizações desnecessárias. Ainda que a abordagem paliativa já seja praticada em algumas ERPI's, há uma necessidade de trabalhar de forma articulada e em rede, nas áreas da saúde e social. Aqui, torna-se essencial a formação rigorosa e estruturada das equipas, que devem ser constituídas por profissionais qualificados na área dos cuidados paliativos ⁵⁷.

A longevidade e aumento da esperança média de vida foram catapultados pelos investimentos tecnológicos, no entanto a formação dos profissionais de saúde para lidar com o processo de morrer não acompanhou esse crescimento. Desde o século XX, quando a morte passou de ocorrer nos domicílios para ocorrer em ambiente hospitalar, que os profissionais de saúde lidam com este processo ⁵⁸. A transição do local de morte ocorreu essencialmente por sentirem que o hospital seria o local mais apropriado, com mais recursos humanos e tecnológicos que negariam o sofrimento no processo de morte, conferindo assim uma maior sensação de segurança ⁵⁹.

Até ao final do século XIX, a morte era vista como um acontecimento esperado, natural e compartilhado, nos dias de hoje ocorre de forma solitária e com a ideia de fracasso pelos profissionais de saúde, influenciando a dificuldade vivida pelos que têm de cuidar de doentes terminais. Há uma ansiedade e angústia associada ao processo de morrer, acrescentado todo o sofrimento causado pelos inúmeros procedimentos realizados na tentativa de curar o doente, quer ao próprio, à família e ao profissional de saúde ⁵⁸. A morte é encarada como erro e fracasso por parte dos profissionais de saúde. No entanto, o prolongamento da vida do doente pode tornar-se extremamente penoso pelo maior tempo de convivência ⁶⁰. Desde a formação básica, os profissionais de saúde são preparados para preservar a vida e recuperar a saúde dos doentes, a morte reflete a vulnerabilidade e fraqueza. Estes acontecimentos levam a reflexões sobre a finitude,

do próprio e de familiares, mas habitualmente os temas não são discutidos por evidenciar a limitação profissional ⁶¹.

A “hospitalização da morte” provocou um maior desgaste aos profissionais de saúde que passaram a lidar diariamente com o processo; o hospital assumiu progressivamente o papel de local mais adequado para os últimos dias de vida dos doentes. A formação dos profissionais deveria ter-se tornado numa emergência.

Atualmente, os profissionais de saúde não recebem formação adequada nem suficiente para lidar com estas questões, e esta carência, quer a nível da formação básica e até pós-graduada, traz repercussões importantes na saúde dos mesmos ⁴.

A deficiente formação dos profissionais da área dos cuidados continuados e paliativos, a fraca capacitação para lidar com o processo de morte, a literacia insuficiente de cuidados formais, a frágil comunicação e a impiedade da sociedade perante as instituições particulares de apoio a idosos e dos profissionais que nelas exercem a sua profissão trouxe um problema à saúde do nosso país.

É emergente a formação e capacitação de todos para o envelhecimento populacional e os recursos necessários para responder às necessidades relativas aos cuidados de saúde.

Existe pouca literatura sobre os profissionais de saúde que exercem a sua profissão em ERPI's e/ou IPSS's. É essencial compreender que a maioria dos profissionais que falamos são pós-licenciados, com pouca experiência profissional e formação limitada na área da geriatria e palição. Poucos adquiriram estratégias de Coping adequadas para lidar a morte ou o processo de morrer, tomando decisões erradas sobre os cuidados de saúde.

Compreender toda esta questão é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população idosa em Portugal.

Metodologia de investigação

Este documento trata-se de um estudo académico, a dissertação de mestrado apresentada assenta no estudo da literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem a sua profissão em instituições particulares de solidariedade social de apoio a idosos e/ou estruturas residenciais para pessoas idosas, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta. Esta dissertação tem por base um estudo observacional transversal e analítico, realizado através da aplicação de um questionário e uma escala aos profissionais de saúde.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Europeu de Literacia em Saúde e Escala de Coping com a Morte, devidamente traduzidos e validados para português.

Objetivos do estudo

Os objetivos gerais deste trabalho consistem na avaliação da literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e/ou ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta, e estudar as estratégias de Coping com a morte desses mesmos profissionais. Para isso, foram aplicados o Questionário Europeu de Literacia em Saúde e a Escala de Coping com a Morte.

Como objetivos específicos: avaliar qual o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde que trabalham em ERPI 's e IPSS 's; avaliar as estratégias de Coping com a morte pelos mesmos; relacionar a literacia em saúde dos profissionais com a forma como lidam com a morte; comparar o nível de literacia em saúde e a superação das dificuldades lidando adequadamente com a situação de morte.

Instrumentos Utilizados

Para o estudo foram utilizados dois instrumentos: o Questionário Europeu de Literacia em Saúde e a Escala de Coping com a morte.

O Questionário Europeu de Literacia em Saúde é a versão portuguesa do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), e avalia a literacia em saúde por auto percepção. Este é um instrumento multidimensional, permitindo identificar fatores como o impacto nos comportamentos de saúde, os resultados destes e a utilização de serviços de saúde. É composto por 47 (quarenta e sete) questões, delineadas de acordo com um modelo conceitual; integra 3 (três) domínios da saúde – cuidados de saúde, correspondendo a 16 (dezasseis) questões; a promoção da saúde, também com 16 (dezasseis) questões e a prevenção da doença em 15 (quinze) questões. É também dividido em 4 (quatro) níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização -, que são aspetos essenciais na tomada de decisão. O instrumento é então a combinação destes domínios juntamente com os níveis, resultando assim numa matriz de análise de literacia em saúde. Através das respostas obtidas, numa escala de 4 (quatro) valores (muito fácil ao muito difícil), é espetável que a pessoa refira o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da própria saúde.

Relativamente à pontuação, os 4 (quatro) índices calculados foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0 (zero) – 50 (cinquenta) na qual o 0 (zero) é o mínimo possível de literacia e o 50 (cinquenta) o máximo possível de literacia em saúde, garantindo assim o cálculo correto dos índices e assegurando a comparação entre eles. Para o cálculo da Literacia em Saúde, é importante perceber que respostas do tipo “5 - não sei/não responde” não são contabilizadas na média, equivalendo a um valor de 0 (zero), no entanto são de máxima importância no tratamento dos dados, uma vez que um limite superior a 80% destas respostas leva à exclusão do questionário. Assim, cada indivíduo tem de responder a pelo menos 43 (quarenta e três) dos 47 (quarenta e sete) itens, devendo responder aos itens relativos à dimensão cuidados de saúde (16 – dezasseis), responder a 15 (quinze); dimensão prevenção da doença (16 - dezasseis), dar 14 (catorze) respostas e promoção da saúde (15 - quinze), 14 (catorze) respostas ⁴⁶.

Para obter o resultado, é aplicada a seguinte fórmula:

- Índice de Literacia em Saúde = (média - 1) * (50/3)
- Índice = valor específico calculado
- Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo

- 1 = Valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índice de 0)
- 3 = Variação da média
- 50 = Valor máximo

De uma maneira geral, pontuações iguais ou inferiores a 25 (vinte e cinco) pontos corresponde a literacia em saúde inadequada; pontuações entre 25 (vinte e cinco) – 33 (trinta e três) pontos corresponde a literacia em saúde problemática; pontuações entre 33 (trinta e três) – 42 (quarenta e dois) corresponde a literacia em saúde suficiente; e pontuações entre 42 (quarenta e dois) - 50 (cinquenta) corresponde a literacia em saúde excelente ⁶² ⁶³.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade do questionário ao estudo realizado, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens). Na tabela abaixo estão esquematizados os respetivos *Alphas de Cronbach* obtidos para cada um dos 47 itens após a devida correção.

Foi possível constatar que, pela análise das correlações do respetivo item com os restantes, estas oscilam entre associações positivas baixas (0,312) e associações positivas significativas (0,670). Estes valores são razoáveis, porque indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o *score* global da Literacia em Saúde. Já pela análise dos *Alphas de cronbach*, os valores obtidos são bons (todos superiores a 0,947), o que indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (*alpha*) mantêm-se superiores a 0,947; o que indica que o *score* global da Literacia em Saúde não depende exclusivamente de um só item. O *Alpha* global obtido (0,951) é considerado muito bom.

Tabela 1 - *Alpha de Cronbach para os 47 itens da escala de Literacia em Saúde*

Itens da Literacia em Saúde	Correlação entre itens		<i>Alpha de Cronbach</i>
	Médias		(Após itens eliminados)
			0,951
Item 1	129,11	0,613	0,948
Item 2	129,24	0,592	0,948
Item 3	129,23	0,435	0,949
Item 4	129,18	0,499	0,948
Item 5	128,98	0,412	0,949
Item 6	129,03	0,467	0,948
Item 7	129,34	0,480	0,948
Item 8	128,76	0,600	0,948

Item 9	129,08	0,554	0,948
Item 10	129,30	0,507	0,948
Item 11	129,42	0,312	0,949
Item 12	129,69	0,487	0,948
Item 13	129,31	0,432	0,949
Item 14	128,70	0,518	0,948
Item 15	128,56	0,400	0,949
Item 16	128,69	0,532	0,948
Item 17	129,10	0,560	0,948
Item 18	129,64	0,649	0,947
Item 19	129,16	0,569	0,948
Item 20	129,09	0,584	0,948
Item 21	128,97	0,537	0,948
Item 22	128,80	0,465	0,948
Item 23	128,76	0,621	0,948
Item 24	128,99	0,581	0,948
Item 25	129,13	0,670	0,947
Item 26	129,31	0,647	0,947
Item 27	129,45	0,660	0,947
Item 28	129,56	0,621	0,947
Item 29	128,94	0,462	0,948
Item 30	129,41	0,473	0,948
Item 31	129,59	0,610	0,948
Item 32	128,98	0,345	0,949
Item 33	129,26	0,522	0,948
Item 34	129,70	0,517	0,948
Item 35	129,85	0,604	0,948
Item 36	129,39	0,526	0,948
Item 37	129,47	0,549	0,948
Item 38	129,20	0,543	0,948
Item 39	129,24	0,502	0,948
Item 40	129,27	0,447	0,948
Item 41	129,20	0,630	0,947
Item 42	129,05	0,549	0,948
Item 43	129,16	0,656	0,947
Item 44	129,23	0,571	0,948
Item 45	129,50	0,354	0,949
Item 46	129,46	0,542	0,948
Item 47	129,44	0,349	0,949

A Escala de Coping com a Morte é composta por 30 (trinta) itens relativos a diversos aspetos do lidar com a morte. É um autorrelato, com 7 (sete) possibilidades de resposta (em que 1 (um) corresponde a discordo totalmente e 7 (sete) corresponde a concordo totalmente). Os diversos itens estão organizados em dois níveis, um referente ao coping com a própria morte, que inclui os itens 2, 4, 5, 10, 11, 12, 14 que denotam uma maior compreensão, conhecimento e expressividade de emoções no que concerne à própria morte; e o outro ao coping com a morte dos outros, que inclui os itens 21, 23,

26, 27, 28, 29, relacionados com o aumento das competências para comunicar com o que sofrem a perda e com os doentes terminais^{64 65}.

A pontuação máxima da soma total dos itens da escala é de 210 (duzentos e dez) e a mínima é de 30 (trinta)⁶⁶. Quando a pontuação obtida é inferior a 33 (trinta e três) corresponde a baixa capacidade de *coping*, pontuação entre 33 e 66 diz-se que o *coping* é neutro e quando a pontuação é superior a 66 há uma boa capacidade de *coping*⁶⁷.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens). Na tabela abaixo estão esquematizados os respetivos *Alphas de Cronbach* obtidos para cada um dos 30 (trinta) itens após a devida correção.

É possível constatar que, pela análise das correlações do respetivo item com os restantes, estas oscilam entre associações positivas fracas (0,029) e associações positivas significativas (0,662). Estes valores são razoáveis, porque indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o *score* global das estratégias de Coping com a Morte. Já pela análise dos *Alphas de cronbach*, os valores obtidos são bons (todos superiores a 0,855), o que indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (*alpha*) mantêm-se superiores a 0,855; sugerindo que o *score* global das estratégias de Coping com a Morte não depende exclusivamente de um só item. O *Alpha* global obtido (0,871) é considerado bom.

Tabela 2 - Alpha de Cronbach para os 30 itens da escala de estratégias de Coping na Morte

Itens das Estratégias de Coping com a Morte	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach
			(Após itens eliminados)
			0,871
Item 1	127,30	0,029	0,876
Item 2	126,90	0,662	0,855
Item 3	126,94	0,406	0,862
Item 4	127,34	0,414	0,862
Item 5	126,65	0,405	0,863
Item 6	125,35	0,414	0,862
Item 7	126,73	0,381	0,863
Item 8	127,66	0,518	0,859
Item 9	127,70	0,539	0,859
Item 10	125,70	0,223	0,867
Item 11	126,39	0,449	0,861
Item 12	126,72	0,524	0,859
Item 13	126,31	0,080	0,871
Item 14	125,70	0,400	0,863

Item 15	125,69	0,453	0,861
Item 16	124,38	0,274	0,865
Item 17	124,95	0,424	0,862
Item 18	126,04	0,480	0,860
Item 19	125,26	0,394	0,863
Item 20	126,81	0,530	0,859
Item 21	127,26	0,488	0,860
Item 22	125,22	0,490	0,861
Item 23	127,24	0,399	0,863
Item 24	127,73	0,134	0,869
Item 25	125,06	0,492	0,861
Item 26	125,83	0,433	0,862
Item 27	126,29	0,492	0,860
Item 28	125,90	0,505	0,861
Item 29	125,31	0,458	0,862
Item 30	124,75	0,135	0,868

População/Amostra

Como critérios de inclusão da amostragem foram incluídos: profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e/ou ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta. Foram excluídos todos os profissionais que não exercem a sua profissão nestas instituições, de outro grupo profissional e os que recusaram participar no estudo.

Os profissionais assinaram o consentimento informado para responderem aos instrumentos de medição em papel. Em formato digital deram o seu consentimento através da aceitação com a indicação do e-mail próprio.

É de salientar que apenas foram obtidas respostas de enfermeiros e auxiliares, não havendo participação de médicos. Apesar de haver baixo número de profissionais médicos a trabalhar nestas instituições, e ainda que abordados diretamente, todos recusaram a participação no estudo. Assim sendo, nos resultados apresentados apenas estão representados profissionais enfermeiros e auxiliares.

É também importante salientar que há uma discrepância significativa entre géneros masculino e feminino. A amostra total engloba 102 participantes, sendo apenas 4 participantes masculinos.

Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada de forma presencial, aplicando os instrumentos em papel, em 6 instituições do distrito de Viseu. Foi também aplicado através de formulário online, no *GoogleForms*, divulgado em grupos de profissionais, por todo o país.

Hipóteses/Questões

Foram formuladas questões de investigação para dar resposta ao estudo, sendo elas:

- Questão 1 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e as Estratégias de Coping?
- Questão 2 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e a Literacia em saúde?
- Questão 3 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros e com a morte) e a Literacia em saúde?
- Questão 4 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) e as Estratégias de Coping com a Morte?

Tratamento de dados

Foi realizada a recolha dos dados e para o tratamento dos mesmos foi gerada uma base de dados trabalhada no programa SPSS (versão 28), em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$ – não significativo
- $p < 0.05$ – significativo
- $p < 0.01$ – bastante significativo
- $p < 0.001$ – altamente significativo

Relativamente à abordagem inferencial dos dados, realizada através da estatística analítica, procedeu-se à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, às variáveis dependentes.

Segundo o teste de normalidade aplicado, pelo *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*, verificou-se que a distribuição de dados referentes às variáveis dependentes, não se encontram enquadradas na normalidade ($p < 0,05$). Posto isto, foi assumida a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas variáveis, limitando de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas. Assim, foram utilizados os testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal na totalidade das variáveis dependentes, como é possível demonstrar no teste da normalidade em tabela e gráfico em anexos.

Com o intuito de credibilizar o estudo, foram formuladas algumas questões/hipóteses já supracitadas, estas foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente: *Testes U de Mann-Whitney*, *Testes de Kruskal-Wallis* e *Correlações de Spearman*.

As questões/hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de questões/hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Resultados

Caracterização sociodemográfica

A variável idade dos inquiridos revela um valor médio de 39,05±11,61 anos, um valor a oscilar entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 66 anos. É ainda de salientar que, diferenciado por categoria profissional, os auxiliares (42,52 anos) apresentam uma média de idade mais elevada que os enfermeiros (33,68 anos).

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos inquiridos em função da profissão

PROFISSÃO	N	MIN.	MAX.	MÉDIA	DP
AUXILIAR	62	22	64	42,52	12,20
ENFERMEIRO	40	22	66	33,68	8,22
TOTAL	102	22	66	39,05	11,61

Em relação à idade, a maioria dos elementos têm 31-40 anos com 36,3%. Distribuição semelhante se passa nos enfermeiros. Já nos auxiliares salientamos a classe dos mais de 50 anos com 29,0%. Entre a idade e a categoria profissional encontramos diferenças estatísticas bastante significativas ($X^2=16,636$; $p=0,001^{**}$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Tal diferença, deve-se ao facto de existirem mais elementos auxiliares acima dos 65 anos; e mais elementos enfermeiros com 31-40 anos.

Relativamente ao género, a maioria dos elementos são mulheres com 98,0%. Também por categoria profissional a distribuição é semelhante. Entre o género e a profissão não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=3,162$; $p=0,075$).

Já em relação ao distrito, a maioria dos elementos são de Viseu com 71,6%. Nas profissões a situação é semelhante. Entre o distrito e a situação profissional encontramos diferenças estatísticas altamente significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=49,363$; $p=0,000^{***}$).

Tal diferença, deve-se ao facto de existirem mais auxiliares de Viseu que enfermeiros; e mais enfermeiros fora do distrito que auxiliares. É ainda importante referir que, dos vários distritos referidos que não o de Viseu, salientamos o da Guarda com 7,8%; Faro e Porto (ambos com 2,9%) e depois Castelo Branco; Leiria; Lisboa e Viana do castelo (com 1,9% cada um). Os restantes distritos estão representados com apenas 1% cada.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos em função da profissão

Variáveis	Profissão		Enfermeiro		Total		Residuais		X ²	p
	Auxiliar						A	E		
	nº (62)	% (60,8)	nº (40)	% (39,2)	nº (102)	% (100,0)				
Idade										
≤30 anos	12	19,4%	14	35,0%	26	25,5%	-1,8	1,8	16,636	0,001**
31-40 anos	17	27,4%	20	50,0%	37	36,3%	-2,3	2,3		
41-50 anos	15	24,2%	5	12,5%	20	19,6%	1,5	-1,5		
>50 anos	18	29,0%	1	2,5%	19	18,6%	3,4	-3,4		
Género										
Feminino	62	100,0%	38	95,0%	100	98,0%	1,8	-1,8	3,162	0,075
Masculino	0	0,0%	2	5,0%	2	2,0%	-1,8	1,8		
Distrito										
Viseu	60	96,8%	13	32,5%	73	71,6%	7,0	-7,0	49,363	0,000***
Fora de Viseu	2	3,2%	27	67,5%	29	28,4%	-7,0	7,0		
Total	62	100,0	40	100,0	102	100,0				

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

A variável Literacia em saúde dos inquiridos revela um valor médio de 30,19±7,47 pontos, um valor a oscilar entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 49 pontos. O valor de literacia em saúde é ligeiramente superior no caso dos enfermeiros, com um valor de 32,15±6,57, sendo nos auxiliares de 28,92±7,79.

Tabela 5 - Estatísticas relativas à Literacia em saúde dos inquiridos

	N	MIN.	MAX.	MÉDIA	DP
LITERACIA EM SAÚDE					
TOTAL	102	5	49	30,19	7,47
ENFERMEIROS	40	18	45	32,15	6,57
AUXILIARES	62	5	49	28,92	7,79

A variável Estratégias de Coping com a Morte, de uma maneira geral, revela uma média de 130,84±22,63, que oscila entre um mínimo de 73 e um máximo de 194. Nos enfermeiros o valor médio é ligeiramente superior 137,33±20,51, em relação à média

total e dos auxiliares que apresentam um valor de $126,52 \pm 23,1$. Relativamente ao Coping com o próprio a média geral situa-se nos $23,74 \pm 7,25$, sendo superior nos enfermeiros revelando um valor de $24,72 \pm 7,36$, e ligeiramente menor nos auxiliares com um valor de $23,08 \pm 7,16$. Estes valores oscilam entre um mínimo de 10 e máximo de 39. O mesmo acontece com a variável Coping com os outros em que a média geral revela um valor de $25,69 \pm 5,92$, que é superior nos enfermeiros ($28,53 \pm 5,02$) e inferior nos auxiliares ($23,08 \pm 7,16$). Estes valores oscilam entre um mínimo de 11 e um máximo de 42.

Tabela 6 - Estatísticas relativas às Estratégias de coping com a Morte, com os o próprio e com os outros dos inquiridos

	N	MIN.	MAX.	MÉDIA	DP
COPING COM A MORTE					
TOTAL	100	73	194	130,84	22,63
ENFERMEIROS	40	100	194	137,33	20,51
AUXILIARES	60	73	193	126,52	23,10
COPING COM O PRÓPRIO					
TOTAL	100	10	39	23,74	7,25
ENFERMEIROS	40	12	39	24,72	7,36
AUXILIARES	60	10	38	23,08	7,16
COPING COM OS OUTROS					
TOTAL	100	11	42	25,69	5,92
ENFERMEIROS	40	19	42	28,53	5,02
AUXILIARES	60	11	41	23,80	5,74

Com a finalidade de saber quais os fatores que influenciam as estratégias de Coping e a Literacia em Saúde, foram formuladas questões, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa, assim como a apresentação dos resultados dos dados obtidos.

Questão 1 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e as Estratégias de Coping?

Para saber a influência da idade nas Estratégias de Coping, foi efetuado um *Teste de Kruskal-Wallis*, de onde se salienta pelas ordenações médias um *score* mais elevado

nas três vertentes do Coping nos inquiridos com 41-50 anos, o que revela melhores estratégias. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Já para a género em função das estratégias de Coping, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um score mais elevado nas três vertentes do Coping nos inquiridos do género masculino, o que revela melhores estratégias. Contudo, com a existência de diferenças estatísticas significativas ($p=0,010^*$) apenas para a vertente “Coping com o próprio”.

Quanto à profissão versus as Estratégias de Coping, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um score mais elevado nas três vertentes do Coping nos inquiridos enfermeiros, o que revela melhores estratégias. Contudo, com a existência de diferenças estatísticas bastante significativas ($p=0,009^{**}$); e altamente significativas ($p=0,000^{***}$) apenas para a vertente “Coping com a morte” e “Coping com os outros” respetivamente.

Por fim, quanto ao distrito versus as Estratégias de Coping, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um score mais elevado nas três vertentes do Coping nos inquiridos fora do distrito de Viseu, o que revela melhores estratégias. Contudo, com a existência de diferenças estatísticas significativas ($p=0,022^*$); e altamente significativas ($p=0,000^{***}$) apenas para a vertente “Coping com a morte” e “Coping com os outros” respetivamente.

Tabela 7 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com as Estratégias de Coping

VARIÁVEIS	DIMENSÕES	COPING PRÓPRIO	COPING OUTROS	COPING MORTE	TESTE
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
IDADE	≤30 ANOS	45,48	47,52	48,73	<i>Kruskal wallis</i>
	31-40 ANOS	49,95	53,12	49,70	
	41-50 ANOS	58,42	58,63	57,34	
	>50 ANOS	50,53	40,83	47,47	
	(P)	0,529	0,252	0,711	
GÉNERO	FEMININO	49,59	50,14	49,78	<i>Mann Whitney</i>
	MASCULINO	95,25	68,00	86,00	

(P)		0,010*	0,427	0,085	
PROFISSÃO					
	AUXILIAR	49,08	40,67	44,29	Mann Whitney
	ENFERMEIRO	52,63	65,25	59,81	
(P)		0,549	0,000***	0,009**	
DISTRITO					
	WISEU	47,39	43,14	46,25	Mann Whitney
	FORA DE WISEU	58,10	68,52	60,91	
(P)		0,093	0,000***	0,022*	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Questão 2 – Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, profissão e distrito) e a Literacia em saúde?

Para saber a influência da idade na Literacia em Saúde, foi efetuado um *Teste de Kruskal-Wallis*, de onde se salienta pelas ordenações médias um *score* mais elevado nos inquiridos com menos de 30 anos, o que revela melhor literacia. E com a existência de diferenças estatísticas significativas (p=0,013*).

Já para o género em função da Literacia em Saúde, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um *score* mais elevado nos inquiridos do género masculino, o que revela melhor literacia. Contudo, com ausência de significado estatístico (p=0,252).

Quanto à profissão *versus* a Literacia em Saúde, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um *score* mais elevado nos inquiridos enfermeiros, o que revela melhor literacia. E com a existência de diferenças estatísticas significativas (p=0,035*).

Por fim, quanto ao distrito *versus* a Literacia em Saúde, foi utilizado um *Teste U de Mann-Whitney*, de onde se salienta pelas ordenações médias um *score* mais elevado nos inquiridos fora do distrito de Viseu, o que revela melhor literacia. Contudo, com ausência de significado estatístico (p=0,520).

Tabela 8 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a Literacia em Saúde

VARIÁVEIS	LITERACIA EM SAÚDE		TESTE
		Ordenação média	
IDADE			
	≤30 ANOS	64,83	Kruskal wallis
	31-40 ANOS	51,62	
	41-50 ANOS	48,88	
	>50 ANOS	35,79	
(P)	0,013*		
GÉNERO	FEMININO	51,00	Mann Whitney
	MASCULINO	76,75	
	(P)	0,252	
PROFISSÃO	AUXILIAR	46,56	Mann Whitney
	ENFERMEIRO	59,16	
	(P)	0,035*	
DISTRITO	WISEU	50,32	Mann Whitney
	FORA DE WISEU	54,48	
	(P)	0,520	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Questão 3 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros e com a morte) e a Literacia em saúde?

Com o objetivo de avaliar como se relacionam as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros e com a morte) com a Literacia em Saúde, foram efetuadas *Correlações de Spearman (score vs score)*, de onde se salienta a existência de correlações positivas. Tal significa que o aumento do *score* da Literacia em Saúde, induz o aumento do *score* das escalas de Coping (melhores estratégias). E com diferenças significativas *(p<0,05) para “Coping com o próprio” e “Coping com os outros”; e bastante significativas *(p<0,01) para o “Coping com a morte”.

Tabela 9 - Correlações de Spearman relacionando as Estratégias de Coping com a Literacia em Saúde

VARIÁVEIS	LITERACIA EM SAÚDE		TESTE
	Rho	p	
COPING COM O PRÓPRIO	0,201	0,045*	
COPING COM OS OUTROS	0,233	0,020*	

COPING COM A MORTE	0,293	0,003**	Correlação de Spearman
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001

Questão 4 – Qual a relação entre as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) e as Estratégias de Coping com a Morte?

Para avaliar como se relacionam as Estratégias de Coping (com o próprio, com os outros) com o Coping com a morte, foram efetuadas *Correlações de Spearman (score vs score)*, de onde se salienta a existência de correlações positivas. Tal significa que o aumento do *score* das escalas de Coping com o próprio e com os outros (melhores estratégias) induz o aumento do *score* das Estratégias de Coping com a morte. E com diferenças altamente significativas ***($p<0,001$).

Tabela 10 - Correlações de Spearman relacionando as Estratégias de Coping (com o próprio e com os outros) com as Estratégias de Coping com a Morte

VARIÁVEIS	COPING COM A MORTE		TESTE
	Rho	p	
COPING COM O PRÓPRIO	0,712	0,000***	Correlação de Spearman
COPING COM OS OUTROS	0,729	0,000***	
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001

Relativamente ao Questionário de Literacia em Saúde, estão abaixo representados os dados obtidos relativos aos 3 (três) domínios da saúde – cuidados de saúde, correspondendo a 16 (dezasseis) questões; a promoção da saúde, também com 16 (dezasseis) questões e a prevenção da doença em 15 (quinze) questões.

Tabela 11 - Literacia em Saúde: domínio dos cuidados de saúde

CUIDADOS DE SAÚDE		Frequência (nº102)	Porcentagem (%)
ENCONTRAR INFORMAÇÕES SOBRE SINTOMAS DE DOENÇAS QUE LHE DIZEM RESPEITO OU PREOCUPAM?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	20	19,61%
	Fácil	64	62,75%
	Muito fácil	16	15,69%
	Não sei	1	0,98%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTOS DE DOENÇAS QUE O/A PREOCUPAM?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	27	26,47%
	Fácil	63	61,76%
	Muito fácil	10	9,80%
	Não sei	1	0,98%
SABER MAIS SOBRE O QUE FAZER EM CASO DE UMA EMERGÊNCIA MÉDICA?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	28	27,45%
	Fácil	52	50,98%
	Muito fácil	18	17,65%
	Não sei	3	2,94%
SABER MAIS SOBRE ONDE OBTER AJUDA ESPECIALIZADA QUANDO ESTÁ DOENTE?	Muito difícil	0	0
	Difícil	27	26,47%
	Fácil	56	54,90%
	Muito fácil	17	16,67%
	Não sei	2	1,96%
COMPREENDER O QUE O SEU MÉDICO LHE DIZ?	Muito difícil	0	0
	Difícil	10	9,80%
	Fácil	70	68,63%
	Muito fácil	20	19,61%
	Não sei	2	1,96%
COMPREENDER O FOLHETO QUE VEM COM O MEDICAMENTO?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	11	10,78%
	Fácil	70	68,63%
	Muito fácil	18	17,65%
	Não sei	2	1,96%
COMPREENDER O QUE FAZER NUMA EMERGÊNCIA MÉDICA?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	26	25,49%
	Fácil	54	52,94%
	Muito fácil	14	13,73%
	Não sei	5	4,90%
COMPREENDER AS INSTRUÇÕES DO SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO SOBRE A TOMA DO MEDICAMENTO QUE FOI RECEITADO?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	2	1,96%
	Fácil	69	67,65%
	Muito fácil	30	29,41%
	Não sei	0	0
AVALIAR COMO É QUE A INFORMAÇÃO DO SEU MÉDICO SE APLICA AO SEU CASO?	Muito difícil	0	0
	Difícil	16	15,69%
	Fácil	68	66,67%
	Muito fácil	16	15,69%
	Não sei	2	1,96%
AVALIAR AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS DIFERENTES OPÇÕES DE TRATAMENTO?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	29	28,43%
	Fácil	63	61,76%
	Muito fácil	7	6,86%
	Não sei	1	0,98%
AVALIAR QUANDO PODE NECESSITAR DE UMA SEGUNDA OPINIÃO DE OUTRO MÉDICO?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	35	34,31%
	Fácil	50	49,02%
	Muito fácil	11	10,78%
	Não sei	5	4,90%
AVALIAR SE A INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA, NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO, É DE CONFIANÇA?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	44	43,14%
	Fácil	40	39,22%
	Muito fácil	7	6,86%
	Não sei	9	8,82%
USAR A INFORMAÇÃO QUE O SEU MÉDICO LHE DÁ PARA TOMAR DECISÕES SOBRE A SUA DOENÇA?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	25	24,51%
	Fácil	64	62,75%
	Muito fácil	8	7,84%
	Não sei	3	2,94%
CUMPRIR AS INSTRUÇÕES SOBRE A MEDICAÇÃO?	Muito difícil	0	0
	Difícil	2	1,96%
	Fácil	65	63,73%
	Muito fácil	35	34,31%
	Não sei	0	0
CHAMAR UMA AMBULÂNCIA EM CASO DE EMERGÊNCIA?	Muito difícil	0	0
	Difícil	1	0,98%
	Fácil	53	51,96%

SEGUIR AS INSTRUÇÕES DO SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO?	Muito fácil	48	47,06%
	Não sei	0	0
	Muito difícil	0	0
	Difícil	2	1,96%
	Fácil	64	62,75%
	Muito fácil	36	35,29%
	Não sei	0	0

Relativamente ao domínio dos cuidados de saúde, 62,75% (64) dos inquiridos dizem ser fácil “Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?”; 61,76% (63) dizem ser fácil “Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?”, no entanto 26,47% (27) respondem ser difícil; apesar de 50,98% (52) dos profissionais responderem fácil a “Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?”, salientam-se 27,45% (28) que dizem ser difícil; cerca de metade dos inquiridos (54,90% - 56) dizem ser fácil “Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?”, ao contrário dos 26,47% (27) que acham difícil; a grande parte dos inquiridos parecem “Compreender o que o seu médico lhe diz?”, com uma percentagem de 68,63% (70); assim como “Compreender o folheto que vem com o medicamento?”, representando 68,63% (70); relativamente à questão “Compreender o que fazer numa emergência médica?” cerca de metade dos inquiridos (52,94% - 54) diz ser fácil, no entanto salienta-se 25,49% (26) que dizem ser difícil; quanto a “Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?” a maioria dos inquiridos tem facilidade em compreender as instruções, cerca de 67,65% (69); assim como 66,67% (68) considera fácil “Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?”; relativamente a “Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?” 61,76% (63) considera fácil, mas 28,43% (29) refere ser difícil; quanto a “Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?” 34,31% (35) dos inquiridos considera difícil, assim como “Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?” com uma percentagem de 43,14% (44) de inquiridos com dificuldade na avaliação da informação transmitida; 62,75% (64) dos profissionais usa com facilidade a informação que o médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença; 63,73% (65) cumpre facilmente as instruções sobre a medicação; 47,06% (48) considera ser muito fácil “Chamar uma ambulância em caso de emergência?” e 62,75% (64) dos profissionais inquiridos revelam facilidade em “Seguir

as instruções do seu médico ou farmacêutico?”, no entanto 35,29% (38) responde que é difícil.

Tabela 12 - Literacia em Saúde: domínio da prevenção da doença

PREVENÇÃO DA DOENÇA		Frequência (nº102)	Porcentagem (%)
ENCONTRAR INFORMAÇÃO PARA LIDAR COM OS COMPORTAMENTOS QUE AFETAM A SUA SAÚDE, COMO FUMAR, FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA E EXCESSO DE ÁLCOOL?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	15	14,71%
	Fácil	54	52,94%
	Muito fácil	26	25,49%
	Não sei	5	4,90%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO PARA LIDAR COM OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL COMO O STRESS OU A DEPRESSÃO?	Muito difícil	8	7,84%
	Difícil	49	48,04%
	Fácil	35	34,31%
	Muito fácil	8	7,84%
	Não sei	2	1,96%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO SOBRE VACINAS E OS EXAMES QUE PODE FAZER?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	17	16,67%
	Fácil	71	69,61%
	Muito fácil	11	10,78%
	Não sei	2	1,96%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO SOBRE A FORMA DE EVITAR OU CONTROLAR AS SITUAÇÕES COMO O EXCESSO DE PESO, TENSÃO ALTA E COLESTEROL ELEVADO?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	14	13,73%
	Fácil	62	60,78%
	Muito fácil	21	20,59%
	Não sei	4	3,92%
COMPREENDER OS AVISOS DE SAÚDE RELATIVOS A COMPORTAMENTOS COMO FUMAR, FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA E EXCESSO DE ÁLCOOL?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	8	7,84%
	Fácil	63	61,76%
	Muito fácil	26	25,49%
	Não sei	3	2,94%
COMPREENDER PORQUE PRECISA DE VACINAS?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	3	2,94%
	Fácil	64	62,75%
	Muito fácil	32	31,37%
	Não sei	1	0,98%
COMPREENDER PORQUE PRECISA DE FAZER RASTREIOS?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	1	0,98%
	Fácil	67	65,69%
	Muito fácil	32	31,37%
	Não sei	1	0,98%
AVALIAR EM QUE MEDIDA SÃO FIÁVEIS OS AVISOS RELATIVOS À SAÚDE, COMO FUMAR, FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA E EXCESSO DE ÁLCOOL?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	6	5,88%
	Fácil	65	63,73%
	Muito fácil	25	24,51%
	Não sei	4	3,92%
AVALIAR QUANDO PRECISA DE IR AO MÉDICO PARA FAZER UM CHECK-UP OU UM EXAME GERAL DE SAÚDE?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	17	16,67%
	Fácil	62	60,78%
	Muito fácil	18	17,65%
	Não sei	2	1,96%
AVALIAR QUE VACINAS PODE NECESSITAR?	Muito difícil	4	3,92%
	Difícil	17	16,67%
	Fácil	54	52,94%
	Muito fácil	19	18,63%
	Não sei	8	7,84%
AVALIAR QUE EXAMES MÉDICOS DEVE FAZER?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	25	24,51%
	Fácil	51	50%
	Muito fácil	14	13,73%
	Não sei	9	8,82%
AVALIAR SE A INFORMAÇÃO NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOBRE OS RISCOS PARA A SAÚDE É DE CONFIANÇA?	Muito difícil	4	3,92%
	Difícil	40	39,22%
	Fácil	41	40,20%
	Muito fácil	11	10,78%
	Não sei	6	5,88%
DECIDIR SE DEVE TOMAR A VACINA CONTRA A GRIPE?	Muito difícil	4	3,92%
	Difícil	8	7,84%
	Fácil	58	56,86%
	Muito fácil	30	29,41%
	Não sei	2	1,96%

DECIDIR COMO SE PODE PROTEGER DA DOENÇA COM BASE NOS CONSELHOS DA FAMÍLIA E AMIGOS?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	29	28,43%
	Fácil	51	50%
	Muito fácil	13	12,75%
	Não sei	6	5,88%
DECIDIR COMO SE PODE PROTEGER DA DOENÇA COM BASE EM INFORMAÇÃO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO?	Muito difícil	5	4,90%
	Difícil	35	34,31%
	Fácil	43	42,16%
	Muito fácil	11	10,78%
	Não sei	8	7,84%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO SOBRE ATIVIDADES SAUDÁVEIS, COMO A ATIVIDADE FÍSICA, A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E A NUTRIÇÃO?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	8	7,84%
	Fácil	67	65,69%
	Muito fácil	23	22,55%
	Não sei	3	2,94%

No que concerne ao domínio da prevenção da doença no questionário aplicado, 52,94% (54) considera fácil “Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?”; para “Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?” 34,31% (35) considera fácil, no entanto uma percentagem maior (48,04% - 49) reconhece que é difícil; relativamente a “Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?” a maior parte diz ser fácil (69,61% -71); assim como “Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?” com uma percentagem de 60,78% (62); do mesmo modo que os anteriores os inquiridos dizem que “Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?” é simples (61,76% - 5); quanto a “Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?” é considerado muito fácil por uns profissionais (31,37% - 32) e fácil por outros (62,75% - 64); o mesmo acontece com a questão “Compreender porque precisa de vacinas?”, sendo fácil para 65,69% (67) e muito fácil para 31,37% (32); é também de fácil compreensão pelos inquiridos compreender “porque precisa de fazer rastreios?” (63,73% - 65); “Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?” é fácil com 60,78% (62); “Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?” é fácil também com 52,94% (54); quanto à avaliação de que vacinas pode necessitar é difícil para 24,51% (25) dos inquiridos, assim como avaliar que exames médicos deve fazer, com uma percentagem de 39,22% (40); 56,86% (58) dos profissionais questionados refere ser fácil “Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre

os riscos para a saúde é de confiança?"; já para decidir se deve tomar a vacina contra a gripe 28,43% (29) reconhece que é difícil, de igual modo para decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos em que 35 inquiridos (34,31%) referiram ser difícil; quanto à última questão "Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?" a maior percentagem de profissionais (65,69% - 67) considera fácil.

Tabela 13 - Literacia em Saúde: domínio da promoção da saúde

PROMOÇÃO DA SAÚDE		Frequência (n^o102)	Percentagem (%)
SABER MAIS SOBRE AS ATIVIDADES QUE SÃO BOAS PARA O SEU BEM-ESTAR MENTAL?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	18	17,65%
	Fácil	66	64,71%
	Muito fácil	11	10,78%
	Não sei	4	3,92%
ENCONTRAR INFORMAÇÃO SOBRE COMO É QUE A SUA ZONA RESIDENCIAL PODE SER MAIS AMIGA DA SAÚDE?	Muito difícil	7	6,86%
	Difícil	42	41,18%
	Fácil	42	41,18%
	Muito fácil	5	4,90%
	Não sei	6	5,88%
SABER MAIS SOBRE AS MUDANÇAS NAS POLÍTICAS QUE POSSAM AFETAR A SUA SAÚDE?	Muito difícil	11	10,78%
	Difícil	44	43,14%
	Fácil	34	33,33%
	Muito fácil	5	4,90%
	Não sei	8	7,84%
SABER MAIS SOBRE AS FORMAS DE PROMOVER A SUA SAÚDE NO TRABALHO?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	37	36,27%
	Fácil	53	51,96%
	Muito fácil	8	7,84%
	Não sei	1	0,98%
COMPREENDER CONSELHOS SOBRE SAÚDE VINDOS DE FAMILIARES OU AMIGOS?	Muito difícil	5	4,90%
	Difícil	25	24,51%
	Fácil	59	57,84%
	Muito fácil	7	6,86%
	Não sei	6	5,88%
COMPREENDER A INFORMAÇÃO NAS EMBALAGENS DE ALIMENTOS?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	25	24,51%
	Fácil	57	55,88%
	Muito fácil	16	15,69%
	Não sei	1	0,98%
COMPREENDER A INFORMAÇÃO NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO EM COMO SE MANTER MAIS SAUDÁVEL?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	20	19,61%
	Fácil	65	63,73%
	Muito fácil	12	11,76%
	Não sei	4	3,92%
COMPREENDER A INFORMAÇÃO EM COMO MANTER UMA MENTE SAUDÁVEL?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	29	28,43%
	Fácil	57	55,88%
	Muito fácil	12	11,76%
	Não sei	1	0,98%
AVALIAR A FORMA COMO O LOCAL ONDE VIVE PODE AFETAR A SUA SAÚDE E BEM-ESTAR?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	23	22,55%
	Fácil	60	58,82%
	Muito fácil	15	14,71%
	Não sei	2	1,96%
AVALIAR A FORMA COMO AS SUAS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO O PODEM AJUDAR A MANTER-SE SAUDÁVEL?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	12	11,76%
	Fácil	64	62,75%
	Muito fácil	21	20,59%
	Não sei	2	1,96%
AVALIAR QUAIS OS COMPORTAMENTOS DIÁRIOS QUE ESTÃO RELACIONADOS COM A SUA SAÚDE?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	21	20,59%
	Fácil	55	53,92%
	Muito fácil	21	20,59%
	Não sei	4	3,92%

TOMAR DECISÕES PARA MELHORAR A SUA SAÚDE?	Muito difícil	2	1,96%
	Difícil	26	25,49%
	Fácil	53	51,96%
	Muito fácil	18	17,65%
	Não sei	3	2,94%
INTEGRAR UM CLUBE DESPORTIVO OU UMA AULA DE GINÁSTICA SE DESEJAR?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	39	38,24%
	Fácil	36	35,29%
	Muito fácil	17	16,67%
	Não sei	7	6,86%
INFLUENCIAR AS CONDIÇÕES DA SUA VIDA QUE AFETAM A SUA SAÚDE E BEM-ESTAR?	Muito difícil	1	0,98%
	Difícil	32	31,37%
	Fácil	52	50,98%
	Muito fácil	10	9,80%
	Não sei	7	6,86%
PARTICIPAR EM ATIVIDADES QUE MELHORAM A SAÚDE E O BEM ESTAR NA SUA COMUNIDADE?	Muito difícil	3	2,94%
	Difícil	33	32,35%
	Fácil	46	45,10%
	Muito fácil	14	13,73%
	Não sei	6	5,88%

Relativo ao domínio da prevenção da saúde, 64,71% (66) dos inquiridos releva que “Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?” é fácil, no entanto 17,65% (18) afirma que é difícil; na segunda questão “Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?” 41,18% (42) responde ser fácil e igual número de inquiridos responde ser difícil; 43,14% (44) revela que “Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?” é difícil; quanto a “Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?” a maioria responde que é difícil (51,96% -53), no entanto 37 dos inquiridos (36,27%) diz ser difícil; 57,84% (59) dos profissionais questionados refere que é fácil “Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?”, ao contrário dos 24,51% (25) que dizem ser difícil; na questão sobre a compreensão da “informação nas embalagens de alimentos?” 24,51% (25) dizem ser difícil, contra 55,88% que revelam ser fácil; relativamente a “Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?” a grande maioria (63,73% - 65) dizem ser fácil, e apenas 19,61% (20) apresenta dificuldades; quanto a “Compreender a informação em como manter uma mente saudável?” 28,43% (29) confirmam ser difícil, e 55,88% (57) revelam ser fácil; dos profissionais inquiridos 58,82% (60) responderam que “Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?” é fácil, ao contrário dos 22,55% (23) que dizem ser difícil; relativamente a “Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?” 62,75% (64) consideram fácil, no entanto 20,59% (21) dizem ser muito difícil; assim como para “Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?” também 20,59%

(21) consideram ser muito difícil; na questão “Tomar decisões para melhorar a sua saúde?” 51,96% (53) ,considera fácil; no entanto, na questão “Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?” 38,24% (39) dos inquiridos considera difícil; 50,98% (52) dos profissionais revelam facilidade em “Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?” e na última questão “Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?” apesar de 45,10% (46) considerar fácil, 32,35% (33) revela dificuldades.

Discussão de Resultados

A Literacia em Saúde está diretamente relacionada com a literacia em geral, por isso implica conhecimento, motivação e competências. Estas são bases essenciais para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde que nos são fornecidas. Apenas desta forma é possível formar juízos e tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida ⁶⁸.

Em 2016 foi realizado um inquérito sobre a Literacia em Saúde em Portugal, comparando com os países que participaram no *Health Literacy Survey EU 2014*. Dos resultados obtidos foi possível concluir que Portugal é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com nível excelente de Literacia em Saúde, com cerca de 8,6%, encontrando-se a média europeia em 16,5%. Relativamente ao nível problemático de Literacia em Saúde apresenta uma percentagem elevada, cerca de 38,1%, superior à média europeia (35,2%). No entanto, no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde encontra-se em 2º lugar com uma percentagem de 42,4%, sendo a média europeia de 36%. E com um nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%) ⁶⁹.

Segundo um estudo realizado em 2020, sobre a literacia em saúde dos cuidadores formais os resultados demonstraram-se preocupantes e alarmantes, pelo facto de estarmos perante profissionais de saúde presumivelmente qualificados para o exercício das suas funções. Isto é um problema que se prolonga há vários anos, conforme comprova um estudo realizado em 2014 em que apenas 25% dos cuidadores de idosos apresentavam níveis de literacia adequados, sendo que os restantes 75% dos apresentavam uma literacia em saúde inadequada. São dados que revelam grande preocupação a nível da saúde pública, sendo necessário uma mudança urgente, levando assim a uma maior responsabilidade sobre a saúde ⁵⁰. Na dissertação apresentada, a população inquirida, nomeadamente enfermeiros e auxiliares, apresentam uma média de 30,19 pontos em Literacia em Saúde, demonstrando um nível de literacia problemático, entrando assim para os estudos que indicam valores preocupantes relativos aos níveis de Literacia em Saúde dos profissionais.

O nível de literacia em saúde das populações é essencial para a manutenção de um sistema de saúde funcional e capaz de responder às necessidades efetivas da população. Baixos níveis de literacia revelam má utilização dos serviços de saúde, causando constrangimentos no acesso aos mesmos. Alguns estudos concluem que existe uma relação direta entre o baixo nível de literacia em saúde e questões relacionadas com a saúde da população. A carência de conhecimentos diminui a prevenção de doenças e, conseqüentemente, ocorre uma maior utilização de serviços de saúde hospitalares ⁶².

Os profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade no fornecimento de informações acessíveis e de fácil compreensão para a população. É essencial que os doentes sejam envolvidos nos processos de tomada de decisão relativamente à sua saúde, sendo um pilar para a literacia em saúde. Assim é possível melhorar a qualidade dos cuidados, os conhecimentos e a experiência dos doentes, dos profissionais de saúde e dos financiadores do sistema de saúde. Para que a estratégia seja eficaz, é necessária a melhoria das competências comunicacionais por parte dos profissionais de saúde, assim como a divulgação de informação credível e atualizada, capacitação e promoção da autonomia do doente, promoção da saúde e envolvimento no processo clínico ⁷⁰. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ampliar conhecimentos, não só para melhorar a sua literacia, mas também contribuindo para a divulgação de informação fundamental em todas as áreas da saúde. É também importante perceber que profissionais com melhores níveis de literacia aumenta a qualidade dos cuidados prestados pelos próprios, melhorando também a adesão dos doentes à informação facultada pelos profissionais. Mais especificamente, os cuidados paliativos são pouco divulgados na sociedade, criando-se expectativas irrefletidas dos mesmos pela fraca informação. É também neste sentido que os profissionais de saúde devem manter-se instruídos e informar devidamente a população e permitir questões por parte dos mesmos, auxiliando a desmistificar a palição com o intuito contribuir para a prevenção, para o alívio do sofrimento e para a promoção de um cuidado mais humanizado.

O avanço tecnológico e desenvolvimento da medicina possibilitou o prolongamento da vida, no entanto não está garantida a qualidade de vida, impondo-se a necessidade de discussão do envelhecimento, da doença e da morte, essencialmente na formação dos profissionais de saúde. Há vários que estudos apontam para uma fraca

formação acadêmica na área dos cuidados continuados e paliativos. Os profissionais de saúde são preparados para recuperação da saúde e preservação da vida; a possibilidade de ocorrer a morte do doente é gerador de sentimentos negativos como a dor, tristeza e sofrimento, sendo a frustração e impotência os mais referidos pelos profissionais ⁷¹. Lidar com a morte leva a questões e reflexões sobre a própria morte ou dos seus familiares próximos, não é habitual a discussão do tema por evidenciar a limitação profissional. Isto enquadra-se também nos resultados obtidos neste estudo das Estratégias de Coping, nomeadamente no coping com o próprio. Apesar de não existir literatura suficiente sobre o assunto para uma discussão dos resultados mais apropriada, tanto nos enfermeiros como nos auxiliares os melhores valores de estratégias de coping com a morte é nos profissionais mais velhos, revelando que a idade e experiência são dois fatores importantes para a criação de estratégias adequadas, no entanto revela também a fraca formação académica nesta área, principalmente nos pós-licenciados. Os profissionais inquiridos mais novos revelam piores resultados nas estratégias de coping com a morte, com o próprio e com os outros, demonstrando uma menor compreensão, conhecimento e expressividade de emoções no que concerne à própria morte assim como competências diminuídas para comunicar com o que sofrem a perda e com os doentes terminais.

A fraca formação académica relacionada com a morte ou palição, priorizando um ensino tecnicista, provoca sentimentos negativos nos profissionais que trabalham diretamente com estes doentes não permitindo que estejam preparados para lidar com situações de fim de vida, podendo levar a situações de *burnout*. Torna-se essencial o conhecimento e formação adequados do tema, a mudança no paradigma da ciência do cuidado e a priorização da educação sobre a morte e o morrer no processo de formação profissional e no contexto institucional. Quanto mais amplos forem os conhecimentos sobre a morte melhores cuidados de saúde serão prestados pelo profissional de saúde em processo de morte. É habitual a prática da negação da morte pelos profissionais de saúde. A carência de formação pode levar a lutos mal elaborados pelos profissionais de saúde relativamente a morte de doentes; a morte de um doente cria sensações de derrota profissional, que pode alterar o sentido de competência profissional. A criação de estratégias de Coping com a morte é fundamental para diminuir possíveis repercussões negativas na saúde dos profissionais ^{61 4 72 73 74 58 4 60}.

O Coping permite a criação de estratégias para lidar com as situações que provocam *stress* através da implementação de respostas cognitivas e comportamentais para reduzir, minimizar ou tolerar as agressões internas ou externas que surgem da interação com o ambiente, tornando-se essencial para o ajuste e adaptação às situações. Os cuidadores formais de idosos são um grupo potencialmente afetado pelo *burnout* ^{72 75}. Portanto, identificar as situações *stressantes* e formas de as enfrentar é fundamental para compreender como os profissionais respondem às mesmas e como isso se reflete na sua prática e saúde ⁷⁶. A realização de estudos como o presente é essencial, permitindo compreender as Estratégias de coping dos profissionais e atuar de acordo com os resultados, diminuindo os grupos que são potencialmente afetados e aumentando assim a qualidade dos cuidados.

Um estudo realizado em 2014, relativamente ao *stress* dos profissionais de saúde revela a presença de sintomas psicológicos que influenciam o trabalho, a sua maneira de perceber a situação e alteram a forma de as encarar ⁷⁷. Uma conspiração do silêncio em relação às emoções dos profissionais de saúde provoca padrões mal adaptativos que levam ao esgotamento e a outras formas de angústia emocional ⁷⁸.

O treino das estratégias de *coping* individual é fundamental para manter os profissionais física e mentalmente saudáveis; a comunicação intrapessoal, que é o primeiro patamar da comunicação, é a base para o ensino das estratégias ⁷⁹.

Os profissionais de saúde diretamente ligados à doença crónica, palição e finitude da vida estão na sua maioria em ERPI's e IPSS's. O estudo realizado relativamente à Literacia em Saúde e Estratégias de Coping com a morte destes profissionais é essencial para perceber como são os cuidados prestados nestas instituições e qual a qualidade dos mesmos. Para além disso, é essencial compreender como lidam os profissionais destas instituições com a proximidade do fim de vida e mesmo com a própria morte, e se são capazes de criar estratégias de coping eficazes para lidar com estas situações. Como já referido anteriormente, a literacia em geral está diretamente ligada à literacia em saúde e quanto maior o conhecimento maior será a qualidade dos cuidados prestados, e conseqüentemente as estratégias de coping pelos profissionais serão mais eficientes. A comparação do nível de literacia em saúde com as estratégias de coping com a morte demonstra-se fundamental, assim como a sua relação com dados sociodemográficos. Permite conhecer a população de profissionais

que trabalham na área dos cuidados continuados e paliativos, adequando a formação necessária para a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados e auxiliando na adaptação de estratégias a implementar nas instituições. De uma maneira geral, os resultados obtidos demonstram maiores níveis de Literacia em Saúde nos profissionais masculinos, enfermeiros, abaixo dos 30 anos e fora do distrito de Viseu; relativamente às Estratégias de Coping com a morte, são mais eficazes em profissionais mais velhos (entre 41-50 anos), enfermeiros, masculinos e fora do distrito de Viseu. Como já referido anteriormente neste documento, a maior parte da população envelhecida encontra-se no interior de país, pela culpa da litoralização, o que significa que existe maior necessidade de cuidados continuados e/ou paliativos no interior. Perante os resultados obtidos, e tendo níveis de Literacia em Saúde inferiores e Estratégias de Coping com a morte menos eficazes em profissionais do distrito de Viseu, acarreta uma situação preocupante, nomeadamente neste distrito.

Um estudo relativo à formação dos profissionais que trabalham com idosos institucionalizados revela que 52,5% dos profissionais referiu que teve formação específica para desempenhar as funções de auxiliar de ação direta, no entanto 47,5% não tiveram qualquer tipo de formação para cuidar de idosos institucionalizados. A qualidade dos cuidados poderá não estar assegurada nesta situação, e ainda profissionais de saúde pouco habilitados são passíveis de desenvolver patologias associadas ao desgaste e recorrente estímulo que provoca *stress*⁸⁰. Os resultados apresentados neste estudo vão de encontro com os obtidos nesta dissertação, revelando piores estratégias de coping nos auxiliares e nos profissionais mais novos.

Também como referido anteriormente, sendo a institucionalização uma realidade mais frequente, é necessária uma maior aposta na formação de profissionais que propicie às pessoas idosas qualidade de vida, assim como o bem-estar da população e dos profissionais que nelas exercem a sua profissão. A promoção de estratégias de coping que visem a diminuição dos níveis de cansaço psicológico e de ansiedade dos profissionais de saúde é uma mais-valia para os idosos institucionalizados, mas também para os cuidadores formais. A morte dos doentes institucionalizados, por se manterem mais tempo em contacto com os profissionais, pode tornar-se mais difícil. A formação específica dos profissionais de saúde em cuidados paliativos permite facilitar o processo de luto, assim como manter a qualidade dos cuidados com os outros doente⁷⁴.

A literatura disponível sobre a Literacia em Saúde dos profissionais de saúde e as Estratégias de Coping com a morte dos mesmos é escassa. É fundamental realizar mais estudos na área, compreender a situação atual dos profissionais de saúde que trabalham na área e adequar a formação, para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Profissionais de saúde com níveis de literacia em saúde problemáticos demonstram a fraca formação académica, o descuido da formação e capacitação continuada e doentes com necessidades paliativas com cuidados desadequados, levando a internamentos hospitalares mais recorrentes, mortes com maior sofrimento e doentes que passam horas e dias em serviços de urgências, erradamente, para controlar sintomatologia, onde muitas vezes acabam por morrer em sofrimento e solidão.

Relativamente ao presente estudo, houve algumas limitações, nomeadamente a recusa de participação pelos profissionais médicos que seria também de extrema importância e o número de profissionais masculinos diminuído.

Conclusões

A Literacia em Saúde tem demonstrado crescente interesse pela sociedade, principalmente por ter um papel determinante na manutenção e melhoria das condições de saúde. Níveis desadequados de Literacia em Saúde tem implicações negativas e significativas na saúde individual e coletiva, levando a problemas na gestão de recursos e nos ganhos em saúde.

Relativamente aos objetivos gerais deste trabalho, nomeadamente a avaliação da literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem a sua profissão em IPSS's e/ou ERPI's, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação direta, e estudar as estratégias de Coping com a morte desses mesmos profissionais, é possível concluir que o nível de Literacia em Saúde dos profissionais inquiridos se encontra no nível problemático (30,19), no entanto, de uma maneira geral, as Estratégias de coping com a morte apresentam-se eficazes (130,84).

O nível de Literacia em Saúde está, conforme demonstrado, diretamente relacionado com a presença e eficácia das Estratégias de Coping com a morte pelos profissionais de saúde do estudo, sendo que maiores níveis de literacia são diretamente proporcionais a melhores estratégias de coping com a morte, com o próprio e com os outros. Conclui-se que, relativamente à literacia em saúde, apresentam melhores níveis os profissionais abaixo dos 30 anos, masculinos, enfermeiros e fora do distrito de Viseu. No que concerne às estratégias de coping, estão presentes com maior eficácia em profissionais enfermeiros, entre os 41 e 50 anos, masculinos e fora do distrito de Viseu.

Dos resultados obtidos é possível concluir que o nível de literacia dos profissionais de saúde inquiridos é um problema, associado às estratégias de coping, acrescido por serem profissionais que exercem a sua profissão em instituições que dão apoio a doente maioritariamente em fase final de vida.

Assim, há uma necessidade acrescida de trabalhar os cuidados paliativos, centrar o problema na formação e capacitação dos profissionais de saúde em geral, mais ainda nos que trabalham diretamente na área de cuidados referida. Profissionais de saúde mais capacitados são também mais habilitados para transmitir informação correta à população e aumentar o nível de Literacia da população em geral. Há, assim um maior

acesso ao conhecimento sobre a área da saúde e, conseqüentemente, facilita a utilização correta dos serviços de saúde e melhora a gestão dos recursos disponíveis.

A inclusão dos cuidados continuados e paliativos na formação básica de todos os profissionais de saúde é uma mais-valia para que a medicina paliativa avance com menos obstáculos, facilitando também a referência precoce dos doentes com necessidades paliativas aos cuidados adequados. Tudo isto é imprescindível para melhorar a qualidade dos cuidados prestados assim como a qualidade de vida dos doentes.

Através da realização desta dissertação torna-se evidente a necessidade de preparação e formação dos profissionais de saúde e instituições de cuidados de saúde, nomeadamente ERPI's e/ou IPSS's, a desenvolverem competências para melhorar a qualidade dos cuidados, que criem condições para responder às necessidades dos doentes, aumentar nível de literacia em saúde para, também, capacitar e literar a população para tomadas de decisão consciente e informada da sua saúde ou dos seus dependentes, melhorando, inevitavelmente, a sua qualidade de vida.

É fundamental realizar mais estudos na área, com uma amostra mais alargada, compreender as dificuldades e lacunas dos profissionais de saúde que trabalham diretamente na área dos continuados e paliativos. Atuar o mais precocemente possível na formação e capacitação dos profissionais, aumentar os níveis de literacia dos mesmos e incentivar à formação continua para permitir a qualidade dos cuidados prestados ao longo dos anos.

Abordar os Cuidados Paliativos mais cedo na formação académica, assim como falar sobre a morte, permite aos estudantes e profissionais iniciarem a criação de estratégias de coping mais cedo e assim diminuir os problemas psicológicos que tanto afetam os profissionais de saúde.

Profissionais de saúde preparados e literados são a base fundamental para a correta gestão dos recursos de saúde, capacitação da população e aumento da literacia em saúde generalizada.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística I. Portal do INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt. Published 2021.
2. Lopes M. Envelhecimento, bem-estar e modelo de cuidados. *Diário de Notícias*. 2021.
3. Coutinho MDCS. Cuidadores Formais e Informais: Olhares sobre os Idosos Com Demência. 2015.
4. Andrade TAM. Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde. 2007.
5. Braun GT, Centeno LG. Sistemas de Saúde. Publicação Ocasional nº1/2018. *Port Cons das Finanças Públicas*. 2018;1:1-26.
6. Tavares AIP. European Health System Typologies: Last 30 Years Under Review. In: *Advances in Health Management*. InTech; 2017. doi:10.5772/67536
7. Sousa PAF De. O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Med Port*. 2009;22(1):1-11.
8. Mesquita T. O envelhecimento populacional nos Estados do sul da UE e a sustentabilidade do Estado Social : o caso português. 2022;(January):0-23.
9. Cruz RCA. CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL – UMA AVALIAÇÃO DA SUA INTEGRAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS. 2016.
10. Instituto Nacional de Estatística I. Censos 2011. Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao. Published 2011.
11. Moreira MJ. *Como Envelhecem Os Portugueses.*; 2020. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7409>.
12. Ataíde EDP. Perspetiva analítica da evolução da política pública desde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados à Rede Nacional de Cuidados Paliativos. 2014.
13. Escoval A, Santos ATL, Barbosa P. Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal : O caso dos cuidados de saúde primários , dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2016;10(1):17-27. doi:http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858
14. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*. 2006;I-A(109):3856-3865.
15. Pereira IA da CLV. Cuidados Continuados: novas tendências. *Univ da Beira Inter*. 2008.

- <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2886>.
16. Fonseca-Teixeira SA, Parreira P, Mónico L, Salgueiro-Oliveira A, Amado JC. Referenciação para a rede nacional de cuidados integrados: a percepção dos enfermeiros. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:9. doi:10.1590/1518-8345.3800.3372
 17. UMCCI U de M para os CCI. *Manual Do Prestador: Recomendações Para a Melhoria Contínua*. Vol 1.; 2011.
 18. Carvalho MILB de. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Rev Katálysis*. 2014;17(2):261-271. doi:10.1590/s1414-49802014000200012
 19. Organização Mundial de Saúde O. OMS | Publicações da OMS. <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Published 2022.
 20. Rainho MJ, Carvalho AB De, Sobral MJ. Gestão da Alta Hospitalar e Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Um estudo de caso. *Egitania Sci*. 2020;27:143-162.
 21. Serviço Nacional de Saúde S. Cuidados Paliativos.
 22. Martins M, Agnés P, Sapeta P. Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e Intervêções dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados. 2012.
 23. Eurostat. Eurostat - Your Key to European statistic. <https://ec.europa.eu/eurostat>. Published 2013.
 24. Gil AP. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. *Lares Online*. 2020:0-24. <https://www.laresonline.pt/pt/perguntas-frequentes/familias/8-em-que-diferem-as-estruturas-residenciais-para-idosos-entre-si/>.
 25. Gonçalves JM. Estratégias de sustentabilidade financeira das Instituições Particulares de Solidariedade Social. 2019.
 26. Segurança Social A e P. Segurança Social. <http://www.seg-social.pt/inicio>. Published 2015. Accessed February 27, 2016.
 27. Marques L, David F, Martins P. *A Fiscalidade Nas Entidades Do Setor Não Lucrativo: Especificidades Das Instituições Particulares de Solidariedade Social Em Portugal.*; 2020.
 28. Reinoite FR. Mutualismo : o combate à Vulnerabilidade Social. 2022.
 29. Direção Geral da Segurança Social S. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/dgss-direccao-geral-da-seguranca-social>. Published 2014.
 30. SNS. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/>. Published 2020.
 31. Eurofound. Fundação Europeia para as condições de vida e de trabalho. <https://www.eurofound.europa.eu/pt>. Published 2019.
 32. Crispim R. Institucionalização na velhice: uma revisão sistemática da literatura sobre

- preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *Methados Rev Ciencias Soc.* 2021;9(2):258-271. doi:10.17502/mrcs.v9i2.499
33. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social M. Diário da República - Portaria n.º 67/2012. *Diário da República.* 2012;N.º 58:1324-1329.
 34. Portela T. Perceções sobre a institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. 2022.
 35. Galvão A, Valfreixo M, Esteves M. Livro de Atas do II Seminário internacional em inteligência emocional processo comunicacional. *Inst Politécnico Bragança - Esc Super Saúde.* 2015:pag 1-262.
 36. Araújo M, Lopes M, Reis-Pina P. *A Importância Da Verdade Na Transição Para Os Cuidados Paliativos - A Propósito de Um Caso Clínico.* 4, 2020 (2020). doi:10.1111/j.1365
 37. Ribeiro R. A TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO. 2013.
 38. Castanhola A. Comunicação de más notícias pelos médicos do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira: um estudo exploratório. 2019.
 39. Silva S, Parreira D, Loupa AC, Mesuras S, Ribeiro AS, Extremadura U De. Literacia em Saúde em Portugal - uma abordagem interdisciplinar. 2019;8:84-91. doi:http://journalofagingandinnovation.org/
 40. Ministério da Saúde D. Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março. *Diário da Repub.* 2016;2.ª série:8660-(5). https://dre.pt/application/file/a/73833787.
 41. Lopes C, Almeida CV De, Arriaga MT De. *Literacia Em Saúde Na Prática.* Edições IS.; 2019.
 42. Department of Health and Human Services H. Department of Health and Human Services. https://www.hhs.gov/. Published 2022.
 43. DGS DG da S. Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/. Published 2022.
 44. Gonçalves AM. Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde. *Assoc politécnicos do Norte.* 2015. http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia em Saúde.pdf.
 45. Ribeiro O, Lima S, Duarte J. Literacia em Saúde em Cuidados Paliativos. *Millenium.* 2020;2(5):281-292.
 46. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica.* 2016;34(3):259-275. doi:http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/
 47. Silva TN da, Silva AO, Cruz MVT. Literacia em saúde à pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2018;10(Especial):114. doi:10.9789/2175-5361.2018.v10i3.114-118

48. Oliveira HZ, Lima H. Portugal Sobre a Literacia Em Saúde: Resultados De Um Think Tank Nacional. *Rev Fontes Doc.* 2020;03:446-455. <https://orcid.org/0000-0003-3023-6412>.
49. Medina DE. Literacia em Saúde: um estudo sobre a população idosa portuguesa. 2019.
50. Vaz IDT. A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais. 2020. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/17502/1/DM_Iolanda Vaz.pdf.
51. Pedro AR. Literacia em saúde: da gestão de informação à decisão inteligente. *Esc Nac Saúde Pública.* 2018. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>.
52. Direção-Geral da Saúde. *Manual de Boas Práticas Literacia Em Saúde: Capacitação Dos Profissionais de Saúde.*; 2019. doi:10.13140/RG.2.2.17763.30243
53. Espanha R, Ávila P, Mendes RV. Literacia em saúde em Portugal - Relatório síntese. *Fundação Calouste Gulbenkian.* 2016:1-16. <http://www.gulbenkian.pt>.
54. Smith GD. Literacia em saúde : a perspectiva da enfermagem. *Rev Enferm Ref.* 2021;8:8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388270215001>.
55. Fonseca M. As Competências dos profissionais de saúde ao serviço do envelhecimento saudável: o uso da técnica Teach-back como promotor de literacia em saúde. *JIM.* 2021;2(2):077-095. doi:10.29073/jim.v2i2.422
56. Carvalho CG De, Santos PC, Pereira JFMP. *Literacia Em Saúde.* Vol 1. Escola Sup.; 2020.
57. Pazes C, Galvão C, Neto IG, Marques L. Acções Paliativas em ERPIs: uma aposta imprescindível. *Ordem dos Médicos.* <https://ordemdosmedicos.pt/accoes-paliativas-em-erpis-uma-aposta-imprescindivel/>. Published 2020.
58. Barbosa AMGC, Massaroni L. Convivendo com a morte e o morrer. *Rev Enferm (Lisboa).* 2016;18(9):457-463. doi:10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201611
59. Covolan N, Corrêa CL, Hoffmann-Horochovski M, Murata MP. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. *Rev Bioética.* 2010;18(3):561-571.
60. Kovács MJ. Educação Para Morte. *Psicol Ciência e Profissão.* 2005;25(3):484-497. doi:10.54620/cadesp.v16i1.557
61. de Oliveira PP, Amaral JG, da Fonseca Viegas SM, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Cienc e Saude Coletiva.* 2013;18(9):2635-2644. doi:10.1590/S1413-81232013000900018
62. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. *Questionário Europeu de Literacia Em Saúde.*; 2016.
63. Martins CS. Literacia em Saúde numa Comunidade da Região Centro Catarina. 2017.
64. Pais N. Impacto de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte. *Rev Enferm Ref.* 2020;(133). doi:10.12707/rv20023
65. Camarneiro APF, Gomes SMRG. Translation and Validation of the Coping with Death

- Scale: A Study with Nurses. *Rev Enferm Ref.* 2015;IV Série(7):113-122. doi:10.12707/riv14084
66. Camarneiro APF, Gomes SMRG. *Escala de Coping Com a Morte.*; 2015.
 67. Cabral CM. O luto e os cuidadores formais: As Vivências dos Profissionais de Saúde numa Unidade de Cuidados Paliativos. 2019;561(3).
 68. World Health Organization. *INVESTING IN MENTAL HEALTH : EVIDENCE FOR ACTION.* Geneva: WHO Press; 2013. www.who.int.
 69. Direção-Geral da Saúde. Health Literacy Action Plan 2019-2021. *Direção-Geral da Saúde.* 2019;26. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.
 70. Varela A. O papel da literacia em saúde na decisão médica partilhada. In: *Saúde e Tecnologia.* ; 2016:44-49.
 71. Ferraboli SF, Quadros A de. Estratégias de coping diante da terminalidade: perspectivas de técnicos de enfermagem em UTI. In: *Saúde Redes.* Vol 6. ; 2020:153- - 163. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2533%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/94qg4>.
 72. Magalhães MV, Melo SC de A. Morte E Luto : O Sofrimento Do Profissional de Saúde. 2015;1:65-77.
 73. Rento IG. Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica. 2020.
 74. Marques AFCB. Luto nos Médicos. 2018.
 75. Almeida ARCB De. A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados. 2013.
 76. Assayag RH. *Revisão Bibliográfica Acerca Das Estratégias de Enfrentamento (Coping) Dos Profissionais de Saúde Que Lidam Com a Morte e o Morrer.*; 2014.
 77. Maturana APPM, Martins Do Valle TG. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicol Hosp.* 2014;12(2):2-23.
 78. Antunes MI, Moeda A. Ao Encontro da Morte - o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Rev Port Clin Geral.* 2005;(21):353-357.
 79. Silva PR Da. A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clínica Geral.* 2008;24(4):505-512. doi:10.32385/rpmgf.v24i4.10531
 80. dos Santos Pereira SA, Esteves Corte A, Gonçalves Marques EMB. Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol.* 2014;1:133-140. doi:10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.016

Anexos

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Envio parecer CE_Proc. CE-093/2022_Adriana Soares



Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>
24/10/2022 10:50



Para: a.fl.soares@hotmail.com Cc: mverissimo@fmed.uc.pt; 'Gabinete de Estudos Av...'

Exma. Senhora

Dra. Adriana Filipa Loureiro Soares,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título *"A literacia em saúde e estratégias de coping com a morte dos profissionais de saúde"*, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 20 de outubro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Correção recebida e aceite. O parecer favorável já tinha sido emitido, pelo que se encerra o processo administrativo".

Na presente data segue para o Gabinete de Estudos Avançados da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica (conforme deliberação do Conselho Científico de 08.10.2012).

Para futuras informações, é favor contactar o referido gabinete através do e-mail gea@fmed.uc.pt.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

Anexo II - Autorização das autoras do instrumento de colheita “Questionário Europeu de Literacia em Saúde”

RE: Questionário Europeu de Literacia em Saúde

 **Ana Rita Pedro** <rita.pedro@ensp.unl.pt>
31/08/2022 12:17 

Para: Adriana Soares Cc: Ana Escoval

Guardar todos os anexos

 HLS-EU-PT.pdf
115,01 KB

 neu_rev_hls...
2,24 MB

Exma. Sra. Enfermeira Adriana Soares,

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no trabalho a escala por nós validada.

Envio em anexo a escala que validámos e aplicámos em Portugal. Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Junto também o relatório completo do instrumento na sua versão original.

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD
Escola Nacional de Saúde Pública
Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754
Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal
rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enesp.unl.pt

  **Escola Nacional de Saúde Pública**
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Anexo III – Autorização das autoras do instrumento de colheita “Escala de Coping com a Morte”

RE: Utilização: Escala de Coping perante a morte



Paula Camarneiro <pcamarneiro@esenfc.pt>
27/06/2022 21:48



Para: 'Adriana Soares' Cc: 'sara margarida rodrigues gomes'

Guardar todos os anexos



11_Rev_Enf_Ref_RIV14084.pdf
231,37 KB



ESCALA DE COPING COM A...
263,23 KB

Boa noite Sr.^a Enfermeira Adriana Soares,

Em meu nome e, seguramente, em nome a Sr.^a Enfermeira Sara Gomes, em cc, autoras desta tradução e validação, agradeço o seu email e informo que temos todo o gosto e interesse científico em ceder a escala para a sua investigação. Esta segue em anexo bem como o artigo da sua validação.

Ao dispor para qualquer esclarecimento necessário.

Cordialmente

Ana Paula Camarneiro

Anexo IV – Instrumento de colheita: Questionário Europeu de Literacia em Saúde

GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a

... :

	1 - Muito Difícil	2 - Difícil	3 - Fácil	4 - Muito Fácil	5 - Não Sei
1. Encontrar Informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	<input type="radio"/>				
2. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	<input type="radio"/>				
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?	<input type="radio"/>				
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>				
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>				
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="radio"/>				
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="radio"/>				
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="radio"/>				
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?	<input type="radio"/>				
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	<input type="radio"/>				
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>				
12. Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	<input type="radio"/>				
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>				
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	<input type="radio"/>				
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="radio"/>				
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>				
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>				
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>				
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="radio"/>				
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="radio"/>				
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>				
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="radio"/>				
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>				
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos a saúde, como fumar, falta de atividade física	<input type="radio"/>				

e excesso de álcool?

25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	<input type="radio"/>				
26. Avaliar que vacinas pode necessitar?	<input type="radio"/>				
27. Avaliar que exames médicos deve fazer?	<input type="radio"/>				
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>				
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	<input type="radio"/>				
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	<input type="radio"/>				
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>				
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?	<input type="radio"/>				
33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>				
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	<input type="radio"/>				
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="radio"/>				
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	<input type="radio"/>				
37. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>				
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	<input type="radio"/>				
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>				
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	<input type="radio"/>				
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>				
42. Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?	<input type="radio"/>				
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>				
44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	<input type="radio"/>				
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	<input type="radio"/>				
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>				
47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	<input type="radio"/>				

Anexo V – Instrumento de colheita: Escala de Coping com a morte

ESCALA DE COPING COM A MORTE

(Bugen, 1980-1981, adaptação para português de Camarneiro & Gomes, 2015)

INSTRUÇÕES: Coloque um círculo nos números de 1 a 7, à direita, utilizando a chave das respostas que se encontra evidenciada de seguida. É importante que responda a todos os itens.

Chave de respostas											
Discordo totalmente 1	Discordo 2	Discordo parcialmente 3	Neutro 4	Concordo parcialmente 5	Concordo 6	Concordo totalmente 7					
1	Pensar sobre a morte é uma perda de tempo				1	2	3	4	5	6	7
2	Tenho uma boa perspectiva da morte e do processo de morrer				1	2	3	4	5	6	7
3	A morte é uma área que se pode gerir com segurança				1	2	3	4	5	6	7
4	Conheço todos os serviços oferecidos pelas funerárias				1	2	3	4	5	6	7
5	Conheço as diversas opções que existem para “sepultar” os corpos				1	2	3	4	5	6	7
6	Conheço as emoções que caracterizam o sofrimento humano				1	2	3	4	5	6	7
7	Saber que vou morrer não afeta a minha conduta na vida				1	2	3	4	5	6	7
8	Sinto-me preparado para enfrentar a minha morte				1	2	3	4	5	6	7
9	Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer				1	2	3	4	5	6	7
10	Compreendo os meus medos relacionados com a morte				1	2	3	4	5	6	7
11	Estou familiarizado com os procedimentos prévios ao funeral				1	2	3	4	5	6	7
12	Ultimamente aceito pensar sobre a morte				1	2	3	4	5	6	7
13	A minha atitude acerca da vida sofreu alterações recentemente				1	2	3	4	5	6	7
14	Posso expressar os meus medos acerca da morte				1	2	3	4	5	6	7
15	Posso exprimir os meus sentimentos acerca da morte e do processo de morrer				1	2	3	4	5	6	7
16	Quero tirar o máximo partido da minha vida atual				1	2	3	4	5	6	7
17	A qualidade de vida é mais importante para mim do que a sua duração				1	2	3	4	5	6	7
18	Posso falar acerca da minha morte com a minha família e os meus amigos				1	2	3	4	5	6	7
19	Sei com quem contactar quando ocorre uma morte				1	2	3	4	5	6	7
20	Serei capaz de lidar com perdas futuras				1	2	3	4	5	6	7
21	Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas				1	2	3	4	5	6	7
22	Sei como escutar os outros, incluindo os doentes terminais				1	2	3	4	5	6	7
23	Sei como falar com as crianças sobre a morte				1	2	3	4	5	6	7
24	Posso dizer coisas inadequadas quando estou com alguém em sofrimento				1	2	3	4	5	6	7
25	Sou capaz de passar tempo com as pessoas em fase terminal, caso sinta necessidade disso				1	2	3	4	5	6	7
26	Posso ajudar as pessoas com os seus pensamentos e sentimentos acerca da morte e do processo de morrer				1	2	3	4	5	6	7
27	Seria capaz de falar com um amigo ou com um membro da minha família sobre a sua morte				1	2	3	4	5	6	7
28	Posso diminuir a ansiedade daqueles que estão ao meu lado quando o tema é a morte e o processo de morrer				1	2	3	4	5	6	7
29	Consigno comunicar com os doentes terminais				1	2	3	4	5	6	7
30	Posso dizer às pessoas, antes que elas morram ou antes que eu morra, o quanto gosto delas				1	2	3	4	5	6	7

Anexo VI – Consentimento Informado

 1 2 9 0 FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 1 de 5

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

A Literacia em Saúde e Estratégias de Coping com a morte em profissionais de saúde

PROMOTOR:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

INVESTIGADOR COORDENADOR/ORIENTADOR:

Dr. Manuel Veríssimo.

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INVESTIGADOR:

Enf. Adriana Soares

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo por ser profissional de saúde que exerce a sua profissão em Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio a idoso e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Caso não tenha qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio a idoso e Estruturas Residenciais para Pessoas através da aplicação de um questionário – *Questionário Europeu de Literacia em Saúde* - e uma escala – *Escala de Coping com a morte* - e tem por objetivo avaliar a literacia em saúde dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica, e estudar as estratégias de Coping perante a morte desses mesmos profissionais

Trata-se de um estudo observacional transversal e analítico, será aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde. Ao mesmo tempo, é aplicada a Escala de Coping com a morte de forma a compreender o entendimento da morte pelos profissionais de saúde que trabalham nessas instituições.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 2 de 5

A dissertação de mestrado a ser realizada terá por base um estudo observacional transversal e analítico, realizado através da aplicação de um questionário e uma escala aos profissionais de saúde. Como critérios de inclusão da amostragem serão incluídos: profissionais de saúde que exerçam a sua profissão em Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio a idosos e Estruturas Residenciais para pessoas idosas, nomeadamente enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica. São excluídos todos os profissionais que não exerçam a sua profissão nestas instituições e os que recusarem participar no estudo.

Os profissionais assinam o consentimento informado para responderem aos instrumentos de medição em papel. Em formato digital darão o seu consentimento através da aceitação com a indicação do e-mail próprio.

Os instrumentos utilizados serão: Questionário Europeu de Literacia em Saúde e Escala de Coping com a morte, devidamente traduzidos e validados para português. Os autores dos instrumentos que realizaram a sua validação e tradução para português deram o consentimento e autorização para a utilização dos mesmos neste trabalho. A sua aplicação será em formato presencial (papel) e digital, e estima-se 15 a 20 minutos de tempo despendido para o preenchimento dos instrumentos.

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Adriana Soares

3.2 Recolha de dados

Realizada presencialmente e/ou inquérito online.

3.3 Categorias de dados

Dados pessoais aos quais se pretende ter acesso: dados identificativos (Idade; sexo; distrito onde exercem a profissão; e-mail); dados académicos e profissionais (profissão); categorias especiais de dados pessoais (dados relativos à saúde).

3.4 Tratamento de dados

Recolha dos questionários em papel; recolha de dados do questionário online em folha Excel.
 Os dados pessoais digitais são armazenados em ficheiro de trabalho no computador pessoal protegido com palavra-passe forte.
 Os dados pessoais em papel serão guardados no domicílio, em pasta e local apropriados. Serão transferidos para o computador, juntamente com os online prévios, na mesma pasta codificada.

3.5 Medidas de proteção adotadas

O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo.
 Não existe comunicação de dados pessoais a terceiros.

3.6 Prazo de conservação dos dados

Os dados dos participantes serão conservados até à apresentação/defesa da tese de mestrado.

3.7 Informação em caso de publicação

Todos os participantes serão informados caso haja publicação dos resultados do estudo, garantindo sempre a confidencialidade da identidade e dados pessoais.

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 3 de 5

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

SERÁ DISPENDIDO TEMPO PELOS PARTICIPANTES PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS, APROXIMADAMENTE 15 A 20 MINUTOS.

NÃO TERÁ OUTROS RISCOS/INCONVENIENTES.

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

ATRAVÉS DA RESPOSTA AOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS, E APÓS A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, É POSSÍVEL QUE OS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM ENTENDEREM QUAL O SEU CONHECIMENTO EM SAÚDE, RELACIONANDO COM AS ESTRATÉGIAS DE COPING UTILIZADAS PERANTE A MORTE. DESTA MANEIRA PODEM REFLETIR SOBRE OS RESULTADOS APRESENTADOS E MANTER E/OU MELHORAR A LITERACIA E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Será transmitida toda a informação nova e relevante para a condição do participante durante o projeto de investigação, podendo influenciar a sua vontade de participar no estudo.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

Não aplicável.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Não aplicável

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 4 de 5

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Não aplicável.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	ADRIANA SOARES
Email	A.F.L.SOARES@HOTMAIL.COM
Telefone	924372403

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC
 Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina
 Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
 Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236
 E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

NÃO ASSINE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

A Literacia em Saúde e Estratégias de Coping com a morte em profissionais de saúde

E-mail do Participante:	Sexo:
Idades: _____ Anos	Profissão:
Distrito onde exerce a profissão:	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- a. do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- b. da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- c. e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;

- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

<i>Local e data:</i>	<i>Assinaturas</i>
	<i>Investigador (*):</i>

(*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Anexo VII - Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*

VARIÁVEIS DEPENDENTES	<i>Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors^a</i>	
	Estatísticas	p
Coping com o Próprio	0,111	0,004**
Coping com os Outros	0,108	0,006**
Coping perante a Morte	0,103	0,011*
Literacia em Saúde	0,111	0,004**

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Anexo VII – Histograma das variáveis dependentes com curva de normalidade



