



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Pires de Carvalho Coimbra

**LITERACIA EM CUIDADOS PALIATIVOS DE
PROFISSIONAIS E NÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos
orientada pela Professora Doutora Marília de Assunção Rodrigues Ferreira
Dourado e pela Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe e
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.**

Novembro de 2020

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

LITERACIA EM CUIDADOS PALIATIVOS DE PROFISSIONAIS E NÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mariana Pires de Carvalho Coimbra

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos orientada pela Professora Doutora Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado e pela Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Novembro de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Aos meus pais por sempre me apoiarem e motivarem a ser mais e melhor.

Ao Pedro, por todo o carinho, ajuda e paciência ao longo dos últimos meses.

Aos meus avós, pela compreensão e pelo conforto.

Ao João Guerra, à Joana Matos e ao José Mendes, por terem feito comigo esta caminhada e terem-na tornado mais fácil e feliz.

À Professora Marília Dourado, pelo incentivo em ir mais além.

À Professora Maria dos Anjos Dixe, pelo apoio e dedicação constantes.

À Dra. Ana Carla Bernardes e ao Dr. Manuel José Carvalho, pela inspiração e por serem modelos de ética e de trabalho.

Resumo

Introdução: A literacia em saúde tem-se tornado uma das áreas de particular importância no desenvolvimento de políticas de saúde nacionais e internacionais, tendo em conta o seu impacto na melhoria de qualidade na prestação de cuidados de saúde. Desta forma, o desenvolvimento de ferramentas que permitam o estudo dos níveis de literacia em cuidados paliativos em Portugal reveste-se de particular importância.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a avaliação da literacia em cuidados paliativos em profissionais e não profissionais de saúde e a determinação da relação entre literacia em cuidados paliativos e algumas variáveis demográficas, académicas e profissionais da população estudada. Pretende-se ainda construir uma ferramenta para avaliação da literacia em cuidados paliativos em não profissionais de saúde e determinar as suas características psicométricas. Relativamente aos profissionais de saúde, pretende-se determinar as características psicométricas de um instrumento de avaliação da literacia em cuidados paliativos construído pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional e correlacional utilizando dois inquéritos *online*, um dirigido a profissionais e outro a não profissionais de saúde, anónimos, constituídos por questões de caracterização demográfica, profissional, académica e por questões dicotómicas (verdadeiro ou falso) centradas no conceito, objetivos e tratamentos em cuidados paliativos.

Resultados: Foram incluídos 408 inquéritos a profissionais de saúde e 560 a não profissionais de saúde. Relativamente aos profissionais de saúde, a idade média foi de $34,9 \pm 9,6$ anos, o número médio de anos de trabalho foi de $10,7 \pm 9,5$ e verificou-se um predomínio do sexo feminino (77,5%). Numa escala de 0 a 10, os participantes consideram o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos inferior à mediana da escala ($4,27 \pm 1,9$) e consideram-se muito pouco competentes ($3,9 \pm 2,2$) para cuidar de utentes em cuidados paliativos. Relativamente ao inquérito, após exclusão de 18 questões, obteve-se uma ferramenta com Alfa de Cronbach de 0,835. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com níveis mais elevados em literacia em cuidados paliativos no sexo masculino, experiência em cuidados paliativos, trabalho em serviço dedicado a cuidados paliativos e na formação específica em cuidados paliativos. Observou-se também uma correlação positiva entre a autoperceção do nível de conhecimentos e o nível de literacia em cuidados paliativos. Relativamente aos não profissionais de saúde, a idade média foi de $42,5 \pm 13,6$ anos, 75% apresentava grau académico superior ou igual a licenciatura e verificou-se um predomínio do sexo feminino (72,7%). No que diz respeito ao contacto com cuidados paliativos, 36,8% já tinha tido familiares a receber cuidados paliativos e 27,1% já tinha tido familiares internados a receber cuidados paliativos. Em relação à ferramenta, as perguntas foram incluídas em três dimensões designadas “Foco de Cuidados”, “Processo de Cuidar” e “Conceptualização” apresentando boa consistência interna e

homogeneidade global e de cada dimensão. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre os inquiridos que disseram discordar e desconhecer na afirmação “As necessidades de cuidados paliativos são suficientes para a população”;

Conclusão: A validação de instrumentos capazes de avaliar os níveis de literacia da população e dos profissionais de saúde na área dos cuidados paliativos reveste-se de particular importância para o futuro da investigação e formação na área, por permitir identificar as lacunas formativas que motivam uma intervenção mais urgente.

Abstract

Background: Health literacy is an area of particular interest in the development of national and international health politics, due to its benefits in quality improvement of healthcare systems. Therefore, the development of tools that allow the evaluation of health literacy in palliative care in Portugal is of key importance;

Objectives: This project aims to evaluate the health literacy in palliative care among Portuguese healthcare professional and nonhealthcare professionals and to determine if there are any correlation between their level of knowledge and demographic variables. This study also purposes to develop and validate psychometric characteristics of an instrument designed to evaluate healthcare literacy in nonhealthcare professional and to validate psychometric characteristics of an instrument designed to evaluate healthcare literacy in healthcare professional developed by the “Observatório Português de Cuidados Paliativos”;

Methods: A observational and correlational study was carried out using two anonymous online inquires, one targeting healthcare professional and one targeting nonhealthcare professionals, that included questions evaluating demographic, academic and professional characteristics, contact with palliative care and dichotomic questions (true or false) focusing on the concept, objectives and treatment in palliative care;

Results: 408 health care professional and 560 nonhealthcare professional inquiries were included in this study. In the healthcare professional group analysis, the mean age was 34.9 ± 9.6 years, the mean professional experience was 10.7 ± 9.5 years and most of the individuals were females (77.5%). In a scale of 0 to 10, most individuals considered their knowledge in palliative care to be inferior to the median of the score (4.27 ± 1.9) and considered themselves not competent (3.9 ± 2.2) in providing care to palliative care patients. Regarding the instrument, 18 questions of excluded so that a good internal consistency and homogeneity was achieved. Statistically significant differences ($p<0.05$) were found, with higher health literacy levels in the male sex, experience in palliative care, working in a dedicated palliative care unit and specific academic training in palliative care. A positive correlation between auto perception of knowledge and health literacy in palliative care was also observed. In the nonhealthcare professional group analysis, the mean age was 42.5 ± 13.6 years, 75% of the individual had a university degree and most of the individuals were females (72.7%). Concerning previous contact with palliative care, 36.8% of the individuals have had family receiving palliative care and 27.1% have had family admitted the palliative care units. Regarding the instrument, the questions were grouped into three dimensions named “Focus of Care”, “Care Process” and “Conceptualization” with good global and intra-dimension consistency and homogeneity. Statistically significant differences ($p<0.05$) were found between individuals that said to disagree and those that said to ignore in the question “The need for palliative care is sufficient for the population”.

Conclusion: The validation of instruments capable of evaluating the health literacy of the general population and healthcare professionals in palliative care is of particular importance to the future of scientific investigation and training in this field of knowledge, since it will allow the identification of gaps in health literacy that need more urgent intervention.

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract	6
Índice.....	8
Lista de abreviaturas	9
Introdução	10
Métodos.....	14
Resultados	18
Discussão.....	41
Conclusão.....	46
Bibliografia	48
Anexos.....	50

Lista de abreviaturas

ARS: Administração Regional de Saúde

CP: Cuidados Paliativos

DGS: Direção Geral de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNCP: Programa Nacional de Cuidados Paliativos

SNS: Serviço Nacional de Saúde

Introdução

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos de (Lei n.º 52/2012) ¹ veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos (CP), que consistem nos cuidados prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. ¹ O objetivo principal é promover o bem-estar e a qualidade de vida do doente, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e de outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais. Ficou, assim, definida a responsabilidade do Estado nesta matéria e foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que funciona sob a tutela do Ministério da Saúde. ¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas necessitem de CP em todo o mundo e reconhece a eficiência e custo-efetividade de diversos modelos de organização de CP no alívio desse sofrimento. ²

Nas últimas décadas, tem-se verificado em Portugal uma inversão da pirâmide etária causada pela diminuição da natalidade e um aumento da esperança média de vida. ³ Consequentemente, esta alteração demográfica tem sido acompanhada por um aumento da prevalência de doenças oncológicas e de doenças crónicas. Para além disso, a reestruturação da sociedade implicou mudanças ao nível da organização familiar, com o surgimento de novas tipologias de família e de cuidadores. ³

Neste contexto, o desenvolvimento dos CP em Portugal tem sido uma das prioridades na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS).⁴ Os cuidados de saúde, classicamente centrados no tratamento e cura da doença, têm experienciado uma mudança de paradigma, com a necessidade de providenciar cada vez mais CP, para além de curativos. Assim, os CP surgem da necessidade de prestar assistência a doentes que, não sendo possível atingir a cura da sua doença, continuam a necessitar de cuidados, nomeadamente no que se refere ao controlo de sintomas, promoção de conforto e da qualidade de vida. ⁵

É hoje internacionalmente reconhecido que, quando aplicados precocemente, os CP trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos doentes e a sobrecarga dos familiares/cuidadores. Para além disso, diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, consequentemente, diminuem os custos em saúde. Os CP são atualmente considerados essenciais a um SNS de qualidade, e devem ser prestados na continuidade dos cuidados de saúde a todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas que deles necessitem, qualquer que seja o seu diagnóstico e a sua idade e onde quer que se encontrem. ⁶ Contudo, a falta de conhecimentos e os mitos relativamente aos CP são frequentemente considerados barreiras à referenciação e prestação destes cuidados.

A informação e a capacitação de familiares e/ou cuidadores, pode, por um lado, trazer satisfação, pela sensação de dever, altruísmo e parentesco, mas, por outro lado, pode ser exigente e desgastante, principalmente quando a pessoa se está a aproximar do fim de vida.⁷ Para além da exigência e complexidade do doente paliativo, as tarefas de cuidar acrescem muitas vezes às responsabilidades do dia a dia dos cuidadores informais, com um grande desgaste físico e psicológico.

Os cuidadores informais têm um papel significativo no tratamento e recuperação dos doentes, pelo que o grau de compreensão da informação facultada ao longo do processo assistencial é crucial para atingir bons resultados em saúde.⁸ Os conhecimentos em relação à morte, ao processo de morrer e às opções de fim de vida, muitas vezes fruto das experiências pessoais, constituem uma mais-valia na prestação de cuidados. Esta capacitação permite às famílias/cuidadores e às comunidades utilizarem de forma mais eficaz os sistemas de suporte, resolver problemas, tomar decisões, comunicar e atuar mais adequadamente em situações de fim de vida.⁹

Também, a crescente complexidade da prestação de cuidados, nomeadamente em doentes oncológicos, exige uma maior participação dos próprios na tomada de decisões. Este fator é mais evidente nos idosos, que, para além de terem maior prevalência de doenças oncológicas, geralmente apresentam mais morbilidade associada.¹⁰

A falta de treino dos profissionais constitui um dos constrangimentos na implementação dos CP, uma vez que as instituições que formam estes profissionais estão mais direcionadas para o ensino de cuidados curativos.⁵

O número de serviços especializados em CP, formados por equipas interdisciplinares com treino avançado e total dedicação aos CP, e assim promovendo o alívio de doenças ameaçadoras da vida ou em fim de vida, é considerado como um dos melhores indicadores de desenvolvimento nesta área.¹¹

A ausência de um processo oficial de especialização para médicos, a pequena proporção de escolas médicas e de enfermagem com formação em CP a nível pré-graduado e/ou a falta de professores de CP são alguns dos problemas mais frequentemente indicados.¹¹

Segundo o *Relatório de Outono de 2018* do Observatório Português dos Cuidados Paliativos, um estudo realizado em 2016 revelou que, dos planos de estudos dos 8 cursos de Mestrado Integrado em Medicina, apenas 3 apresentavam uma unidade curricular dedicada aos CP e que em Enfermagem, apenas 18 dos 40 planos de estudos analisados tinham unidade curricular específica. Dos restantes cursos analisados (psicologia, serviço social, nutrição, gerontologia, terapia ocupacional e fisioterapia), nenhum apresentava unidade curricular especificamente dedicada aos cuidados paliativos.¹²

Atualmente os planos curriculares de todas as oito escolas médicas portuguesas complementam formação em CP, mas apenas em quatro delas a formação é obrigatória e somente em uma a formação inclui componente prática. Assim, torna-se importante repensar os planos

curriculares, aumentar a componente prática e integrar os CP enquanto currículo obrigatório na formação médica pré-graduada, tendo em vista as necessidades crescentes de CP. ¹³

Ao nível de Enfermagem, apenas 28 das 40 escolas lecionam CP, 70% em unidade curricular específica e obrigatória. ¹¹

No que toca à especialização em Medicina Paliativa, em Portugal não existe. Apenas existe a Competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos, havendo em 2019 uma estimativa de 68 médicos com essa competência. ¹¹

A formação dos profissionais de saúde é amplamente reconhecida como um elemento fundamental e determinante na prática dos CP, sendo um elemento-chave para a sua integração efetiva no SNS. Em 2017, a Assembleia da República Portuguesa emitiu uma Recomendação ao Governo Português sobre a formação em CP, em que aconselhava a formação pré-graduada obrigatória em CP para enfermeiros e médicos. ¹⁴

Ao nível de formação pós-graduada, esta tem dependido essencialmente do interesse e investimento individual de cada profissional, não existindo atualmente dados nacionais fidedignos relativamente ao número de profissionais de saúde que dispõem deste nível de formação. ¹⁵

Face à realidade existente, o *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019-2020* propôs a formação básica em CP para todos os profissionais de saúde, bem como a formação de nível intermédio para aqueles que lidam frequentemente com pessoas portadoras de doença incurável, avançada e progressiva. Está igualmente prevista a definição dos perfis de especialistas em CP e das dotações seguras de pessoal para trabalhar nas equipas. ¹⁵

A prestação de CP exige o envolvimento de todos os profissionais de saúde e das famílias, no sentido da identificação precoce desta necessidade, para providenciar uma melhor qualidade de vida aos seus doentes e familiares. Frequentemente, a falta de conhecimentos nesta área é apontada como uma limitação à amplificação desta rede de cuidados, sendo essencial a aposta na literacia em saúde que, segundo a OMS, consiste no processo de aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança na tomada de decisões que permitam a melhoria da saúde pessoal e comunitária, através da mudança de estilos e condições de vida. ¹⁶

A Declaração de Xangai de 2016 reconhece a literacia em saúde como um pilar fundamental na promoção de saúde de forma a atingir os níveis alvo de desenvolvimento sustentável. ¹⁷ A literacia em saúde é, portanto, um desafio para políticos, profissionais de saúde e cidadãos, mas para a promover são necessárias ações específicas que incrementem a autonomia dos cidadãos e as qualificações e competências dos profissionais e decisores nesta matéria. Publicado em março de 2019 pela Direção-Geral de Saúde (DGS), o *Plano de Ação para a Literacia em Saúde em Portugal 2019-2021* ¹⁸ pretende melhorar de forma consciente e sustentável o nível de literacia em Saúde da população residente em Portugal.

Os resultados da aplicação do Inquérito sobre literacia em saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), mostraram que 5 em cada 10 pessoas, da população portuguesa, têm níveis reduzidos de

literacia em saúde. O estudo ILS-PT mostrou que os grupos mais vulneráveis consistem nas pessoas com 65 ou mais anos, com baixos níveis de escolaridade, com rendimentos até 500 euros mensais, com doenças crónicas, com uma autoperceção de saúde “má”, que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários, ou que se sentem limitados por terem alguma doença crónica.¹⁹

Pessoas com níveis mais baixos de literacia em saúde tendem a adotar mais comportamentos de risco, com piores níveis de saúde, com maior recurso aos serviços de saúde, conduzindo a maior risco de hospitalização e custos em saúde.²⁰ Por outro lado, uma boa literacia em saúde permite ao indivíduo o desenvolvimento de competências e confiança na tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e a dos seus familiares.²¹

A literacia em CP afigura-se, assim, como uma vertente à qual deve ser dada particular atenção, face à crescente necessidade deste tipo de cuidados de saúde. Ao capacitar as pessoas e ao criar ambientes favoráveis à aprendizagem e aquisição de competências em literacia em CP, estará a ser promovida a equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde, independentemente das capacidades individuais de cada um.

Através da avaliação da literacia em CP em profissionais e não profissionais de saúde, este trabalho pretende identificar lacunas ao nível de conhecimentos e competências que, posteriormente, permitam sinalizar áreas de intervenção junto de profissionais de saúde e da população geral.

Métodos

Tipo de estudo

O estudo desenvolvido consiste num estudo observacional e correlacional.

Objetivos

Objetivos primários

- a. Avaliar os níveis de literacia em CP em profissionais e não profissionais de saúde;
- b. Determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de literacia em CP e alguns fatores demográficos, académicos e profissionais em profissionais e não profissionais de saúde;

Objetivos secundários

- a. Construir um instrumento para avaliar a literacia em CP em não profissionais de saúde;
- b. Determinar as características psicométricas do instrumento de literacia em CP em não profissionais de saúde;
- c. Determinar as características psicométricas do instrumento de avaliação da literacia em CP construído pelo *Observatório Português de Cuidados Paliativos* destinado a profissionais de saúde.

População e amostra

No presente estudo, contou-se com a participação de dois grupos populacionais distintos: profissionais e não profissionais de saúde.

Como profissionais de saúde, foram incluídos médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas com idade igual ou superior a 18 anos. Tendo em conta que o instrumento construído pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos é constituído por 60 afirmações e em virtude de ser necessário determinar as suas características psicométricas, foi estabelecido um número mínimo de 300 profissionais de saúde tendo em conta que devem ser incluídos entre 5 a 10 indivíduos por cada item da escala a validar²².

Relativamente ao grupo dos não profissionais de saúde, foi calculado um número mínimo de 250 indivíduos, também considerando 5 a 10 indivíduos por cada item da escala a validar²², tendo sido incluídos todos os que aceitaram participar no estudo. Para esta amostra, o critério de seleção incluía ter idade igual ou superior a 18 anos. Inicialmente, previa-se a aplicação aos utentes em sala de espera da consulta externa do Centro Hospitalar de Leiria e de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Contudo, dada a pandemia por COVID-19, foi solicitada uma adenda à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Coimbra, de forma a poder ser enviado o instrumento por e-mail, via formulário google, através do método bola de neve. Foi obtido parecer positivo à introdução da adenda a 27 de julho de 2020.

Instrumentos

Para o corrente estudo foram utilizados dois instrumentos, um que foi aplicado a profissionais de saúde (Anexo I) e outro aplicado à população geral (Anexo II).

O instrumento aplicado a profissionais de saúde é constituído por duas partes.

A primeira parte é dedicada aos dados sociodemográficos e profissionais: idade, sexo, grupo profissional, tempo de exercício profissional em anos, serviço onde exerce atividade, experiência e formação em CP, autoperceção do nível de conhecimentos e da competência em prestar cuidados em CP, o conhecimento das tipologias de serviços em CP portugueses, assim como a autoperceção das necessidades paliativas em Portugal.

A segunda parte é constituída pela escala de literacia em CP dos profissionais de saúde. Esta escala foi construída e validada no seu conteúdo pelo *Observatório Português de Cuidados Paliativos*. Contempla 60 afirmações com três opções de resposta: “Verdadeiro”, “Falso” e “Desconheço”. A cada opção certa foi atribuída a pontuação de 1 e às não acertadas, a pontuação de 0. Este instrumento foi cedido à autora deste trabalho, que faz parte do grupo de trabalho que se encontra a validar a referida escala.

O instrumento aplicado a não profissionais de saúde é igualmente constituído por duas partes.

A primeira parte é dedicada aos dados sociodemográficos, académicos e profissionais: idade, sexo, nacionalidade, estado civil, profissão, habilitações literárias, existência de familiar a receber CP, existência de familiares internados em CP, autoperceção do nível de conhecimentos em CP, conhecimento das tipologias de serviços em CP portugueses e a autoperceção de necessidades paliativas em Portugal.

A segunda parte é constituída pela escala de não profissionais de saúde sobre literacia em CP. A sua construção teve por base as recomendações nacionais e internacionais, recolha de dados de outras escalas, como a do *Observatório Português dos Cuidados Paliativos* para profissionais de saúde e revisão da bibliografia, assim como a pesquisa em *websites* de hospitais e de unidades

de CP. Deste modo, foram ainda definidas três dimensões, intituladas da seguinte forma: “Foco de cuidados”, “Processos de cuidar” e “Conceptualização”. Os 50 itens que compõem a escala com três opções de resposta cada, “Verdadeiro”, “Falso” e “Desconheço”, foram analisados por um grupo de 7 especialistas na área e na construção de instrumentos de medida para apreciação da validação do seu conteúdo. O grupo de especialistas, diferente dos pesquisadores que criaram os itens, analisou a pertinência dos itens, a clareza da redação e a adequação da linguagem ao público a que se destina e a formulação frásica em relação ao modo gramatical correto. Além disso, os especialistas foram solicitados a dar sugestões, se necessário, para melhorar a adequação dos itens que eram percebidos como inadequados. No final, o nível de concordância foi de 100% não só para a adequação como pertinência.

A fim de realizar o pré-teste junto da população alvo, os dois instrumentos foram aplicados entre os dias 15.09.2020 e 19.09.2020 a 5 profissionais de saúde e 20 não profissionais de saúde. Não houve dificuldades de preenchimento e não foram detetadas tendências de resposta.

A aplicação final dos instrumentos a profissionais de saúde e a não profissionais de saúde, decorreu entre os dias 21.09.2020 e 06.10.2020.

Procedimentos éticos

Foi solicitado parecer às comissões de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo III), ARS Centro (Anexo IV) e Centro Hospitalar de Leiria (Anexo V), com parecer positivo de todas as entidades. Posteriormente, foi solicitada adenda à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo VI), que também obteve parecer positivo.

Em todos os procedimentos foram cumpridos os princípios da Declaração de Helsínquia.

Tratamento de dados

Para organizar e destacar a informação fornecida pelos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão). Para o teste de hipóteses foram utilizados os testes paramétricos (t de student e a correlação de Pearson) e não paramétricos (U de Mann Whitney e Kruskal Wallis). A estatística paramétrica foi utilizada recorrendo ao Teorema do Limite Central, em virtude de as variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnof) nem homogeneidade de variância (Teste de Levene).

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram estabelecidas as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o Alfa de

Cronbach foi utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos. Foram ainda utilizados os procedimentos da validade discriminante do item e a concorrente (utilizando uma questão de autopercepção do nível de conhecimento).

Resultados

Profissionais de saúde

Análise descritiva

O instrumento destinado a profissionais de saúde foi aplicado a uma população de 408 profissionais de saúde (Enfermeiros (n=130), Fisioterapeutas (n=3), Médicos (n=271), Nutricionistas (n=3) e Psicólogos (n=1)). Os grupos profissionais com maior representação eram Médicos (66,7%) e Enfermeiros (31,9%).

A maioria dos inquiridos era do sexo feminino (77,5%). Apresentavam uma idade média de $34,9 \pm 9,6$ anos e trabalhavam em média há $10,7 \pm 9,5$ anos. Do total da amostra, 67 participantes referiram ter experiência em CP, mas apenas 18 especificaram onde adquiriram essa experiência, 15 (3,2%) integrada na atividade profissional, 6 (1,2%) durante estágios e 1 (0,2) no âmbito da consulta da dor. Dos 408 inquiridos, apenas 10 (2,5%) trabalhavam exclusivamente em unidades dedicadas a CP.

No que diz respeito à formação específica em CP, 299 profissionais de saúde (73,3%) afirmavam não ter formação. De referir que 157 profissionais (38,5%) conheciam as três tipologias de organização dos CP e 189 (46,4%) consideravam que, em Portugal, menos de 20% de pessoas com necessidades paliativas têm acesso a CP (Tabela 1).

Numa escala de 0 a 10, consideravam o seu nível de conhecimentos em CP inferior à mediana da escala ($4,27 \pm 1,9$) e consideravam-se muito pouco competentes ($3,9 \pm 2,2$) para cuidar de utentes em CP.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto às características demográficas e profissionais, experiência em CP, trabalho em CP, formação específica em CP, tipologia de serviços de CP e necessidades paliativas em Portugal.

Variáveis		Nº	%
Género	Feminino	316	77,5
	Masculino	92	22,5
Grupo profissional	Médico	271	66,5
	Enfermeiro	130	32,0
	Fisioterapeuta	3	0,7
	Nutricionista	3	0,6
	Psicólogo	1	0,2
Experiência em CP	Não	341	83,6
	Sim	67	16,4
Trabalhar em CP	Não	398	97,5
	Sim	10	2,5
Formação específica em CP	Não	299	73,3
	Nível avançado (>280h)	28	6,9
	Nível básico (18h a 45h)	68	16
	Nível intermédio (>90h)	13	3,2
Tipologias de serviços de CP que conhece	1 tipologia	100	24,5
	2 tipologias	151	37
	3 tipologias	157	38,5
% de pessoas com necessidades paliativas com acesso a CP, a nível nacional	< 20	189	46,4
	≥ 80	1	0,2
	20% a 39	154	37,7
	40 a 59	49	12,0
	60 a 79	15	3,7

Características psicométricas da escala multidimensional de avaliação do nível de literacia em cuidados paliativos em profissionais de saúde

Fiabilidade

A fiabilidade foi verificada através da análise da consistência interna pelo coeficiente de Alfa de Cronbach. Para cálculo da homogeneidade, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r).

Após determinação da consistência interna, foram excluídos 18 indicadores, em virtude de apresentarem valor de Alfa de Cronbach superior ao valor global (0,835) e valores de r não significativos (dado que o n é de 408 foram considerados valores de $r < 0,2$ mas significativos). As 42 afirmações foram renumeradas tendo em consideração as afirmações excluídas no processo de validação (Anexo VII). Na Tabela 2 são apresentados os dados obtido relativamente aos valores de r corrigido e de alfa de Cronbach.

Tabela 2 – Consistência interna da escala de literacia em CP para profissionais de saúde.

N.º		r corrigido	α corrigido
Item			
1	As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente	,225	,834
2	Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”	,192	,835
3	A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário	,290	,832
4	Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa	,218	,834
5	Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia	,416	,829
6	Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	,444	,828
7	A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida	,248	,834
8	Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida	,155	,835

N.º		r corrigido	α corrigido
Item			
9	Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento	,310	,832
10	Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opióides	,399	,829
11	A via subcutânea não permite a administração de soros	,269	,833
12	Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte	,185	,835
13	A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida	,441	,828
14	A angústia espiritual prolonga o sofrimento	,156	,836
15	Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente	,407	,829
16	Aos doentes sob tratamento analgésico com opióides devem ser prescritos laxantes	,413	,829
17	As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos	,385	,830
18	Doses altas de codeína causam mais vômitos que a morfina	,436	,828
19	A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções	,437	,828
20	As benzodiazepinas são eficazes no controlo do <i>delirium</i>	,348	,831
21	Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos	,342	,834
22	Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado	,382	,831
23	Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico	,399	,830
24	Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor	,312	,832
25	Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses	,386	,831

N.º		r corrigido	α corrigido
Item			
26	Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva	,264	,833
27	Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde	,312	,832
28	Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto	,264	,833
29	A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	,261	,833
30	Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	,336	,832
31	Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos	,143	,836
32	Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos	,319	,832
33	No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte	,386	,830
34	Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas	,159	,835
35	Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica	,220	,834
36	No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes	,300	,832
37	Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos	,409	,830
38	Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes	,260	,834
39	As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados	,223	,834
40	A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte	,178	,835
41	Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos	,213	,834
42	O <i>burnout</i> é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos	,198	,835

Foram aplicadas várias análises fatoriais de acordo com o constructo em análise, mas as soluções encontradas não agrupavam os itens com critérios de interpretabilidade tendo-se, assim, optado por considerar uma escala unidimensional e unifatorial.

Relativamente à validade concorrente verificou-se uma correlação moderada (.472), positiva e significativa ($p < 0,001$) entre a autoperceção do nível de conhecimentos e o nível de literacia em cuidados paliativos.

Nível de literacia dos profissionais de saúde

No que diz respeito ao nível de literacia global, verifica-se que os inquiridos acertaram, em média, em $29,7 \pm 5,8$ das 42 possíveis, ou seja, acertaram em 70,7% das questões.

As respostas com maior taxa de insucesso, ou seja, com mais de 50% dos profissionais a responder de forma incorreta ou a afirmar desconhecer, foram as questões: 6 “Os corticóides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada”, 7 “A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida”, 13 “A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida”, 15 “Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente”, 18 “Doses altas de codeína causam mais vômitos que a morfina”, 20 “As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium” e 24 “Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor”.

Tendo em consideração os objetivos primários estabelecidos, são apresentados na tabela seguinte (tabela 3) as respostas obtidas a cada um dos itens propostos.

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde quanto à literacia em cuidados paliativos

Afirmações	Acertou		Não acertou	
	Nº	%	Nº	%
1 As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente	359	88,0	49	12,0
2 Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”	291	71,3	117	28,7
3 A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário	313	76,7	95	23,3
4 Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa	320	78,4	88	21,6
5 Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia	220	53,9	188	46,1
6 Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	91	22,3	317	77,7
7 A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida	124	30,4	284	69,6
8 Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida	377	92,4	31	7,6
9 Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento	384	94,1	24	5,9
10 Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opióides	235	57,6	173	42,4
11 A via subcutânea não permite a administração de soros	290	71,1	118	28,9
12 Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte	390	95,6	18	4,4
13 A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida	133	32,6	275	67,4
14 A angústia espiritual prolonga o sofrimento	364	89,2	44	10,8
15 Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente	61	15,0	347	85,0

Afirmações	Acertou		Não acertou	
	Nº	%	Nº	%
16 Aos doentes sob tratamento analgésico com opióides devem ser prescritos laxantes	320	78,4	88	21,6
17 As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos	337	82,6	71	17,4
18 Doses altas de codeína causam mais vômitos que a morfina	86	21,1	322	78,9
19 A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções	210	51,5	198	48,5
20 As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium	127	31,1	281	68,9
21 Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos	394	96,6	14	3,4
22 Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado	341	83,6	67	16,4
23 Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico	241	59,1	167	40,9
24 Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor	157	38,5	251	61,5
25 Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses	342	83,8	66	16,2
26 Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva	387	94,9	21	5,1
27 Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde	276	67,6	132	32,4
28 Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto	330	80,9	78	19,1
29 A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	274	67,2	134	32,8
30 Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	347	85,0	61	15,0
31 Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos	405	99,3	3	,7
32 Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos	296	72,5	112	27,5

Afirmações	Acertou		Não acertou	
	Nº	%	Nº	%
33 No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte	294	72,1	114	27,9
34 Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas	395	96,8	13	3,2
35 Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica	343	84,1	65	15,9
36 No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes	311	76,2	97	23,8
37 Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos	299	73,3	109	26,7
38 Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes	375	91,9	33	8,1
39 As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados	383	93,9	25	6,1
40 A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte	278	68,1	130	31,9
41 Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos	366	89,7	42	10,3
42 O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos	285	69,9	123	30,1

Relação entre os níveis de literacia em cuidados paliativos e alguns fatores demográficos, académicos e profissionais em profissionais de Saúde

Relativamente ao sexo, os indivíduos do sexo masculino responderam na globalidade a um maior número de questões de forma correta a um maior número de questões ($30,9 \pm 5$) do que os do sexo feminino ($29,4 \pm 6$), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Verifica-se que, em média, os profissionais que detêm experiência em CP responderam acertadamente a um maior número de questões ($33,3 \pm 5,5$) do que os que não têm experiência ($29 \pm 5,6$), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados da aplicação do teste t de Student entre os níveis de literacia em cuidados paliativos e o sexo dos participantes e experiência em cuidados paliativos

		N	Média	DP	t	p
Sexo	Masculino	92	30,96	5,09	2,223	,027
	Feminino	316	29,43	6,00		
Experiência em CP	Não	341	29,08	5,64	-5,664	,000
	Sim	67	33,34	5,57		

CP – Cuidados Paliativos

Os participantes que trabalham em CP acertaram em média num maior número de questões (35,5±4,4) do que os que trabalham noutro serviço (29,6±5,8). Pela aplicação do teste U de Mann Whitney verifica-se que a diferença tem significado estatístico (Tabela 5).

Tabela 5 – Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre os níveis de literacia em CP e o exercício de funções em serviço de cuidados paliativos

Serviço	N	Posto Médio	U	p
Serviço de não CP	394	199,49	785,500	,001
Serviço de CP	10	320,95		

CP – Cuidados Paliativos

Verifica-se, pela aplicação da correlação de Pearson, que as correlações são fracas e não significativas entre a idade, o tempo de exercício profissional e a autoperceção do nível de competências em cuidados paliativos e os níveis de literacia em CP (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlação de Pearson entre os níveis de literacia em CP e a idade, autoperceção do nível de competências e o tempo de exercício profissional

Idade (em anos)		Autopeceção do nível de competências		Tempo de exercício profissional	
r	p	r	p	r	p
,048	,331	,086	,084	-,016	,743

Quanto à relação entre formação específica em CP e níveis de literacia (tabela 7) foi usado o teste Kruskal-Wallis (χ^2), verificando-se que ter formação específica em CP melhora o nível de literacia ($p < 0,001$).

Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis entre os níveis de literacia em cuidados paliativos e a formação específica em cuidados paliativos

		Média	DP	Mediana	Posto Médio	χ^2	p
Formação específica em CP	Não	28,27	5,47	29,00	172,75	94,899	,000
	Nível básico (18h a 45h)	32,51	4,89	34,00	260,76		
	Nível intermédio (>90h)	34,84	4,09	36,00	314,19		
	Nível avançado (>280h)	36,85	2,91	36,50	355,98		

CP – Cuidados Paliativos

Posteriormente, ao aplicar o teste U de Mann Whitney entre os diferentes grupos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, exceto entre aqueles que apresentam um nível intermédio e avançado de formação e entre os que têm um nível básico e intermédio de formação (relação tendencialmente significativa com $p = 0,058$).

Não profissionais de saúde

Análise descritiva

Foram incluídas na análise estatística a resposta a 560 inquiridos. A maioria dos inquiridos eram do sexo feminino (72,7%) e apresentavam uma média de idades de $42,5 \pm 13,6$ (entre os 18 e os 80 anos). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes era casado (48%) ou solteiro (41,3%) e a grande maioria era detentor de um grau académico igual ou superior a licenciatura (75%).

Quando questionados relativamente a se já teriam tido familiares a receber CP, 36,8% responderam que sim e 27,1% diz já ter tido familiares internados em CP.

Quanto à organização dos CP, em Portugal, 32,5% dos inquiridos afirmava não conhecer nenhuma das tipologias e apenas 5,7% conhecia as três tipologias apresentadas.

Entre os participantes no estudo, 39,5% admitia discordar que os recursos nacionais em CP sejam suficientes para as necessidades da população e 26,1% dizia desconhecer a realidade (tabela 8).

Numa escala de 1 a 10 verificamos que os participantes consideram ter um baixo nível de conhecimentos sobre CP ($4,38 \pm 2,17$).

Tabela 8 – Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas, académicas e profissionais.

	Variáveis	Nº	%
Género	Masculino	153	27,3
	Feminino	407	72,7
Estado civil	Casado	269	48,0
	Divorciado	57	10,2
	Solteiro	231	41,3
	Viúvo	3	0,5
Habilitações literárias	6.º ano (2.º ciclo do ensino básico)	1	0,2
	9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)	3	0,5
	11.º ano	2	0,4
	12.º ano (ensino secundário)	113	20,3
	Curso de Especialização Tecnológica	9	1,7
	Bacharelato	12	2,1
	Licenciatura	224	40,0
	Pós-Graduação	48	8,6
	Mestrado	97	17,3
	Doutoramento	51	9,1
Profissão	Professor	251	46,2
	Estudante	100	18,4
	Técnico superior	19	3,5
	Engenheiro	18	3,3
	Escriturário/secretário/administrativo	16	2,9
	Assistente técnico	11	2,0
	Funcionário público	11	2,0
	Educador de infância	10	1,8
	Bolseiro	7	1,3
	Assistente operacional	6	1,1
	Investigador	6	1,1
	Reformado	5	0,9
	Arquiteto	4	0,7
	Advogado	4	0,7
	Empresário	4	0,7
	Desempregado	4	0,7
	Biólogo	3	0,6
	Omisso	81	12,1
Familiares a receber CP	Não	354	63,2
	Sim	206	36,8
Familiares internados em CP	Não	408	72,9
	Sim	152	27,1
	1 tipologia	280	50
	2 tipologias	66	11,8

	Variáveis	Nº	%
Número de tipologias de serviços que os participantes conhecem	3 tipologias	32	5,7
	Não conheço	182	32,5
Na sua opinião, a nível nacional os CP são suficientes para as necessidades da população?	Concordo plenamente	7	1,3
	Concordo	21	3,8
	Discordo	221	39,5
	Discordo plenamente	0	0,0
	Desconheço	146	26,1

CP – Cuidados Paliativos

Caraterísticas psicométricas da escala multidimensional de avaliação do nível de literacia em cuidados paliativos em não profissionais de saúde

As caraterísticas psicométricas da escala foram avaliadas através da fiabilidade e validade discriminante dos itens.

Fiabilidade

A fiabilidade de cada uma das dimensões estudadas foi verificada através da análise da consistência interna pelo coeficiente de Alfa de Cronbach. Para cálculo da homogeneidade foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r).

Após a aplicação dos respetivos testes, a dimensão designada como “Foco de cuidados” obteve um valor de Alfa de Cronbach de 0,744, a dimensão “Processos de cuidar” um valor de 0,794 e, por último, a dimensão “Conceptualização” obteve um valor de 0,764. Assim, a dimensão “Foco de cuidados” ficou constituída por 13 afirmações, a dimensão “Processos de cuidar” por 20 afirmações e a dimensão “Conceptualização” por 13 afirmações. Os valores do Alfa de Cronbach e do coeficiente de Pearson individuais, referentes às questões para avaliação da literacia em não profissionais de saúde, apresentam-se nas tabelas 9, 10 e 11.

Vários itens foram eliminados, sendo as razões as que a seguir se apresentam. Por apresentarem um valor de Alfa de Cronbach superior ao Alfa de Cronbach global das dimensões em que se encontravam, e após se ter verificado que o seu conteúdo poderia ser dúbio, a afirmação “Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde”, e a afirmação “O cancro está associado a dor, pelo que esta tem de ser tolerada” foram retiradas, com melhoria do Alfa de Cronbach global das dimensões. Por outro lado, as afirmações “Só podemos receber cuidados paliativos no hospital.” e “Os cuidados paliativos são prestados por equipas multidisciplinares.” foram excluídas em virtude do r ser muito inferior a 0,20 e o valor de p não ser significativo quando

relacionado com o total corrigido. As afirmações foram renumeradas tendo em consideração as excluídas no processo de validação (Anexo VIII).

Verifica-se, a partir da análise das tabelas seguintes, que todas as afirmações apresentam um valor de r superior a 0.2 e um Alfa de Cronbach inferior aos valores de Alfa de Cronbach das dimensões em que se inserem.

Tabela 9 – Consistência interna e homogeneidade da dimensão “Foco de Cuidados”

N.º item		r corrigido	α corrigido
1	Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes oncológicos (com cancro).	,383	,731
3	Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	,360	,727
4	Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	,336	,730
6	Os doentes que necessitam de cuidados paliativos estão a morrer.	,289	,736
7	A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	,341	,729
19	Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	,292	,734
20	Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	,455	,716
21	Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.	,447	,718
22	Os cuidados paliativos são para os doentes que têm familiares para ajudar no cuidar.	,403	,724
23	Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	,382	,730
30	Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	,400	,726
34	Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	,446	,720
46	Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	,473	,721

Tabela 10 – Consistência interna e homogeneidade da dimensão “Processos de cuidar”

N.º item		r corrigido	α corrigido
2	Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	,317	,788
5	Os cuidados paliativos aceleram a morte.	,337	,790
8	Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	,265	,791
10	Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	,349	,789
12	O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	,276	,792
13	A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	,423	,784
16	Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	,419	,785
18	Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.	,317	,790
24	Os cuidados paliativos atrasam a morte.	,394	,783
26	Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	,378	,785
27	O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	,363	,786
28	A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	,449	,780
29	Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	,372	,785
36	Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	,472	,782
39	Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	,428	,781
40	Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	,413	,783
41	Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.	,394	,784
43	O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	,408	,783
44	Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	,381	,784
45	As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.	,318	,788

Tabela 11 – Consistência interna e homogeneidade da dimensão “Conceptualização”

N.º		r	α
item		corrigido	corrigido
9	A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	,409	,748
11	Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	,299	,758
14	Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	,338	,754
15	Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	,417	,751
17	Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	,344	,754
25	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	,530	,744
31	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	,496	,739
32	As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	,330	,755
33	Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	,518	,744
35	Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	,393	,755
37	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	,439	,747
38	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	,416	,749
42	O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	,465	,745

Validade discriminante do item

Relativamente à validade discriminante do item, as afirmações apresentam um maior peso (*loading*) nas dimensões a que se destinam, com exceção da afirmação 18 “O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.”, que parece pesar mais na dimensão relativa à “Conceptualização”. No entanto, decidiu-se manter na dimensão “Processos de cuidar” tendo em consideração o conceito (tabela 12).

Tabela 12 – Validade discriminante do item da escala multidimensional de literacia em cuidados paliativos de não profissionais de saúde

		D1	D2	D3
1	Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes oncológicos (com cancro).	,452**	,256**	,335**
3	Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	,509**	,291**	,371**
4	Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	,465**	,255**	,318**
6	Os doentes que necessitam de cuidados paliativos estão a morrer.	,458**	,259**	,295**
7	A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	,487**	,365**	,375**
19	Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	,434**	,350**	,319**
20	Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	,455**	,385**	,389**
21	Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.	,538**	,505**	,411**
22	Os cuidados paliativos são para os doentes que têm familiares para ajudar no cuidar.	,506**	,390**	,367**
23	Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	,443**	,332**	,435**
30	Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	,590**	,449**	,398**
34	Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	,635**	,429**	,428**
46	Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	,548**	,419**	,438**
2	Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	,334**	,408**	,318**
5	Os cuidados paliativos aceleram a morte.	,341**	,379**	,353**
8	Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	,293**	,323**	,325**
10	Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	,317**	,399**	,359**
12	O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	,310**	,315**	,368**
13	A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	,326**	,486**	,379**
16	Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	,401**	,478**	,410**
18	Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.	,269**	,449**	,269**
24	Os cuidados paliativos atrasam a morte.	,369**	,494**	,371**
26	Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	,301**	,500**	,289**
27	O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	,257**	,485**	,246**
28	A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	,346**	,547**	,360**
29	Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	,273**	,472**	,297**
36	Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	,462**	,529**	,454**
39	Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	,433**	,516**	,474**
40	Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	,436**	,531**	,426**

		D1	D2	D3
41	Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.	,322**	,510**	,323**
43	O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	,302**	,491**	,300**
44	Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	,411**	,493**	,427**
45	As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.	,278**	,425**	,264**
9	A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	,427**	,415**	,516**
11	Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	,357**	,304**	,430**
14	Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	,323**	,276**	,464**
15	Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	,378**	,328**	,492**
17	Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	,294**	,284**	,458**
25	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	,464**	,381**	,595**
31	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	,441**	,397**	,598**
32	As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	,374**	,384**	,446**
33	Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	,489**	,426**	,584**
35	Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	,413**	,439**	,575**
37	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	,389**	,477**	,608**
38	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	,348**	,423**	,581**
42	O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	,396**	,406**	,549**

D1 - Foco de cuidados, D2 - Processos de cuidar; D3 - Conceptualização; ** - muito significativo

Verificou-se ainda que as correlações são positivas, moderadas e muito significativas entre a autopercepção do nível de conhecimento sobre CP e as três dimensões da escala de literacia em CP: Foco de cuidados ($r=,373$; $p<0,001$); Processo de cuidar ($r=,410$, $p<0,001$); Conceptualização ($r=,328$; $p<,328$).

Níveis de literacia em cuidados paliativos de não profissionais de saúde

Tendo em consideração os objetivos primários estabelecidos, são apresentados na tabela 13 as respostas obtidas a cada um dos itens propostos.

As respostas com maior taxa de insucesso, com mais de 50% da população a responder de forma incorreta, foram as 2 “Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.”, 15 “Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.”, 18 “Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.”, 21 “Para ter acesso

aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.“, 24 “Os cuidados paliativos atrasam a morte.”, 26 “Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.”, 27 “O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.”, 28 “A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.”, 29 “Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.”, 34 “Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.“, 41 “Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.”, 45 “As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.”. Estas 12 questões encontram-se distribuídas pelas 3 dimensões, com um predomínio da dimensão “Processos de cuidar”, com 8 afirmações.

Tabela 13 – Distribuição das respostas da amostra de não profissionais em relação aos itens da escala multidimensional de literacia em cuidados paliativos

		Acertou		Não acertou	
		Nº	%	Nº	%
1	Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes oncológicos (com cancro).	514	91,8	46	8,2
2	Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	277	49,5	283	50,5
3	Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	488	87,1	72	12,9
4	Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	413	73,8	147	26,3
5	Os cuidados paliativos aceleram a morte.	503	89,8	57	10,2
6	Os doentes que necessitam de cuidados paliativos estão a morrer.	317	56,6	243	43,4
7	A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	339	60,5	221	39,5
8	Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	448	80,0	112	20,0
9	A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	368	65,7	192	34,3
10	Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	478	85,4	82	14,6
11	Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	342	61,1	218	38,9
12	O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	516	92,1	44	7,9
13	A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	382	68,2	178	31,8
14	Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	349	62,3	211	37,7
15	Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	89	15,9	471	84,1
16	Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	408	72,9	152	27,1
17	Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	385	68,8	175	31,3
18	Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.	47	8,4	513	91,6

		Acertou		Não acertou	
		Nº	%	Nº	%
19	Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	330	58,9	230	41,1
20	Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	312	55,7	248	44,3
21	Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.	269	48,0	291	52,0
22	Os cuidados paliativos são para os doentes que têm familiares para ajudar no cuidar.	418	74,6	142	25,4
23	Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	496	88,6	64	11,4
24	Os cuidados paliativos atrasam a morte.	219	39,1	341	60,9
25	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	536	95,7	24	4,3
26	Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	42	7,5	518	92,5
27	O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	64	11,4	496	88,6
28	A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	176	31,4	384	68,6
29	Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	228	40,7	332	59,3
30	Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	405	72,3	155	27,7
31	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	499	89,1	61	10,9
32	As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	356	63,6	204	36,4
33	Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	536	95,7	24	4,3
34	Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	243	43,4	317	56,6
35	Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	333	59,5	227	40,5
36	Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	372	66,4	188	33,6
37	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	285	50,9	275	49,1
38	Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	318	56,8	242	43,2
39	Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	466	83,2	94	16,8
40	Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	339	60,5	221	39,5
41	Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.	171	30,5	389	69,5
42	O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	520	92,9	40	7,1

		Acertou		Não acertou	
		Nº	%	Nº	%
43	O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	300	53,6	260	46,4
44	Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	406	72,5	154	27,5
45	As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.	153	27,3	407	72,7
46	Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	467	83,4	93	16,6

Quando avaliamos o número de questões assinaladas como corretas, podemos verificar que o valor da média nas três dimensões é maior que o valor da mediana de cada uma (Tabela 14), o que permite inferir níveis positivos de literacia em cuidados paliativos na população estudada.

Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto à literacia em cuidados paliativos por dimensão.

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Foco de cuidados	0	13	8,86	3,03
Processo de cuidar	0	20	10,54	3,83
Conceptualização	0	13	9,39	2,82

Relação entre os níveis de literacia em cuidados paliativos e alguns fatores demográficos, académicos e profissionais em não profissionais de Saúde

Pela análise dos resultados na Tabela 15, verifica-se que os níveis de literacia em CP não parecem estar relacionados nem com o sexo dos inquiridos nem com o facto dos inquiridos terem tido familiares a receber CP ou terem tido familiares internados em CP ($p>0,05$).

Tabela 15 – Aplicação do teste t de Student entre os níveis de literacia em CP e sexo, ter tido familiares a receber CP e ter tido familiares internados em CP.

	Dimensão	Sexo	N	Média	DP	t	p
Sexo	Foco de cuidados	Masculino	153	9,00	3,15	,278	,781
		Feminino	407	8,92	2,99		
	Processos de cuidar	Masculino	153	10,49	4,00	-,771	,441
		Feminino	407	10,783	3,89		
	Conceptualização	Masculino	153	9,53	3,02	,387	,699
		Feminino	407	9,43	2,74		
Familiares a receber cuidados paliativos	Foco de cuidados	Não	354	8,77	3,18	-1,754	,080
		Sim	206	9,24	2,74		
	Processos de cuidar	Não	354	10,58	4,19	-,931	,352
		Sim	206	10,90	3,41		
	Conceptualização	Não	354	9,39	2,92	-,687	,493
		Sim	206	9,56	2,63		
Familiares internados em cuidados paliativos	Foco de cuidados	Não	408	8,86	3,11	-1,029	,304
		Sim	152	9,16	2,81		
	Processos de cuidar	Não	408	10,80	4,07	,950	,343
		Sim	152	10,44	3,484		
	Conceptualização	Não	408	9,44	2,87	-,235	,814
		Sim	152	9,50	2,67		

No que diz respeito à idade e níveis de literacia em CP, é de salientar que apenas se verificou diferença estatisticamente significativa entre a idade e o número de respostas corretas na dimensão “Foco de cuidados” (Tabela 16).

Tabela 16 - Correlação de Pearson entre os níveis de literacia em cuidados paliativos e a idade

Literacia em cuidados paliativos	r	p
Foco de cuidados	,226	,000
Processo de cuidar	,027	,521
Conceptualização	,054	,200

Verificamos ainda que relativamente à questão “Na sua opinião, a nível nacional os cuidados paliativos são suficientes para as necessidades da população?”, as respostas foram agrupadas em 3 níveis: “Concordo”, “Discordo” e “Desconheço”. Para avaliação da significância estatística foi usado o teste Kruskal-Wallis (χ^2), uma vez que não se verifica um número mínimo de 30 inquiridos em cada opção de resposta e as variáveis não tem distribuição normal. Tal como é possível verificar, existem diferenças com significado estatístico ($p < 0,001$) nos níveis de literacia nas três dimensões consoante a opinião dos inquiridos (Tabela 17)

Tabela 17 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis aos níveis de literacia em cuidados paliativos consoante a opinião dos inquiridos em relação à afirmação “As necessidades de cuidados paliativos são suficientes para a população”

Dimensão	Opinião	N	Posto Médio	χ^2	p
Foco de cuidados	Concordo	28	184,68	36,593	,000
	Discordo	221	227,99		
	Desconheço	146	155,15		
Processos de cuidar	Concordo	28	183,34	21,345	,000
	Discordo	221	221,15		
	Desconheço	146	165,76		
Conceptualização	Concordo	28	172,14	19,230	,000
	Discordo	221	220,19		
	Desconheço	146	169,37		

A fim de determinarmos entre que grupos de participantes havia diferenças, foi aplicado o teste U de Mann Whitney tendo-se verificado que, em todas as dimensões, as pessoas que admitiram discordar apresentaram um maior número de respostas certas do que as que disseram desconhecer, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os que disseram concordar e os que admitiram desconhecer ou discordar.

Discussão

Profissionais de Saúde

Para a avaliação do nível de literacia em cuidados de saúde foi prevista uma população mínima de 300 participantes, tendo em conta os critérios de Pestana e Gageiro ²², que recomendam entre 5 a 10 indivíduos por cada item da escala. A amostra final contemplou 408 profissionais de saúde, sendo desta forma considerada representativa. Era constituída predominantemente por médicos (66,7%) e enfermeiros (31,9%). Em 2018, segundo o relatório social do SNS ²³, 54,8% dos quadros do SNS eram compostos por enfermeiros (33,2%) e médicos (21,6%) o que, conjugado com o facto de terem sido incluídos apenas profissionais com contacto com CP (pelo menos 37,5% dos quadros do SNS não tem atividade assistencial), é compatível com a população estudada. Nesse mesmo relatório foi determinada uma taxa de feminização de 76,5%, também compatível com a população estudada (77,5%).

Foi verificado que menos de metade da população da amostra conhecia as três tipologias de organização dos CP. Sendo os profissionais de saúde o principal elo na identificação e orientação de doentes com necessidades paliativas, o desconhecimento da sua organização poderá comprometer a orientação e o aconselhamento destes doentes tendo em consideração as especificidades de cada um.

Os estudos mostram que a falta de confiança dos profissionais na prestação de cuidados paliativos a doentes hospitalizados reduz a qualidade dos cuidados ^{24 25}. Apesar de os inquiridos apresentarem um nível de conhecimento em CP superior à mediana da escala (29 em 42 questões), consideram que os seus níveis de conhecimento em CP são baixos ($4,27 \pm 1,9$) e consideram-se muito pouco competentes ($3,9 \pm 2,2$) para cuidar de utentes em CP, o que pode ter implicações na prestação de cuidados, nomeadamente em termos de identificação e orientação destes doentes.

Na população analisada, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentavam um nível de conhecimentos em CP superior aos indivíduos do sexo feminino, respondendo a um maior número de respostas corretas ($p < 0,05$). Este dado não está de acordo com outros trabalhos publicados²⁶, sendo que esta discrepância poderá ser explicada por existir uma maior percentagem de indivíduos do sexo masculino na população em estudo do que noutros estudos desenvolvidos e pelo facto dos restantes estudos apenas se centrarem em questionários a enfermeiros, não incluindo outras classes profissionais.

Os profissionais que trabalham em unidades de CP tiveram em média um maior número de respostas corretas ($35,5 \pm 4,4$) do que os profissionais que não trabalham em unidades de CP ($33,3 \pm 5,5$), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Adicionalmente, os profissionais com formação específica em CP apresentam níveis mais altos de literacia nesta área dos cuidados de saúde. Estes dados são compatíveis com os da bibliografia existente que mostram que formação especializada em CP melhora os conhecimentos nessa área. ²⁷

A elevada taxa de respostas incorretas à afirmação “A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida” pode estar relacionada com a dificuldade na distinção entre tristeza, resposta adaptativa e reativa a uma situação menos favorável, e depressão, que implica uma desadequada adaptação à doença e sofrimento existencial. Esta distinção implica critérios específicos, como por exemplo os Critérios de diagnóstico de Endicott²⁸, e a necessidade da maior formação dos profissionais de saúde para o correto diagnóstico da depressão.

Existem múltiplas opções para o tratamento da xerostomia na pessoa em fim de vida, nomeadamente tratamentos não farmacológicos (aumento do aporte hídrico, redução de iatrogenia, otimização da higiene oral, terapia de estimulação, substituição da saliva entre outras) e tratamentos farmacológicos (pilocarpina e cevemelime). O desconhecimento da multitude de atitudes terapêuticas disponíveis para esta condição tão frequente em CP, pode estar relacionado com o pouco contacto da população estudada com doentes em CP.

As náuseas associadas à utilização de opióides estão dependentes dos efeitos na zona quimiorrecetora da área postrema, associado a maior sensibilização do aparelho vestibular²⁹. Desconhecem-se os mecanismos que justificam uma possível variabilidade inter-individual na sensibilidade aos opióides, mas sabe-se que a via de administração, formulação e dose influenciam o desenvolvimento das náuseas. Existem muito poucos estudos que comparem diretamente a codeína e a morfina em termos dos seus efeitos adversos, mas, tendo em conta que a menor potência analgésica da codeína implica o uso de doses mais altas, para o mesmo efeito analgésico, poderá justificar, pelo menos em parte, haver uma maior incidência de náuseas e vómitos.

O *delirium*, síndrome clínica caracterizada por uma disfunção cerebral aguda associada a perturbação de consciência, atenção e cognição de carácter flutuante³⁰, é uma das complicações neuropsiquiátricas mais frequentes em doentes sob CP. No tratamento do *delirium* a utilização de benzodiazepinas está contra-indicada (com a excepção da demência de corpos de Lewy e da abstinência) devendo ser utilizados fármacos antipsicóticos e evitados fármacos que possam potenciar este estado confusional³¹. Estas questões estão diretamente relacionadas com conhecimentos relativos à utilização de fármacos em CP, e a baixa taxa de respostas corretas pode refletir lacunas formativas na gestão do doente paliativo, uma área de particular importância na formação dos profissionais de saúde.

Múltiplas instituições internacionais, entre elas a Sociedade Americana da Dor e a Organização Mundial de Saúde, já publicaram posições em que se mostraram contra a utilização de placebo no controlo da dor. O direito a um controlo adequado da dor está bem estabelecido, e considera-se que o mau controlo da dor poderá aumentar o risco de suicídio³². Desta forma, a elevada taxa de respostas erradas relativamente ao uso de placebo no controlo da dor em CP é particularmente preocupante, e deve ser encarada como uma área em que a intervenção é de particular urgência.

Relativamente à fiabilidade do inquérito, 18 indicadores foram excluídos após determinação da consistência interna, mantendo-se os indicadores com Alfa de Cronbach inferior a 0,835 (valor global) e com r significativo ($>0,2$). Após a exclusão destes elementos, obtivemos uma ferramenta com solidez, que pode ser reproduzida e utilizada pelo *Observatório Português de Cuidados Paliativos* para a avaliação da literacia em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde.

Não Profissionais de Saúde

Em relação à literacia em cuidados paliativos na população de não profissionais de saúde, verificou-se que, em todas as dimensões, os inquiridos apresentaram um número médio de respostas corretas superior ao valor da mediana para cada uma das dimensões, o que revela que a amostra apresentou, em média, para todas as dimensões, resultados positivos em literacia em CP. Os bons resultados em níveis de literacia, não concordantes com outros estudos na área que mostram níveis reduzidos de literacia em saúde em Portugal³³³⁴, poderão ser explicados pela elevada percentagem de participantes com elevada escolaridade que, à semelhança de outros estudos, revelam melhores níveis de literacia.³⁵

Contudo, na dimensão relativa ao "Processo de cuidar" a média aproxima-se da mediana. Esta dimensão, que aborda as questões relativas à prestação de cuidados e gestão de sintomas, foi a que apresentou uma maior taxa de insucesso, com 8 das 20 afirmações a ter mais de 50% de respostas erradas. Isto poderá, por um lado, indicar a escassez de conhecimentos na prestação de cuidados a doentes paliativos e, por outro lado, poderá constituir uma possível área de oportunidade de intervenção.

Apenas 5,7% dos inquiridos conhecem as três tipologias de organização dos CP que foram apresentadas, o que pode transmitir uma lacuna no conhecimento sobre a organização da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Verificou-se ainda que, contrariamente aos dados apresentados noutros estudos³⁶, os níveis de literacia em CP não mostraram ser superiores em pessoas que já tiveram familiares a receber CP ou que já tiveram familiares internados em CP. Tal facto alerta para uma eventual necessidade de promoção de maior envolvimento dos familiares na gestão dos cuidados.

Os inquiridos que discordam com o facto de existir oferta de CP adequada para as necessidades da população parecem apresentar níveis mais altos de literacia em CP do que os inquiridos que responderam desconhecer. Esta relação poderá dever-se a uma maior consciencialização para a temática por parte dos que admitem discordar, que poderá estar direta ou indiretamente relacionada com uma maior aquisição de conhecimentos na área.

Uma das renitências encontradas na referenciação para os CP prende-se com a associação entre os CP e a morte. O termo paliativo tem sido erradamente usado como um eufemismo de

morte. Também no inquérito realizado mais de 50% dos inquiridos concordaram com as afirmações “Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.”, “Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.” e “Os cuidados paliativos atrasam a morte.”, assim como consideraram falsa a afirmação “Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.”. Um dos principais obstáculos à prestação deste tipo de cuidados parece prender-se com a falta de compreensão do papel atual dos CP. Atualmente, pretende-se que o doente seja acompanhado ao longo de todo o percurso da doença com o intuito de promover a qualidade de vida, ao invés da sua aplicação num estadió final. A bibliografia existente indica que a reorganização e crescimento dos CP deverá focar-se nos benefícios associados a uma integração precoce dos CP na gestão de doenças crónicas e enfatizar a promoção da qualidade de vida como principal eixo condutor, com a melhor eficiência possível.³⁷ Assim, afigura-se de particular importância readaptar os termos usados em CP e o seu significado para a população geral.

Uma elevada percentagem de pessoas discordou com a afirmação “Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.” e, por outro lado, tendencialmente concordaram com a afirmação “As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.”. Parece haver por parte da população geral uma lacuna no conhecimento sobre o funcionamento das equipas que prestam CP. A Organização Mundial de Saúde contempla, na sua definição de CP, o trabalho em equipa orientado para as necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o seguimento no processo de luto. Por outro lado, também a Rede Nacional de Cuidados Paliativos apresenta na sua estratégia de operacionalização, o suporte à família e aos cuidadores informais, nomeadamente durante o luto.⁶ Aumentar a divulgação do papel das equipas no apoio não só ao doente, como aos cuidadores, poderá ser uma estratégia importante para a ampliação de cuidados.

A noção de que as opções terapêuticas para o controlo sintomático em ambulatório não são tão eficazes como as opções disponíveis em meio hospitalar parece estar enraizada na população, o que se reflete na baixa taxa de respostas corretas às afirmações “A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.” e “Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.”. Tendo em consideração que, um estudo português³⁸ relevou que a maioria da população portuguesa, se pudesse, escolheria morrer em sua casa, urge desmistificar esta temática e permitir a uma maior percentagem da população a acessibilidade a cuidados de qualidade no domicílio, nomeadamente através da criação de um maior número de equipas comunitárias de suporte em CP.

Relativamente à fiabilidade do questionário, este apresenta boa consistência interna por apresentar valores de coeficiente de Alfa de Cronbach para cada uma das afirmações perto, mas inferior, ao valor global da dimensão a que pertencem, e boa homogeneidade, por apresentar valores de coeficiente de correlação de Pearson corrigidos superiores a 0,2. Isto mostra que a ferramenta desenvolvida tem boa robustez e pode ser utilizada na determinação dos níveis de

literacia em saúde para não profissionais de saúde e utilizada para determinar áreas de intervenção em populações específicas.

Conclusão

A literacia em saúde tem sido, nas últimas décadas, identificada como um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e é assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde.³⁹ Poucos estudos têm sido desenvolvidos na área da literacia em CP. Assim, considerou-se relevante a realização deste estudo, para não só perceber os níveis de literacia nesta área em profissionais e não profissionais de saúde portugueses como criar ferramentas que permitam desenvolver e aprofundar os conhecimentos em CP.

A validação de instrumentos capazes de avaliar os níveis de literacia da população e dos profissionais de saúde na área dos CP reveste-se de particular importância para o futuro da investigação e formação na área, por permitir identificar as lacunas formativas que motivam uma intervenção mais urgente. Neste seguimento, sendo essencial a educação especializada para a melhoria na prestação de cuidados⁴⁰, a validação destas duas ferramentas, fiáveis e de fácil aplicação, pode permitir uma alocação de esforços mais eficiente, devidamente ajustada à população portuguesa em causa.

Este estudo, desenvolvido na população portuguesa, confirma os dados já sinalizados no *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos biénio 2019-2020*⁴, que estabelece como Eixo Prioritário III a inclusão de conteúdos de cuidados paliativos nos cursos pré-graduados da área da saúde. Assim, reitera-se a importância e urgência na revisão da formação pré-graduada dos profissionais de saúde mais frequentemente envolvidos em cuidados paliativos, nomeadamente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, indispensável a uma maior sensibilização para esta temática e à aquisição de competências basilares na prestação de CP.

Este estudo mostrou ainda que os profissionais de saúde com experiência em CP têm, em média, maior literacia nesta área que os restantes profissionais de saúde. Acredita-se que uma maior consciencialização dos profissionais possa suscitar maior interesse na aquisição de competências específicas e ampliar a rede de profissionais de saúde com experiência em CP.

Tendo em conta a filosofia dos cuidados paliativos no envolvimento de doentes e familiares na prestação e gestão dos cuidados, a consciencialização da população para esta temática, é essencial para a uma gestão otimizada de recursos.

O desenho original deste trabalho baseava-se na aplicação dos questionários a utentes de consulta externa hospitalar e de consulta nos cuidados de saúde primários. No atual contexto de pandemia, com necessidade de adaptação do modelo de estudo para inquérito *online*, poderá ter-se constituído um viés no estudo. Espera-se que, após o período de pandemia por COVID-19, este trabalho possa ser reproduzido como inicialmente previsto, a fim de avaliar os corretos níveis de literacia e revalidar os instrumentos.

Por outro lado, facto de existir uma subexpressão de fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, poderá constituir uma limitação no estudo uma vez que os resultados obtidos poderão não ser extrapoláveis para essas classes profissionais.

Desta forma, este trabalho apresenta-se como o primeiro passo na validação de ferramentas de avaliação de literacia em CP em profissionais de saúde e não profissionais de saúde que poderão ainda necessitar de aperfeiçoamento antes de serem aplicadas transversalmente em Portugal.

Bibliografia

1. Assembleia da Republica. *Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos.*; 2012.
2. World Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.*; 2014. <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.
3. Faculdade E, Faculdade I, Faculdade A, et al. territorial na construção do futuro de Portugal 1. 2020;006891(10):207-231.
4. Isabel M, Parreira L. *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento Dos Cuidados Paliativos Para o Biénio 2019-2020.*; 2019.
5. Braga Da Cruz M, Nunes R. Palliative care and the portuguese health system. *Porto Biomed J.* 2016;1(2):72-76. doi:10.1016/j.pbj.2015.07.002
6. Paliativos C. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018. 2017.
7. Payne S. White Paper on improving support for family carers in palliative care: Part 2. *Eur J Palliat Care.* 2010;17(6):286-290.
8. Bevan JL, Pecchioni LL. Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2008;71(3):356-364. doi:10.1016/j.pec.2008.02.022
9. Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. *Prog Palliat Care.* 2016;24(1):31-35. doi:10.1080/09699260.2015.1103498
10. Davis TC, Williams M V., Marin E, Parker RM, Glass J. Health Literacy and Cancer Communication. *CA Cancer J Clin.* 2002;52(3):134-149. doi:10.3322/canjclin.52.3.134
11. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019.*; 2019. <http://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>.
12. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. *Relatório de Outono 2018 - Secção Formação Em Cuidados Paliativos.*; 2018. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>.
13. Oliveira S, Santiago LM, Dourado M. Knowledge of Palliative Care Among Medical Students of the University of Coimbra Conhecimento sobre Cuidados Paliativos em Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Acta Med Port.* 2020;33.
14. Assembleia da Republica. *Resolução Da Assembleia Da República Nº5/2017.*; 2017. <https://dre.pt/home/-/dre/105679762/details/maximized>.
15. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento Dos Cuidados Paliativos 2019-2020.*; 2019. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>.
16. World Health Organization. Health Literacy. <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>. Published 1998. Accessed October 14, 2020.
17. World Health Organization. *Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development.* Vol 32.; 2017. doi:10.1093/heapro/daw103
18. Direção Geral da Saúde. Plano de ação para a literacia em 2019-2021. 2018. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>.
19. Espanha R, Ávila P, Mendes V. *Literacia Em Saúde Em Portugal - Relatório Síntese.*; 2016. <http://www.gulbenkian.pt>.
20. NIH National Library of Medicine. Health Literacy. <https://nmlm.gov/initiatives/topics/health-literacy>. Accessed May 31, 2020.
21. World Health Organization. Why health literacy is important. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-health-literacy-is-important>. Accessed May 31, 2020.
22. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A Complementaridade Do SPSS.* 2º Edition.; 2003. doi:10.13140/2.1.2491.7284
23. Ministério da Saúde. *Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De*

- Saúde.*; 2018. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf.
24. Montagnini M, Smith HM, Price DM, Ghosh B, Strodtman L. Self-Perceived End-of-Life Care Competencies of Health-Care Providers at a Large Academic Medical Center. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018;35(11):1409-1416. doi:10.1177/1049909118779917
 25. Kim S, Lee K, Kim S. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: A cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):1-14. doi:10.1186/s12904-020-00581-6
 26. Eleke C, Azuonwu G, Agu IS, et al. Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education. *Int J Africa Nurs Sci.* 2020;13(August):100237. doi:10.1016/j.ijans.2020.100237
 27. Joy YL. The Influence of a Palliative Care Education Intervention in Increasing Knowledge and Self- Efficacy of Nurses Practicing in Long-Term Care. *Indian J Palliat Care.* 2015;18(2):122-127. <http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/911>.
 28. Rodin G. Treatment of depression in patients with cancer. *Lancet.* 2008;372(9632):8-10. doi:10.1016/S0140-6736(08)60968-X
 29. Clayton B, Frye C. Nausea and vomiting. *Clin Pharm Ther.* 2000;26:553-569.
 30. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Med Port.* 2018;31(1):51. doi:10.20344/amp.9670
 31. Davis D, Searle SD, Tsui A. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Risk reduction and management of delirium. *Age Ageing.* 2019;48(4):486-488. doi:10.1093/ageing/afz036
 32. Goldstein FJ. Inadequate Pain Management: A Suicidogen. *J Clin Pharmacol.* 1997;37(1).
 33. Dixe M dos A, Santo ID de O, Lopes S, et al. Knowledge and myths about palliative care among the general public and health care professionals in Portugal. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):1-12. doi:10.3390/ijerph17134630
 34. 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:10.1016/j.rpsp.2016.07.002
 35. Ribeiro, Olivério; Lima, Silvia; Duarte J. Literacia em Saúde em Cuidados Paliativos. *Millenium.* 2020;2(Ed espec. nº5):281-292.
 36. Hirai K, Kudo T, Akiyama M, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med.* 2011;14(8):918-922. doi:10.1089/jpm.2010.0529
 37. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care.* 2017;10. doi:10.1177/1178224216688887
 38. Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. *Cent Estud e Investig em Saúde da Univ Coimbra.* 2013:1-20.
 39. Alto Comissariado da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016.*; 2010. <http://pns.dgs.pt/>.
 40. Reed E, Todd J, Lawton S, et al. A multi-professional educational intervention to improve and sustain respondents' confidence to deliver palliative care: A mixed-methods study. *Palliat Med.* 2018;32(2):571-580. doi:10.1177/0269216317709973

Anexos

Anexo I

Instrumento aplicado para avaliação da literacia em cuidados paliativos destinado a profissionais de saúde

CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

- Idade _____ (anos)
- Sexo:
Masculino Feminino
- Grupo Profissional:
Enfermagem
Fisioterapia
Medicina
Psicologia
Serviço Social
Terapia Ocupacional
Outro
- Tempo de Exercício Profissional:
_____ (anos)
- Serviço onde exerce atividade profissional:

- Detém experiência em cuidados paliativos?
Não
Sim Tempo de experiência _____ (anos)
- Detém formação específica em cuidados paliativos?
Não
Nível básico (18h a 45h)
Nível intermédio (>90h)
Nível avançado (>280h)
- Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?
Nenhum Máximo
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- Como classifica a sua competência para prestar cuidados paliativos?
Nenhuma Máxima
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- Relativamente à organização dos cuidados paliativos, em Portugal, indique as tipologias de serviços que conhece?
Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
Unidade de cuidados paliativos (UCP)
Outra (especifique) _____
- Na sua opinião, que percentagem de pessoas com necessidades paliativas tem acesso a estes cuidados, a nível nacional?
< 20%
20% a 39%
40% a 59%
60 a 79%
≥ 80%

Classifique cada uma das seguintes afirmações:	Verdadeiro	Falso	Desconheço
1. Em cuidados paliativos, a sobrecarga do cuidador deve ser avaliada regularmente	V	F	D
2. O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel	V	F	D
3. A família, enquanto cuidadora, deve ter acesso a toda a informação relativa ao doente em cuidados paliativos	V	F	D
4. As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente	V	F	D
5. Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem	V	F	D
6. É boa prática comunicar uma má notícia por telefone	V	F	D
7. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser informadas da verdade no seu processo de morrer	V	F	D
8. Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber	V	F	D
9. Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada do doente”	V	F	D
10. A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário	V	F	D
11. Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa	V	F	D
12. Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia	V	F	D
13. Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	V	F	D
14. A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida	V	F	D
15. Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos	V	F	D
16. Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida	V	F	D
17. Respeitar os desejos do doente é uma forma de promover a sua dignidade	V	F	D
18. Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento	V	F	D
19. O controlo de sintomas deve respeitar sempre os objetivos e desejos do doente	V	F	D
20. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opióides	V	F	D
21. A via subcutânea não permite a administração de soros	V	F	D
22. Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte	V	F	D
23. A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos	V	F	D
24. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida	V	F	D
25. A angústia espiritual prolonga o sofrimento	V	F	D
26. A avaliação das necessidades sociais é despropositada na fase final da vida	V	F	D

27. Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente	V	F	D
28. Aos doentes sob tratamento analgésico com opióides devem ser prescritos laxantes	V	F	D
29. As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos	V	F	D
30. Doses altas de codeína causam mais vômitos que a morfina	V	F	D
31. A sexualidade é importante mesmo no processo de morrer	V	F	D
32. A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções	V	F	D
33. As benzodiazepinas são eficazes no controlo do <i>delirium</i>	V	F	D
34. Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos	V	F	D
35. Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado	V	F	D
36. Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico	V	F	D
37. Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor	V	F	D
38. Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses	V	F	D
39. Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva	V	F	D
40. Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde	V	F	D
41. Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto	V	F	D
42. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos	V	F	D
43. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	V	F	D
44. Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	V	F	D
45. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos	V	F	D
46. Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos	V	F	D
47. No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte	V	F	D
48. Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas	V	F	D
49. Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica	V	F	D
50. A melhor forma de trabalhar com pessoas com necessidades paliativas é em equipa interdisciplinar	V	F	D
51. Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária	V	F	D
52. No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes	V	F	D
53. Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos	V	F	D
54. Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes	V	F	D
55. O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente	V	F	D

56. As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados	V	F	D
57. Informar a pessoa e seus familiares sobre cuidados paliativos é uma obrigação dos profissionais de saúde	V	F	D
58. A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte	V	F	D
59. Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos	V	F	D
60. O <i>burnout</i> é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos	V	F	D

Anexo II

Instrumento aplicado para avaliação da literacia em cuidados paliativos destinado a não profissionais de saúde

CONHECIMENTOS DE NÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Idade _____ (anos)
2. Género:
Masculino Feminino
3. Nacionalidade: _____
4. Estado civil:
Solteiro
Casado
Divorciado
Viúvo
5. Profissão: _____
6. Habilitações literárias
Menos de 4 anos de escolaridade
4.º ano (1.º ciclo do ensino básico)
6.º ano (2.º ciclo do ensino básico)
9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)
11.º ano
12.º ano (ensino secundário)
Curso tecnológico/Profissional/Outros (nível III)
Bacharelato
Licenciatura
Pós-Graduação
Mestrado
Doutoramento
Curso de Especialização Tecnológica
7. Já teve familiares a receber cuidados paliativos?
Não
Sim
8. Já teve familiares internados em cuidados paliativos?
Não
Sim
9. Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?
Nenhum Máximo
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
10. Relativamente à organização dos cuidados paliativos, em Portugal, que tipos de serviços que conhece?
Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
Unidade de cuidados paliativos (UCP)
Outra (especifique) _____
11. Na sua opinião, a nível nacional os cuidados paliativos são suficientes para as necessidades da população?
Concordo plenamente
Concordo
Discordo
Discordo plenamente
Desconheço

	Verdadeiro	Falso	Desconheço
Classifique cada uma das seguintes afirmações:			
1. Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes oncológicos (com cancro).	V	F	D
2. Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	V	F	D
3. Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	V	F	D
4. Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	V	F	D
5. Os cuidados paliativos aceleram a morte.	V	F	D
6. Os doentes que necessitam de cuidados paliativos estão a morrer.	V	F	D
7. A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	V	F	D
8. Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	V	F	D
9. Só podemos receber cuidados paliativos no hospital.	V	F	D
10. Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	V	F	D
11. A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	V	F	D
12. Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	V	F	D
13. Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	V	F	D
14. O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	V	F	D
15. A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	V	F	D
16. Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	V	F	D
17. Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	V	F	D
18. Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	V	F	D
19. Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	V	F	D
20. Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.	V	F	D
21. Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	V	F	D
22. Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	F	D
23. Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.	V	F	D
24. Os cuidados paliativos são para os doentes que têm familiares para ajudar no cuidar.	V	F	D

25. Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	V	F	D
26. Os cuidados paliativos atrasam a morte.	V	F	D
27. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	V	F	D
28. O cancro está associado a dor, pelo que esta tem de ser tolerada.	V	F	D
29. Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	V	F	D
30. O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	V	F	D
31. A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	V	F	D
32. Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	V	F	D
33. Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	V	F	D
34. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	V	F	D
35. As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	V	F	D
36. Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	V	F	D
37. Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	V	F	D
38. Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	V	F	D
39. Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	V	F	D
40. Os cuidados paliativos são prestados por equipas multidisciplinares.	V	F	D
41. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	V	F	D
42. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	V	F	D
43. Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	V	F	D
44. Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	V	F	D
45. Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.	V	F	D
46. O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	V	F	D
47. O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	V	F	D
48. Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	V	F	D
49. As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.	V	F	D
50. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	V	F	D

Anexo III

Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref.º **032-CE-2020**

Data **12/2/2020**

C/conhecimento ao aluno

Exmo. Senhor

Prof. Doutor António Jorge Correia Gouveia
Ferreira

Diretor do Gabinete de Estudos Avançados
FMUC

Assunto: Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos (ref.º CE-031/2020)

Candidato(a): Mariana Pires de Carvalho Coimbra

Título do Projeto: *"Literacia em cuidados paliativos de profissionais e não profissionais de saúde"*.

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Avenida de Santa Comba, Cal. 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel: +351 239 857 706 (Ext. 542700) | Fax: +351 239 823 736

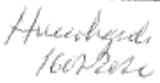
E-mail: comissaopetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo IV

Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO:  
---------------------------------	---

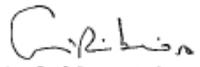
ASSUNTO:	Parecer sobre o Projeto 10/2020 -- "Literacia em cuidados paliativos de profissionais e não profissionais de saúde". 
-----------------	---

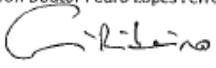
Este projeto é proposto pela Dr^a Mariana Coimbra, médica de família e mestranda na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Como coautoras e coorientadoras de dissertação são indicadas as Prof. Dotoras Marília Dourado e Maria dos Anjos Dixe.

Os seus objetivos primários são (i) avaliar os níveis de literacia em saúde na área dos cuidados paliativos em profissionais e não profissionais de saúde; (ii) determinar a relação entre a literacia em saúde na área dos cuidados paliativos e alguns fatores académicos, de formação e profissionais em profissionais e não profissionais de saúde; e (iii) determinar a relação entre a literacia em saúde na área dos cuidados paliativos em profissionais e não profissionais de saúde e o contacto com cuidados paliativos.

Os instrumentos de medição têm como base o questionário construído pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos. São anexados os consentimentos informados a aplicar aos profissionais através do Google Docs e aos não profissionais.

Face à descrição apresenta deste projeto é emitido agora um parecer positivo


O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira


O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

Anexo V

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria

 **Sónia Guerra** <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>
para mim ▾ sexta, 31/07, 10:29

Bom dia Dra. Mariana Coimbra,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2020.07.29, deliberou autorizar** o mesmo conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra

Técnica Superior - Centro de Investigação/GEFOP



Rua das Oihalvas, Pousos | 2410-197 Leiria | Portugal

Tel: +351 244 817 000 Ext: 4002

www.chleiria.pt

Anexo VI

Parecer ao pedido de introdução de adenda ao projeto da Comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

 **Comissão Ética - FMUC** <comissaoetica@fmed.uc.pt>
para mim, mdourado, maria.dixe, Gabinete, Pos ▾ terça, 28/07, 15:12 ☆ ↶ ⋮

Exma. Senhora
Dra. Mariana Pires de Carvalho Coimbra,

Cumpramos-vos informar que o pedido de Adenda ao projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título "**Literacia em cuidados paliativos de profissionais e não profissionais de saúde**" (Adenda ao proc. ref.º **CE-031/2020, aprovado pelo CE em 17.02.2020**) foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 27 de julho, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável à introdução da Adenda".

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
E-mail: comissaoetica@fmeduc.pt | www.fmeduc.pt

Anexo VII

Versão final do instrumento de avaliação da literacia em cuidados paliativos destinado a profissionais de saúde

CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Idade _____ (anos)
2. Sexo:
Masculino Feminino
3. Grupo Profissional:
Enfermagem
Fisioterapia
Medicina
Psicologia
Serviço Social
Terapia Ocupacional
Outro
4. Tempo de Exercício Profissional:
_____ (anos)
5. Serviço onde exerce atividade profissional:

6. Detém experiência em cuidados paliativos?
Não
Sim Tempo de experiência _____ (anos)
7. Detém formação específica em cuidados paliativos?
Não
Nível básico (18h a 45h)
Nível intermédio (>90h)
Nível avançado (>280h)
8. Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?
Nenhum Máximo
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
9. Como classifica a sua competência para prestar cuidados paliativos?
Nenhuma Máxima
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
10. Relativamente à organização dos cuidados paliativos, em Portugal, indique as tipologias de serviços que conhece?
Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
Unidade de cuidados paliativos (UCP)
Outra (especifique) _____
11. Na sua opinião, que percentagem de pessoas com necessidades paliativas tem acesso a estes cuidados, a nível nacional?
< 20%
20% a 39%
40% a 59%
60 a 79%
≥ 80%

Classifique cada uma das seguintes afirmações:		Verdadeiro	Falso	Desconheço
1.	As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente	V	F	D
2.	Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para "não dizer nada do doente"	V	F	D
3.	A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário	V	F	D
4.	Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa	V	F	D
5.	Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia	V	F	D
6.	Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	V	F	D
7.	A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida	V	F	D
8.	Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida	V	F	D
9.	Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento	V	F	D
10.	Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opióides	V	F	D
11.	A via subcutânea não permite a administração de soros	V	F	D
12.	Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte	V	F	D
13.	A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida	V	F	D
14.	A angústia espiritual prolonga o sofrimento	V	F	D
15.	Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente	V	F	D
16.	Aos doentes sob tratamento analgésico com opióides devem ser prescritos laxantes	V	F	D
17.	As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos	V	F	D
18.	Doses altas de codeína causam mais vômitos que a morfina	V	F	D
19.	A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções	V	F	D
20.	As benzodiazepinas são eficazes no controlo do <i>delirium</i>	V	F	D
21.	Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos	V	F	D
22.	Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado	V	F	D
23.	Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico	V	F	D
24.	Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor	V	F	D
25.	Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses	V	F	D

26. Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva	V	F	D
27. Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde	V	F	D
28. Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto	V	F	D
29. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	V	F	D
30. Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	V	F	D
31. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos	V	F	D
32. Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos	V	F	D
33. No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte	V	F	D
34. Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas	V	F	D
35. Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica	V	F	D
36. No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes	V	F	D
37. Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos	V	F	D
38. Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes	V	F	D
39. As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados	V	F	D
40. A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte	V	F	D
41. Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos	V	F	D
42. O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos	V	F	D

Anexo VIII

Versão final do instrumento de avaliação da literacia em cuidados paliativos destinado a não profissionais de saúde

CONHECIMENTOS DE NÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Idade _____ (anos)
2. Género:
Masculino Feminino
3. Nacionalidade: _____
4. Estado civil:
Solteiro
Casado
Divorciado
Viúvo
5. Profissão: _____
6. Habilitações literárias
Menos de 4 anos de escolaridade
4.º ano (1.º ciclo do ensino básico)
6.º ano (2.º ciclo do ensino básico)
9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)
11.º ano
12.º ano (ensino secundário)
Curso tecnológico/Profissional/Outros (nível III)
Bacharelato
Licenciatura
Pós-Graduação
Mestrado
Doutoramento
Curso de Especialização Tecnológica
7. Já teve familiares a receber cuidados paliativos?
Não
Sim
8. Já teve familiares internados em cuidados paliativos?
Não
Sim
9. Como classifica o seu nível de conhecimentos em cuidados paliativos?
Nenhum Máximo
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
10. Relativamente à organização dos cuidados paliativos, em Portugal, que tipos de serviços que conhece?
Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
Unidade de cuidados paliativos (UCP)
Outra (especifique) _____
11. Na sua opinião, a nível nacional os cuidados paliativos são suficientes para as necessidades da população?
Concordo plenamente
Concordo
Discordo
Discordo plenamente
Desconheço

	Verdadeiro	Falso	Desconheço
Classifique cada uma das seguintes afirmações:			
1. Os cuidados paliativos destinam-se apenas aos doentes oncológicos (com cancro).	V	F	D
2. Em cuidados paliativos trata-se a dor com medicamentos que causam dependência.	V	F	D
3. Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas independentemente da idade.	V	F	D
4. Só os doentes em fim de vida necessitam de cuidados paliativos.	V	F	D
5. Os cuidados paliativos aceleram a morte.	V	F	D
6. Os doentes que necessitam de cuidados paliativos estão a morrer.	V	F	D
7. A dor, em cuidados paliativos, é normal e inevitável.	V	F	D
8. Os profissionais de cuidados paliativos promovem a eutanásia.	V	F	D
9. A dor faz parte da morte em cuidados paliativos.	V	F	D
10. Os doentes em cuidados paliativos que deixam de comer morrem à fome.	V	F	D
11. Não há esperança para os doentes que recebem cuidados paliativos.	V	F	D
12. O médico que envia doentes para cuidados paliativos desiste deles.	V	F	D
13. A morfina em cuidados paliativos acelera a morte.	V	F	D
14. Cuidados paliativos significam que “não há mais nada a fazer”.	V	F	D
15. Os cuidados paliativos estão focados apenas no processo de morte.	V	F	D
16. Em cuidados paliativos os doentes são colocados quase sempre a dormir.	V	F	D
17. Os cuidados paliativos são úteis apenas para o controlo da dor.	V	F	D
18. Só o médico pode encaminhar (referenciar) para cuidados paliativos.	V	F	D
19. Os cuidados paliativos são para quem não precisa de cuidados altamente diferenciados.	V	F	D
20. Os cuidados paliativos são para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	F	D
21. Para ter acesso aos cuidados paliativos o doente não pode estar a fazer outros tratamentos.	V	F	D
22. Os cuidados paliativos são para os doentes que têm familiares para ajudar no cuidar.	V	F	D
23. Os cuidados paliativos são para doentes que têm apenas alguns dias de vida.	V	F	D
24. Os cuidados paliativos atrasam a morte.	V	F	D

25. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida do doente.	V	F	D
26. Se o doente não conseguir comer, deve ser colocada uma sonda para alimentação.	V	F	D
27. O oxigénio alivia a falta de ar e aumenta a esperança de vida dos doentes.	V	F	D
28. A dor consegue ser aliviada em casa, da mesma forma que no hospital.	V	F	D
29. Os tratamentos em casa são menos eficazes do que os tratamentos no hospital.	V	F	D
30. Uma pessoa com demência pode receber cuidados paliativos.	V	F	D
31. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas.	V	F	D
32. As equipas de cuidados paliativos são formadas apenas por médicos e enfermeiros.	V	F	D
33. Os cuidados paliativos podem diminuir o sofrimento dos doentes.	V	F	D
34. Os doentes podem receber cuidados paliativos em qualquer momento da doença.	V	F	D
35. Os cuidados paliativos podem ajudar a controlar os efeitos secundários dos tratamentos médicos.	V	F	D
36. Quando os doentes recebem cuidados paliativos, têm de desistir do acompanhamento pelos outros médicos.	V	F	D
37. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas a compreender as opções de tratamento.	V	F	D
38. Um dos objetivos dos cuidados paliativos é melhorar a capacidade das pessoas desempenharem as suas atividades de vida diárias.	V	F	D
39. Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com uma doença grave.	V	F	D
40. Os cuidados paliativos podem ser prestados ao mesmo tempo que os cuidados curativos.	V	F	D
41. Os cuidados paliativos oferecem apoio à família durante o processo de luto.	V	F	D
42. O principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do doente.	V	F	D
43. O alívio do sofrimento em final de vida obriga ao internamento do doente.	V	F	D
44. Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais fazem parte dos cuidados paliativos.	V	F	D
45. As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação quando o doente morre.	V	F	D
46. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	V	F	D