

Conscientização sobre decisão partilhada em duas clínicas de Angola entre outubro e novembro de 2022

**Kátia Costa Brazão de Almeida, MD¹, Ana Rita Pedro, MD¹,
Ndenga Solange Tomás, MD¹**

¹- Clínica Sagrada Esperança

RESUMO

Introdução e Objectivos:

Uma estratégia emergente na evolução dos sistemas de saúde é o modelo de decisão partilhada, o auge dos cuidados centrados na pessoa. O objetivo do estudo é descrever o nível de conscientização e literacia em saúde sobre a decisão partilhada entre os profissionais de saúde e doentes nas Clínicas Sagrada Esperança, da província de Benguela e do município do Lobito, respectivamente, entre outubro e novembro de 2022.

Métodos:

Trata-se de um estudo observacional descritivo quantiquantitativo com 61 profissionais de saúde e 114 doentes. Os instrumentos de recolha de dados (HLS-EU-Q16, Q-COM-LIT) validados em Portugal, foram contextualizados à cultura angolana e acrescentadas questões abertas sobre conscientização na decisão partilhada aos dois instrumentos.

Resultados:

Na literacia em saúde 25,4% (n=29) dos participantes apresentaram níveis adequados. Na comunicação e literacia 48,5% (n=30) dos profissionais de saúde consideraram-se competentes. Na decisão partilhada, 42,1% (n=48) dos doentes responderam que o médico, habitualmente informa que será necessário uma decisão conjunta enquanto 78,7% (n=48) dos profissionais de saúde responderam que, habitualmente, informam.

Conclusões:

Constatou-se que ainda não existe uma conscientização sobre a decisão partilhada e a participação ativa dos doentes realizam-se em eventos limitados. Nesse contexto, os autores recomendam a implementação de estratégias para aprimorar a literacia dos doentes e a capacitação técnica dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Decisão partilhada em saúde, literacia em saúde, comunicação em saúde, conscientização, SDM - Shared decision making.

CORRESPONDÊNCIA

Kátia Costa Brazão de Almeida, MD
Clínica Sagrada Esperança - Benguela
E-mail: katiacosta.csebenguela@gmail.com

Como Citar: Almeida, K. C. B. de, Pedro, A. R., & Tomás, N. S. (2024). Conscientização sobre decisão partilhada em duas Clínicas de Angola entre outubro e novembro de 2022. Revista Científica Da Clínica Sagrada Esperança, (Número 12 Ano.16 Agosto 2024), 24–33. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.149>



Não comercial – Você não pode
usar o material para fins comerciais

Awareness about shared decision-making in two clinics in Angola between October and November 2022

ABSTRACT

Introduction and Objectives:

An emerging strategy in the evolution of health systems is the shared decision-making model, the pinnacle of person-centred care. The aim of the study is to describe the level of awareness and health literacy about shared decision-making among health professionals and patients at the Sagrada Esperança Clinics in Benguela province and Lobito municipality, respectively, between October and November 2022.

Methods:

This is a descriptive, quantitative and qualitative observational study with 61 health professionals and 114 patients. The data collection instruments (HLS-EU-Q16, Q-COM-LIT), validated in Portugal, were contextualised to Angolan culture and open-ended questions on shared decision-making awareness were added to both instruments.

Results:

In health literacy 25.4 per cent (n=29) of the participants showed adequate levels. In communication and literacy, 48.5 per cent (n=30) of health professionals considered themselves competent. With regard to shared decision-making, 42.1% (n=48) of patients said that the doctor usually informs them that a joint decision is necessary, while 78.7% (n=48) of health professionals said that they usually do.

Conclusions:

It was found that there is still no awareness of shared decision-making and active patient participation takes place at limited events. In this context, the authors recommend the implementation of strategies to improve patient literacy and the technical training of health professionals in communication skills.

Keywords: Shared decision making in health, health literacy, health communication, awareness, SDM - Shared decision making.

INTRODUÇÃO

A cooperação assume-se desafiadora na área da saúde devido à assimetria de informações entre profissionais de saúde e doentes, uma postura mais conservadora dos profissionais de saúde, um eventual “endeusamento” do médico em determinadas sociedades, e não poucas vezes, uma posição de quase desespero

ou instabilidade emocional em que se encontra o doente¹.

Uma das abordagens emergentes, uma prioridade global de muitos sistemas de saúde é a implementação dos cuidados centrados na pessoa que destaca o respeito às preferências do doente, o compartilhar de informações e o estímulo à participação ativa^{2,3}. Transforma o doente num agente decisório ativo, apoiado pelo profissional de saúde, num momento em que o processo de tomada de decisão torna-se cada vez mais desafiador devido à rápida evolução dos meios tecnológicos, que oferecem uma variedade de opções de ação¹.

Introduzido na literatura médica há 40 anos, tem crescido as evidências que apoiam a Shared decision making (SDM), evidenciando as vantagens da participação dos doentes na tomada de decisão sobre os seus cuidados^{4,5}.

A socióloga Cathy Charles descreveu as quatro características principais do modelo: (1) que pelo menos dois participantes - profissional de saúde e doente estejam envolvidos; (2) que ambos partilhem informações; (3) que ambos tomem medidas para construir um consenso sobre o tratamento preferencial; (4) que seja alcançado um acordo sobre o tratamento a implementar¹.

Para implementação bem-sucedida, é fundamental criar a consciência de escolha - por parte de todos os intervenientes no processo, de que para o processo iniciar é fundamental o reconhecimento que a situação do doente pode ser mutável, existindo, por vezes, diversas maneiras de abordagens ou de mudar a situação, que o envolvimento do doente é importante e a melhor solução depende do que os doentes valorizam ou têm como preferência².

Tanto a promoção da consciência de escolha, como a responsabilização e envolvimento do doente exigem técnicas comunicacionais⁶, promoção do diálogo e confiança na relação, mas que apenas serão efetivas com melhoria da literacia em saúde (LS)⁷.

A literacia em saúde desempenha um papel essencial influenciando diretamente os resultados e os comportamentos relacionados à saúde^{8,9}. A LS não depende apenas da educação, níveis de alfabetização^{8,10,11} ou conhecimento, mas também do desenvolvimento cognitivo e da capacidade de aplicar informações de saúde em contextos sociais e económicos específicos^{8,9}. Estudos mostram que o envolvimento dos doentes na tomada de decisões está diretamente relacionado aos seus níveis de LS¹².

Nos dois estudos sobre LS em Angola, tanto Santos em 2016 quanto Ramos et al. em 2022 reportaram níveis baixos ou inadequados na população estudada.

Nutbeam em 2009 define três níveis no seu modelo de LS¹³.

“1. Literacia funcional em saúde - habilidades básicas de compreensão de leitura e escrita para entender informações/mensagens de saúde, juntamente com conhecimento de condições, serviços e sistemas de saúde;

2. Literacia comunicativa/interativa em saúde - habilidades comunicativas e sociais de nível superior necessárias para extrair e discutir informações com outras pessoas;

3. Habilidades críticas de literacia em saúde - alfabetização avançada, habilidades cognitivas e sociais para analisar informações e tomar decisões informadas”.

Sørensen, K. et al., em 2012, compilou “a literacia em saúde envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade da saúde durante o curso da vida”⁹.

A Fundação para a Decisão Partilhada Informada nos EUA, destaca a falta de informações ponderadas sobre opções de tratamento disponíveis para os doentes. Enfatiza que a participação ativa dos doentes nas decisões requer a compreensão das informações de saúde e o apoio nas suas escolhas¹⁴. É importante reconhecer que as preferências do doente são altamente sensíveis ao contexto¹⁵.

A Declaração de Salzburgo em 2011 sobre a Decisão Partilhada, apela ao engajamento de todos no fortalecimento do foco no doente para cuidados com qualidade e seguros¹⁶.

A partir da revisão bibliográfica realizada, não foi identificado nenhum estudo publicado referente a decisão partilhada no contexto angolano.

Entretanto, a implementação da decisão partilhada enfrenta desafios significativos na realidade Africana. Norman I. em 2015 faz referência as barreiras e fatores socioculturais¹⁷ bem como outros:

Determinantes socioculturais: a cultura africana, muitas vezes valoriza a unidade familiar sobre a autonomia individual. Isso pode limitar a capacidade dos doentes de tomarem decisões independentes em relação à sua saúde. Valores culturais e crenças desempenham um papel importante¹⁷.

Visão de poder desproporcional: os profissionais de saúde são, frequentemente, percebidos como detentores de um grande poder e conhecimento na sociedade. Isso pode levar os doentes a assumirem uma postura passiva, com baixo interesse na tomada de decisões^{17,18}.

Fraca literacia em saúde: a baixa taxa de alfabetização e níveis educacionais limitados dificultam a compreensão das informações de saúde. Muitos doentes podem ter dificuldade em expressar as suas preferências, compreender informações relevantes e tomar decisões informadas^{17,19}.

Barreiras de comunicação: dialetos locais podem criar barreiras de comunicação e além disso, as percepções culturais sobre doenças emocionais e psicológicas podem influenciar a comunicação^{17,20}.

Atitude paternalista: dos profissionais de saúde observada em todo mundo, mas com relevância especial em África, bem como o fraco reconhecimento dos direitos dos doentes, pode resultar numa falta de autonomia na tomada de decisões por parte dos doentes^{17,21}.

Fragilidades nos sistemas de saúde: escassez de recursos e infraestruturas limita a capacidade de oferecer cuidados de alta qualidade e informação em saúde acessível¹⁸.

Transição na carga de doenças: o aumento das doenças crônicas não transmissíveis requer uma gestão contínua de cuidados de saúde, o que pode sobrecarregar ainda mais os sistemas de saúde já frágeis¹⁸.

O presente estudo tem como objetivo descrever o nível de conscientização e literacia de todos os intervenientes neste modelo de decisão clínica, os doentes e os profissionais de saúde. Para sua concretização foram definidos cinco objetivos específicos: adaptação transcultural de dois instrumentos, descrever a literacia em saúde dos doentes, a comunicação e literacia na relação terapêutica e a conscientização dos profissionais de saúde e dos doentes sobre a decisão partilhada.

Métodos

Tipo de Estudo

Foi delineado um estudo observacional descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, que consistiu na utilização de escalas tipo Likert para a identificação e apresentação de dados quantitativos e questões abertas para colheita de dados qualitativos.

Local de estudo

O estudo foi realizado nas Clínicas Sagrada Esperança da província de Benguela e do município do Lobito.

População de estudo

A população foi composta por duas amostras não probabilísticas por conveniência, provenientes das duas Instituições: uma com 114 doentes adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade e outra com 61 profissionais de saúde, incluindo 33 médicos e 28 enfermeiros.

Os profissionais de saúde foram constituídos por médicos e enfermeiros que trabalham nas duas instituições. Os doentes foram abordados nas consultas externas das duas Instituições, durante 3 dias por semana, durante 8 semanas. Os critérios de inclusão para os doentes foram: idade entre 18 e 65 anos, capacidade de ler e escrever, preencher o questionário por conta própria, bem como ter sido atendido nas consultas externas. Os critérios de exclusão foram os questionários mal preenchidos.

Procedimentos

Para concretizar os primeiro e segundo objetivos específicos do estudo, procedeu-se à adaptação transcultural das escalas do tipo Likert do Questionário Europeu de Literacia em saúde e do Inquérito de Comunicação em saúde e Literacia na relação

terapêutica previamente validados em Portugal. Para a adaptação transcultural à cultura Angolana foi utilizada a técnica de *focus group*, constituída por três médicos, um técnico de saúde pública, uma enfermeira, uma técnica de laboratório e uma fisioterapeuta, sendo quatro homens e três mulheres, com idades entre 25 e 76 anos.

Para concretizar o terceiro objectivo, descrever a literacia em saúde dos doentes, foi utilizado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT-Q16), validado em Portugal em 2014²². Este questionário de 16 questões foi publicado após validação em relação à versão completa de 47 questões²³. O modelo é baseado no estudo de Sørensen et al. de 2012, que integra três domínios de saúde — cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças — e quatro níveis de processamento da informação — acesso, compreensão, avaliação e utilização — essenciais para a tomada de decisão¹².

O HLS-EU-PT-Q16 é composto por três domínios muito importantes de saúde: nos cuidados de saúde (8 questões), promoção da saúde (4 questões), prevenção da doença (4 questões), e quatro níveis de processamento da informação essenciais para a tomada de decisão: acesso, compreensão, avaliação e utilização. O doente deve indicar o grau de dificuldade que sente em cada questão, utilizando uma escala tipo Likert de 4 valores (muito difícil a muito fácil), com uma quinta alternativa “Não sabe/Não responde”. Para validação interna do questionário, 14 das 16 questões devem ser respondidas. Para medir o nível de literacia em saúde de cada indivíduo, as 16 questões foram dicotomizadas, atribuindo o valor zero (0) às respostas “muito difícil” e “difícil” e o valor um (1) às respostas “fácil” e “muito fácil”. Uma soma total igual ou maior que 13 é considerado nível “adequado”, um valor entre 9 e 12 é um nível “problemático” e um valor menor que 9 é um nível “inadequado” de literacia de saúde.

Para concretizar o quarto objectivo, descrever a comunicação e literacia na relação entre profissionais de saúde e doentes, utilizamos o questionário transculturalmente adaptado Q-COM-LIT - Comunicação em Saúde e Literacia em Saúde na relação terapêutica²⁴. Este instrumento foi escolhido devido ao seu foco na melhoria da comunicação na relação terapêutica e no aumento da literacia dos doentes. O objetivo era avaliar como médicos e enfermeiros percebem o seu papel na comunicação terapêutica, especialmente em termos de assertividade, clareza linguística e impacto positivo na literacia em saúde dos doentes, abrangendo acesso, compreensão e uso da informação (adesão terapêutica).

O Q-COM-LIT é composto por 50 perguntas incluindo a caracterização sociodemográfica (n=6), guiões (n=3); Assertividade (n=13); Clareza (n=13); Positividade (n=13); questão final aberta (n=1). As questões relacionadas a ACP são numeradas de 9 a 11, totalizando 39 itens. Foi utilizada uma escala tipo Likert (1. Péssimo; 2. Mau; 3. Suficiente; 4. Bom; 5. Excelente) para avaliação individual do profissional.

Para o quinto objectivo, descrever a conscientização do

profissional de saúde e do doente na decisão partilhada, foram acrescentadas questões abertas sobre esse tema nos dois instrumentos utilizados. Estas questões foram adaptadas dos questionários de tomada de decisão partilhada do website shared-decision-making.org, os quais foram desenvolvidos com fins teóricos para aplicação na pesquisa e prática clínica e avaliam o grau de envolvimento dos doentes e profissionais de saúde no processo de tomada de decisão partilhada.

No caso dos doentes, foram adicionadas 3 questões abertas, baseadas no Questionário de Decisão Partilhada de 9 itens (SDM-Q-9), e para os profissionais de saúde foram adicionadas 4 questões abertas baseadas no Questionário de Decisão Partilhada (SDM-Q-Doc), versão profissional de saúde²⁵.

Após a realização da adaptação transcultural dos dois instrumentos foi efectuado o pré-teste dos dois questionários. A amostra foi constituída por 17 doentes e 11 profissionais de saúde, incluindo 6 médicos e 5 enfermeiros.

Os dados foram recolhidos de 1 de outubro a 30 de novembro de 2022.

Para a colheita de dados dos doentes, os enfermeiros os abordaram durante a triagem das consultas externas. Receberam informações sobre o estudo com ênfase na participação voluntária e na confidencialidade. Após o consentimento informado os questionários foram preenchidos imediatamente ou devolvidos posteriormente, sendo que para o formato digital via Google Forms, foi enviado um link via WhatsApp.

Dos questionários preenchidos pelos doentes, foram anulados três: um por excesso de erros no preenchimento, um por ser preenchido com apenas a resposta “fácil” em 13 questões e outro por ter assinalado apenas o género.

Os profissionais de saúde foram abordados durante as suas atividades assistenciais ou em grupos de WhatsApp. Receberam informações sobre o estudo, com ênfase na participação voluntária e na confidencialidade. Após consentimento, preencheram os questionários físicos ou digitais via Google Forms. Dos 61 profissionais, 42 escolheram o formato físico e 19 o digital.

Variáveis estudadas

As variáveis em estudo:

Gênero dos doentes e Médicos - Qualitativa dicotómica categórica: Masculino e Feminino.

Idade dos doentes e Médicos - Qualitativa ordinal - decanal: 18-27; 28-37; 38-47; 48-57; 58-65.

Grau académico do Médico - Qualitativa simples nominal: Licenciado, Especialista, Doutor.

Nível académico do doente - Qualitativa ordinal - 8 categorias: Não estudou, Primário, Secundário 1º Ciclo, Secundário 2º Ciclo, Licenciado, Mestre, Especialista, Doutorado.

Análise estatística

Para a análise dos dados obtidos, foram criadas duas bases de dados no programa estatístico "IBM® SPSS® Statistics" (versão 27) utilizando o método estatístico dedutivo, uma para os participantes doentes e outra para os profissionais de saúde. Foi realizada a criação de uma tabela de múltipla entrada para as variáveis sociodemográficas dos doentes e profissionais de saúde.

As variáveis de literacia em saúde dos doentes foram agrupadas em três domínios — cuidados de saúde (questões de 1 a 8), prevenção da doença (questões de 9 a 12) e promoção da saúde (questões de 13 a 16) — e foram medidas numa escala tipo Likert de cinco pontos: não sei, muito difícil, difícil, fácil e muito fácil. Foram calculadas as frequências absolutas, relativas simples e geradas as tabelas. Posteriormente, os níveis de literacia — inadequado, problemático e adequado — foram calculados com base na soma das respostas das questões do instrumento, em que "muito difícil" e "difícil" receberam o valor zero (0) e "fácil" e "muito fácil" receberam o valor um (1). Um valor total igual ou maior que 13 foi considerado como nível "adequado" de literacia em saúde, um valor entre 9 e 12 foi considerado como nível "problemático" e um valor menor que 9 foi considerado como nível "inadequado". Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

No que diz respeito à comunicação e literacia na relação terapêutica dos profissionais de saúde, foram calculadas as frequências absolutas e relativas simples para cada um dos domínios assertividade, positividade e clareza. Posteriormente, foi criada uma tabela global que descreve os três domínios.

As variáveis nominais que descreveram a decisão partilhada aos doentes e profissionais de saúde foram analisadas quanto às frequências absolutas, relativas simples e efectuada uma análise descritiva inferencial com recurso ao qui-quadrado.

RESULTADOS

Caracterização da população

A população dos doentes é constituída por 114 indivíduos, 51,8% (n=59) do género masculino e 48,2% (n=55) do género feminino; 42,1% (n=48) da faixa etária entre 28 e 37 anos, 22,8% (n=26) entre 38 a 47 anos e 21,9% (n=25) entre 18 e 27 anos; 36,8% (n=42) terminaram o 2º ciclo e 49,1% (n=56) são licenciados; 50% (n=57) são solteiros e 43,9% (n=50) é casado ou vive em união de facto; 53,5% (n=61) dos agregados são constituídos por casais com mais de um filho e em 21,9% (n=25) a família é numerosa. Relativamente a situação de emprego, 72,8% (n=83) exerce uma profissão remunerada (10,5%, n=12 são funcionários do sector da Saúde) e 16,7% (n=19) é estudante. São doentes da CSE Benguela 50,9% (n=58) e 49,1% (n=56) da CSE Lobito. Vivem em Benguela 51,8% (n=59) , 33,3% (n=38) no Lobito e 12,3% (n=14) na Catumbela (ver tabela 1).

A população dos profissionais de saúde, constituída por 61 profissionais de saúde, 47,5% (n=29) é do género masculino e 52,5% (n=32) do género feminino; 52,5% (n=32) são da faixa etária entre 25 a 34 anos, 27,9% (n=17) entre 35 a 44 anos, 8,2% (n=5) entre 45 a 55 anos, 6,6% (n=4) entre 18 a 24 anos e 4,9% (n=3) entre 56 a 64 anos; 65,5% (n=40) é casado ou vive em união de facto; 65,5% (n=40) vive em Benguela; 72,1% (n=44) trabalha na CSE Benguela e 54,1% (n=33) é médico e 45,9% (n=28) é enfermeiro (ver tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos doentes e profissionais de saúde inquiridos na CSE Benguela e Lobito, out-nov.2022					
Doentes			Profissionais de saúde		
	n	%		n	%
Masculino	59	51,8	Masculino	29	47,5
Feminino	55	48,2	Feminino	32	52,5
Grupo etário (anos)			Grupo etário (anos)		
18 - 27	25	21,9	18 - 24	4	6,6
28 - 37	48	42,1	25 - 34	32	52,5
38 - 47	26	22,8	35 - 44	17	27,9
48 - 57	11	9,6	45 - 55	5	8,2
58 - 65	4	3,5	56 - 64	3	4,9
Escolaridade			Estado Civil		
Não estudou	1	0,9	Solteiro (a)	21	34,4
Primária	1	0,9	Casado (a) ou união de facto	40	65,6
Sec. 1º ciclo	12	10,5	Residência		
Sec. 2º ciclo	42	36,8	Benguela	40	65,6
Licenciado	56	49,1	Lobito	15	24,6
Pós-graduado	2	1,8	Catumbela	5	8,2
Estado Civil			Baía Farta	1	1,6
Solteiro (a)	57	50	Instituição de Trabalho		
Casado (a) ou união de facto	50	43,9	CSE Benguela	44	72,1
Divorciado (a)	4	3,5	CSE Lobito	17	27,9
Viúvo (a)	3	2,6	Profissão		
Composição do agregado familiar			Médico (a)	33	54,1
Um indivíduo	17	14,9	Enfermeiro (a)	28	45,9
Casal sem filhos	2	1,8	Total	66	100
Casal com filhos	61	53,5		---	---
Família monoparental	5	4,4		---	---
Família numerosa	25	21,9		---	---
Outra	4	3,5		---	---

(continuação)					
Situação de emprego					
Desempregado	7	6,1	---	---	---
Exerce profissão remunerada*	83	72,8	---	---	---
Estudante	19	16,7	---	---	---
Dona de casa	2	1,8	---	---	---
Serviço militar ou comunitário	1	0,9	---	---	---
Reformado	2	1,8	---	---	---
Instituição de seguimento					
CSE Benguela	58	50,9	---	---	---
CSE Lobito	56	49,1	---	---	---
Residência					
Benguela	59	51,8	---	---	---
Lobito	38	33,3	---	---	---
Catumbela	14	12,3	---	---	---
Baía Farta	1	0,9	---	---	---
Outro	2	1,8	---	---	---
Total	114	100	---	---	---

Tabela 2. Literacia em saúde dos doentes da CSE Benguela e Lobito, out-nov.2022

Grau de dificuldade que sentem os doentes	Não sei n (%)	Muito difícil n (%)	Difícil n (%)	Fácil n (%)	Muito fácil n (%)
N=114					
1. Ao encontrar informações sobre tratamento de doenças que o preocupam	9 (7,9)	14 (12,3)	43 (37,7)	41 (36)	7 (6,1)
2. Ao saber mais sobre onde conseguir ajuda especializada quando está doente	9 (7,9)	10 (8,8)	29 (25,4)	54 (47,4)	12 (10,5)
3. Ao compreender o que o seu médico lhe diz	1 (0,9)	3 (2,6)	12 (10,5)	77 (67,5)	21 (18,4)
4. Ao compreender as instruções do seu médico ou profissional de saúde sobre como tomar o medicamento que foi receitado	2 (1,8)	3 (2,6)	9 (7,9)	68 (59,6)	32 (28,1)
5. Ao avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico	9 (7,9)	7 (6,1)	48 (42,1)	40 (35,1)	10 (8,8)
6. Ao usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença	5 (4,4)	15 (13,2)	33 (28,9)	47 (41,2)	13 (11,4)
7. Ao seguir as instruções do seu médico ou outro profissional de saúde	2 (1,8)	2 (1,8)	21 (18,4)	64 (56,1)	25 (21,9)
8. Ao encontrar informações para lidar com os problemas de saúde mental com stress ou depressão	9 (7,9)	32 (28,1)	42 (36,8)	25 (21,9)	6 (5,3)
9. Ao compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de actividade física e excesso de álcool.	6 (5,3)	4 (3,5)	12 (10,5)	59 (51,8)	33 (28,9)
10. Ao compreender porque precisa de fazer rastreios (fazer consulta de prevenção)	8 (7,0)	6 (5,3)	19 (16,7)	59 (51,8)	22 (19,3)
11. Ao avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança	12 (10,5)	9 (7,9)	34 (29,8)	44 (38,6)	15 (13,2)
12. Ao decidir como se pode proteger das doença com base em informação dos meios de comunicação	3 (2,6)	6 (5,3)	21 (18,4)	62 (54,4)	22 (19,3)
13. Ao saber mais sobre as actividades que são boas para o seu bem-estar mental	6 (5,3)	8 (7,0)	18 (15,8)	54 (47,4)	28 (24,6)
14. Ao compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos	2 (1,8)	4 (3,5)	23 (20,2)	58 (50,9)	27 (24,6)
15. Ao compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável	4 (3,5)	7 (6,1)	20 (17,5)	64 (56,1)	19 (16,7)
16. Ao avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde	6 (5,3)	11 (9,6)	27 (23,7)	49 (43,0)	21 (18,4)

HLS-EU-PT-Q16 - questionário Europeu de literacia em saúde

Concernente à Literacia em saúde dos doentes os resultados demonstraram que 25% (n=29) possuem um nível adequado de LS, 40% (n=45) um nível inadequada e 35% (n=40) problemática (ver gráfico 1).

Q-COM-LIT – Comunicação em Saúde e Literacia em Saúde na relação terapêutica

De acordo com os dados da pesquisa, a maioria dos profissionais de saúde, 48,5% (n=29,5) consideram-se bons nas competências de comunicação e literacia na relação terapêutica, 31% (n=18,9) percebem ser excelentes (ver gráfico 2).

Decisão partilhada

Quando questionados sobre se o médico informa sobre a tomada de uma decisão conjunta sobre uma situação médica, enquanto a maior percentagem de profissionais 78,7% (n= 48) diz que sim,

Gráfico 1. Literacia em saúde doentes, CSE Benguela e Lobito, out-nov.22

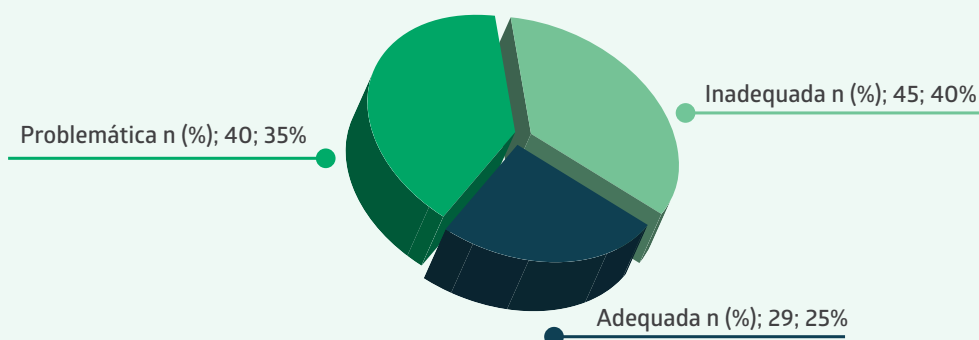
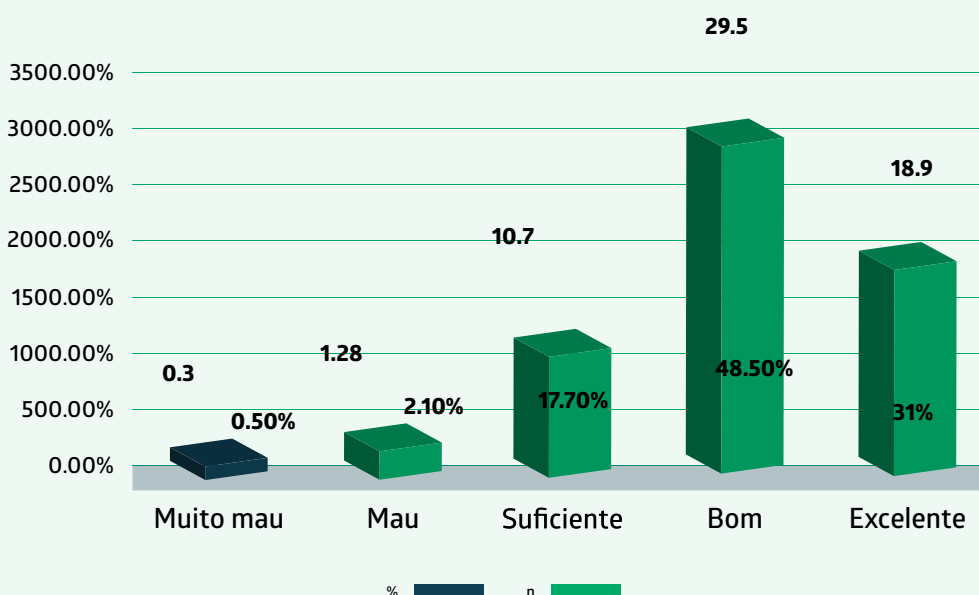


Gráfico 2. Distribuição global das competências na comunicação e literacia na relação terapêutica, CSE Benguela e Lobito, out-nov.22



no caso dos doentes, a percentagem mais elevada dá a resposta oposta 57,9% (n= 66). Este resultado encontrou uma diferença estatística altamente significativa com um $p=0,000$.

Em relação à pergunta sobre o fornecimento de informações acerca das vantagens e desvantagens das diferentes ações terapêuticas, encontramos uma resposta positiva em ambos os grupos, com maior percentual nos profissionais, 75,4% (n= 46) sobre 56,1% (n= 64) dos doentes. Este resultado também tem uma diferença estatisticamente significativa $p=0,0119$.

A pergunta sobre se a decisão terapêutica é conjunta, em ambos os grupos predomina a resposta negativa, sendo a percentagem mais elevada nos doentes com 63,2% (n= 72), acima de 54,1% (n= 33) dos profissionais. Este resultado não apresenta diferença estatisticamente significativa $p=0,2437$ (ver tabela 3).

DISCUSSÃO

Está documentado na literatura a influência dos níveis de literacia

em saúde (LS) na comunicação e na tomada de decisão partilhada. Destacam-se baixos níveis de LS associados a fatores como baixa escolaridade e debilidades cognitivas^{8,9,10,11,21}. Além disso, enfatiza-se que a avaliação dos níveis de LS não é individual, mas sim coletiva, dependendo de fatores sociodemográficos e econômicos²¹.

A amostra estudada é predominantemente urbana, jovem e com níveis de escolaridade do 2º ciclo e superior. Os resultados demonstram que os doentes tem facilidade nas habilidades funcionais, mas têm mais dificuldades nas habilidades interativas e críticas, o que corrobora com a literatura¹².

Pedro et al., em 2016, no estudo de tradução e validação para a população portuguesa do European Health Literacy Survey (HLS-EU), O HLS-EU-PT versão completa demonstrou que 61% da população portuguesa apresenta, no geral, um nível de LS problemático ou inadequado, enquanto que a média dos 9 países que fizeram parte do projeto situou-se em 49,2%¹².

Tabela 3. Questões abertas sobre a decisão partilhada dos doentes e profissionais, CSE Benguela e Lobito, out-nov.22

Perguntas	Classe	Doentes n (%)	Profissionais n (%)	Chi quadrado n (%)	p n (%)
Se o médico informa da decisão conjunta sobre uma situação médica	Sim	48 (42,1)	48 (78,7)	21,4753	0,000
	Não	66 (57,9)	13 (21,3)		
Se o médico informa sobre as vantagens e desvantagens das diferentes ações terapêuticas	Sim	64 (56,1)	46 (75,4)	6,3199	0,0119
	Não	50 (43,9)	15 (24,6)		
Sobre a tomada de decisão terapêutica ser conjunta	Sim	42 (36,8)	28 (45,9)	1,3589	0,2437
	Não	72 (63,2)	33 (54,1)		

No primeiro estudo sobre a literacia em saúde em Angola, realizado por Santos em 2016, mediante a utilização do Questionário Europeu de Literacia em Saúde, o HLS-EU-PT verificou-se que 43,2% apresentou um nível satisfatório de LS²⁶.

Em 2022, Ramos et al. realizaram outro estudo sobre literacia em saúde em Angola, utilizando dados secundários coletados no primeiro inquérito Demográfico e de Saúde, realizado no país em 2015/2016. Através de um indicador com duas categorias (alto e baixo), constatou-se que apenas 31,4% da população apresentava níveis elevados de literacia em saúde. Essa proporção revela um nível baixo ou inadequado de literacia em saúde na população, classificando Angola em décimo lugar entre os quinze países africanos avaliados. Além disso, a prevalência de literacia em saúde em Angola ficou abaixo dos seus três países vizinhos, Congo (41%), Zâmbia (54%) e Namíbia (64%)¹¹.

Considerando os dados dos estudos sobre literacia em saúde os resultados são consistentes com a evidência de que níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a contextos urbanos e níveis mais elevados de escolaridade, incluindo a conclusão do ensino médio ou nível superior^{19,27,9,28,32,21}.

Na relação terapêutica, de maneira geral, os profissionais de saúde consideram que possuem boas competências de comunicação e literacia em saúde, o que corrobora com os resultados obtidos com a aplicação do instrumento Q-COM-LIT62 pela autora Cristina Vaz²⁴. No entanto, uma parcela significativa ainda se percebe como tendo habilidades apenas suficientes, e em alguns casos, como deficientes ou muito deficientes em algumas áreas.

Esses resultados indicam que ainda existem áreas de fragilidade nas competências de comunicação e literacia em saúde dos profissionais na relação terapêutica.

A participação ativa dos doentes depende de habilidades de comunicação eficazes, empatia e confiança dos profissionais de saúde. Atualmente, os instrumentos de medição da interação entre profissionais de saúde e doentes frequentemente negligenciam o envolvimento dos doentes em favor dos profissionais.

Na decisão partilhada houve uma diferença estatisticamente significativa na questão se os profissionais de saúde informam ao doente da decisão conjunta, enquanto a maior percentagem de profissionais 78,7% (n= 48) diz que sim no caso dos doentes, a percentagem mais elevada dá a resposta oposta 57,9% (n= 66).

Noordam et al., em 2022, conclui no seu estudo que o esforço que os profissionais de saúde fazem ao envolver os doentes no processo de tomada de decisão está entre o mínimo e o

moderado²¹. Enquanto Couët et al., em 2013, conclui numa revisão sistemática de 33 estudos, que existe uma debilidade por parte dos profissionais de saúde em envolver consistentemente os doentes e muito menos ainda adequam o atendimento às preferências do doente, e são justamente os cuidados centrados na pessoa os mais difíceis de implementar na SDM¹⁵.

Os nossos resultados parecem corroborar com os estudos que referem ainda não existir uma criação de consciência de escolha de forma consistente^{2,7} e nem envolvimento dos doentes nas tomadas de decisões por parte dos profissionais de saúde^{2,28,29,30}.

O estudo apresenta várias limitações, incluindo a adaptação de um instrumento de coleta de dados europeu para a população angolana, o que pode ter sido influenciado por fatores culturais e pela capacidade de interpretação dos participantes, potencialmente comprometendo a precisão das respostas obtidas. Além disso, apesar dos esforços para minimizar o viés de desejabilidade social e garantir a confidencialidade dos dados, não é possível determinar o grau de veracidade das respostas dos profissionais de saúde. Por fim, o período de tempo do estudo poderia ter sido mais longo para permitir uma amostra maior e resultados mais abrangentes.

Na análise conclusiva, constatou-se que ainda não existe uma consciencialização sobre o modelo de decisão partilhada e a participação ativa dos doentes nas decisões de saúde se realizam em eventos limitados. LS dos doentes permanece em patamares que não propiciam o pleno empoderamento, contrastando com a percepção da competência dos profissionais de saúde em termos de técnicas de comunicação e LS na relação terapêutica. Diante disso, os nossos autores recomendam a implementação de políticas direcionadas à promoção da LS dos doentes e ao aprimoramento das habilidades de comunicação dos profissionais, promovendo a efetivação do modelo de decisão partilhada em Angola.

AGRADECIMENTOS

É com um imenso sentimento de gratidão por aqueles que de alguma forma acompanharam e ajudaram-nos na concretização deste projeto, permitindo-nos avançar para uma nova etapa na carreira profissional.

Agradecemos pelo suporte, incentivo e estímulo a Professora Dra Ana Escoval, ao Professor Manuel Lemos na análise estatística e ao colega, Osvaldo Lueto pela enorme ajuda no processo de coleta e análise de dados.

Agradecemos à CSE, representada pelo Dr Rui Pinto, Dr Jorge Dupret e Dr João Martins.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elwyn, G. Shared Decision Making: What Is the Work? *Patient Educ. Couns.* 2021, 104 (7), 1591–1595. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.032>.
2. Bomhof-Roordink, H.; Gärtner, F. R.; Stiggelbout, A. M.; Pieterse, A. H. Key Components of Shared Decision Making Models: A Systematic Review. *BMJ Open* 2019, 9 (12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>.
3. Id, M. A.; Id, F. O.; Bou-karroum, K.; Preez, L. Du; Loubser, P.; Id, R. A.; Alsheikh-ali, A. Patients' and Physicians' Gender and Perspective on Shared Decision-Making: A Cross-Sectional Study from Dubai. 2022, 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270700>.
4. Légaré, F.; Adekpedjou, R.; Stacey, D.; Turcotte, S.; Kryworuchko, J.; Id, G.; Lyddiatt, A.; Mc, P.; Thomson, R.; Elwyn, G.; Légaré, F.; Adekpedjou, R.; Stacey, D.; Turcotte, S.; Kryworuchko, J.; Id, G.; Lyddiatt, A.; Mc, P.; Thomson, R.; Elwyn, G.; Banzho, N. Interventions for Increasing the Use of Shared Decision Making by Healthcare Professionals (Review). *Cochrane Libr.* 2018, No. 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>. www.cochranelibrary.com.
5. Kunneman, M.; Branda, M. E.; Hargraves, I.; Pieterse, A. H.; Montori, V. M. Fostering Choice Awareness for Shared Decision Making: A Secondary Analysis of Video-Recorded Clinical Encounters. *Mayo Clin. Proc. Innov. Qual. Outcomes* 2018, 2 (1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2017.12.002>.
6. Newell, S.; Jordan, Z. The Patient Experience of Patient-Centered Communication with Nurses in the Hospital Setting: A Qualitative Systematic Review Protocol. *JBIR Database Syst. Rev. Implement. Rep.* 2015, 13 (1), 76–87. <https://doi.org/10.11124/jbisir-2015-1072>.
7. Varela, A. O Papel Da Literacia Em Saúde Na Decisão Médica Partilhada. *Rev. SAÚDE Tecnol.* 2016, 44–49.
8. Nutbeam, D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot. Int.* 2000, 15 (3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
9. Sørensen, K.; Broucke, S. Van Den; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* 2012, 12 (1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
10. Schrauben, S. J.; Wiebe, D. J. Health Literacy Assessment in Developing Countries: A Case Study in Zambia. *Health Promot. Int.* 2017, 32 (3), 475–481. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav108>.
11. Ramos, N. N. V.; Fronteira, I.; Martins, M. R. O. Building a Health Literacy Indicator from Angola Demographic and Health Survey in 2015/2016. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052882>.
12. Pedro, A. R.; 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. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.
13. Nutbeam, D. Defining and Measuring Health Literacy: What Can We Learn from Literacy Studies? *Int. J. Public Health* 2009, 54 (5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>.
14. Healthwise Research and Advocacy. Informed Medical Decision Foundation - Healthwise. <https://www.healthwise.org/specialpages/imdf.aspx> (accessed 2022-12-01).
15. Couët, N.; Desroches, S.; Robitaille, H.; Vaillancourt, H.; Leblanc, A.; Turcotte, S.; Elwyn, G.; Légaré, F. Assessments of the Extent to Which Health-Care Providers Involve Patients in Decision Making: A Systematic Review of Studies Using the OPTION Instrument. *Health Expect.* 2013, 18 (4), 542–561. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>.
16. Salzburg Global Seminar. The Salzburg Statement on Shared Decision Making. *Z. Für Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 2011, 105 (4), 325. [https://doi.org/10.1016/s1865-9217\(11\)00138-3](https://doi.org/10.1016/s1865-9217(11)00138-3).
17. Norman, I. Blind Trust in the Care-Giver: Is Paternalism Essential to the Health-Seeking Behavior of Patients in Sub-Saharan Africa? *Adv. Appl. Sociol.* 2015, 05 (02), 94–104. <https://doi.org/10.4236/aasoci.2015.52008>.
18. Waweru, E.; Sarkar, N. D. P.; Ssengooba, F.; Gruénais, M. E.; Broerse, J.; Criel, B. Stakeholder Perceptions on Patient-Centered Care at Primary Health Care Level in Rural Eastern Uganda: A Qualitative Inquiry. *PloS One* 2019, 14 (8). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0221649>.
19. Truglio-Londrigan, M.; Slyer, J. T.; Singleton, J. K.; Worrall, P. S. A Qualitative Systematic Review of Internal and External Influences on Shared Decision-Making in All Health Care Settings. *JBIR Database Syst. Rev. Implement. Rep.* 2014, 12 (5), 121–194. <https://doi.org/10.11124/jbisir-2014-1414>.
20. Vedasto, O.; Morris, B.; Furia, F. F. Shared Decision-Making between Health Care Providers and Patients at a Tertiary Hospital Diabetic Clinic in Tanzania. *BMC Health Serv. Res.* 2021, 21 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06041-4>.
21. Noordman, J.; Roodbeen, R.; Gach, L.; Schulze, L.; Rademakers, J.; van den Muijsenbergh, M.; Boland, G.; van Dulmen, S. 'A Basic Understanding': Evaluation of a Blended Training Programme for Healthcare Providers in Hospital-Based Palliative Care to Improve Communication with Patients with Limited Health Literacy. *BMC Med. Educ.* 2022, 22 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03685-0>.
22. Pedro, A. R.; Raposo, B.; Escoval, A.; Dias, S. S. Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. 2022, 1–10.
23. Pedro, A. R.; Raposo, B.; Luís, L.; Amaral, O.; Escoval, A.; Simões Dias, S. Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20 (4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>.
24. Vaz de Almeida, C. O Contributo Das Competências de Comunicação Dos Médicos e Enfermeiros Para a Literacia Em Saúde: O Modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) Na Relação Terapêutica. [Tese de Doutoramento]. Inst. Super. Ciênc. Sociais E Polit. Universidade Lisb. 2020, No. C.
25. shared-decision-making.org. SDM-Q-9/SDM-Q-DOC. http://www.patient-als-partner.de/index.php?article_id=20&clang=2 (accessed 2022-10-13).
26. Santos T. Teresa Cristina Bombo Dos Santos e Santos Julho, 2016. [Dissertação de Mestrado]. RUN Esc. Nac. Saúde Pública 2016, 1–140.

27. Marimwe, C.; Dowse, R. Health Literacy Test for Limited Literacy Populations (HELT-LL): Validation in South Africa. *Cogent Med.* 2019, 6 (1), 1650417. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1650417>.
28. Nielsen-bohlman, L.; Panzer, A. M.; David, A. Health Literacy: A Prescription to End Confusion; 2005; Vol. 42. <https://doi.org/10.5860/choice.42-4059>.
29. Ousseine, Y. M.; Durand, M. A.; Bouhnik, A. D.; Smith, A. ' Ben'; Mancini, J. Multiple Health Literacy Dimensions Are Associated with Physicians' Efforts to Achieve Shared Decision-Making. *Patient Educ. Couns.* 2019, 102 (11), 1949–1956. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.015>.
30. Stacey, D.; Légaré, F.; Lewis, K.; Barry, M. J.; Bennett, C. L.; Eden, K. B.; Holmes-Rovner, M.; Llewellyn-Thomas, H.; Lyddiatt, A.; Thomson, R.; Trevena, L. Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017, 2017 (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.PUB5>.