



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Cuidados Paliativos em Cuidados de Saúde Primários – Formação Médica uma necessidade?**

Ana Guilhermina da Silva Varanda Melicio

---

**Junho 2017**



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Cuidados Paliativos em Cuidados de Saúde Primários- Formação Médica uma necessidade?**

Ana Guilhermina da Silva Varanda Melicio

**Orientado por:**

Prof. Dra. Cristina Ribeiro

---

**Junho 2017**

## Resumo

**Enquadramento:** O acentuado envelhecimento da população, o aumento da longevidade e de doenças crónicas que se tem registado na população portuguesa, tem tido um impacto crescente na organização do Sistema Nacional de Saúde e nos recursos específicos destinados a este tipo de doentes. Neste contexto, os Cuidados Paliativos (CP) são uma necessidade consensualmente aceite, assim como, o envolvimento dos médicos de família (MF) e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para que todos os doentes tenham acesso a estes cuidados e possam beneficiar dos mesmos. O MF está numa posição privilegiada para este tipo de cuidados, dada a sua diferenciação técnico-científica, competência humana e relacional e o seu tempo de permanência junto do doente/família, tornando-se um elemento fundamental.

**Objetivo:** O objetivo desta breve revisão narrativa é identificar as necessidades de formação por parte dos médicos de família em CP e se, se deverá promover a formação em CP a todos os profissionais de saúde e, em particular, aos MF.

**Conclusão:** O conselho da Europa pronunciou-se sobre a organização de CP, realçando a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível. Assim, a formação em Cuidados Paliativos assume um papel preponderante na prestação de cuidados em fim de vida por parte dos MF aos seus doentes. As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na formação dos MF em CP, capacitando-os de boas práticas.

Palavras-chave: Médico de Família, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Paliativos, Formação Médica

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

## **Abstract**

**Background:** The marked aging of the population, increased longevity and chronic diseases in the Portuguese population has had an increasing impact on the organization of the National Health System and on the specific resources for this type of patient. In this context, Palliative Care is a consensually needed need, as well as the involvement of Family Physicians (FP) and Primary Health Care (PHC), so that all patients have access to and can benefit from this care. MF is in a privileged position for this kind of care, given its technical-scientific differentiation, human and relational competence and its length of stay with the patient / family, becoming a fundamental element.

**Objective:** The objective of this brief narrative review is to identify the training needs of family physicians in Palliative Care and, if training in palliative care should be promoted to all health professionals, and in particular to Family Physicians.

**Conclusion:** The European Council, which gave its opinion on the organization of Palliative Care, stressed the need for structured education programs in the training of all professionals involved in these care, in order to obtain adequate training to carry out their functions in a concrete and culturally sensitive. Thus, training in palliative care assumes a preponderant role in providing end-of-life care for Family Physicians patients. The evidences found highlight the need to invest in the training of Family Physicians in Palliative Care, enabling them to practice good practices.

Key words: Family Physician, Primary Health Care, Palliative Care, Medical Training

## INDICE

Resumo.....	3
Abstract .....	4
Agradecimentos .....	6
Glossário.....	7
Introdução.....	8
O que são os Cuidados Paliativos e como estão estruturados .....	10
Rede Nacional de Cuidados Paliativos.....	10
Cuidados Paliativos em Cuidados de Saúde Primários .....	13
Formação médica dos MF em cuidados Paliativos - uma necessidade?.....	14
Conclusão .....	18
Referências Bibliográficas .....	19
Bibliografia .....	22

## **Agradecimentos**

À minha família que sempre acreditou em mim e continua a acreditar. Ao meu avô que apesar de já não se encontrar entre nós, está sempre presente.

À Professora Doutora Cristina Ribeiro orientadora da minha tese pela disponibilidade, pela orientação nos “meus momentos de desorientação”, pelo apoio e dedicação.

À minha amiga Filipa, sem a qual este percurso não teria chegado ao fim.

E aos que sempre me acompanharam e que continuarão a acompanhar, eles sabem quem são.

A todos muito obrigado.

## **Glossário**

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CP- Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EAPC-A European Association for Palliative Care

ERPI/D- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/Dependentes

MF- Médicos de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

ULS- Unidade Local de Saúde

## **Introdução**

Os CSP são cuidados essenciais de Saúde, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceites, colocados ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade. Fazem parte integrante de um sistema de saúde de um país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde. Constituindo o primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde, poder-se-á afirmar que os CSP são “a porta de entrada” dos indivíduos aos cuidados de saúde, assegurando cuidados essenciais e aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada. Abrangendo a prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e, ainda a reabilitação.

Dentro dos CSP, os Médicos de Família (MF), têm um papel preponderante, com competências bem definidas, entre as quais se destaca a prática longitudinal de cuidados “um envolvimento que deve ser contínuo desde do nascimento (por vezes antes) até à morte (por vezes depois)” [1]. Este envolvimento que surge naturalmente na prática clínica dos MF, torna-se hoje mais importante que nunca, pois encontramos numa sociedade em mudança.

Se, ao longo do século XX, a ocorrência da morte após um período curto de doença, nomeadamente infecciosa, era normal, com o progresso científico e social alcançado no século XXI, surge um outro fenómeno: o da “emergência das doenças crónicas, não transmissíveis” [2], causado pelo aumento da longevidade, passando a morte a ocorrer no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada ou por cancro. A população tenderá a morrer em idades mais avançadas, sendo que as principais causas de morte nos países industrializados, p. ex., União Europeia, são as doenças crónicas não infecciosas, nomeadamente as doenças cardiovasculares, o cancro e a diabetes. Só estes 3 grupos de doenças foram responsáveis em 2012, pela morte de 27,2 milhões de pessoas em todo o mundo, [3,4] o que acarreta também uma morbilidade importante com impacto significativo, não só, no bem-estar de quem sofre destas patologias e suas famílias, mas também no impacto económico do país, o que traz inúmeros desafios ao Sistema Nacional de Saúde.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) é hoje mais do que nunca, de elevada relevância, pois estima-se que a mesma deverá aumentar nos próximos anos na

EU 27, mas sobretudo em Portugal, visto que se prevê que a população idosa em Portugal chegue perto dos 25% em 2025 [5]. Isto traduz-se numa maior responsabilidade na prestação de cuidados paliativos a esta população e um papel muito mais presente por parte dos CSP e dos MF, para que a prática dos cuidados paliativos seja o mais precoce possível, acessível e global.

Identificar as necessidades de formação por parte dos médicos de família em CP e a necessidade de promover a formação em CP a todos os profissionais de saúde e, em particular, aos MF, é o objetivo desta breve revisão narrativa.

## **O que são os Cuidados Paliativos e como estão estruturados**

### **Rede Nacional de Cuidados Paliativos**

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o conceito de CP, como sendo cuidados destinados a oferecer melhor qualidade de vida aos doentes portadores de doença crónica grave, incurável e progressiva e aos seus familiares.

Em 2002 a OMS, redefine o conceito de CP como “ uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais”.

Em Portugal, podemos definir os CP como “ os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”, segundo a Lei n.º 52 de 5 de Setembro de 2012, que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) [6].

A RNCP e a prática dos cuidados paliativos assentam nos seguintes princípios: “afirma a vida e encara a morte como um processo natural; encara a doença como causa de sofrimento a minorar; considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim; reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades; considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas; considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor

científico; centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim; só é prestada quando o doente e a família a aceitam; respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida e é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade” [7].

Define que todos os doentes que recebam CP têm o direito: “a receber cuidados; à autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado; ao alívio do sofrimento; a ser informado e a recusar tratamentos” [8].

A prestação destes cuidados é assegurada por estruturas e áreas de intervenção, nomeadamente: Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), segundo o seguinte diagrama:

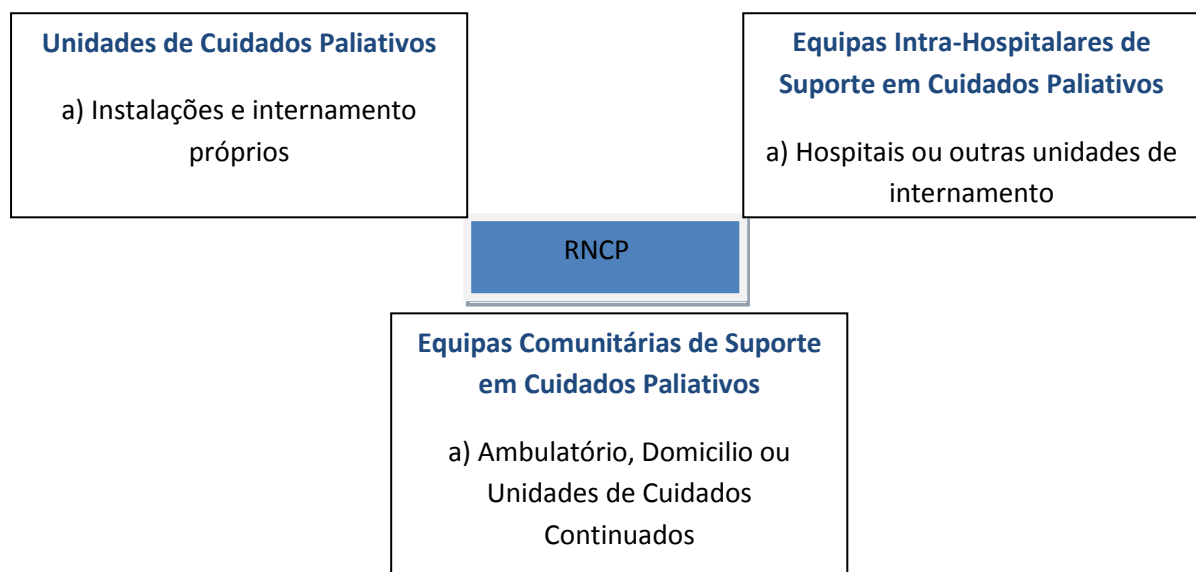


Fig. 1- Diagrama representativo da tipologia da RNCP

Em relação às Unidades de Cuidados Paliativos:

São serviços específicos de CP, em unidades hospitalares, dispõem de espaço físico próprio, e de médicos e enfermeiros a tempo inteiro, destinando-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, tal como a exaustão grave do cuidador. Devem preferencialmente estar inseridas em Hospitais de agudos.

Em relação às Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos:

São equipas multidisciplinares específicas em CP, dotadas de recursos próprios que exercem a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar onde se encontram integradas. Estas equipas contribuem para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes e promovem a formação em CP dos diversos profissionais assegurando a sua capacitação na prestação de uma abordagem paliativa de qualidade.

Em relação às Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos:

Integradas preferencialmente nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou Unidades Locais (ULS), estas equipas multidisciplinares específicas de CP prestam consultadoria às outras unidades funcionais do ACES, Equipas e unidades de cuidados continuados integrados e ERPI/D (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/Dependentes) da sua área. Paralelamente asseguram a prestação de cuidados diretos aos doentes/famílias em situação de maior complexidade ou de crise.

Contribuem para a melhoria de cuidados prestados aos doentes e promovem a formação de CP dos diversos profissionais, assegurando a sua capacitação na prestação de uma abordagem paliativa de qualidade. Estas equipas devem exercer as suas funções nos 7 dias da semana.

Os CP devem ainda, ser planeados em função de 2 níveis de diferenciação: abordagem paliativa e CP especializados, segundo a European Association for Palliative Care (EAPC). A abordagem Paliativa é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades paliativas e os CP especializados são prestados por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas e focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes [9].

De notar que, dada a enorme variedade nas necessidades de cada doente, e a sua rápida mutabilidade, o mesmo doente pode ser progressivamente apoiado em diferentes tipos de serviços, conforme a fase de evolução da doença e as condições globais de suporte. A boa articulação e o funcionamento em rede das várias tipologias são por isso condição essencial para a prestação de bons cuidados e também a melhor forma de rentabilizar os recursos atualmente existentes. Alguns serviços, sobretudo os mais diferenciados, podem incluir um conjunto alargado de cuidados que abrange várias tipologias, englobando o internamento em unidade própria, equipas de suporte intra-hospitalar, consultas e equipas de suporte domiciliário. Alguns serviços, particularmente

em hospitais especializados, podem também diferenciar-se em função de uma patologia ou de um grupo de doentes que preferencialmente assistem.

### **Cuidados Paliativos em Cuidados de Saúde Primários**

Apesar dos CP como especialidade terem emergido em instituições próprias (hospitais), os médicos de família assumem um papel vital no tratamento dos seus doentes em fim de vida, pois muitas vezes “têm a responsabilidade pelo tratamento direto dos seus doentes, fornecendo cuidados paliativos gerais, assegurando a comunicação com outros colegas de outras especialidades e cuidadores e prevenindo admissões hospitalares desnecessárias” [10]. Sabe-se hoje também que, o envolvimento dos MF com os seus doentes crónicos ou em fase terminal de vida, se associa a uma redução de custos na saúde [11], a uma maior satisfação por parte dos doentes, a uma capacitação dos doentes para a escolha do local de morte “muitos dos pacientes desejam receber cuidados e suporte até à sua morte, num local escolhido por eles, que para a maioria é a sua própria casa” [12], influenciando de forma positiva a vida dos mesmos.

Este envolvimento que, com naturalidade, surge na prática dos MF, é alicerçado pela existência de vários princípios comuns entre a Medicina Geral e Familiar e os CP, que incluem: cuidados de saúde centrados na pessoa doente, visão global e holística integrando aspetos psicossociais e familiares, comunicação como técnica primordial para alcançar os objetivos, o meio onde o doente está inserido como aspeto fundamental a capacitar e/ou preservar, acessibilidade e continuidade dos cuidados e o trabalho da equipa interdisciplinar.

“Com o envelhecimento da população as necessidades de CP está a aumentar. Os MF que se encontram próximos à comunidade e mais acessíveis têm um papel preponderante neste tipo de cuidados” [13], podendo fazer visitas domiciliárias quando comparados com outros colegas de outras especialidades “ a disponibilidade dos MF para visitas domiciliárias mesmo no período pós-laboral, foi considerado crucial pelos pacientes para terem cuidados de fim de vida de qualidade” [14], conseguindo criar uma ligação próxima com os doentes e seus familiares, pois conhecem os seus doentes desde o nascimento ou até antes, conseguem gerir problemas físicos, psicossociais, sociais, éticos e religiosos com os seus doentes e sabem muitas vezes os recursos existentes na

comunidade e na família. Acompanham muitas vezes, não só os doentes, como os cuidadores dos mesmos e, acompanham também as famílias no seu processo de Luto. Poderemos mesmo afirmar que a prestação deste tipo de cuidados pertence à identidade dos médicos de família.

Todavia, existe evidência que os MF encontram desafios no tratamento dos seus doentes em fim de vida e a que a qualidade desses tratamentos pode ser problemática.

Uma revisão sistemática sobre os cuidados paliativos realizados pelos MF, concluiu que muitos se sentiam pouco preparados para a prestação destes cuidados e com pouca confiança, apesar de assumirem que têm um papel preponderante na prestação destes Cuidados e, que os mesmos, fazem parte do seu trabalho [15]. Um estudo qualitativo de avaliação das necessidades por parte dos MF em CP, realizado em Inglaterra, demonstra que a grande maioria dos MF refere a necessidade de uma melhor formação em CP, admitindo que as grandes dificuldades com que se deparam são: falta de competências em cuidados paliativos, manterem incapacidade de acompanhamento das actualizações, inadequada formação no período pré-graduado em cuidados de fim de vida e na própria prática clínica, falta de confiança e a complexidade dos cuidados em fim de vida [16].

Um outro estudo randomizado controlado, que envolveu uma amostra de 200 MF, realizado na Suíça, refere que “ 99% dos MF consideram o reconhecimento da dor e seu tratamento como importante, mas cerca de 86% admitem falta de confiança no tratamento deste sintoma” [17].

Verifica se pelo referido anteriormente, que existem dificuldades e necessidades por parte dos MF, em termos de formação médica em CP. As condicionantes supramencionadas só podem ser ultrapassadas se existir formação médica em CP, para que mais MF possam desenvolver cuidados paliativos generalistas com qualidade. Assim, a formação médica nesta área e face ao que foi exposto, torna-se prioritária.

### **Formação médica dos MF em cuidados Paliativos - uma necessidade?**

A formação em CP é consensualmente apontada como fator crítico no sucesso da prestação de cuidados paliativos a todos os cidadãos que deles necessitem.

Em 2003, o Conselho da Europa, pronunciando-se sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível. [18].

Também a Mestre Cristina Galvão (coordenadora da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja) defende que “todos os médicos de família deverão ter formação básica para realizar ações paliativas, ou seja, intervenções pontuais no sofrimento da pessoa em fim de vida ou com doença em fase avançada, mesmo sem estarem enquadrados numa equipa de cuidados paliativos”. Recorde-se que a própria Organização Mundial da Saúde publicou recentemente, um importante documento – “Palliative Care Resolution” – no qual defende a necessidade de todos os países fortalecerem os cuidados paliativos, enquanto componente fundamental de cuidados de saúde integrados ao longo da trajetória de doença e de intensificarem a formação de todos os profissionais de saúde [19].

No entanto, devo salientar que esta formação, na minha opinião, deveria ser iniciada durante o curso de Medicina e, desde há, alguns anos que isso acontece, em algumas Faculdades de Medicina do país. Lamentavelmente, não em todas e, em nenhuma de forma obrigatória - se lecionam Cuidados Paliativos, quer a um nível pré-graduado, quer pós graduado. Quanto ao ensino pré-graduado nas Faculdades de Medicina, entidades como a EAPC vêm desde há anos a fazer recomendações claras sobre o desenvolvimento de curricula, com sugestão de conteúdos a ministrar e as competências a alcançar.

Num estudo recente feito em Portugal, verificou-se que a inclusão de uma unidade curricular, especificamente dedicada aos cuidados paliativos, nos planos de estudo conducentes ao exercício de profissões na área da saúde é reduzida. Com efeito, de um total de 133 planos avaliados e acreditados, pela Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior, entre os cursos de Medicina e Enfermagem, somente 17% incluíam a referida Unidade Curricular. No caso de Medicina, 3 dos 8 planos analisados (37,5%), incluíam uma unidade curricular de CP de cariz optativo. O que revela que existe um longo percurso a ser feito, para que a respetiva Unidade Curricular deixe de ter um cariz optativo e passe a ter um cariz obrigatório.

Em relação aos profissionais de saúde, nem todos necessitam do mesmo nível de formação, pelo que, a mesma deverá ser adequada às necessidades dos mesmos em função da frequência e intensidade de contacto dos doentes com necessidade de CP.

A nível de formação em CP, estão preconizados níveis de formação para diferentes destinatários:

- Formação Básica - nível A - Programas/Atividades de formação com duração entre 18 e 89h, pode ser lecionado através de formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo; destina-se a alunos e profissionais de saúde em geral;
- Formação Pós-graduada - nível B - Atividades de formação com duração entre 90 a 280h, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento contínuo; destina-se a profissionais com maior frequência em situações de necessidades paliativas, como Oncologia, Medicina Interna ou Medicina Geral e Familiar, entre outros, mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho;
- Formação Pós-graduada – nível C - Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280h, associados a estágios em unidades de reconhecida credibilidade, lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional; destina-se a profissionais que exerçam funções em serviços cuja principal missão é a prestação de CP.

No entanto, segundo as recomendações da EPAC e do Conselho da Europa, em Portugal deverão estar preconizados 3 níveis de formação:

- Básica – abordagem paliativa que aplica métodos e procedimentos de CP em ambientes não especializados, e se destina a todos os profissionais de saúde com nível de formação correspondente - nível A;
- Generalista - abordagem paliativa cujo profissional segue com muita frequência o doente com necessidades paliativas, mas em que os CP não são o seu principal foco de ação, destinado aos CSP, Oncologia, Medicina Interna, Cuidados Continuados Integrados entre outros com nível de formação correspondente – nível B;

- Especializados – Profissionais de saúde cuja principal atividade é a prestação de CP especializados, cuidando de doentes com necessidades específicas, e que se destina a ECSCP, EIHS CP e a UCP, com nível correspondente - C.

Verifica-se que, e de acordo com as recomendações para a formação médica em CP, os MF, deverão ter sempre um nível de formação Básica ou Generalista em CP, para a prestação de melhores cuidados em fim de vida aos seus doentes. O que faz sentido, pois se o MF é o médico que conhece os seus doentes e as famílias e, os acompanha ao longo do seu processo de vida, não deve deixar de os acompanhar na fase mais final da vida, que pode representar meses ou até anos. Neste âmbito, este tipo de formação visa proporcionar aos MF e internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar conhecimentos de cuidados paliativos que qualquer médico e enfermeiro devem ter, mas em particular os MF. É nos médicos de família onde tudo desejavelmente deve começar e acabar, em termos de saúde e de doença e, é nos cuidados de saúde primários que existe a oportunidade para colocar em prática estes conhecimentos de forma a promover a saúde e os cuidados de fim de vida aos doentes com necessidades específicas.

Esta formação deve ter sempre uma componente interdisciplinar e abordar a natureza do trabalho de todos os outros profissionais da equipa base de CSP (médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo).

De realçar que, 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 em CP.

Existe a necessidade de se investir na formação dos MF e de outros profissionais de saúde, em CP, para os capacitar de boas práticas.

A Formação Médica em CP é assim uma necessidade lógica e consensualmente reconhecida como elemento essencial para a prática de CP, sobretudo em CSP e por parte dos MF.

## **Conclusão**

Os Cuidados Paliativos são uma necessidade consensualmente reconhecida, assim como, o envolvimento dos médicos de família (MF) e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para que todos os doentes tenham acesso a estes cuidados e possam beneficiar dos mesmos. O MF está numa posição privilegiada para este tipo de cuidados, dada a sua diferenciação técnico-científica, competência humana e relacional e o seu tempo de permanência junto do doente/família, tornando-se um elemento fundamental.

O conselho da Europa que se pronunciou sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível.

Assim, a formação em Cuidados Paliativos assume um papel preponderante na prestação de cuidados em fim de vida por parte dos MF aos seus doentes. As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na formação dos MF em CP capacitando-os de boas práticas e colmatando as suas necessidades e dificuldades na prática clínica.

### **Referências Bibliográficas**

- 3 - B. Stewart and C.P. Wild, “World Cancer Report,”2014;
- 4 - WHO, “Global status report on noncommunicable diseases,” 2014;
- 5 - OECD Health Statistics 2015: Definitions, Sources and methods;
- 6 - AR. Lei n.º 52/2012 de 5 Setembro Lei de Rede Nacional de Cuidados Paliativos Diário da República 1 a série N.º 172 de 5 de Setembro de 2012 (2012) Portugal: Assembleia da República;
- 7 - AR. Lei n.º 52/2012 de 5 Setembro Lei de Rede Nacional de Cuidados Paliativos Diário da República 1 a série N.º 172 de 5 de Setembro de 2012 (2012) Portugal: Assembleia da República;
- 8 - Programa Nacional de Cuidados Paliativos Lisboa: DGS, 2005- PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas disponível -<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>;
- 9 - L. Radbruch, S. Payne, M. Bercovitch, “White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe”, part 1, European Journal of Palliative Care. 2009;
- 10 - L. E. Selman, L. J. Brighton, V. Robison, R. George, S. A. Khan, R. Burman and J. Koffman, “Primary Care physicians educational needs and learning preferences in end of life care: A focus Group study in UK”, Selman et al. BMC Palliative Care, 2017;
- 11 - E. McCornick, E. Chai, and D. E. Meier, “Integrating Palliative Care Into Primary Care”, Mount Sinai Journal of Medicine, 2012;
- 12 - J. Pottle, J. Hiscock, R. Neal, M. Poolman and B. Cadwaladr, “Dying at Home of Cancer: whose needs are being met? The experience of family carers and healthcare professionals”, BMJ Supportive & Palliative Care, 2016;
- 13 - R. P. J. C. Ramanayake, G. V. A. Dilanka and L. W. S. Premasiri, “Palliative Care; role of family physicians”, J.Family Med Primary Care 2016 Apr-Jun;

14 - D. Nowels, J. Jones, C. T. Nowels and D. Matlock, “Perspectives of Primary Care Providers Toward Palliative Care for their Patients”, JABFM November, Vol 29, nº 6, 2016;

15 - GK. Mitchell, “How well do general practitioners deliver palliative care?” A systematic review. Palliative Med. 2002;

16 - L. E. Selman, L. J. Brighton, V. Robison, R. George, S. A. Khan, R. Burman and J. Koffman, “Primary Care physicians educational needs and learning preferences in end of life care: A focus Group study in UK”, Selman et al. BMC Palliative Care, 2017;

17 - S. Giezendanner, C. Jung, H. R. Banderet, I. C. Otte, H. Gutta, D. Haller, B. S. Elger, E. Zemp, K. Bally, “General Practitioners Attitudes Towards Essential Competencies in End- of-Life Care: A Cross Sectional Survey”, PLOS ONE, February 2017;

18 - Council of Europe.Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, 2003;

19 - “Palliative Care Resolution” Sixty-Seventh World Health Assembly, 24 May 2014;

20 - “Plano de Desenvolvimento da RNCCI- Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social,2016-2019,disponível-<https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;

21 - “Plano Estratégico para o desenvolvimento em Cuidados Paliativos – Biénio 2016/2017” Comissão Nacional de Cuidados Paliativos;

22 - Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde, Entidade Reguladora de Saúde, 5 de Fevereiro de 2013- [www.ers.pt](http://www.ers.pt);

23 - Proposta De Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016) Lisboa DGS, 2008- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde;

24 - Plano de Desenvolvimento da RNCCI- Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social,2016-2019,disponível-<https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;

25 - M. Pellizzari, D. Hui, E. Pinato, M. Lisiero, S. Serpentine, L. Gubian, F. Figoli, M. Cancian, C. De Chirico, E. Ferroni, F. Avossa and M. Saugo, “ Impact of intensity and timing of integrate home palliative cancer care on end-of-life hospitalization in Northern Italy”, *Support Care Cancer*, 2017;

26 - J. A. Meiklejohn, A. Mimery, J. H. Martin, R. Bailie, G. Garvey, E. T. Walpole, J. Adams, D. Williamson, P. C. Valery, “The Role of GP in follow-up cancer care: a systemic literature review”, *J. Cancer Survive* 2016;

27 - S. A. Murray, M. Kendall, G. Mitchell, S. Moine, J. Amblàs-Novellas, K. Boyd, “Palliative Care from diagnosis to death”, *BMJ* 2017 (February);

28 - K. Beernaert, L. Deliens, A. Vleminck, D. Devroey, K. Pardon, L. V. den Block, J. Cohen, “ Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses and patients”, *Palliative Medicine* 2014 Vol. 28(6);

29 - A. O. Engberink, M. Badin, P. Serayet, S. Pavageau, F. Lucas, G. Bourrel, J. Norton, G. Ninot and P. Senesse, “ Patient- centeredness to anticipate and organize an end of life project for patients receiving at home palliative care: a phenomenological study”, *BMC Family Practice* 2017;

30 - K. Beernaert, L. V. Block, K. D. Devroey, K. Pardon, L. Deliens and J. Cohen, “ Family physicians role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives”, *Family Practice*, Sept. 2015;

31 - X. G. Batiste, S. Murray, K. Thomas, C. Blay, K. Boyd, S. Moine, M. Gignon, B. V. Enyden, B. Leysen, J. Wens, Y. Engels, M. Dees and M. Costantini; “Comprehensive and Integrate Palliative Care for people with advanced chronic conditions: An update from several European initiatives and recommendations for policy”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 53, no. 3, March 2017;

32 - H. Aguiar, “ Os Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários- o desafio para o século XXI”, *Revista Med. Geral e Familiar*, 2012;

## **Bibliografia**

1 - “European Academy of Teachers in General Practices. The European Definition of General Practice” / Family Medicine, 2005;

2 - Barbosa A., Neto G. I., “Manual de Cuidados Paliativos” Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa 2º Edição, 2010;