UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de medicina da universidade de lisboa

Mestrado em cuidados paliativos

A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos:

Ações Paliativas e formação em CP

Miguel David Natal

Orientador

Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de

Mestre em Cuidados Paliativos.

LISBOA

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de medicina da universidade de lisboa

Mestrado em cuidados paliativos

A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos:

Ações Paliativas e formação em CP

Miguel David Natal

Orientador

Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de

Mestre em Cuidados Paliativos.

LISBOA

2023

“*Na escola da vida não há férias”*

Ditado popular

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais Francisco Firmino Júlio Chimbungo e Cristina António Nunes da Costa, pelo empenho e esforço em orientar-me na aquisição de padrões de pesquisa e melhoria constante de conhecimentos.

Agradeço à minha filha Rebeca Martins Natal, o estímulo e incentivo para a frequência deste mestrado e a subsequente realização do trabalho.

À Idília da Silva Barata, pela inestimável paciência e suporte familiar que me oferece constantemente.

Ao Professor Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa, pela inexcedível disponibilidade em orientar-me, sempre atento ao meu próprio ritmo de trabalho.

À Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), sucessivamente através do Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos (GEsPAL) e do Departamento de Investigação, sem a qual teria sido muito difícil fazer chegar o inquérito aos colegas de Medicina Geral e Familiar (MGF) do continente e ilhas.

A todos os colegas de MGF que tiveram a amabilidade de responder ao inquérito que serviu de suporte à investigação.

Resumo

Introdução: O envelhecimento da população e a deteção precoce de situações incuráveis fazem com que os médicos de família (MF) tenham de lidar cada vez mais com cuidados paliativos (CP). **Objetivo**: Caracterizar o nível de formação dos MF relativamente aos CP, identificar necessidades formativas, avaliar a frequência das ações paliativas realizadas e a confiança na realização. **Método:** Enviou-se um questionário aos MF a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde, com 72 itens, agrupados em quatro seções:– sociodemográfica, questões elementares de CP, local de trabalho, formação e ações paliativas. **Resultados**: Responderam 223 MF (75,34% feminino). Região Norte 40,36% dos inquiridos, Lisboa e Vale do Tejo 33,18%, Centro 13,00% e Sul e Ilhas 7,17%. Cerca de um quatro (26.01%) não tem formação em CP. A Formação em CP foi obtida no internato da especialidade (34,53%), ARS (22,42%), mestrado (8,52%) ou cursos pré e pós-graduados (7,62%). Os MF consideraram que essa formação é suficiente (34,98%), boa (23,32%) e muito boa (10,76%). Nos locais de trabalho com Núcleo de CP (46,64%) estão alocados médicos com formação básica em CP (39,01%) e avançada (27,80%). Os MF atribuem elevada importância à formação em CP (79,37%), incluiriam no curriculum médico uma disciplina de CP na Pré-Graduação (59,64%) ou no Internato da Especialidade (33,63%). Os MF expressam a necessidade de mais formação em CP (52,47%), sobretudo estágios e formação teórica (32,74%), apenas estágios (15,25%), casos clínicos e formação teórica (14,80%). **Conclusões:** Os MF atribuem muita importância à formação, porém, um quarto dos participantes não tem qualquer formação em CP. A maioria dos participantes manifestou necessidade de formação, sobretudo com uma componente prática no âmbito de estágios. As experiências em ações paliativas nos últimos doze meses foram nulas ou muito poucas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Médico de Família; Medicina Geral e Familiar; Formação em Cuidados Paliativos; Ações Paliativas.

Abstract

Introduction: The aging of the population and the early detection of incurable situations mean that family doctors (FM) increasingly have to deal with palliative care (PC). **Objective:** To characterize the level of training of MF in relation to PC, identify training needs, evaluate the frequency of palliative actions carried out and confidence in carrying them out. **Method:** A questionnaire was sent to MF working in the National Health Service, with 72 items, four sections: – sociodemographic, elementary PC issues, place of work, training and palliative actions. **Results:** 223 MF responded (75.34% female). North Region 40.36% of respondents, Lisbon and Tagus Valley 33.18%, Center 13.00% and South and Islands 7.17%. Around a quarter (26.01%) do not have training in CP. Training in PC was obtained at the specialty internship (34.53%), ARS (22.42%), master's degree (8.52%) or pre- and postgraduate courses (7.62%). The MF considered this training to be sufficient (34.98%), good (23.32%) and very good (10.76%). In workplaces with a PC Center (46.64%) there are doctors with basic training in PC (39.01%) and advanced training (27.80%). The MF attach high importance to training in PC (79.37%), they would include a PC subject in the medical curriculum in the Pre-Graduation (59.64%) or in the Specialty Internship (33.63%). The MF express the need for more training in PC (52.47%), mainly internships and theoretical training (32.74%), only internships (15.25%), clinical cases and theoretical training (14.80%). **Conclusions:** MFs attach great importance to training, however, a quarter of the participants do not have any training in CP. The majority of participants expressed the need for training, especially with a practical component within the scope of internships. Experiences in palliative actions in the last twelve months were zero or very few.

Keywords: Palliative Care; Family's doctor; General and family medicine; Training in palliative care; Palliative actions.

Índice

Índice geral

Pág
Índice Tabelas……..... iii
Índice Gráficos…..……..... iii
Índice Anexos…..……..... iii
Abreviaturas…….....…. iv
Introdução…….....…….….. 1
Breve revisão da literatura e do estado da arte.....…….... 2
1. Um olhar Global sobre Cuidados Paliativos……..... 2
2. Cuidados Paliativos em Portugal.……..……..……..... 4
A) – Aspetos Demográficos……..……..…..... 4
B) – Aspetos Estruturais……..... 6
C) – Formação……..... 8
3. Os médicos de família e os cuidados paliativos…….....……... 10
Objetivo.……..……. 11
Finalidade……..……..... 11
Método……..……..…….. 11
1 Tipo de estudo……...…… 11
2 Participantes…….. 12
A) Amostra……. 12
B) Critérios de inclusão…….. 12
C) Critérios de exclusão……. 12
3 Medidas e instrumentos……. 12
A) Varáveis……. 12
B) Pré teste……. 12
C) Questionário…….. 13
4 Procedimentos……...…… 13
5 Análise dos dados……..……... 14
Resultados..... 14
1 Características sociais e demográficas..... 14
2 Formação em cuidados paliativos..... 16
2.a. Formação obtida em cuidados paliativos…… 16
2.b. Necessidades formativas em cuidados paliativos…… 18
3 Ações Paliativas…… 19
3.a. Local de trabalho…… 19
3.b. Experiência em ações paliativas……. 20
3.c. Luto……. 21
4 Grau de confiança…….. 22
4.a. A quem se destinam os CP…….. 22
4.b. Que importância atribuem aos CP…….. 23
4. c. Dor e analgesia não opióide..... 24
4.d. Dor e analgesia opióide…..... 25
4.e. Obstinação terapêutica..... 26
4.f. Fim de vida……..... 27
4.g. Doente Agónico..... 28
4.h. Espiritualidade..... 30
4.i. Fase terminal……... 31

4.j. Más notícias……..... 32
4.k. Pacto de silêncio……..... 33
Discussão..... 34
Limitações do estudo..... 38
Conclusões..... 38
Referências bibliográficas..... 40

Índice tabelas

			Pág
Tabela 1	–	Dados sócio-demográficos	15
Tabela 2	–	Formação em CP	17
Tabela 3	–	Necessidades formativas em CP	18
Tabela 4	–	Ações paliativas no local de trabalho	19
Tabela 5	–	Experiência em ações paliativas	20
Tabela 6	–	Luto	21
Tabela 7	–	Destinatários dos CP	22
Tabela 8	–	Importância atribuída aos CP	23
Tabela 9	–	Dor e analgesia não opióide	24
Tabela 10	–	Dor e analgesia opióide	25
Tabela 11	–	Obstinação terapêutica	26
Tabela 12	–	Fim de vida	27
Tabela 13	–	Doente agónico	28
Tabela 13.a	–	Doente agónico (continuação)	29
Tabela 14	–	Espiritualidade	30
Tabela 15	–	Fase terminal	31
Tabela 16	–	Más notícias	32
Tabela 17	–	Pacto de silêncio	33

Gráfico

			Pág
GRÁFICO	–	Sócio ou não da APMGF	16

Anexos

Aprovação do Projecto	ANEXO I
Questionário	ANEXO II
Parecer da Comissão de Ética _ ARS NORTE	ANEXO III
Parecer da Comissão de Ética _ ARSLVT	ANEXO IV

Abreviaturas

ACES	–	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	–	Administração Central do Sistema de Saúde
ANCP	–	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APCP	–	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
APMGF	–	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
APSS	–	Associação de Profissionais de Serviço Social
ARS	–	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	–	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CCI	–	Cuidados Continuados Integrados
CNCP	–	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	–	Cuidados Paliativos
CPP	–	Cuidados Paliativos Pediátricos
CSP	–	Cuidados de Saúde Primários
CSH	–	Cuidados de Saúde Hospitalares
DGS	–	Direção Geral da Saúde
DPOC	–	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAPC	–	European Association for Palliative Care /
ECSCP	–	Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	–	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ERPI	–	Estrutura Residencial Para Idosos (ou Lar de idosos)
FML	–	Faculdade de Medicina de Lisboa
HIV	–	Human Immunodeficiency Virus
IPO	–	Instituto Português de Oncologia
LVT	–	Lisboa e Vale do Tejo
MGF	–	Medicina Geral e Familiar
NR / missing	–	Não Respondeu / perdido
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPCP	–	Observatório Português dos Cuidados Paliativos
PEDCP	–	Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PNCP	–	Programa Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI	–	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	–	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SIDA	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
U E	–	União Europeia
UCP	–	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	–	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	–	Unidade de Saúde Familiar
WHO	–	World Health Organization

INTRODUÇÃO

Em maio de 2014 a OMS adotou a resolução de integrar os Cuidados Paliativos nos serviços nacionais de saúde. A deteção precoce de doenças crónico degenerativas, conjugado com o envelhecimento geral da população, aumentam a probabilidade da necessidade de cuidados paliativos em qualquer idade. O médico de família, integrado nas respetivas comunidades, presta cuidados de promoção da saúde, cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e cuidados paliativos, longitudinalmente, isto é, desde antes do nascimento, ou seja, na saúde materno-infantil, até à morte, seguida da fase do luto.

Neste contexto, com a finalidade de contribuir para melhor qualidade na assistência aos utentes das respectivas listas, bem como aos familiares e aos cuidadores, partiu-se para este trabalho com o objetivo de caracterizar o nível de formação que os médicos de medicina geral e familiar têm em cuidados paliativos, identificar necessidades formativas, avaliar a frequência das ações paliativas realizadas pelos médicos de MGF e o grau de confiança com que as realizam. Este trabalho iniciou-se com a elaboração de um questionário pré-teste, baseado na escala de Likert. O mesmo foi distribuído aos médicos de família do Concelho do Seixal, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada Seixal, durante o mês de Maio de 2019. Avaliadas a compreensão, a inteligibilidade e a existência de correlações entre as variáveis, introduziram-se as pertinentes alterações e elaborou-se o questionário final, anónimo e autorespondido que foi distribuído online com o apoio da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).

A primeira parte do trabalho, integra uma resumida revisão da literatura e estado da arte, bem como a definição da metodologia. A segunda parte resulta da avaliação das respostas obtidas pela aplicação do questionário supracitado. Para análise descritiva, recorreu-se ao programa informático SPSS 28 e para os cálculos matemáticos, utilizou-se o programa informático Excell. A terceira e última parte contempla uma sucinta discussão e conclusões.

Breve revisão da literatura e do estado da arte

1. Um olhar global sobre cuidados paliativos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) como sendo uma forma de prevenção e alívio do sofrimento, quer de adultos quer de crianças, bem como dos familiares que enfrentem doenças ameaçadoras da vida. Isto inclui o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, tanto dos doentes quanto dos membros da família[1].

Nos países desenvolvidos, fruto da melhoria dos seus recursos, rendimentos e disponibilidade e acesso aos cuidados de saúde, regista-se um aumento generalizado da esperança de vida, situada entre os 76/78 anos para os homens e 82/83 anos para as mulheres[2]. No entanto, o declínio da fecundidade atingiu níveis altamente comprometedores da renovação das gerações, com cerca de 1,2 a 1,6 crianças por mulher, quando 2,1 é tido como valor mínimo de sustentabilidade geracional[2].

Neste panorama de envelhecimento progressivo da população, regista-se um marcado aumento de doenças crónicas e degenerativas, com múltiplas comorbilidades. Resulta daí que cerca de 38,5% de portadores de doenças cardiovasculares, 34% de doenças oncológicas, 10,3% de doenças crónicas respiratórias, 5,7% de HIV/SIDA, 4,6% de diabetes, necessitarão de cuidados paliativos. A estas, agregam-se outras situações como insuficiências renais, hepatopatias crónicas, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças mentais como a demência, anomalias congénitas e a tuberculose fármaco resistente. A dor e as dificuldades respiratórias estão entre os sintomas mais frequentes[3].

Anualmente, estima-se que a nível mundial, mais de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no seu último ano de vida, tenham necessidade de cuidados paliativos. Porém, apenas 14% beneficiam de tais cuidados[3]. No caso específico das crianças e adolescentes, estima-se que a prevalência anual de doenças incuráveis é de 10/10 000 e a taxa de mortalidade entre os 0 e 17 anos é de 1/100 000[4]. Segundo a OMS, os cuidados de saúde primários (CSP), de acordo com a Declaração de Alma-Ata de 1978, são cuidados de saúde essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente sólidos,

socialmente aceitáveis e são o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde, que devem ser universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade. A resolução da Assembleia Mundial da Saúde em 2009 reafirmou os princípios dos CSP, que incluem equidade, solidariedade, justiça social, acesso universal a serviços, ação multissetorial, descentralização e participação comunitária como base para fortalecer os sistemas de saúde. Segundo a OMS todos estes aspetos são comuns aos cuidados paliativos[1]. Um sistema de cuidados paliativos sustentáveis, de qualidade e acessível, precisa de ser integrado nos cuidados de saúde primários, nos cuidados de saúde comunitários e domiciliários, além do apoio a prestadores de cuidados, como são os voluntários familiares e comunitários. Em quaisquer circunstâncias, a prestação atempada de cuidados paliativos, melhora a qualidade de vida dos pacientes e reduz hospitalizações desnecessárias[3].

Não sendo a área de cuidados paliativos o foco principal da atividade da Medicina Geral e Familiar (MGF), é, no entanto, expectável que a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sejam desenvolvidas ações paliativas[5]. Essas ações são entendidas como o alívio do sofrimento, o controlo sintomático com medidas farmacológicas e não farmacológicas, a comunicação com o doente, a família e os cuidadores, bem como a atenção e respeito pelas preferências do doente[6]. No acompanhamento do utente, desde antes do nascimento, ou seja na saúde materno-infantil, até à morte, seguida da fase do luto, o médico de família, fá-lo sempre com integração na família e na comunidade, o que é também comum nos cuidados paliativos, em que os doentes, os familiares e os cuidadores, nas suas comunidades, carecem do mesmo tipo de suporte e de acompanhamento. Isto coloca o médico de família em situação privilegiada, à porta de entrada do sistema nacional de saúde, para a precoce identificação das necessidades em cuidados paliativos, desenvolver ações paliativas, coordenar esses cuidados e as decisões de fim de vida[7]. Podem assim contribuir para a prevenção do sofrimento físico e psicológico associado à doença crónica e terminal, e reduzir o risco de lutos complicados[8].

2. Cuidados Paliativos em Portugal

A) – Aspetos Demográficos

Portugal conta atualmente com 10 343 066 habitantes, sendo 52,43% do sexo feminino[9]. Estimam-se entre 81 553 e 96 918 doentes com necessidades de cuidados paliativos[10]. A prevalência de crianças com doença crónica complexa é de 45:10.000[11]. Essa estimativa de doentes com necessidades de cuidados paliativos, no biénio 2017 - 2018, era de 72 299 a 85 923 doentes e no biénio 2019 – 2020 era 75 614 a 89 861 pessoas. O aumento resulta do envelhecimento populacional[12].

De acordo com o Eurostat, entre os 27 estados-membros da UE, a idade média das populações, varia entre os 38,3 anos em Chipre e os 48,0 anos em Itália, sendo que Portugal é o segundo país com uma média mais elevada (46,8), seguido da Grécia (46,1)[13]. Assim, para a população pediátrica cifrada em 1 701 687, dos zero aos 17 anos de idade[9], prevêem-se 7 658 com necessidades de cuidados paliativos.[10] Entre 2003 e 2012, faleceram em Portugal 1 045 381 adultos acima dos 18 anos de idade, 70.7% dos quais necessitaram de cuidados paliativos antes da consumação da morte, distribuídos pelas seguintes patologias: cardio e cérebro–vasculares 43,9%, oncológicas 32,2%, outras situações 24,9%.[14] Relativamente às crianças e aos adolescentes, até aos 18 anos de idade, no país, 33% careceram de cuidados paliativos distribuídos por: doenças crónicas 27,2%, trauma 23,7%, outras situações 49,1%[15]. No tocante ao local preferido para a ocorrência da morte, as evidencias acumuladas indicam que a maior parte das pessoas prefere o domicílio[5]. No estudo Europeu do inquérito PRISMA, realizado em 2010 em Portugal, 51,2% expressaram preferência por morrer em casa, 35,7% escolheram uma unidade de cuidados paliativos, 8,9% o hospital e 2,2% lar ou residência[16]. Isto contrasta com a realidade, onde a maioria das mortes ocorreram efetivamente em hospitais 62%, contra 26% no domicílio e 12% noutros locais como ERPI, UCP ou RNCCI[17]. As previsões apontam para 2030 cerca de 75% de mortes ocorrerão em hospitais, caso não se tomem medidas de reversão[18]. Um dos fatores que contribui para a escolha do hospital como local para morrer, prende-se com os custos associados à morte em casa, incluindo o período que a antecede. Nesses casos, o doente e os familiares têm de suportar custos que vão desde o preço do aluguer da cama, do transporte, da montagem e da assistência em geral. No caso da morte ocorrer num hospital, grande parte ou a totalidade desses custos

são suportados pelo estado[19]. No entanto, reconhecem-se fatores que poderão facilitar a morte no domicílio. Além daqueles que estão diretamente relacionados com a doença e com o indivíduo, apontam-se as visitas domiciliárias de enfermagem, do MGF e da equipa de CP, assim como o facto do utente não estar hospitalizado nos últimos 3 meses de vida e discutir o tema do local de morte com os profissionais de saúde[18].

Conhecidos que são os ganhos e os benefícios para os doentes e suas famílias, que se obtêm quando os cuidados paliativos são precocemente aplicados e que se traduzem na diminuição da carga sintomática dos pacientes, da sobrecarga dos familiares, dos tempos de internamento hospitalar, dos reinternamentos, da futilidade terapêutica, do recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, consequentemente da diminuição dos custos[8], ficam uma vez mais realçadas as necessidades da gestão atempada das situações paliativas a nível dos cuidados de saúde primários. Neste capítulo identificam-se alguns aspectos que limitam o MF. À cabeça, a falta de formação que dificulta a identificação precoce de doentes com necessidades paliativas, o ritmo de evolução de doenças não oncológicas cujas exacerbações dificultam a identificação do fim de vida, a dimensão das listas do MF, a pressão para cumprimento de indicadores que nem sempre reflectem cuidados de qualidade, e finalmente a falta de tempo, pois em consultas de vinte minutos de duração, é impossível abordar temas complexos como os de fim de vida ou responder às necessidades constantes de visitas domiciliárias que este doentes têm[20]. É clara a visão de que há um longo caminho a percorrer para que os CP possam ser um direito garantido para todos e não um privilégio só para alguns[21]. Porém, conforme o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021 a 2022, em Portugal continental já se percorreu um importante caminho com a distribuição geográfica alargada destes serviços, como se aborda mais abaixo, na referência aos aspectos estruturais. Reconhece, no entanto, que muitos portugueses com carências paliativas, ainda não têm facilidade de acesso a CP, mas manifesta o propósito orientador de que esse acesso deva ser determinado pelas necessidades da pessoa e família e não apenas pelo prognóstico[10].

B) – Aspetos Estruturais

As iniciativas e os movimentos de profissionais da saúde, no sentido da implementação de cuidados paliativos em Portugal, ganharam corpo nos anos 90 do Século XX. A primeira unidade, com internamento, inicialmente vocacionada para o controlo da dor de doentes oncológicos e mais tarde convertida em Serviço de Medicina Paliativa, surgiu em 20 de novembro de 1992 no Hospital do Fundão, que integra o Centro Hospitalar da Cova da Beira. Em 1994 foi criada a Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto, mais tarde convertido em Serviço de Cuidados Paliativos, alocados em instalações próprias cedidas pela Liga Portuguesa contra o Cancro. A nível de Centros de saúde, a primeira equipa domiciliária de cuidados continuados, que incluía a prestação de cuidados paliativos, foi criada em 1996, no Centro de Saúde de Odivelas[22].

Em 1995, foi fundada Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), presentemente designada por Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).Tem como finalidade, dinamizar as diferentes vertentes ligadas à melhoria da qualidade dos cuidados paliativos e à promoção e desenvolvimento do estudo, investigação e ensino dos cuidados paliativos. Destacam-se nas suas atividades a abordagem multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos reunindo os profissionais das várias áreas neles envolvidos, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes espirituais e religiosos, bem como voluntários. Promove e apoia as iniciativas que visem a difusão, ensino, e a investigação no âmbito dos cuidados paliativos[23].

Por Despacho Ministerial da Saúde, deu à estampa em 2004 o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, regulamentado através da Circular Normativa Nº: 14/DGCG, de 13/07/2004, da Direção Geral da Saúde (DGS). Entre outros, estava definido um horizonte temporal de execução até 2010, findo o qual deveriam estar criadas 12 unidades de Nível I; 8 unidades de Nível II; 5 unidades de Nível III[24].

O nível básico de paliação é qualificado como Ação Paliativa. É entendida como qualquer medida que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente[24]. Tal como se refere mais acima, isso traduz-se no alívio do sofrimento, no controlo sintomático, na comunicação com o doente familiares e cuidadores, bem como a atenção e respeito pelas preferências do

doente.[6] A este nível, e apesar de imbuídos dos princípios e da filosofia dos cuidados paliativos, a ação paliativa é exercida sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas[24].

Os Cuidados Paliativos de Nível I são prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos, quer móveis quer em regime de internamento ou domiciliário e podem até estar apenas limitados à função de aconselhamento diferenciado. No Nível II, integram-se equipas estruturadas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos – médicos, enfermeiros, técnicos das áreas social, psicológica e espiritual, em unidades de internamento próprio ou domicílio, garantindo disponibilidade e apoio durante 24 horas. As unidades de Nivel III, além de incorporarem os requisitos das unidades de Nível II, são tidas como unidades de referência, com equipas multidisciplinares alargadas, capacitadas para responderem a situações de elevada exigência e complexidade. São competentes para o desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos e programas de investigação nesta área[24].

Em 2012, o decreto Lei 35/2012 instituiu a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP)[25] e no mesmo ano foi aprovada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – Lei 52/2012, que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)[26]. Ancorado nestes instrumentos legais, o governo nomeou os membros da primeira CNCP, através do Despacho 7824/2016, a quem conferiu a competência para a elaboração do primeiro Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP)[27]. Esse documento, viu a luz do dia seis meses depois da nomeação da referida comissão e foi aprovado através do Despacho 14311-A/2016, para o biénio 2017-2018[28]. Nele se preconiza o desenvolvimento da RNCP, integrada nos três níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a saber: a) Cuidados de Saúde Primários (CSP); b) Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH); c) Cuidados Continuados Integrados (CCI). É também dado um particular destaque à formação em Cuidados Paliativos, de todos os profissionais da saúde a nível pré e pós-graduado[28].

A partir daí, de dois em dois anos, têm sido nomeadas novas comissões CNCP encarregues da elaboração dos PEDCP para os biénios seguintes. O último PEDCP para o biénio 2021-2022, define como objetivo para Portugal, nos próximos 10 anos, conseguir um estado de integração avançada dos Cuidados Paliativos em todo o sistema de saúde, tal como descrito pela OMS[10]. A RNCP passou a integrar também as Equipas Intra-

hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e mais recentemente Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). O novel CPP contempla um tipo de equipa intra-hospitalar mais especializada e outro mais generalista. Com características mais especializadas foram criadas 5 equipas pediátricas nos 5 Centros Hospitalares Universitários ou sejam, Lisboa Norte, Lisboa Central, Coimbra, Porto e São João também no Porto. Nos restantes Departamentos/ Serviços de pediatria do país, são criadas as equipas intra-hospitalares designadas de generalistas[10].

Em 30 de Novembro de 2020, estavam em funcionamento 45 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e 7 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCP-P). As unidades dotadas de internamento eram 31 (UCP) Unidade de Cuidados Paliativos, sendo 17 hospitalares públicas, com capacidade para 243 camas e 14 (UCP-RNCCI) Unidade de Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que são privadas, dotadas de 166 camas[10]. As referidas camas públicas e privadas distribuídas pelas ARS contemplavam para Lisboa e Vale do Tejo 135 (8 públicas e 127privadas), para a região Norte 120 (95 e 25), para a região Centro 116 (116 e 0), para o Alentejo 30 (16 e 14) e para o Algarve 18 (18 e 0) [10]. Naquela data, para a área dos cuidados de saúde primários, estavam em funcionamento 26 núcleos ou unidades funcionais de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos / Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP/EDSCP) distribuídos pelas cinco ARS. Na ARS Norte, dos 21 ACES, 9 tinham ECSCP/EDSCP, na ARS LVT, dos 15 ACES, 9 tinham unidades funcionais, na ARS Centro dos 9 ACES, haviam em 2, na ARS Alentejo, dos 4 ACES, haviam 3 e no Algarve para os 3 ACES, haviam 3 ECSCP/EDSCP. Em suma, metade dos 52 ACES, dispunham de um núcleo ou unidade funcional de ECSCP/EDSCP[10].

C) – Formação

O PEDCP para o biénio 2021-2022 aposta na formação pré-graduada em todos os cursos ligados à saúde, nomeadamente medicina, farmácia, enfermagem, serviço social e psicologia. Para tal, prossegue, junto das entidades mais diretamente envolvidas nestas matérias, como as do ensino superior e as ordens profissionais, preparando documentos demonstrativos da necessidade de inclusão de conteúdos paliativos[10].

A European Association for Palliative Care – EPAC, define como mínimo, dois níveis de cuidados: a Abordagem Paliativa e os CP especializados. Porém, na corrida contra o tempo, o PEDCP para o biénio 2021-2022, dá continuidade à formação pós-graduada e assume um mapa conceptual que integra três níveis de tipologias de formação em cuidados paliativos. O Nível 1 Básico confere formação básica a todos os profissionais de saúde, de forma a capacitá-los na identificação precoce das necessidades paliativas dos doentes. Para a sua concretização, prevê a elaboração de um programa de formação suportado em novas tecnologias de informação e comunicação ("b-learning"). Isso, em articulação com as equipas locais de cuidados paliativos e em função da complexidade dos casos, permitirá uma referenciação precoce das ocorrências identificadas. O Nível 2, intermédio realiza formação intermédia em CP, que já decorre nas cinco ARS, define como importante contemplar aos profissionais de saúde, a frequência de estágios de cuidados paliativos. O Nível 3 Avançado prevê a elaboração de programas de formação contínua e diferenciada, dirigidos às necessidades específicas de cada grupo profissional[10].

Acresce a tudo isto, a parceria com as Ordens profissionais no desenvolvimento da Competência em Cuidados Paliativos. Já existem na Ordem dos Médicos o Colégio da Competência em Medicina Paliativa e na Ordem dos Enfermeiros foi criada a especialidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Seguem-se reuniões preparatórias com a Ordem dos Psicólogos, com a Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais e com a Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS), para analisar esta matéria e construir um programa de trabalho[10].

No final de 2018, as faculdades de medicina contemplavam formação em CP com as seguintes características: - A) Faculdades de Medicina do Porto (FMUP), Faculdades de Medicina de Coimbra (FMUC) e Faculdades de Medicina da Universidade Nova de Lisboa (FMUNL), a formação em CP é teórica e opcional; B) Na Universidade do Algarve, a formação em CP é teórica e obrigatória; C) Faculdade de Medicina de Lisboa (FMUL), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade da Beira Interior (UBI) e Universidade do Minho (UM), a formação é obrigatória combinada, ou seja, o ensino obrigatório de CP está integrado noutras áreas de formação do curso[11].

3. Os médicos de família e os cuidados paliativos

Estavam registados na Ordem dos Médicos (até 31/12/2021) 66 614 médicos nas várias especialidades (F 55,42%; M 44,58%)[30]. No entanto, a especialidade de MGF é abraçada por 8 233,[31] ou seja, 12,36% dos médicos. Quando cotejada com a população do país, cifrada em 10 343 066 habitantes conforme o INE[9], a relação estatística é de um médico de MGF por cada 1 256 habitantes. Porém, em termos práticos, excluem-se cerca de 3 285 MGF já reformados ou em vias de o fazer, mais algumas centenas com funções predominantemente executivas e não assistenciais, o que deixa no ativo cerca de 4 948 MGF. Isso transforma a relação em um médico de MGF para 2 090 habitantes[32]. Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, atendendo às condições geo-regionais encontramos a seguinte distribuição: - A) Açores,141 médicos de MGF, servem uma população de 236 413 habitantes[9]. Dispõem de 9 Unidades de Saúde Ilha, compreendendo cada uma, entre um a seis Centros de Saúde[33]. B) Madeira, com 196 médicos de MGF, para 250 744 habitantes[9], integra 47 Centros de Saúde[34]. Em Portugal, é notável o investimento em cuidados de saúde primários como saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, prevenção de doença oncológica, cardiovascular e outras. Procura-se dar os melhores cuidados e isso reflete-se nos bons resultados até aqui alcançados, por exemplo na baixa taxa de mortalidade materno-infantil[19].

É chegado o momento da acomodação dos CP nos CSP tal como recomenda a OMS. Neste novo desafio, conforme o inquérito recolhido em 30 países europeus, incluído Portugal, a EAPC identificou as seguintes barreiras que condicionam os MF em cuidados paliativos: - Carga de trabalho dos MF e falta de tempo para implementar cuidados paliativos; Falta de treino / formação; Falta de equipas multiprofissionais em Cuidados de Saúde Primários; Falta de especialistas em cuidados paliativos; Os doentes apresentam-se, cada vez mais, com várias patologias crónicas, em vez de um único diagnóstico; Identificação precoce pouco frequente; A maioria dos doentes e profissionais não querem falar sobre a morte[35]. O fator tempo é também uma barreira assinalada pelos MF canadianos para um maior envolvimento nos cuidados paliativos de seus pacientes, pois terão de abordar todas as queixas físicas e psicológicas dos pacientes e dos cuidadores durante a consulta[36].

Com o rácio MF/habitantes acima calculado de 1 médico de MGF para 2090 habitantes, com as barreiras expressas em inquérito da EPAC, que espelham o panorama não só em Portugal como em toda a Europa, das quais se destacam a carga de trabalho, a

falta de tempo para implementar cuidados paliativos, a falta de formação e de treino /estágios por parte dos médicos de família, surge naturalmente a pergunta mais abrangente, de como acomodar os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários? Essa acomodação, passa naturalmente pelo estado em que se encontram os médicos de família em termos de formação em CP e experiência em ações paliativas. Assim, avançou-se para este trabalho com os objetivos descritos mais abaixo, destacando-se a formação em CP, ações paliativas e grau de confiança na realização das mesmas.

Objectivo

Este estudo tem por objetivo, caracterizar o nível de formação que os médicos de medicina geral e familiar têm em cuidados paliativos, identificar necessidades formativas, avaliar a frequência das ações paliativas realizadas pelos médicos de MGF e o grau de confiança com que as realizam.

Finalidade

Com o objetivo assim definido, pretende-se pugnar por uma maior sensibilização dos médicos de família, relativamente aos cuidados paliativos e identificar eventuais constrangimentos, a fim de proporcionarem uma melhor qualidade na assistência aos utentes das suas listas, bem como aos familiares e aos cuidadores.

Método

1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, exploratório/descritivo e qualitativo, desenvolvido a nível nacional, no período compreendido entre 8 de Maio de 2019 e 6 de Maio 2023.

2. Participantes

A) Amostra: – É uma amostra aleatória, probabilística, não estratificada, constituída por médicos e internos de medicina geral e familiar em Portugal.

B) Critérios de inclusão: – Estar na área de MGF como médico especialista ou como médico em qualquer ano do internato da especialidade de medicina geral e familiar; Exercer a atividade em Portugal, Continente ou Regiões Autónomas; Aceitar participar no estudo, dando o seu consentimento a partir do momento em que aceita responder ao questionário online.

C) Critérios de exclusão: – Não pertencer à área de MGF. Exercer fora do país.

3. Medidas e instrumentos

A) Variáveis

Varáveis Independentes: – Sociodemográficas e laborais como a idade, género, grau de formação, categoria profissional, região onde o respondente exerce a sua atividade e o tempo de exercício na carreira de MGF ou no internato da especialidade.

Variáveis dependentes: – Necessidades sentidas de formação em CP, ações paliativas e grau de confiança com que realizam as ações paliativas.

B) Pré teste

Elaborou-se um questionário anónimo e autorrespondido, especificamente concebido para este estudo. Realizou-se um pré-teste com 39 médicos de família de sete das dez Unidades de Saúde do Seixal, ACES Almada Seixal, nomeadamente – USF FF Mais, USF Pinhal de Frades, USF Cuidar Saúde, USF Servir Saúde, USF Rosinha, USF Amora Saudável e UCSP Corroios que mais tarde se converteu em USF Santa Marta do Pinhal. Como reforço do anonimato, foi pedido aos respondentes a não identificação da respetiva Unidade de saúde, nem a idade. A distribuição do questionário pré teste, decorreu durante o mês de maio de 2019. Num universo de 61 médicos, das sete referidas unidades de saúde, obtiveram-se 39 respostas, observações e sugestões, que foram

acomodados no questionário final. Procedeu-se à análise descritiva e inferencial e a associação entre as variáveis. Isso permitiu avaliar a compreensão, a inteligibilidade e a existência de correlações entre as variáveis. O Alfa Cronbach foi de 0,757 o que confere boa confiabilidade ao questionário aplicado no trabalho de campo.

C) Questionário

Trata-se de um Questionário anónimo, com 72 itens, subdividido em quatro partes (Anexo II). A primeira parte consta de questões socio-demográficas (do Nº 1 ao Nº 8), como a idade, o género, o grau de formação, categoria profissional, região onde o respondente exerce a sua atividade, bem como o tempo de exercício na carreira de MGF e o ser ou não sócio da APMGF. A segunda parte (do Nº 9 ao Nº 52), elicita respostas a questões elementares de cuidados paliativos, numa escala likert, onde o 1 corresponde a um valor mínimo, como discordância total ou desconforto total e o 5 a um valor máximo como concordância total ou conforto total, em face da questão em causa. Na terceira parte (do Nº 53 ao Nº 58), relativamente ao local de trabalho, tenta-se saber da existência ou não de colegas de MGF com formação em CP, bem como da existência ou não de unidades funcionais de CP. Na quarta e última parte (do Nº 59 ao Nº 72), procura-se saber do respondente, a frequência, o grau de formação em CP e experiências em ações paliativas.

4. Procedimentos

Elaborado o projeto, submeteu-se ao Conselho Científico da FML, tendo sido aprovado, conforme o ofício – IFA-M/2019 de 29/05/2019 (Anexo I). Seguiu-se a elaboração do questionário e a realização do pré-teste, acima referidos. Posteriormente, tanto o projeto quanto o questionário, foram submetidos às comissões de ética das administrações regionais da saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo. Foram aprovados pela ARS Norte através do ofício Referência CE 2022/34 de 2022/02/10 (Anexo III), e pela ARSLVT com o ofício 3923/CES/2022 (Anexo IV).

O questionário foi colocado no Google Forms e enviado à APMGF, que os submeteu à análise, junto dos departamentos das áreas interessadas, como o departamento de investigação e o departamento de cuidados paliativos, integrantes daquela associação médica. Depois de analisado e sugeridos ajustamentos, que foram facilmente acomodados

no questionário final, a APMGF encarregou-se da sua distribuição online, disponibilizando-o num Link, na Newsletter de Janeiro de 2023, da sua página digital, sob o título "Estudo sobre a interação entre a MGF e os cuidados paliativos – https://apmgf.pt/2023/01/06/estudo-sobre-a-interacao-entre-a-mgf-e-os-cuidados-paliativos/." A circunstância de o terem colocado na Newsletter, permitiu que tal distribuição não se cingisse apenas aos sócios da APMGF, mas sim, ao universo dos MF do SNS. As respostas foram sendo recolhidas por mim, à medida que foram chegando através do Google Forms, no período compreendido entre 6 de janeiro e 6 de maio 2023.

5. Análise dos dados

Foram utilizados os programas informáticos Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 28® para análise descritiva e o Microsoft Office Excel 2020® para cálculos matemáticos.

Resultados

1. Características sociodemográficas

Recebemos 223 respostas de todo o país, à exceção da Região Autónoma da Madeira. A média de idades é de 44,68 $\pm$ 11.82 com predomínio feminino 75.34%, Mínimo 25; Máximo 66; Mediana 44.

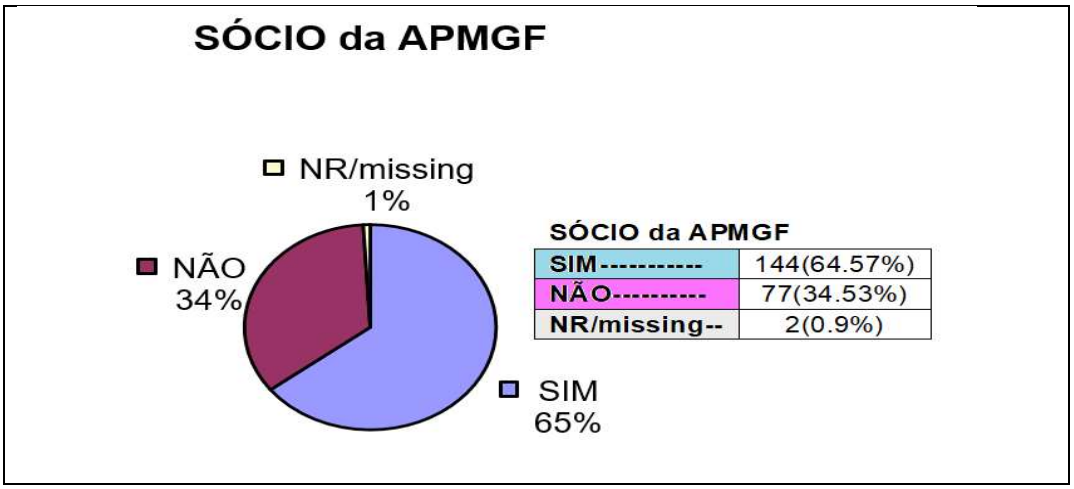
A maioria dos inquiridos tem o Mestrado 65,47%, e os Licenciados somam 33,18%. A categoria profissional predominante é a de especialista de MGF 54,26%, seguida de assistente graduado 17,40%. Os internos da especialidade representam 16,59% do total da amostra dos quais, 43,24%, estão a frequentar o último ano de formação. Em termos de local de exercício da atividade profissional, a Região Norte congrega 40,36% dos inquiridos, Lisboa e Vale do Tejo 33,18%, a Região Centro 13,00% e no Sul e Ilhas 7,17%. Dos inquiridos, 33.33%, têm menos de cinco anos de exercício na carreira

profissional, 28,43% têm entre 5 e 9 anos, 17,16% têm entre 10 e 14 anos, 6,86% têm entre 15 e 19 anos e os restantes têm 20 ou mais anos de serviço (Tabela 1).

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos

Grau de Formação de base	*n (%)*
Licenciatura	74 (33,18)
Mestrado	146 (65,47)
Doutoramento	1 (0,45)
NR(*missing*)	2 (0,90)
Categoria profissional	***n (%)***
Interno de MGF	37 (16,59)
Especialista de MGF	121 (54,26)
Consultor	12 (5,38)
Assistente Graduado	39 (17,49)
Sénior	3 (1,35)
Chefe de Serviço	1 (0,45)
NR(*missing*)	10 (4,48)
Região onde exerce	***n (%)***
Norte	
Centro	90 (40,36)
LVT	29 (13,00)
Alentejo	74 (33,18)
Algarve	7 (3.14)
R A Madeira	5 (2,24)
R.A.Açores	0 (0,00)
NR(*missing*)	4 (1,79)
	14 (6,28)
Ano do internato da especialidade n=37	***n (%)***
1º Ano	5(13,51)
2º Ano	11(29,73)
3º Ano	5(13,51)
4º Ano	16(43,24)
Desde há quanto tempo exerce a especialidade de MGF	***n(%)***
<5 ANOS	68(33,33)
5 a 9	58(28,43)
10 a 14	35(17,16)
15 a 19	14(6,86)
20 a 24	8(3,92)
25 a 29	4(1,96)
30 a 34	6(2,94)
35 a 39	7(3,43)
>40 Anos	4(1,96)

Gráfico I – Sócios da APMGF



Nesta amostra de 223 MF, são sócios da APMGF 144(64.57%) e 2(0,90%) não responderam (Gráfico I).

2. Formação em cuidados paliativos

2.a. Formação obtida em cuidados paliativos

Tabela 2. Formação em CP

Tem formação em Cuidados Paliativos?(Onde adquiriu a formação?)	*n (%)*
Não	58(26,01)
Internato da Especialidade	77(34,53)
Mestrado	19(8,52)
Pós Graduação	13(5,83)
ARS	50(22,42)
Pré Graduação	4(1,79)
NR / missing	2(0,90)
Como avalia o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?	*n (%)*
Insuficiente	65(29,15)
Suficiente	78(34,98)
Bom	52(23,32)
Muito Bom	24(10,76)
Excelente	2(0,90)
No local de trabalho há um núcleo ou unidade funcional para Cuidados Paliativos.	*n (%)*
Não	102(45,74)
Sim	104(46,64)
Desconheço	15(6,73)
NR / missing	2(0,90)
No local de trabalho há colegas com formação em cuidados paliativos	*n (%)*
Básica (Cursos de Sensibilização em CP)	87(39,01)
Mestrado	61(27,35)
Doutoramento	1(0,45)
Sem Formação	58(26,01)
NR/ missing	16(7,17)
Que grau de importância atribuiu à formação (ou formações)	*n (%)*
Muito Pouca	1(0,45)
Nem Pouca Nem Muita	4(1,79)
Alguma	29(13,00)
Muita	177(79,37)
NR / missing	12(5,38)
Incluiria os Cuidados Paliativos no currículo como disciplina? (pode assinalar uma ou várias)	*n (%)*
NÃO	1(0,45)
SIM Internato da Especialidade	75(33,63)
SIM Mestrado	2(0,9)
SIM Pós Graduação	2(0,9)
ARS	7(3,14)
Pré Graduação	133(59,64)
NR / missing	3(1,35)

Conforme a tabela 2, há 26,01% dos participantes que não têm qualquer formação em CP. Os que a possuem obtiveram-na no internato da especialidade 34,53%, nas ARS 22,42%, no mestrado 8,52% ou em cursos pré e pós-graduados 7,62%. Fazem a sua autoavaliação como insuficiente 29,15%, suficiente 34,98%, boa 23,32% ou muito boa 10,76%, a que se agregam mais dois casos excelentes 0,90%. Em 46,64% dos locais de trabalho há um Núcleo ou uma Unidade Funcional de CP, nelas estão alocados 39,01% médicos com formação básica em CP, 27,80% com formação avançada em CP - mestrado ou doutoramento e 29,15% sem qualquer formação em CP. Os MF atribuem muita importância à formação em CP 79,37% ou alguma 13,00% e não hesitam em incluir no curriculum médico uma disciplina de CP, ainda na pré-graduação 59,64% ou no internato da especialidade 33,63% (Tabela 2).

2.b. Necessidades formativas em cuidados paliativos

Tabela 3. Necessidades Formativas em CP

Sente necessidade de formação em Cuidados Paliativos?	*n (%)*
Muito Pouca	4(1,79)
Nem Pouca Nem Muita	11(4,93)
Alguma	87(39,01)
Muita	117(52,47)
NR / missing	4(1,79)
Assinale os assuntos em que sentiu mais necessidade (pode assinalar uma ou várias)	***n (%)***
Casos Clínicos	26(11,66)
Estágios em CP	34(15,25)
Estágios em CP e Formação Teórica	73(32,74)
Casos Clínicos e Formação Teórica	33(14,80)
Formação Teórica	12(5,38)
Todas anteriores	26(11,66)
NR / missing	19(8,52)
Outras, diga quais (pode indicar uma ou várias)	***n (%)***
Comunicação	3(1,34)
Formação Contínua	1(0,45)
Terapêutica	1(0,45)
Casos Clínicos via Teams	1(0,45)
Estágios na Comunidade	1(0,45)
NR / missing	216(96,86)

Os respondentes expressam a necessidade de mais formação em CP, alguma 39,01% e muita 52,47%. Os assuntos em que sentem mais necessidade de formação são, por ordem decrescente, estágios em CP e formação teórica 32,74%, apenas estágios em CP 15,25%, casos clínicos e formação teórica 14,80%, casos clínicos 11,66% e formação teórica 5,38%. Entretanto, 11,66% incluiriam todas as anteriores. A área da comunicação merece a menção de 1,34% dos MF, ao passo que as áreas, da formação continua, da terapêutica, dos casos clínicos via teams e dos estágios na comunidade, são apontadas cada uma por 0,45% dos inquiridos (Tabela 3).

3. Ações paliativos

3.a. Local de trabalho

Tabela 4. Ações Paliativas no local de trabalho

No local de trabalho já foram feitas ações de sensibilização acerca de doentes paliativos	*n (%)*
Nunca	83(37,22)
Menos de uma vez por ano	74(33,18)
Uma a Duas vezes por ano	51(22,87)
Duas a Três vezes por ano	6(2,69)
Mais de três vezes por ano	6(2,69)
NR / missing	3(1,35)
No local de trabalho é frequente falar-se sobre o luto com os cuidadores e familiares	***n (%)***
Nunca	12(5,38)
Menos de uma vez por ano	39(17,49)
Uma a Duas vezes por ano	55(24,66)
Duas a Três vezes por ano	30(13,45)
Mais de três vezes por ano	83(37,22)
NR / missing	4(1,79)
Costumo preparar um ambiente adequado quando transmito más notícias	***n (%)***
Em Nenhum caso	6(2,69)
Em raros casos	24(10,76)
Em metade dos casos	39(17,49)
Em quase todos os casos	105(47,09)
Em todos os casos	47(21,08)
NR / missing	2(0,90)

Em 37,22% dos locais de trabalho dos respondentes, nunca se fizeram quaisquer ações de sensibilização acerca de doentes paliativos, em 33,18% ocorreram em menos de uma vez por ano e em 22,87% verificaram-se uma a duas vezes por ano. Relativamente ao luto, no local de trabalho, a frequência com que se fala dessa questão com os cuidadores e familiares, é de menos de uma vez por ano 17,49%, uma a duas vezes por ano 24,66%, duas a três vezes por ano 13,45% e mais de três vezes por ano 37,22%. Os respondentes assumem que costumam preparar um ambiente adequado quando transmitem más notícias, 10,76% em casos raros, 17,49% em metade dos casos, 47,09% em quase todos os casos e 21,08% em todos os casos (Tabela 4).

3.b. Experiência em ações paliativas

Tabela 5. Experiência em ações paliativas

Qual a sua experiência em ações paliativas nos últimos 12 meses	*n (%)*
Nenhuma	42(18,83)
Muito Pouca	85(38,12)
Alguma	74(33,18)
Muita	20(8,97)
NR / missing	2(0,90)
Qual a sua experiência em ações paliativas nos últimos 6 meses	*n (%)*
Nenhuma	58(26,01)
Muito Pouca	78(34,98)
Alguma	65(29,15)
Muita	20(8,97)
NR / missing	2(0,90)
Qual a sua experiência em ações paliativas nos últimos 3 meses	*n (%)*
Nenhuma	78(34,98)
Muito Pouca	65(29,15)
Algum	58(26,01)
Muita	20(8,97)
NR / missing	2(0,90)

A experiência em ações paliativas nos últimos 12 meses é nenhuma para 18,83%, muito pouca 38,12%, alguma 33,18% e muita 8,97%. Nos últimos 6 meses é nenhuma para 26,01%, muito pouca 34,98%, alguma 29,15% e muita 8,97% e nos últimos 3 meses é nenhuma 34,98%, muito pouca 29,15% ou alguma 26,01% e muita 8,97% (Tabela 5).

3.c. Luto

Tabela 6. Luto

Após a morte do doente, cessam os cuidados paliativos, por parte da MGF	*n (%)*
Discordo Totalmente	86(38,57)
Discordo	109(48,88)
Não concordo Nem discord	18(8,07)
Concordo	9(4,04)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
A família e os cuidadores na fase do luto, devem transitar da MGF para outras áreas	***n (%)***
Discordo Totalmente	35(15,70)
Discordo	87(39,01)
Não concordo Nem discord	47(21,08)
Concordo	42(18,83)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	12(5,38)
Como se sente em comunicar com o cuidador e com a família, na fase do luto?	***n (%)***
Muito desconfortável	0(0,00)
Desconfortável	68(30,49)
Nem confortável nem desconfortável	71(31,84)
Confortável	79(35,43)
Muito confortável	4(1,79)
NR / missing	1(0,45)

Após a morte do doente, 48,88% discordam e 38,57% discordam totalmente com a cessação dos CP. Posta a questão da família e dos cuidadores na fase do luto, deverem transitar da MGF para outras áreas, discordam 39,01%, discordam totalmente 15,70%, ao passo que 21,08% não concordam nem discordam e 18,83% concordam. Na fase do luto ao comunicarem com a família ou cuidador, 30,49% sentem-se desconfortáveis, 31,84% nem confortável nem desconfortável e 35,43% sentem-se confortáveis (Tabela 6).

4. Grau de confiança

4.a. A quem se destinam os CP

Tabela 7. Destinatários dos CP

S/ opinião, os CP são serviços destinados apenas a doentes oncológicos	*n (%)*
Discordo Totalmente	188(84,30)
Discordo	33(14,80)
Não concordo Nem discordo	1(0,45)
Concordo	0(0,00)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
S/ opinião, os CP são serviços destinados apenas a idosos	*n (%)*
Discordo Totalmente	192(86,10)
Discordo	20(8,97)
Não concordo Nem discordo.	0(0,00)
Concordo	0(0,00)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	11(4,93)
S/ opinião,os CP são serviços destinados a qualquer independentemente da idade	*n (%)*
Discordo Totalmente	5(2,24)
Discordo	6(2,69)
Não concordo Nem discordo.	4(1,79)
Concordo	45(20,18)
Concordo Totalmente	162(72,65)
NR / missing	1(0,45)

Os MF discordam totalmente que os CP sejam serviços destinados apenas a doentes oncológicos 84,30% e discordam 14,80%. Discordam totalmente que sejam destinados apenas a idosos 86,10% e discordam 8,97%, mas concordam 20,18% e concordam totalmente 72,65%, que se destinam a todos os que dele necessitem independentemente da idade (Tabela 7).

4.b. Que importância atribuem aos CP

Tabela 8. Importância atribuída aos CP

Atribui importância aos Cuidados Paliativos?	*n (%)*
Não	0(0,00)
Muito pouca	1(0,45)
Nem Sim Nem Não	2(0,90)
Alguma	28(12,56)
Muita	190(85,20)
NR / missing	2(0,90)
Os Médicos de MGF devem ter preocupações de Cuidados Paliativos?	***n (%)***
Não	0(0,00)
Muito pouca	0(0,00)
Nem Sim Nem Não	4(1,79)
Alguma	35(15,70)
Muita	182(81,61)
NR / missing	2(0,90)

Os respondentes atribuem muita importância aos CP 85.20% e alguma 12,56%. Entendem que os CP devem merecer muita preocupação 81.61%. e alguma 15,70% por parte dos MF (Tabela 8).

4.c. Dor e analgesia não opióide

Tabela 9. Dor e analgesia não opiõide

A dor, não deve ser muito valorizada, pois trata-se de chamada de atenção	*n (%)*
Discordo Totalmente	204(91,48)
Discordo	16(7,17)
Não concordo Nem discordo	0(0,00)
Concordo	0(0,00)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	2(0,90)
Quando prescrevo analgésicos levo em conta preocupações psicológicas do doente	***n (%)***
Discordo Totalmente	0(0,00)
Discordo	3(1,34)
Não concordo Nem discordo	13(5,83)
Concordo	141(63,23)
Concordo Totalmente	65(29,15)
NR / missing	1(0,45)
Quando prescrevo analgésicos levo em conta preocupações sociais do doente	***n (%)***
Discordoo Totalmente	0(0.00)
Discordo	8(3,59)
Não concordo Nem discordo	25(11,21)
Concordo	127(56,95)
Concordo Totalmente	62(27,80)
NR / missing	5(2,24)
Quando prescrevo analgésicos levo em conta preocupações espirituais do doente	***n (%)***
Discordoo Totalmente	5(2,24)
Discordo	26(11,66)
Não concordo Nem discordo	59(26,46)
Concordo	90(40,36)
Concordo Totalmente	41(18,39)
NR / missing	2(0,90)

Quando questionados se a dor não deva ser muito valorizada, pois trata-se de chamada de atenção, os MF discordam totalmente 91,48% e discordam 7,17%. Na prescrição de analgésicos, os respondentes concordam 63,23% e concordam totalmente 29,15%, levar em conta preocupações psicológicas dos doentes. Concordam 56,95% e concordam totalmente 27,80%, ter em conta preocupações sociais. Relativamente ás

preocupações espirituais, os respondentes concordam 40,36%, concordam totalmente 18,39%, não concordam nem discordam 26,46% e 11,66 discordam (Tabela 9).

4d Dor e analgesia opióide

Tabela 10. Dor e Analgesia Opióide

Opióides: Sinto-me à vontade para usar opióides no controlo da dor.	*n (%)*
Discordo Totalmente	5(2,24)
Discordo	40(17,94)
Não concordo Nem discordo	31(13,90)
Concordo	111(49,78)
Concordo Totalmente	34(15,25)
NR / missing	2(0,90)
Opióides: Uso os opióides apenas na dor oncológica.	*n (%)*
Discordo Totalmente	138(61,88)
Discordo	81(36,32)
Não concordo Nem discordo	2(0,90)
Concordo	1(0,45)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
Opióides: Evito usar opióides devido à depressão dos centros respiratórios	*n (%)*
Discordo Totalmente	75(33,63)
Discordo	125(56,05)
Não concordo Nem discordo	17(7,62)
Concordo	5(2,24)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
Opióides: O uso prolongado de opióides causa adição.	*n (%)*
Discordo Totalmente	39(17,49)
Discordo	79(35,43)
Não concordo Nem discordo	52(23,32)
Concordo	48(21,52)
Concordo Totalmente	3(1,35)
NR / missing	2(0,90)
Opióides: Os opióides encurtam o tempo de sobrevida do doente.	*n (%)*
Discordo Totalmente	117(52,47
Discordo	90(40,36)
Não concordo Nem discordo	13(5,83)
Concordo	2(0,90)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)

Em relação aos opióides 49,78% concordam e 15,25% concordam totalmente em sentirem-se à vontade para usar os opióides. Quanto ao uso exclusivo dos opióides em doentes oncológicos, merece a discordância total de 61,88% e a discordância de 36,32%.

Os MF discordam 56,05%, discordam totalmente 33,63% e 7,62% não concordam nem discordam em evitar o uso de opióides devido à depressão dos centros respiratórios. Discordam 35,43%, discordam totalmente 17,49%, evitar o uso prolongado de opióides por causa da adição, discordam 40,36%, discordam totalmente 52,47%, não concordam nem discordam 23,32% e concordam 21,52% que os opióides possam encurtar o tempo de sobrevida do doente. (Tabela 10).

4.e. Obstinação terapêutica

Tabela 11. Obstinação terapêutica

Quando não há a mínima esperança de cura, alguns procedimentos obrigatórios em doentes curáveis, na fase terminal podem traduzir obstinação terapêutica.	*n (%)*
Discordoo Totalmente	7(3,14)
Discordo	11(4,93)
Não concordo Nem discordo.	36(16,14)
Concordo	105(47,09)
Concordo Totalmente	62(27,80)
NR / missing	2(0,90)

Os MF reconhecem, com 47,09% de concordância, 27,80% de concordância total e 16,14% que não concordam nem discordam, que alguns procedimentos obrigatórios em doentes curáveis, na fase terminal, podem traduzir obstinação terapêutica (Tabela 11).

4.f. Fim de vida

Tabela 12. Fim de vida

Um doente em fim de vida é um doente... "em morte iminente".	*n (%)*
Discordo Totalmente	78(34,98)
Discordo	108(48,43)
Não concordo Nem discordo	25(11,21)
Concordo	10(4,48)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	1(0,45)
Um doente em fim de vida necessita procedimento técnico invasivo	*n (%)*
Discordo Totalmente	117(52,47)
Discordo	86(38,57)
Não concordo Nem discordo	18(8,07)
Concordo	0(0,00)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	2(0,90)
Um doente em fim de vida é um doente... "a necessitar conforto e alívio do sofrimento."	*n (%)*
Discordo Totalmente	0(0,00)
Discordo	0(0,00)
Não concordo Nem discordo	6(2,69)
Concordo	57(25,56)
Concordo Totalmente	158(70,85)
NR / missing	1(0,45)

Os MF discordam totalmente 34.98%, discordam 48.43%, não concordam nem discordam 11.21% e concordam 4,48% que em fim de vida o doente esteja em morte iminente. Inquiridos se o doente em fim de vida necessita de procedimentos técnicos invasivos, discordam totalmente 52.47%, discordam 38.57%, não concordam nem discordam 8.07% e concordam 0.00%. Quando se afirma que um doente em fim de vida é alguém a necessitar de conforto e alívio do sofrimento, os MF concordam totalmente 70.85%, concordam 25.56%, não concordam nem discordam 2.69%. (Tabela 12).

4.g. Doente agónico

Tabela 13. Doente Agónico

Se chamado ao domicílio de utente em fase de agonia, enviar de imediato â urgência	*n (%)*
Discordoo Totalmente	109(48,88)
Discordo	89(39,91)
Não concordo Nem discordo	20(8,97)
Concordo	3(1,35)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	1(0,45)
Se enviar o agónico para a urgência, deve-se a esperança de reversão do quadro clínico	*n (%)*
Discordo Totalmente	103(46,19)
Discordo	58(26,01)
Não concordo Nem discordo	29(13,00)
Concordo	29(13,00)
Concordo Totalmente	3(1,35)
NR / missing	1(0,45)
Se enviar o agónico para a urgência, deve-se a evitar conflitos com a família	*n (%)*
Discordo Totalmente	32(14,35)
Discordo	62(27,80)
Não concordo Nem discordo	54(24,22)
Concordo	72(32,29)
Concordo Totalmente	2(0,90)
NR / missing	1(0,45)
Se enviar o agónico para a urgência, deve-se a evitar responsabilidades legais	*n (%)*
Discordo Totalmente	56(25,11)
Discordo	79(35,43)
Não concordo Nem discordo	47(21,08)
Concordo	39(17,49)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	1(0,45)

Colocada a questão aos respondentes, se chamado ao domicílio de um utente em fase de agonia, envia de imediato â urgência, discordam 39,91%, discordam totalmente 48,88%, não concordam nem discordam 8,97% e concordam 1,35%. A ter lugar, o envio do doente agónico à urgência, devido à esperança de reversão do quadro clínico, merece a discordância de 26,01%, a discordância total de 46,19%, a não concordância nem

discordância de 13,00% e a concordância de 13,00%. Se for para evitar conflitos com a família, merece a discordância de 27,80%, a discordância total de 14,35%, a não concordância de nem discordância de 24,22% e a concordância de 32,29%. Porém, se for para evitar responsabilidades legais, merece a discordância de 35,43%, a discordância total de 25,11%, a não concordância nem a discordância 21,08% e a concordância de 17,49 (Tabela 13).

Tabela 13. a. Doente Agónico (Continuação)

Se enviar o agónico para a urgência, deve-se - considerar que a morte não deve ocorrer em casa."	*n (%)*
Discordo Totalmente	115(51,57)
Discordoo	76(34,08)
Não concordo Nem discordo	20(8,97)
Concordo	11(4,93)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
Se enviar o agónico para a urgência, deve-se a achar que o hospital é o melhor local para morrer	***n (%)***
Discordo Totalmente	128(57,40)
Discordo	74(33,18)
Não concordo Nem discordo	18(8,07)
Concordo	1(0,45)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	2(0,90)
Se enviar o doente agónico para a urgência, deve-se a... "outro motivo"	***n (%)***
Discordo Totalmente	27(12,11)
Discordo	21(9,42)
Não concordo Nem discordo	105(47,09)
Concordo	45(20,18)
Concordo Totalmente	14(6,28)
NR / missing	11(4,93)
Se respondeu "Outro Motivo" na pergunta anterior, diga qual ou quais. (N=59)	***n (%)***
Controlo sintomatico	19(32,20)
vontade da família	22(37,29)
Vontade do próprio	8(13,56)
Falta de formação ou insegurança do médico	8(13,56)
NR / missing	2(3,39)

Considerar que a morte não deve ocorrer em casa, recolhe a discordância de 34,08%, a discordância total de 51,57%, a não concordância nem a discordância de 8,97% e a

concordância de 4,93%. O achar que o hospital é o melhor local para morrer, tem a discordância de 33,18%, discordância total de 57,40%, a não concordância nem a discordância de 8,07%, e a concordância de 0,45%. Os MF discordam 9,42%, discordam totalmente 12,11%, não concordam nem discordam 47,09%, concordam 20,18% que haja outro motivo para justificar o envio do doente agónico ao hospital. No entanto, conforme a tabela 13.a., 59 respondentes encontram outros seguintes motivos para enviar o doente agónico ao hospital discriminados da seguinte forma: - Controlo sintomático 32,20%, vontade da família 37,29%, vontade do próprio 13,56%, falta de formação ou insegurança do médico 13,56% (Tabela 13.a).

4.h. Espiritualidade

Tabela 14. Espiritualidade

Espiritualidade: "Essas questões dizem respeito apenas ao doente e familiares	*n (%)*
Discordo Totalmente	68(30,49)
Discordo	97(43,50)
Não concordo Nem discord	31(13,90)
Concordo	23(10,31)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	3(1,35)

Espiritualidade: "O MF deve preocupar-se apenas com os aspectos clínicos	*n (%)*
Discordo Totalmente	105(47,09)
Discordo	106(47,53)
Não concordo Nem discord	7(3,14)
Concordo	3(1,35)
Concordo Totalmente	1(0,45)
NR / missing	1(0,45)

Ante a questão da espiritualidade dizer respeito apenas ao doente e familiares, os respondentes discordam totalmente 30,49%, discordam 43,50%, não concordam nem discordam 13,90% e concordam 10,31%. Inquiridos se os médicos de família devem preocupar-se apenas com os aspectos clínicos, discordam totalmente 47,09%, discordam 47,53%, não concordam nem discordam 3,14% e concordam 1,35% (Tabela 14).

4.i. Fase terminal

Tabela 15, Fase terminal

Evito falar de morte ao doente em fase terminal	*n (%)*
Discordo Totalmente	47(21,08)
Discordo	122(54,71)
Não concordo Nem discordo	33(14,80)
Concordo	19(8,52)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	2(0,90)
Mudo de assunto se o doente em fase terminal abordar a questão da morte,"	*n (%)*
Discordo Totalmente	87(39,01)
Discordo	121(54,26)
Não concordo Nem discordo	12(5,38)
Concordo	2(0,90)
Concordo Totalmente	0(0,00)
NR / missing	1(0,45)
Más notícias: Como se sente quando um doente em fase terminal lhe fala de morte?	n (%)
Muito desconfortável	4(1,79)
Desconfortável	83(37,22)
Nem confortável, nem desconfortável	79(35,43)
Confortável	53(23,77)
Muito confortável	3(1,35)
NR / missing	1(0,45)
Más notícias: Como se sente quando a família dum doente em fase terminal lhe fala de morte?	n (%)
Muito desconfortável	2(0,90)
Desconfortável	61(27,35)
Nem confortável, nem desconfortável	89(39,91)
Confortável	68(30,49)
Muito confortável	2(0,90)
NR / missing	1(0,45)

Perante um doente em fase terminal, 21,08% dos respondentes discordam totalmente, 54,71% discordam, 14,80% não concordam nem discordam e 8,52% concordam em evitar falar de morte ao doente em fase terminal. Ademais 39,01% discordam totalmente, 54,26% discordam em mudar de assunto se o doente em fase terminal abordar a questão da morte. Quando um doente em fase terminal fala de morte,

37,22% sentem-se desconfortáveis, 35,43% nem confortável nem desconfortável e 23,77% sentem-se confortáveis. Se a questão da morte for posta pela família na fase terminal do doente, 27,35% sentem-se desconfortáveis, 39,91% nem confortável nem desconfortável e 30,49% sentem-se confortáveis (Tabela 15).

4.j. Más notícias

Tabela 16. Más notícias

Más notícias: Sinto-me preparado para transmitir más notícias.	*n (%)*
Em Nenhum caso	4(1,79)
Em raros casos	28(12,56)
Em metade dos casos	71(31,84)
Em quase todos os casos	109(48,88)
Em todos os casos	10(4,48)
NR / missing	1(0,45)
Más notícias: Como se sente a transmitir más notícias ao doente?	***n (%)***
Muito desconfortável	11(4,93)
Desconfortável	105(47,09)
Nem confortável, nem desconfortável	59(26,46)
Confortável	45(20,18)
Muito confortável	1(0,45)
NR / missing	2(0,90)
Más notícias: Como se sente a transmitir más notícias aos familiares do doente?	***n (%)***
Muito desconfortável	12(5,38)
Desconfortável	102(45,74)
Nem confortável, nem desconfortável	59(26,46)
Confortável	46(20,63)
Muito confortável	1(0,45)
NR / missing	3(1,35)

Os MF sentem-se preparados para transmitir más notícias, 12,56% em raros casos, 31,84% em metade dos casos, 48,88% em quase todos os casos e 4,48% em todos os casos. Entretanto, ao transmitir más notícias ao doente, 47,09% sentem-se desconfortáveis, 26,46% nem confortáveis nem desconfortáveis e 20,18% confortáveis. Quando a transmissão de más notícias se dirige aos familiares, 45,74% sentem-se desconfortáveis, 26,46% nem confortáveis nem desconfortáveis e 20,63% sentem-se confortáveis (Tabela 16).

4.k. Pacto de silêncio

Tabela 17. Pacto de silêncio

Deve fazer o pacto de silêncio com a família caso a notícia seja demasiado negativa para o doente.	*n (%)*
Em Nenhum caso	106(47,53)
Em raros casos	104(46,64)
Em metade dos casos	5(2,24)
Em quase todos os casos	5(2,24)
Em todos os casos	0(0,00)
NR / missing	3(1,35)
Devem ser omitidas informações que provoquem sofrimento ao doente.	***n (%)***
Em Nenhum caso	32(14,35)
Em raros casos	150(67,26)
Em metade dos casos	18(8,07)
Em quase todos os casos	17(7,62)
Em todos os casos	2(0,90)
NR / missing	4(1,79)
Devem ser omitidas informações que provoquem sofrimento aos familiares.	***n (%)***
Em Nenhum caso	45(20,18)
Em raros casos	149(66,82)
Em metade dos casos	21(9,42)
Em quase todos os casos	3(1,35)
Em todos os casos	0(0,00)
NR / missing	5(2,24)

Questionados se devem fazer o pacto de silêncio com a família caso a notícia seja demasiado negativa para o doente, responderam 47,53% que em nenhum caso, 46,64% em raros casos e 2,24% em metade ou em quase todos os casos. Inquiridos se devem ser omitidas informações que provoquem sofrimento ao doente, os MF entendem que, em nenhum caso 14,35%, em raros casos 67,26%, em metade dos casos 8,07% e em quase todos os casos 7,62%. À mesma questão, posta relativamente aos familiares. responderam que em nenhum caso 20,18%, em raros casos 66,82% e em quase todos os casos 9,42% (Tabela 17).

Discussão

O estudo tem como finalidade a sensibilização dos MF relativamente aos cuidados paliativos, daí o iniciar-se pela caracterização do nível de formação que os médicos de família têm em cuidados paliativos, pela identificação das necessidades formativas, seguindo-se a avaliação da frequência das ações paliativas realizadas pelos médicos de MGF e o grau de confiança com que as realizam. Há um predomínio feminino entre os respondentes, o que está em linha com a predominância registada no computo geral dos médicos de família inscritos na Ordem dos médicos, em que 63,65% também o são [30]. Nesta amostra, 64.57% são sócios da APMGF, associação que tem inscritos 51,29% dos médicos de família[31].

Cerca de três quartos dos inquiridos têm formação em CP, obtida sobretudo nas ARS e no internato da especialidade. Fazem de si próprios uma autoavaliação de conhecimentos em cuidados paliativos, entre suficiente 34,98%, boa 23,32% ou muito boa 10,76%, a que se agregam mais dois casos excelentes 0,90%. As respostas obtidas do inquérito, dão consistência a essa autoavaliação. Efetivamente os MF assumem que os CP são serviços destinados a quem quer que deles necessite, independentemente da idade e de patologias oncológicas ou não oncológicas. A dor que o doente sente, não é desvalorizada pelos MF e sentem-se à vontade no seu controlo com opióides. A obstinação terapêutica é reconhecida por cerca de três quartos dos inquiridos e os demais assumem uma posição neutral. Os MF assumem claramente que o doente em fim de vida necessita de conforto, de alívio do sofrimento e não de procedimentos técnico invasivos. Estes resultados contrastam com os obtidos num estudo desenvolvido no Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, em que, numa amostra de 80 médicos de família e internos da especialidade, dum universo de 219 médicos, há 72,50% sem qualquer formação específica e mais de metade qualifica a sua formação como suficiente ou insuficiente[36]. Em relação aos MF a prestar cuidados paliativos no Reino Unido, alguns autores de um estudo qualitativo de revisão de artigos publicados entre 2008 e 2022 contemplando 791 médicos de família e formadores de medicina familiar, concluíram, de entre outras, sem quantificar, que além da falta de comunicação entre equipas multidisciplinares, alguns MF não tinham formação suficiente em cuidados paliativos, expressaram falta de confiança na prestação de cuidados paliativos, o que, na sua opinião, resultou numa maior dependência de equipas especializadas, em internamentos hospitalares desnecessários e num fraco controlo dos sintomas[37]. Num inquérito levado a cabo na Finlândia, 45 médicos

com formação em CP, 11 dos quais médicos de família, de acordo com a sua autoavaliação, referiram que tinham adquirido competências suficientes para trabalhar como consultores paliativos, mas referem que há uma falta de formação multidisciplinar e uma necessidade óbvia de modernizar os métodos pedagógicos de ensino[38].

Assinalam-se, no entanto, algumas controvérsias. Os inquiridos assumem que o doente agónico não deve ser referenciado ao hospital e privilegiam o domicílio como sendo o melhor local mais adequado para morrer. Porém, cerca de um terço, cedem à pressão familiar, acabando por enviar o doente à urgência e um quarto hesitam, optando por um posicionamento neutral, nem sim nem não. Num estudo canadiano, muitos internos de medicina familiar, também se sentiram obrigados a encaminhar seus pacientes terminais para programas especializados de cuidados paliativos, que eram percebidos como proporcionando melhores cuidados devido a mais experiência, a infraestruturas e recursos apropriados[39]. O reconhecimento destas causas profundas serviu para destacar oportunidades de melhoria na educação em cuidados paliativo[39]. Nas questões de espiritualidade os MF, na sua maioria partilham-nas com os doentes e familiares ou cuidadores. No entanto, no momento da decisão terapêutica para o controlo da dor que o doente sente, esta questão perde relevância para metade dos inquiridos. A abordagem da morte junto do doente em fase terminal, não é evitada nem trocada de assunto pelos profissionais, mas gera desconforto quando a iniciativa é do próprio doente ou dos familiares e cuidadores.

Os MF atribuem muita importância à formação em CP. Mais de metade expressam a necessidade de formação sobretudo com a inclusão de Estágios Clínicos. A necessidade da componente prática em CP é semelhante à expressa pelos internos de especialidade em MF do Canadá[39]. É sabido que a reduzida prática durante a formação dos MF pode perpetuar a incerteza sobre o papel dos médicos de família nos cuidados paliativos[39].

A maioria dos MF respondentes, sugere a inclusão de uma disciplina de CP no curriculum médico, na Pré-Graduação. Ainda assim, um terço prefere-a durante o Internato da Especialidade. Estes aspetos formativos vão de encontro às propostas do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) para o biénio 2021-2022 que no nível 2 define como sendo importante contemplar aos profissionais de saúde, a frequência de estágios de cuidados paliativos e no nível 3 prevê a elaboração de programas de formação contínua e diferenciada, dirigidos às necessidades específicas de cada grupo profissional. Conforme um trabalho israelita, relativo aos

internos da especialidade de MGF, refere que no internato, além de habilitações clínicas, devem abordar as barreiras comuns na prestação de cuidados de fim de vida e uma boa maneira de conseguir esse tipo de formação é incorporar experiência clínica obrigatória como parte do programa de formação[40].

Cerca metade dos locais de trabalho dispõem de um núcleo ou de uma unidade funcional de CP o que está de acordo com o número de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos / Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP/EDSCP) distribuídos pelas cinco ARS. Os MF, na sua maioria, acautelam um ambiente adequado para transmitir as más notícias. O pacto de silêncio divide os profissionais. Cerca de metade não o admitem em nenhum caso e cerca de outra metade toleram em casos raros. Na fase do luto, os profissionais não cessam os CP nem descartam os familiares, para outras áreas como a assistência social ou a psicologia. É até frequente abordar-se a questão do luto com os cuidadores e familiares e fazem-no mais de duas vezes por ano, mas sentem-se desconfortáveis na comunicação. É um sentimento semelhante ao expresso pelos MF do Canadá – "Com as competências e conhecimentos que possuo, provavelmente diria que não me sinto confortável neste momento em cuidar de pacientes paliativos"[39]. Acresce a isso que as ações de sensibilização acerca de doentes paliativos nunca se realizaram em mais de um terço dos locais de trabalho. Lá onde estas iniciativas tiveram lugar, ocorreram em menos de uma vez por ano. Também no Reino Unido os MF enfrentam situações semelhantes com aumento crescentes de necessidades de CP. Constatam que existe uma ausência de literatura sintetizada que aborde esta área e é sugerida discussão regular sobre casos paliativos em equipas multidisciplinares, incluindo um melhor acesso a equipas paliativas especializadas, quando necessário, gerando assim um ambiente geral de apoio aos MF[37]. A experiência canadiana evidencia que poucos médicos de família prestam cuidados paliativos e visitas domiciliárias a pacientes terminais e a Pesquisa Nacional de Médicos de 2010 revelou que essas visitas domiciliárias eram em média praticadas por 42,4% dos médicos de família, sendo que esta taxa era menor entre os médicos de família mais jovens[39].

Lembremos que o fator tempo é um elemento fundamental nos CP. Tempo para ouvir o doente acerca das suas preocupações físicas, sociais, psicológicas e espirituais e tempo para ouvir os familiares e cuidadores acerca das suas angústias, ansiedades, perspetivas e outras, em torno do doente paliativo, que se agravam nas fases terminal, agonia e morte.

O tempo disponível de15 a 20 minutos por consulta, associado à dimensão das listas de utentes por MF e a indicadores predominantemente quantitativos, são, no seu conjunto, uma componente limitadora no desenvolvimento de ações palaitivas já identificadas mais acima[20, 35, 39]. Parece assim incomportável para o MF se tiver listas muito numerosas.

O nível de respostas obtidas do inquérito, demonstram confiança e solidez dos MF habilitados no controlo da dor com ou sem opióides, nas situações de fim de vida, na agonia, na obstinação terapêutica e na gestão de questões de espiritualidade, morte e luto. No Reino Unido os MF expressaram falta de confiança na prestação de cuidados paliativos, o que, na sua opinião, resultou numa maior dependência de equipas especializadas, internamentos hospitalares desnecessários e mau controlo dos sintomas[37]. Os respondentes expressam a necessidade de mais formação em CP, entre alguma 39,01% e muita 52,47%, sendo que as áreas em que sentem mais necessidade formativas dizem respeito a estágios em CP, formação teórica e casos clínicos. Os MF do Reino Unido identificaram as seguintes áreas específicas de maior dificuldade: - dosagem de medicamentos e sintomas complexos[37].

A controvérsia resulta do facto de que metade dos ACES dispõem de um núcleo ou unidade funcional de CP – ECSCP/EDSCP cerca de três quartos dos inquiridos possuem formação em CP e no entanto, escasseiam as ações paliativas. Serão questões estruturais, questões de gestão dos recursos humanos ou as barreiras que condicionam os MF como a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo para implementar cuidados paliativos, a falta de normas de orientação clínica, que estão a impedir o maior desenvolvimento e participação dos MF em ações paliativas? A resposta a esta questão poderá contribuir para a melhor acomodação dos CP nos CSP. Esta acomodação não se deve traduzir numa sobrecarga adicional de trabalho para o mesmo número de médicos de família. As atuais listas de 1700 a 1900 utentes por médico de família, não serão excessivas para uma gestão capaz da saúde infantil, da saúde da mulher, da saúde do adulto, visitas domiciliárias, gestão e controlo da hipertensão, da diabetes e respostas aos serviços de atendimento de urgência dos ACES pelos mesmos médicos? Para responder à crescente e progressiva demanda de necessidades paliativas nas comunidades, será necessário encarar-se a possibilidade de médicos de família dedicados a tempo inteiro aos cuidados paliativos? Apesar dos avanços significativos já registados, atento às formações em cuidados paliativos a diversos níveis, a existência de núcleos ou unidades funcionais de cuidados paliativos em pelo menos metade dos locais de trabalho, há ainda um longo caminho a

percorrer-se para a melhor acomodação dos CP nos CSP. A forma e o modo dessa agregação constituem um claro desafio à reflexão.

Limitações do estudo

A distribuição do questionário foi feita através da APMGF o que se traduziu no facto de dois terços dos respondentes serem sócios da referida associação. Apesar dessa distribuição ter tido abrangência nacional, não se registou qualquer resposta identificada como originária da Região Autónoma da Madeira.

Conclusões

Os MF atribuem muita importância aos cuidados paliativos e à formação nessa área. Porém, um quarto dos participantes não tem qualquer formação em cuidados paliativos. Os restantes médicos de família obtiveram formação no Internato da Especialidade, na Administração Regional da Saúde, no Mestrado ou cursos pré e pós-graduados. Fazem a sua autoavaliação entre o suficiente e o bom ou muito bom. A maioria dos participantes manifestou necessidade de formação sobretudo com uma componente prática no âmbito de estágios.

As experiências em ações paliativas nos últimos doze meses foram nulas ou muito poucas, por parte dos inquiridos. Num terço dos locais de trabalho nunca se realizaram quaisquer ações de sensibilização acerca de doentes paliativos e em metade desses locais foram realizadas entre menos de uma a duas vezes por ano. A abordagem do luto com os familiares e cuidadores é a ação que regista o maior número de ocorrências, entre uma a três vezes por ano, em cerca de dois terços dos locais de trabalho. A comunicação de más notícias quer aos doentes quer aos familiares, exceto em casos raros, não são omitidas pelos MF e o mesmo acontece com o pacto de silêncio que é rejeitado por quase todos os inquiridos. Na sua maioria, os médicos de família preparam um local adequado para transmitir as más notícias, mas pouco mais de metade é que se sente preparada para as transmitir, e ainda assim, sentem-se desconfortáveis ao fazê-lo. Se a grande maioria dos

inquiridos assume a não referenciação do doente agónico à urgência do hospital, cerca de um terço admitem fazê-lo para evitar conflitos com os familiares.

Os MF demonstram possuírem conhecimentos básicos em CP. As infraestruturas e os recursos como unidades funcionais e MF com formação em CP, estão implementadas em cerca de metade dos locais de trabalho. É importante que os MF se sintam confortáveis na prestação de cuidados paliativos, não devendo isso significar mais trabalho para os mesmos, nem aumento do número de utentes por lista.

Referências bibliográficas

1 WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva, Switzerland. WHO. 2018 [Internet 2022]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care

2 Nazareth JM. O envelhecimento demográfico: A progressiva maturação da complexidade. In: SPGG, editor. A geriatria e gerontologia no século XXI: da clínica à integração, participação e cuidados globais às pessoas idosas . Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia; 2019. p.68-77

3 WHO. Palliative care. WHO [Internet] 2020 [Cited 2023 jan12]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

4 Romão A. O médico de família e os cuidados paliativos na criança [Internet].2015 [citado 2022 outu 12]. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/29658

5 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2017-2018 [Internet]. 2022 [Citado 2020 set 23]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP_2017-2018-1.pdf

6 Barbosa A, Pina P, Tavares F, Neto I. et al. Manual de cuidados paliativos. 3ª Ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016.

7 Harney M. The role of the general practitioner in palliative care: a review. Malta Medical School Gazette.2020; 04 (01): 83-95.

8 Duarte S.(2018). Cuidados Paliativos e a Medicina Geral e Familiar. Jornal o Médico [internet].2018 [citado 2022 jun 06]:Disponível em: https://www.jornalmedico.pt/opiniao/36404-cuidados-paliativos-e-a-medicina-geral-e-familiar.html

9 Istituto Nacional de Estatística. INE. Portugal [Internet].2022[Citado 2023 FEV 16]. Acessível https://www.ine.pt

10 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022 [Internet]. 2021 [Citado em 2022 out 08]: Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

11 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Relatório de implementação do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio 2017-2018

12 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2019-2020 [Internet]. 2019 [citado em 2022 out 08]: Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf

13 Ordem dos Médicos. População de Portugal é a que mais está a envelhecer na UE [Internet].2023. [Citado 2023 Fev 24]: Disponível em: https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/populacao-de-portugal-e-a-que-mais-esta-a-envelhecer-na-ue

14 Lacerda A. Gomes B. Investigação revela elevada necessidade de cuidados paliativos em Portugal, tanto para adultos como para crianças [Internet]**.** 2018 [Citado em 2020 jul 16]: Disponível em: http://noticias.uc.pt/universo-uc/investigacao-revela-elevada-necessidade-de-cuidados-paliativos-em-portugal-tanto-para-adultos-como-para-criancas/

15 Lacerda A. Gomes B. Trends in cause and place of death for children in Portugal – a European country with no Paediatric palliative care during 1987–2011: a population-based study. BMC Pediatrics.2017; 17: 215

16 Gomes B, Sarmento V, Ferreira P, Higginson I. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(4):327-334

17 Gomes B, Brito M, Batista S, Sapeta P, Simões C, Gomes C, Antunes I. Observatório Português de Cuidados Paliativos [Internet].2017. [Citado 30 Dez 2022]. Disponível em: https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320#

18 Fereira R, Capelas M. Morrer no domicílio:fatores associados à satisfação da preferência do doente. Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar. 2021;37:90-8

19 Varela T. O muito que falta aos doentes com necessidades paliativas em Portugal: discussão depois de um estágio internacional. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar 2023; 39: 79-83.

20 Gouveia MF, Pina R. Atuação do Médico de Família e os Cuidados Paliativos: O método do ACERTAR. Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar.2023; 39:84-90.

21 Schacht E. Dias E. Cunha F. Gonçalves J. Rodrigues A. Costa L. Silva P. Peixoto Z. et Al. Comunicação nos cuidados paliativos: passos para uma maior humanização e literacia em saúde da pessoa em fim de vida e do seu cuidador. In Centro Hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde, editor. Literacia em Saúde e Capacitação dos Profissionais Exemplos de Boas Práticas no centro hospitalar póvoa de varzim vila do conde. Póvoa de Varzim: Gabinete de Comunicação e Imagem. 2021: Vol.1, p.130-148

22 Marques A, Gonçalves E, Salazar H, Isabel N, Capelas M, Tavares M, et Al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care [Internet]. Outubro 2009 [Citado 2022 Set 29]. Disponível em: https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/aca7e0ed-79fd-440d-931d-a35338879714.pdf

23 Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos APCP [Internet].2023 [Citado 2023 Jan 6]. Disponível em https://apcp.com.pt/

24 Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa: Programa Nacional de Cuidados Paliativos[Internet]. 2004 [citado 2020 jun 8]. Disponível em: https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/3969ee16-30fc-42ff-b4aa-6368d31156f1.pdf

25 Assembleia da República. Decreto-Lei nº 35/2012, de 15 de Fevereiro de 2012 Institui a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos CNCP. Diário da República. 2012.

26 Assembleia da República. Lei n.º52/2012, de 5 de Setembro: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que cria a RNCP. Diário da República. 2012.

27 Ministério da Saúde. Despacho nº 7824/2016, de 15 de Junho de 2016: Nomeia os membros do CNCP, a quem compete a elaboração do planos membros do CNCP, a quem compete a elaboração do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos PEDCP. Diário da República. 2016.

28 Ministério da Saúde. Despacho nº 14311 A/2016, de 28 de Novembro de 2016: Aprova o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos PEDCP, para o biénio 2017-2018; Preconiza o desenvolvimento da RNCP, integrada nos três níveis do SNS: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados; Destaca a formação em Cuidados Paliativos de todos os profissionais da saúde a nível pré e pós graduado. Diário da República. 2016.

29 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Relatório de implementação do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio 2019-2020.

30 Ordem dos Médicos. Estatísticas Nacionais [Internet].2021 [Citado 2022 Jan 19]. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/estatisticas-nacionais.

31 Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. APMGF [Internet].2023 [Citado 2023 Fev 15]. Disponível em:https://apmgf.pt/

32 Aguiar, H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários – o desafio para o século XXI. Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar.2012; 28:442-7.

33 Governo Regional dos Açores. Decreto Legislativo Regional nº 28/99/A. Dário da República nº 177/1999, Série I-A. 1999 Jul 31.

34 Serviço de Saude da Região Autónoma da Madeira. Centros de Saúde [Internet]. [Citado 2023 Jan 3]. Disponível em: https://www.sesaram.pt/portal/utente/diretorio-de-servicos/centros-de-saude

35 European Association for Palliative Care. Guia prático de apoio ao desenvolvimento dos cuidados paliativos em cuidados de saúde primários [Internet]. 2019 [Citado 2023 Fev 8]: Disponível em: https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/primary-care/

36 Runa D. Cuidados Paliativos: Avaliação do conhecimento dos Médicos de Família. Universidade de Lisboa. 2019 [Internet 2022]. Universidade de Lisboa; 2019. Disponível em: http://hdl.handle.net/10451/47413

37 Jones R, Dale J, MacArtney J. Challenges experienced by GPs when providing palliative care in the UK: a systematic qualitative literature review. BJGP Open. 2023 Jun 27;7(2):BJGPO.2022.0159. doi: 10.3399/BJGPO.2022.0159. PMID: 36849167; PMCID: PMC10354391

38 Vanhanen A, Niemi-Murola L, Pöyhiä R. Twelve Years of Postgraduate Palliative Medicine Training in Finland: How International Guidelines Are Implemented. 2021[Internet] Palliat Med Rep. 2021 Sep 17;2(1):242-249. doi: 10.1089/pmr.2021.0020. PMID: 34927148; PMCID: PMC8675218.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675218/

39 Mahtani R, Kurahashi A, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? Can Fam Physician [Internet]. 2015 Dec; [Citado 2022 Out15]; 61(12) e577–e582. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677961/

40 Singer Y, Carmel S. Teaching end-of-life care to family medicine residents–what do they learn? Medical Teacher [Internet]. 2009 [Citado 2023 Fev 15]. 31:2, e47-e50, DOI: 10.1080/01421590802331420.
Disponível em https://doi.org/10.1080/01421590802331420

Anexos

Anexo I

Aprovação do Projecto

LISBOA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA LISBOA

Exmo. Senhor
Dr. Miguel David Natal
Rua João Martins Bandeira - Nº 3; 1º Esq.
2840-372 Arrentela

N/Refª: IFA-M/2019 Data: 29/05/2019

Assunto: Aprovação do projeto de dissertação.

Cumpre-nos informar que o Conselho Científico da FMUL na reunião de 21 de Maio de 2019, com base na apreciação positiva da Comissão Cientifica do Mestrado e da Comissão de Acompanhamento de Avaliação dos Mestrados, aprovou o registo do tema e a modalidade do trabalho final intitulado "A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos: Acções Paliativas e formação em CP" sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa, no âmbito do curso de mestrado em Cuidados Paliativos.

Mais se informa em conformidade com o n.º 1 do art.º 29.º do regulamento geral para ciclos de estudos de 2.º ciclo, disponível em http://www.medicina.ulisboa.pt/wp-content/uploads/RegulamentoGeral-2.%C2%BACiclo.pdf, que após a aprovação do registo do tema e a modalidade do trabalho final em conselho científico tem 12 meses para realizar o trabalho e solicitar o pedido de admissão a provas.

Recordo a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Anexo II

QUESTIONÁRIO

Caro Colega

Miguel David Natal, médico de Medicina Geral e Familiar, a frequentar o Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pretende realizar um estudo sobre a temática: -- "A Medicina Geral e Familiar Face aos Cuidados Paliativos. Ações Paliativas e Formação em CP".

O envelhecimento geral da população, associado à melhoria das condições e de acesso à saúde, aumentam a probabilidade de os médicos de família terem de lidar com um maior número de utentes, a necessitarem de cuidados paliativos. Questões como a comunicação, cuidadores, dor e sofrimento humano, situações de agonia, obstinação terapêutica e outras, serão cada vez mais frequentes no quotidiano da Medicina Geral e Familiar -- MGF.

É neste contexto que nos lançámos ao desafio de contribuir para a auscultação dos colegas de MGF, face à temática de Cuidados Paliativos. A Medicina Geral e Familiar deve enfrentar a problemática relativa aos Cuidados Paliativos? Deve ignorar essa questão? Eis algumas dúvidas. Eventualmente, muitas outras surgirão depois deste trabalho, que merecerão a atenção dos colegas de MGF.

Contado com a autorização das Comissões de Ética da ARS Norte, da ARS LVT e a prestimosa ajuda da APMGF / Departamento de Investigação, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário anónimo, pois é fundamental para a realização do estudo em causa.

Serão mantidos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. Trata-se de um trabalho de investigação no âmbito do mestrado em cuidados paliativos, mas cujos resultados pretender-se-á publicar em revista científica com revisão por pares. No contexto dos princípios da Ciência Aberta, os dados obtidos serão tornados disponíveis, de forma anónima, juntamente com o formulário do questionário.

Ao preencher o questionário dá o seu consentimento informal. Não querendo, pode anular as suas respostas.

Com os melhores cumprimentos

Miguel Natal

QUESTIONÁRIO CUIDADOS PALIATIVOS E MGF

1 **– IDADE _____**

2 – SEXO – Masc ❒ – Fem ❒– Outro ❒;

3 **– GRAU DE FORMAÇÃO:** Licenciatura ❒; Mestrado ❒; Doutoramento ❒

4 – **CATEGORIA PROFISSIONAL**: Interno de MGF ❒; MGF ❒; Consultor ❒; Assistente graduado ❒; Sénior ❒ ; Chefe de Serviço ❒

5 – **REGIÃO onde EXERCE** ; Norte ❒ ; Centro ❒ ; Lisboa e Vale do Tejo ❒ ; Alentejo ❒; Algarve ❒; Regiões Autónomas ❒

6 – **Se Interno de MGF em que ano está** _____

7 **– Desde há quanto tempo exerce a especialidade de MGF**? _____

8 – **É Sócio da APMGF** – SIM ❒ – NÃO ❒;

Por favor, assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala:

1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo Nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente.

OS CUIDADOS PALIATIVOS SÃO SERVIÇOS DESTINADOS						
9	Apenas a doentes oncológicos.	1	2	3	4	5
10	Apenas a idosos.	1	2	3	4	5
11	A qualquer doente, independentemente da idade.	1	2	3	4	5

QUANDO PRESCREVO ANALGÉSICOS LEVO EM CONTA						
12	Preocupações psicológicas do doente.	1	2	3	4	5
13	Preocupações espirituais do doente.	1	2	3	4	5
14	Preocupações sociais do doente.	1	2	3	4	5
15	As preocupações acima definidas não são questões que devam preocupar o Médico de família.	1	2	3	4	5
16	A dor, num doente paliativo não deve ser muito valorizada, pois trata-se apenas de uma forma de chamada de atenção ou apelo à presença de profissionais.	1	2	3	4	5

OPIÓIDES						
17	Sinto-me à vontade para usar opióides no controlo da dor em doentes paliativos.	1	2	3	4	5
18	Uso os opióides apenas na dor oncológica.	1	2	3	4	5
19	O uso prolongado de opióides causa adição.	1	2	3	4	5
20	Evito usar opióides devido à depressão dos centros respiratórios.	1	2	3	4	5
21	Os opióides encurtam o tempo de sobrevivência do doente.	1	2	3	4	5

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala:

1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo Nem discordo;
4- Concordo; 5- Concordo Totalmente.

UM DOENTE EM FIM DE VIDA É UM DOENTE						
22	Em morte iminente.	1	2	3	4	5
23	A necessitar conforto e alívio do sofrimento.	1	2	3	4	5
24	A necessitar procedimento técnico invasivo.	1	2	3	4	5

DOENTE AGÓNICO						
25	Quando chamado ao domicílio de um utente em fase de agonia, deve-se enviar de imediato ao serviço de urgência.	1	2	3	4	5

SE ENVIAR O DOENTE AGÓNICO PARA A URGÊNCIA, DEVE-SE						
26	Esperança de reversão do quadro clínico.	1	2	3	4	5
27	Evitar conflitos com a família.	1	2	3	4	5
28	Por considerar que a morte não deve ocorrer em casa.	1	2	3	4	5
29	Por achar que o hospital é o melhor local para morrer.	1	2	3	4	5
30	Evitar quaisquer responsabilidades legais.	1	2	3	4	5
31	Outro motivo.	1	2	3	4	5

32	Se respondeu Outro motivo, diga qual? _

QUESTÕES DE ESPIRITUALIDADE						
33	Essas questões dizem respeito apenas ao doente e aos familiares.	1	2	3	4	5
34	O Médico de Família deve preocupar-se apenas com os aspectos clínicos do doente em cuidados paliativos.	1	2	3	4	5

SITUAÇÕES DE MORTE						
35	Quando não há a mínima esperança de cura, alguns procedimentos obrigatórios em doentes curáveis, aplicados de igual modo em fase terminal podem traduzir obstinação.	1	2	3	4	5
36	Evito falar de morte ao doente em fase terminal.	1	2	3	4	5
37	Mudo de assunto se o doente em fase terminal abordar a questão da morte.	1	2	3	4	5
38	Após a morte do doente, cessam os cuidados paliativos, por parte da MGF.	1	2	3	4	5
39	A família e os cuidadores na fase do luto, devem transitar da MGF para outras áreas (por exemplo – assistência social ou psicologia).	1	2	3	4	5

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala: ***1- Muito desconfortável; 2- Desconfortável 3- Nem confortável, nem desconfortável; 4- Confortável; 5- Muito confortável***

MÁS NOTÍCIAS						
40	Como se sente a transmitir más notícias ao doente?	1	2	3	4	5
41	Como se sente a transmitir más notícias aos familiares do doente?	1	2	3	4	5
42	Como se sente quando um doente em fase terminal lhe fala de morte?	1	2	3	4	5
43	Como se sente quando a família dum doente em fase terminal lhe fala de morte?	1	2	3	4	5
44	Como se sente em comunicar com o cuidador e com a família, na fase do luto?	1	2	3	4	5

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala: ***1 – Em Nenhum caso; 2 – Em raros casos; 3 - Em metade dos casos, 4 – Em quase todos os casos; 5 – Em todos os casos***

MÁS NOTÍCIAS						
45	Sinto-me preparado para transmitir más notícias.	1	2	3	4	5
46	Costumo arranjar um ambiente adequado quando transmito más notícias.	1	2	3	4	5
47	Devem ser omitidas informações que provoquem sofrimento no doente.	1	2	3	4	5
48	Devem ser omitidas informações que provoquem sofrimento nos familiares.	1	2	3	4	5
49	Deve-se fazer um pacto de silêncio com a família caso a notícia seja demasiado negativa para o doente.	1	2	3	4	5
50	Sempre que posso evito transmitir uma má notícia ao doente	1	2	3	4	5
51	Sempre que posso evito transmitir uma má notícia aos familiares.	1	2	3	4	5
52	Sempre que posso evito comunicar com o cuidador e com a família, na fase do luto.	1	2	3	4	5

Por favor, assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala:

1-Nunca; 2 – Menos de uma vez por Ano; 3 - Uma a duas vezes por Ano; 4-Duas a três vezes por Ano; 5 - Mais de três vezes por Ano

NO MEU LOCAL DE TRABALHO						
53	No meu local de trabalho é frequente falar-se sobre o luto com os cuidadores e familiares.	1	2	3	4	5
54	Já foram feitas acções de sensibilização acerca da questão de doentes paliativos.	1	2	3	4	5

Por favor assinale com um "X" o ❒ que se adequa à sua resposta.

NO MEU LOCAL DE TRABALHO		
55	Há colegas com formação básica em cuidados paliativos (cursos de sensibilização).	Não ❒ Sim ❒ Desconheço ❒
56	Há colegas com formação intermédia em cuidados paliativos (cursos de Pós Graduação).	Não ❒ Sim ❒ Desconheço ❒
57	Há colegas com formação avançada em cuidados paliativos (Mestrado e/ou Doutoramento).	Não ❒ Sim ❒ Desconheço ❒
58	Há um núcleo ou unidade funcional para Cuidados Paliativos.	Não ❒ Sim ❒ Desconheço ❒

TEM FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS ?	
59	- NÃO ❒
60	- SIM E OBTIDA (**pode assinalar uma ou várias**) A) ❒ - Na Pré Graduação B) ❒ - No Internato da especialidade de MGF C) ❒ - Curso de Pós-Graduação D)❒ - Numa Formação da ARS E) ❒ - No Mestrado F) ❒ - No Doutoramento G) ❒ - Noutras Formações – workshop, jornadas ou congressos

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala: ***1- Nenhuma; 2- Muito pouca; 3- Nem sim nem não; 4- Alguma; 5- Muita***

61	Que grau de importância atribuiu à(s) formação (ou formações)	1	2	3	4	5

COMO AVALIA O SEU NÍVEL DE CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	
62	A) ❒ - Insuficiente B) ❒ - Suficiente C) ❒ - Bom D) ❒- Muito Bom E) ❒ - Excelente

INCLUIRIA os CUIDADOS PALIATIVOS no currículo, como disciplina?	
63	- NÃO ❒
64	- SIM (**pode assinalar uma ou várias**) A) ❒ - Na Pré Graduação B) ❒ - No Internato da especialidade de MGF C) ❒ - Curso de Pós-Graduação D) ❒- Numa Formação da ARS E) ❒ - Noutras Formações – workshop, jornadas ou congressos

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala: ***1- Nenhuma; 2- Muito pouca; 4- Alguma; 5- Muita***

Qual a sua experiência em acções paliativas						
65	Nos últimos 12 meses	1	2	3	4	5
66	Nos últimos 6 meses	1	2	3	4	5
67	Nos últimos 3 meses	1	2	3	4	5

Por favor assinale com um "Círculo" a opção que melhor reflecte a sua opinião a partir da seguinte escala: ***1- Não; 2- Muito pouca; 3- Nem sim nem não; 4- Alguma; 5- Muita***

68	Atribui importância aos Cuidados Paliativos?	1	2	3	4	5
69	Os Médicos de MGF devem ter preocupações de Cuidados Paliativos?	1	2	3	4	5
70	Sente necessidade de formação em Cuidados Paliativos?	1	2	3	4	5

Se, na questão anterior (Nº 70), respondeu 4 ou 5, assinale os assuntos em que sentiu mais necessidade (pode assinalar uma ou várias)	
71	A) ❒ - Casos Clínicos B) ❒ - Estágios em Cuidados Paliativos C) ❒ - Formação Teórica D) ❒ - Outras

72 – Se, na questão anterior, respondeu Outras diga quais (pode indicar uma ou várias)

Muito Obrigado

Anexo III

Parecer da Comissão de Ética _ ARS NORTE

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | 40 ANOS | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019 | ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

☐	☐	☒	DATA: **2022-02-10**
COMUNICAÇÃO	INFORMAÇÃO	PARECER	REFERÊNCIA: **CE/2022/34**

PARA .....: CONSELHO DIRETIVO

DE .....: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ..: **PI 20220005 - A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos: Acções Paliativas e formação em CP**

EXARADO NA ATA Nº 2022_10
REUNIÃO DE 2022-03-03

DELIBERADO AUTORIZAR
2022-03-03

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Cas

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

A - Apresentação do pedido de apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (CESARSN) recebeu no dia 24/01/2022, o pedido de parecer sobre a proposta : **"A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos: Ações Paliativas e formação em CP"** da autoria do investigador Miguel David Natal, Médico, assistente graduado de Medicina geral e Familiar, a exercer funções na ARSLVT, no âmbito da dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, sob a orientação Prof. Doutor. Miguel Barbosa. A nível geral, o presente estudo visa contribuir para uma maior sensibilização dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), relativamente aos cuidados paliativos, a fim de proporcionarem melhor qualidade aos potenciais utentes das suas listas, aos familiares e aos cuidadores.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Este estudo tem como objetivos avaliar o tipo e a frequência de ações paliativas realizadas pelos médicos de MGF, assim como caracterizar o tipo de formação que os médicos de MGF têm em cuidados paliativos e a sua distribuição regional. Trata-se de um estudo exploratório, observacional, transversal e quantitativo aos médicos de Medicina Geral e Familiar a residir no continente e regiões autónomas. Será distribuído um inquérito aos médicos de Medicina Geral e Familiar de autopreenchimento, dividido em secções relacionadas com a formação em cuidados paliativos e ações paliativas, incluindo o alívio do sofrimento, do controlo sintomático com medidas farmacológicas e não farmacológicas, da comunicação com o doente, família e cuidadores, bem como da atenção e respeito pelas preferências do doente. A distribuição do questionário a nível nacional via on-line, será efetuado através da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar - APMGF - Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos. O questionário foi submetido aos médicos de MGF das USF e USL do Seixal para o pré teste e posteriormente produzido o texto final a distribuir pela população alvo. Após receber as respostas pela APMGF, será efetuado o tratamento estatístico dos dados recolhidos, mantendo o anonimato dos respondentes, pois interessa apenas a avaliação geral da sensibilidade dos médicos de MGF, relativamente aos Cuidados Paliativos. Os dados serão analisados através do programa informático - SPSS.Os dados a recolher não parecem colocar em causa a liberdade e os direitos dos seus titulares, assim como são adequados pertinentes e limitados ao mínimo necessário à prossecução das finalidades para as quais são tratadas. Está corretamente garantido a confidencialidade e a voluntariedade dos participantes. Após análise em reunião ordinária do mês de Fevereiro, todos os membros da Comissão concordam que a execução deste projeto respeita os necessários padrões éticos e a garantia de confidencialidade está corretamente fundamentada.

Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO
Tel: 220411000
Fax: 220041005
arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos de confidencialidade dos direitos dos potenciais participantes, a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN deliberou nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo, dentro do seu domínio de atuação. Recomenda no entanto, que seja solicitado parecer da instituição que enquadra estudo. Os investigadores devem comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 8 de Fevereiro, 2022

Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética

Anexo IV

Parecer da Comissão de Ética _ ARSLVT

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ars lvt
LISBOA E VALE DO TEJO

Exmo. Senhor
Dr. Miguel Natal
natalmiguel@yahoo.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		3923/CES/2022	

Assunto: A Medicina Geral e Familiar face aos cuidados paliativos: Acções Paliativas e formação em CP.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na reunião da secção de investigação do dia 03.06.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

* *** *