



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE  
MEDICINA E ENFERMAGEM EM IDENTIFICAR DOENTES  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Por

Mariana van Innis

Lisboa – 2015





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE  
MEDICINA E ENFERMAGEM EM IDENTIFICAR DOENTES  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**ABILITY OF MEDICAL AND NURSING HEALTHCARE  
PROFESSIONALS TO IDENTIFY PALLIATIVE CARE  
PATIENTS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Por

Mariana van Innis

Sob a orientação do Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas e  
coorientação do Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa – 2015



## **Agradecimentos**

Ao Sr. Prof. Dr. Castro Caldas, o meu apreço pela sua orientação e pelo seu apoio na presente investigação.

Ao Sr. Prof. Manuel Luís Capelas, o meu profundo reconhecimento pela sua coorientação, pela sua disponibilidade, pela sua partilha de conhecimentos, pelos seus conselhos e pelas suas palavras de incentivo.

Às administrações dos ACES, que possibilitaram a realização da presente investigação, e aos profissionais de saúde, que aceitaram participar na mesma, o meu sincero agradecimento pela sua disponibilidade e pela sua colaboração.

À Dra. Filipa Tavares, à Dra. Ana Bernardo e à Enfermeira Hírdina Guarda, a minha gratidão pela sua ajuda no desenvolvimento do questionário do presente estudo, e pela sua dedicação diária à prática dos Cuidados Paliativos.

E, por fim, à minha família, o meu especial obrigado pela sua presença e pelo seu apoio constantes ao longo da minha vida pessoal, académica e profissional.

Sem os mesmos, este trabalho não teria sido possível.



## Resumo

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos são cuidados de saúde especializados, dirigidos a indivíduos com doenças crónicas, progressivas e incuráveis, cuja principal finalidade consiste em melhorar a qualidade de vida dos mesmos e das suas famílias, através de uma abordagem holística. Contudo, e de acordo com dados de estudos recentes, apenas uma parte da população portuguesa tem acesso a este tipo de cuidados, sendo o número de indivíduos referenciados para equipas ou unidades especializadas inferior ao esperado. Os médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários podem desenvolver um papel importante na referenciação dos mesmos, pois representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o Serviço Nacional de Saúde.

**Objetivo:** Avaliar a capacidade dos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em identificar doentes de Cuidados Paliativos e determinar os fatores pessoais que possam interferir.

**Metodologia:** É um estudo analítico, transversal e observacional, efetuado através da aplicação de um questionário junto a profissionais de saúde de Medicina e Enfermagem de dois Agrupamentos dos Centros de Saúde de Lisboa. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS® 20.

**Resultados:** Somente 14,3% da amostra identificou corretamente os casos clínicos apresentados, podendo estes serem ou não referenciáveis para Cuidados Paliativos. Dos fatores pessoais analisados, dois obtiveram um resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) na capacidade dos profissionais de saúde identificarem doentes de Cuidados Paliativos: o contacto com esta área na vida pessoal e a formação diferenciada.

**Conclusões:** A relação pessoal e/ou profissional, a formação e a prática em Cuidados Paliativos possibilitam ter conhecimentos específicos, valorizar a prestação deste tipo de cuidados, desmistificar certos preconceitos e saber

quando e como referenciar para equipas diferenciadas. Deste modo, é fundamental incluir a disciplina de Cuidados Paliativos nos currículos de base de Medicina e Enfermagem, assim como facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no processo de identificação e referenciação dos doentes.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Cuidados de Saúde Primários, Capacidade de Identificação, Referenciação, Fatores Pessoais Facilitadores.

## **Abstract**

**Introduction:** Palliative Care is a specialised type of healthcare directed to individuals with chronic, progressive and incurable conditions, which primary aim consists of improving the quality of life of both these individuals and their families by using a holistic approach. However, and according to recent data, only a proportion of the Portuguese population has access to this care, the number of cases referred to specialised teams or units still falling below what would be expected. Doctors and nurses from Primary Care can play a relevant role in referring individuals, as they represent their first contact point with the National Healthcare Service.

**Objective:** Assess the ability of doctors and nurses from Primary Care to identify Palliative Care patients and determine personal factors that may influence this identification.

**Methods:** Analytical, cross-sectional and observational study, undertaken by submitting a questionnaire to medical and nursing healthcare professionals from two Primary Care Trusts in Lisbon, Portugal. Statistical analysis of the data was conducted using the SPSS ® 20.

**Results:** Only 14,3% of the sample correctly identified the clinical cases that were or not referred to Palliative Care. From the analysed contributing factors, two were of statistical significance ( $p < 0,05$ ) in identifying Palliative Care patients: personal involvement in this area and specific training.

**Conclusions:** A personal and/or professional interaction, training and practice in Palliative Care enable to build specific knowledge, to value the input of this type of Care, to demystify some prejudgement and to know when and how to refer to specialised teams. Given the above, it is essential to include Palliative Care in the

Medical and Nursing School curriculums and facilitate communication between the different healthcare professionals involved in identifying and referring patients.

**Keywords:** Palliative Care, Primary Care, Identification Capacity, Referral, Facilitating Personal Factors.

## Lista de Siglas

ACES	Agrupamentos dos Centros de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CP	Cuidados Paliativos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAPC	European Association for Palliative Care
ECSF	Enfermagem/Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários
MGF	Medicina Geral e Familiar
MMGF	Médicos de Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCP	Plano Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
WPCA	Worldwide Palliative Care



# Índice

Introdução .....	1
PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	5
1. Cuidados Paliativos .....	7
1.1. Cuidados Paliativos em Portugal – evolução e situação atual.....	11
2. Cuidados de Saúde Primários nos Cuidados Paliativos .....	17
2.1. Médicos de Medicina Geral e Familiar e Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários .....	18
3. Referenciação para Cuidados Paliativos .....	21
3.1. Referenciação para Cuidados Paliativos em Portugal – situação atual .....	24
PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
4. Metodologia .....	33
4.1. Tipo de estudo .....	33
4.2. População e amostra .....	33
4.3. Variáveis .....	34
4.3.1. Operacionalização das variáveis .....	34
4.4. Instrumento de colheita de dados .....	38
4.5. Procedimento para a colheita de dados.....	39
4.6. Processamento dos dados .....	39
4.7. Procedimentos éticos e legais .....	41
PARTE III - RESULTADOS .....	43
5. Apresentação e análise dos resultados .....	45
5.1. Análise descritiva .....	45
5.1.1. Caracterização demográfica.....	45
5.1.2. Caracterização profissional .....	46
5.1.3. Caracterização relativa à articulação profissional e pessoal com os Cuidados Paliativos e à formação na área .....	48

5.1.4. Caraterização relativa à capacidade em identificar doentes de Cuidados Paliativos .....	50
5.2. Análise inferencial.....	51
6. Discussão dos resultados .....	55
7. Conclusão.....	61
7.1. Implicações.....	62
7.2. Limitações.....	62
7.3. Sugestões.....	63
8. Referências bibliográficas.....	65
APÊNDICES.....	73
Apêndice I – Instrumento de colheita de dados.....	75
Apêndice II – Declaração sobre a propriedade de dados e resultados e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais .....	85
Apêndice III – Resultados do questionário aplicado aos peritos .....	89
ANEXOS .....	97
Anexo I – Parecer do Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa .	99
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT .....	103
Anexo III – Pareceres dos ACES em estudo.....	107

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Género da amostra.....	45
Tabela 2 – Faixa etária da amostra, em anos .....	46
Tabela 3 – Profissão da amostra.....	46
Tabela 4 – Categoria profissional da amostra .....	47
Tabela 5 – Tempo de exercício profissional da amostra, em anos, em geral e em CSP .....	48
Tabela 6 – Contacto profissional e pessoal da amostra com os CP .....	49
Tabela 7 – Formação da amostra em CP .....	49
Tabela 8 – Grau de formação da amostra em CP .....	50
Tabela 9 – Número de acertos da amostra .....	51

## Introdução

Graças aos progressos científicos e sociais, a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar ao longo dos anos, tanto em Portugal, como no resto do Mundo. Contudo, este aumento da longevidade humana é acompanhado por um acréscimo do número de doenças crónicas e progressivas, que requerem cuidados de saúde específicos e que constituem atualmente uma das principais causas de morte.

Os cuidados paliativos (CP) são o ramo da medicina que procura adaptar-se a esta nova realidade. Surgem nos finais da década de 60 do século passado, complementando a medicina moderna, que se centra na cura, negando a morte e considerando-a como um “fracasso”. Têm, assim, como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, através de uma abordagem holística, afirmando a vida e aceitando a morte como um processo natural. <sup>1</sup> Exigem também formação e treino específicos por parte dos profissionais de saúde devido à complexidade do sofrimento e à combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais. <sup>2</sup> Desta forma, a referenciação precoce dos doentes com necessidades paliativas para equipas especializadas na área é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Os cuidados de saúde primários (CSP) representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste sentido, os médicos de medicina geral e familiar (MMGF) e os enfermeiros dos cuidados de saúde primários (ECSP) desempenham um papel primordial na identificação dos doentes com necessidades paliativas e na referenciação dos mesmos para unidades ou equipas diferenciadas na área, quando necessário. Mais ainda, e segundo o modelo organizacional português de CP, é essencial que haja uma estreita ligação entre estes e os CSP, para que os doentes sejam referenciados atempadamente, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. <sup>2,3</sup>

Todavia, dados de estudos recentes apontam que este tipo de cuidados ainda são essencialmente dirigidos a doentes oncológicos e/ou em fase terminal. Em Portugal, estima-se que, por ano, cerca de 60.000 indivíduos necessitam de CP.<sup>4,5</sup> No entanto, entre 2006 e 2010, apenas 5.178 foram referenciados.<sup>6</sup> Por outro lado, verifica-se, através da revisão da literatura, que são escassos os documentos que analisam a referenciação nacional para CP, assim como as razões pelas quais o número de doentes referenciados ainda se encontra aquém do esperado.

Perante estes factos, torna-se pertinente avaliar a capacidade dos MMGF e dos ECSP em identificar doentes com necessidades paliativas para uma possível referenciação. Seguindo esta problemática, surgem as seguintes questões de investigação:

- Qual a capacidade dos profissionais de saúde de MGF e de ECSP em identificar doentes que necessitam de CP?
- Qual a influência de determinados fatores pessoais, como o género, a idade, a formação pré e pós-graduada, a experiência e o contacto com CP, na capacidade dos profissionais de saúde de MGF e ECSP em identificar estes doentes?

Assim sendo, delineou-se como objetivo geral:

- Avaliar a capacidade dos profissionais de saúde de MGF e de ECSP em identificar doentes que necessitam de CP.

Como objetivos específicos, traçou-se:

- Caracterizar a capacidade dos profissionais de saúde de MGF e de ECSP em identificar doentes de CP, através do reconhecimento de casos clínicos passíveis deste tipo de cuidados de saúde.
- Determinar os fatores pessoais que possam influenciar a capacidade dos profissionais de saúde de MGF e de ECSP em identificar doentes de CP.

O presente trabalho divide-se em três partes: a primeira é composta pelo enquadramento teórico, com base na revisão bibliográfica, a segunda pelo estudo metodológico e, por fim, a terceira pelos resultados e pela discussão dos mesmos.



## **PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**



## 1. Cuidados Paliativos

No âmbito da saúde, os CP modernos remontam da década de 60 do século XX, tendo como pioneira Cicely Saunders, em Inglaterra. Emergem em complemento ao modelo da medicina curativa, que encara a morte como uma “derrota”, e realçam a necessidade crescente de oferecer cuidados rigorosos, científicos e de qualidade a indivíduos com doenças incuráveis e progressivas. Adicionalmente, constituem uma resposta ao envelhecimento da população, cada vez mais evidente à medida que a esperança média de vida à nascença aumenta e a natalidade diminui. <sup>1</sup>

Ao longo dos anos, o movimento dos CP expandiu-se internacionalmente, inicialmente para o Canadá e Estados Unidos e mais recentemente para a Europa. <sup>7</sup>

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta a primeira definição de CP, reformulada em 2002. Define, assim, os CP como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais”. <sup>8</sup> São também cuidados interdisciplinares, que oferecem o conceito mais básico de cuidar: satisfazer as necessidades do indivíduo onde quer que ele seja cuidado, em casa ou numa instituição de saúde, de uma forma organizada e estruturada. <sup>9</sup>

Além disso, os CP:

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, não pretendendo, assim, provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou da “obstinação terapêutica”;

- Procuram o bem-estar e a qualidade de vida do doente, disponibilizando tudo o que estiver ao alcance para atingir esta meta, sem recorrer a medidas agressivas;
- Promovem uma abordagem holística do sofrimento do doente, o que requer uma formação específica nas diferentes áreas em que ocorre. Assim sendo, é fundamental uma prestação de cuidados interdisciplinar;
- Baseiam-se nas necessidades do doente e da família e não apenas no diagnóstico e no prognóstico, podendo atuar numa fase mais precoce da doença;
- Consideram o doente e a família/o cuidador informal como um binómio inseparável;
- Respeitam a autonomia, a identidade e a dignidade do doente, que tem o direito a ser informado e a recusar tratamentos;
- Utilizam instrumentos científicos, integrando assim o Serviço de Saúde. <sup>1</sup>

Neste sentido, os CP destinam-se a doentes que não têm perspetiva de cura e apresentam uma rápida progressão da doença, com expectativa de vida limitada, intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução, que exigem um apoio específico, organizado e interdisciplinar. No entanto, situações clínicas graves e debilitantes, mesmo que curáveis, podem beneficiar deste tipo de cuidados devido ao sofrimento associado. <sup>2</sup> Os cuidados com um intuito curativo, como a quimioterapia ou a radioterapia, não impedem a prática de CP, sendo que a colaboração entre estas duas vertentes pode ser benéfica para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias.

Por outro lado, os CP devem ser instituídos o mais precocemente possível, no decurso da doença, e devem prolongar-se até ao período do luto, de forma a otimizar os cuidados de saúde prestados. Não se dirigem, assim, exclusivamente a doentes em fase terminal. De acordo com *Estándards de Cuidados Paliativos*, os doentes terminais são aqueles que apresentam uma doença avançada, incurável e progressiva, com necessidades de saúde elevadas, tendo, em média, uma

sobrevida de 3 a 6 meses. Entres estes, os doentes agónicos são aqueles que previsivelmente, pelas suas características clínicas, estão nas suas últimas horas ou dias de vida. <sup>1</sup>

Para poder responder da forma mais adequada possível à complexidade das doenças crónicas e incuráveis, os CP assentam em 4 pilares fundamentais, de igual importância: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. <sup>1</sup>

Os CP podem ser praticados por todos os profissionais de saúde, não se limitando apenas a especialistas. No entanto, para tal, e de acordo com as recomendações do Conselho da Europa, é necessário que a sua filosofia esteja presente no ensino de base dos médicos, enfermeiros e outros profissionais do Serviço de Saúde. Segundo a *European Association for Palliative Care* (EAPC), existem quatro níveis de diferenciação na prestação deste tipo de cuidados, consoante o grau de especialização dos profissionais de saúde. São estes: as ações paliativas, os CP generalistas, os CP especializados e os centros de excelência. As ações paliativas abrangem os cuidados prestados por profissionais de saúde não especializados, que estão em concordância com os princípios dos CP, e são ministradas em serviços que recebem ocasionalmente doentes de CP. Os CP generalistas são realizados por profissionais dos CSP e por especialistas, como os oncologistas, que têm conhecimentos específicos e prática em CP e que lidam frequentemente com indivíduos com doenças graves. Os CP especializados são prestados por especialistas em CP, que se dedicam exclusivamente a esta área e que trabalham em equipa multidisciplinar. São dirigidos a indivíduos com necessidades complexas, sendo que todos os doentes com doenças crónicas progressivas deveriam ter acesso a este tipo de cuidados. Por fim, os centros de excelência centram-se na educação e na investigação em CP e desenvolvem normas e métodos, tendo, desta forma, um papel importante de consultoria. <sup>10</sup>

De acordo com as Nações Unidas e outras associações humanitárias, os CP são um direito humano, uma vez que qualquer indivíduo tem o direito de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. É, assim, essencial providenciar cuidados eficientes a indivíduos com doenças crónicas e/ou em fase terminal, poupando-lhes da dor evitável e garantindo-lhes uma morte digna. Negar o acesso aos CP traduz um tratamento cruel, inumano e degradante. <sup>11</sup>

No entanto, a nível mundial, são vários os governos que ainda não adotaram medidas adequadas para assegurar o acesso de doentes com doenças crónicas e incuráveis aos CP. De acordo com a OMS, a cada ano, mais de 20 milhões de indivíduos deveriam beneficiar de CP, dos quais 6% seriam crianças. Este número poderia aumentar para 40 milhões se este tipo de cuidados fosse instituído de forma mais atempada. Contudo, em 2011, apenas 3 milhões usufruíram, de facto, deste tipo de cuidados e, a maior parte, somente no final de vida. Nesse mesmo ano, dos 54,6 milhões de óbitos registados, 66% foram devido a uma doença não transmissível. Segundo a Worldwide Palliative Care (WPCA), as doenças cardiovasculares (38,5%) e oncológicas (34%) são as predominantes, seguidas das doenças respiratórias (10,3%), do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) (5,7%) e da diabetes (4,5%). De realçar que o VIH/SIDA atinge maioritariamente indivíduos de idade jovem, entre os 15 e os 59 anos. Em oposição, as doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias afetam essencialmente os indivíduos com mais de 60 anos. <sup>11</sup>

A falta de conhecimento e prática na área pela maioria dos profissionais de saúde, o acesso desigual aos opióides, o receio e a não-aceitação da morte podem ser apontados como possíveis causas para ainda só uma minoria ter acesso aos CP. <sup>11</sup>

Para além dos benefícios para os doentes e as suas respetivas famílias, vários estudos defendem que a prática de CP reduz os custos económicos, uma vez que

está associada a uma melhor gestão de recursos e a um menor número de hospitalizações. <sup>1, 11, 12</sup>

Desta forma, torna-se essencial a implementação de políticas de saúde nacionais e internacionais que promovam e regularizem o exercício dos CP, assim como o acesso aos opióides, a promoção do ensino e da prática e a desmistificação do que realmente são este tipo de cuidados. <sup>11</sup>

### **1.1. Cuidados Paliativos em Portugal – evolução e situação atual**

À imagem do panorama internacional, o envelhecimento populacional é uma tendência cada vez mais crescente em Portugal, sendo que, hoje em dia, o número de idosos já ultrapassa o número de jovens. <sup>13</sup>

Atualmente, no nosso país, 60% da mortalidade está relacionada com doenças crónicas evolutivas, como o cancro (20-25%), ou neuro-degenerativas (demências, Parkinson ou esclerose lateral amiotrófica), insuficiências de órgãos (respiratória, cardíaca, hepática ou renal) e ainda situações de comorbilidade (síndromes geriátricas), que se desenvolvem progressivamente, com frequentes crises. <sup>3</sup>

As primeiras iniciativas, no âmbito dos CP, surgiram em Portugal apenas no início dos anos 90 do século passado, graças ao interesse de alguns precursores pelo tratamento da dor crónica dos doentes oncológicos e pela necessidade de garantir a continuidade dos cuidados dos doentes, em fases mais avançadas das doenças crónicas. <sup>14</sup>

Em 1995, é formada uma associação profissional, que presentemente é conhecida por Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, cuja principal função é dinamizar o papel dos CP, junto dos profissionais e da população, através da promoção de atividades científicas, organizacionais e sociais, em colaboração com outras associações internacionais, como a EAPC. <sup>14</sup>

Em 2004, o Ministério da Saúde publica o primeiro Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), com base no movimento internacional. Este último determina que os CP são uma componente essencial dos cuidados de saúde gerais e que constituem uma obrigação social, na área da Saúde Pública. O PNCP ressalva ainda que os CP são uma reposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final de vida, devendo incorporar as respetivas famílias, também elas objeto dos cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Deste modo, os CP têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas, o suporte psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, durante a doença e o luto, e a interdisciplinaridade. Devem também ser planeados de acordo com os diferentes níveis de diferenciação, definidos pela EAPC, e incluir uma rede de serviços, com estruturas de internamento, e equipas de suporte, devidamente treinadas, nos hospitais e na comunidade.<sup>2, 3</sup>

Em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em colaboração com os Ministérios da Saúde e da Segurança Social. Esta Rede procura dar resposta à falta de cuidados, consequência do aumento da prevalência de indivíduos com doenças crónicas incapacitantes, dependência funcional e patologia crónica múltipla e incurável, em estado avançado e/ou em fase final de vida. A sua principal finalidade consiste em dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, dirigidos a indivíduos em situação de dependência, independentemente da sua idade, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas. Neste sentido, baseia-se num conjunto de cuidados de saúde e apoio social, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade do indivíduo em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Pretende ainda apoiar os familiares ou os cuidadores informais e manter a qualidade de vida dos indivíduos, mesmo em situações “irrecuperáveis”. A filosofia dos CP na RNCCI é transversal, devendo, por isso, estar presente em todas as unidades de internamento, nomeadamente através de

ações paliativas. Contudo, as unidades e equipas de suporte em CP da Rede devem ser constituídas por profissionais de saúde com formação específica, prevenindo e aliviando o sofrimento de doentes em situações clínicas complexas, decorrentes de uma doença severa, avançada, incurável e progressiva, e dando apoio às suas famílias, nomeadamente no processo de luto. <sup>15</sup>

A RNCCI atua em diferentes tipologias, de acordo com as necessidades dos doentes. Assim sendo, é constituída por unidades de internamento (unidades de convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e CP) e ambulatório (unidades de dia e promoção da autonomia), assim como equipas hospitalares (equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em CP) e domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em CP). O ingresso dos doentes na RNCCI depende da proposta das equipas prestadoras de cuidados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência. A admissão dos doentes em unidades de CP é determinada por proposta médica. <sup>15</sup>

De salientar que as unidades de CP são geridas por médicos e possuem um espaço físico próprio, preferencialmente num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, em situação de sofrimento. Devem assegurar: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico e radiológicos, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação dos doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, atividades de manutenção, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer. Assim sendo, são necessários médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e ainda nutricionistas. Por sua vez, as equipas intra-hospitalares de suporte em CP são equipas multidisciplinares, presentes em hospitais de agudos, com formação específica, devendo integrar, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo. Possuem um espaço

físico próprio para a coordenação das suas atividades. Têm como principal objetivo prestar aconselhamento diferenciado aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação. Por fim, as equipas comunitárias de suporte em CP podem estar integradas numa unidade funcional de CSP ou na RNCCI, dispondo de recursos específicos. Devem prestar CP diferenciados, no domicílio, a doentes que deles necessitam e dar suporte às suas famílias ou cuidadores, assim como apoiar e aconselhar as unidades de CSP, assegurando a formação das equipas de saúde familiar do centro de saúde e dos profissionais que exercem cuidados continuados domiciliários.<sup>16</sup>

Em Setembro de 2012, é aprovada a lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde”. Este documento salienta os princípios dos CP e ainda os direitos e os deveres do doente e da sua família. Destaca também a responsabilidade do Estado em assegurar a prestação de CP por serviços e estabelecimentos do SNS ou entidades do setor social/privado, certificados nos termos da lei. A criação da RNCP tem como finalidade estabelecer um modelo de intervenção integrada e articulada, que garante diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de CP, em colaboração com outros recursos de saúde. Os cuidados devem ser exercidos de forma interdisciplinar por profissionais de saúde treinados. As ações paliativas, realizadas em unidades funcionais do SNS, devem estar de acordo com as orientações técnicas do RNCP.<sup>17</sup> Esta Rede pretende ser independente da RNCCI.

Em Agosto de 2014, é publicado em Diário da República um despacho que prevê a criação de uma equipa intra-hospitalar de suporte em CP, em todos os

estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde, que estejam integrados no SNS. <sup>18</sup>

Embora, nos últimos anos, tenha havido, a nível nacional, um desenvolvimento considerável dos CP, tendo estes sido integrados na legislação, ainda são só dirigidos a uma minoria. Por ano, estima-se que cerca de 60.000 portugueses necessitam de CP, mas apenas 10% tem acesso a este tipo de cuidados, quer estejam ou não integrados na RNCCI. <sup>4, 5, 16</sup> Por exemplo, em 2014, a RNCCI prestou assistência a cerca de 4.358 indivíduos com necessidade de CP, um número inferior aos 60.000 acima referidos. <sup>19</sup>

Por outro lado, e de acordo com as necessidades da população portuguesa, seriam necessárias:

- 133 equipas de CP domiciliários;
- 102 equipas de suporte intra-hospitalar em CP;
- 1.062 camas para internamento, em instituições de agudos e crónicos. <sup>4</sup>

No entanto, em 2014, a RNCCI era composta por 11 equipas comunitárias de suporte em CP e 26 equipas intra-hospitalares de suporte em CP, num total de 37 a nível nacional, e cerca de 185 camas de internamento. <sup>19</sup> Por outro lado, o acesso à RNCCI não é homogéneo: num estudo realizado em 2012, pela Entidade Reguladora da Saúde, cerca de 95% das áreas geográficas analisadas apresentavam um rácio inferior à meta estabelecida pela RNCCI, isto é 1,82 camas por 1.000 habitantes, sendo que algumas regiões gozavam de uma oferta alta e outras baixas. Além disso, ainda não há nenhuma rede de suporte para crianças e jovens com necessidades paliativas. <sup>16</sup>

De facto, existem barreiras para o desenvolvimento dos CP em Portugal, tais como a escassa formação e prática dos profissionais de saúde nesta área, a referenciação tardia, a burocratização, com tempos de referenciação morosos

(50% dos doentes morrem antes de serem chamados), o desconhecimento da população, a falta de regulamentação da atividade e os custos financeiros. <sup>16</sup>

## 2. Cuidados de Saúde Primários nos Cuidados Paliativos

Os CSP representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Serviço de Saúde. Desta forma, os MMGF e os ECSP desempenham um papel primordial na identificação e na referenciação de doentes com necessidade de CP.

Segundo a OMS, o envolvimento dos CSP é um processo primordial para tornar a prática de CP mais precoce, acessível e global.<sup>20</sup> Neste sentido, em 2014, a EAPC elabora um documento, em associação com a *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), que visa apoiar e orientar os indivíduos e as organizações europeias, e possivelmente de todo o Mundo, a desenvolver serviços de CP nos CSP, realçando a necessidade de formação e suporte por parte de equipas especializadas.<sup>21</sup> De facto, a maioria dos doentes, com necessidades paliativas, pode ser atendida na comunidade, através dos CSP. No entanto, é fundamental garantir a intervenção de equipas específicas de CP, nos casos mais complexos.<sup>3</sup> Este tipo de modelo organizacional é defendido por vários países, como é o caso da Austrália e do Reino Unido.<sup>22, 23</sup> Este último, por exemplo, criou um instrumento, denominado *The Gold Standards Frameworks*, que auxilia os profissionais dos CSP a identificar os doentes com necessidades paliativas. Em Portugal, o PNCP também reconhece a importância dos CSP, no âmbito dos CP, e declara que cerca de 62,5% dos doentes com este tipo de necessidades sofrem de situações que podem ser resolvidas ao nível dos CSP.<sup>3</sup> Além disso, a proximidade geográfica, cultural e emocional dos profissionais dos CSP permite a prestação de cuidados humanizados, que respeitem a autonomia e as preferências do doente e da sua família, e evita a fragmentação através dos diferentes especialistas. Pode ainda possibilitar a permanência do doente em casa, se assim for o seu desejo.<sup>24</sup> À imagem de outros países, cerca de metade da população portuguesa refere querer morrer em casa.<sup>25</sup> Contudo, podem sempre existir alterações no decurso da doença, que exijam a intervenção de

equipas específicas. <sup>3</sup> Segundo a WPCA, nos países desenvolvidos, cerca de 30 a 45% dos indivíduos carecem de CP especializados. <sup>11</sup>

## **2.1. Médicos de Medicina Geral e Familiar e Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários**

Segundo a Declaração Europeia da WONCA, datada de 2005, a MGF é uma disciplina académica e científica e ainda uma especialidade clínica, vocacionada para os CSP, que compreende onze características:

- É geralmente o primeiro “ponto de contacto” entre médico e paciente dentro do Serviço de Saúde. Atende qualquer tipo de paciente, independentemente das suas características individuais (sexo, idade), e lida com todo o tipo de problemas de saúde;
- Coordena os recursos de saúde, garantindo que os pacientes sejam seguidos pela especialidade mais adequada ao seu problema de saúde. “Desenvolver, com todos os profissionais de saúde, o trabalho de equipa face ao paciente, beneficiará a qualidade dos cuidados” e protege o mesmo “(...) do prejuízo que pode resultar rastreios, exames e tratamentos desnecessários (...);”
- Fomenta uma abordagem centrada no indivíduo, isto é, individualizada. Tenta englobar aspetos como a família, a comunidade em que se insere e ainda os seus valores;
- Assegura a prestação de cuidados contínuos, consoante as necessidades de cada paciente, e tenta coordenar com outros profissionais de saúde, caso não possa. Geralmente, segue os pacientes durante todo o seu ciclo de vida;
- Possui um processo específico de tomada de decisões, consoante a prevalência e incidência da doença na comunidade;
- Lida com todo o tipo de problemas, sejam eles agudos ou crónicos;

- Contacta com doenças no seu estadio inicial, sendo difícil realizar um diagnóstico nesta fase. É assim necessário saber gerir os riscos;
- Promove a saúde e o bem-estar, através de intervenções apropriadas e, se possível, baseadas em clara evidência científica;
- É responsável pela saúde de cada paciente e da comunidade, em geral;
- Reconhece a importância das dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Deste modo, os especialistas em MGF “desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e providenciando cura, cuidados ou palição. Fazem-no diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando os pacientes, sempre que necessário, a acederem àqueles serviços”.<sup>26</sup>

Os ECSP também integram, no cerne do seu trabalho, o indivíduo e a família, inseridos numa determinada comunidade. Têm como principais metas promover a saúde e prevenir a doença, ao longo do ciclo da vida, desenvolvendo atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados. Procuram, de uma forma geral, satisfazer as necessidades básicas de cada um, através de uma abordagem holística. Utilizam igualmente o Serviço de Saúde para referenciar, encaminhar ou direcionar os indivíduos para os diferentes recursos existentes. “A sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/família (...) e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias”.<sup>27</sup>

Assim, e de acordo com a definição da MGF e da ECSP, pode constatar-se que ambos partilham princípios idênticos à da medicina paliativa, nomeadamente no que concerne à abordagem holística do indivíduo, ao envolvimento da família nos cuidados e à correta gestão dos tratamentos, evitando os que são considerados

como fúteis. Além disso, e como anteriormente mencionado, os MMGF e os ECSP podem prestar cuidados de palição a doentes que os necessitam, intervindo de forma precoce e prestando cuidados no ambulatório ou no domicílio, evitando, desta forma, hospitalizações desnecessárias. Contudo, existem situações complexas, que impõem a colaboração de especialistas em CP. Estes últimos podem dar orientações técnicas e de suporte na gestão de sinais e sintomas complexos, como a dor refratária, o delírio ou a dispneia. <sup>24</sup>

### **3. Referenciação para Cuidados Paliativos**

Os CP, como acima referido, devem ser instituídos o mais precocemente possível, no decurso da doença, idealmente desde o diagnóstico de risco de vida ou debilidade. Desta forma, podem prevenir e aliviar adequadamente os sintomas, satisfazer as necessidades e estabelecer relações de confiança. Podem ser prestados num período de anos, meses, semanas ou dias. De facto, não existe um ponto definido na trajetória da doença para a passagem do tratamento curativo para o paliativo. Assim sendo, deve haver uma estreita colaboração e coordenação entre estas duas vertentes, de forma a permitir que este tipo de cuidados possa estar disponível a qualquer momento e de acordo com as necessidades do doente. Uma referenciação tardia pode constituir um obstáculo no cumprimento dos objetivos.<sup>10</sup>

Como critérios de referenciação para CP, foram definidos os seguintes:

- Idade jovem;
- Antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicod dependência, pluripatologia ou concomitância de doenças crónicas;
- Evolução rápida da doença ou presença de crises frequentes;
- Necessidade de utilização frequente de recursos materiais e humanos;
- Sintomas múltiplos, intensos, específicos ou refratários ao tratamento convencional;
- Indicação de intervenções complexas de CP;
- Situações com grande impacto emocional, com dificuldade de equilíbrio por parte do doente e da família;
- Dificuldades de suporte familiar ou do cuidador principal;
- Dificuldades na comunicação;
- Dilemas ou conflitos éticos.<sup>3</sup>

O Conselho da Europa, na sua recomendação de 2003, relativa aos CP, também aconselha a orientação por parte de especialistas nos casos mais complexos: *“Non-specialists may build up sufficient experience in relatively uncomplicated palliative care but (...) the experience with complex palliative care cannot be acquired. Experiments with easily accessible consultation services show good possibilities of support for non-specialised professionals while the patient can remain within their care.”*.<sup>28</sup> Contudo, a referenciação não pressupõe a separação definitiva nem a renúncia da responsabilidade do caso<sup>29</sup>, sendo que os profissionais dos CSP, nomeadamente os MMGF, continuam a ser uma peça fundamental nos cuidados pela relação de confiança já estabelecida com o doente e a sua família.<sup>30</sup>

Vários estudos apontam igualmente dificuldades na prestação deste tipo de cuidados por parte dos MMGF e dos ECSP. Os principais obstáculos estão relacionados com a escassa formação na área, essencialmente no controlo dos sintomas e no domínio de certos materiais, como as seringas infusoras, a dificuldade em comunicar com o doente e a sua família sobre o fim de vida, mas também com os outros profissionais de saúde, e a incapacidade em identificar precocemente doentes com necessidades paliativas.<sup>31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46</sup>

De facto, tanto em Portugal, como noutros países, a formação dos médicos e dos enfermeiros baseia-se principalmente nas vertentes preventiva e curativa das doenças, sendo pontual o ensino da filosofia dos CP. Além disso, a formação teórica e prática em CP é facultativa e de curta duração. Por outro lado, alguns profissionais dos CSP reconhecem ser mais fácil realizar um prognóstico nas últimas semanas de vida ou nos doentes oncológicos, o que pode afetar a referenciação precoce e a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Certas necessidades e sintomas, como as náuseas, a ansiedade e a depressão, podem ser ignorados.<sup>47</sup> Mais ainda, os doentes com falsas expectativas acerca da sua doença optam por tratamentos mais fúteis e agressivos, em vez de medidas

paliativas. <sup>48</sup> Num estudo datado de 2000, os MMGF sobrestimaram a sobrevivência em 63% dos casos clínicos. <sup>49</sup>

Neste sentido, torna-se ainda mais fundamental a cooperação entre os MMGF e os ECSP e as equipas especializadas na área de CP, para que os primeiros possam recorrer a estes últimos para aconselhamento e disponibilização de material, melhorando, deste modo, a prestação dos cuidados. <sup>35, 37</sup> Além disso, várias investigações referem que os doentes com doenças crónicas e progressivas, nomeadamente oncológicas, têm uma maior qualidade de vida e vivem durante mais tempo, quando são referenciados atempadamente para equipas de CP, provavelmente graças a uma melhor gestão dos sintomas. <sup>50, 51</sup> Mais ainda, outro estudo indica que cerca de 1/3 dos doentes e dos seus cuidadores informais concorda que o processo de doença teria sido mais fácil se tivessem sido referenciados mais atempadamente para os CP. Na maioria dos casos, a equipa centrou o seu trabalho no alívio e na redução dos sintomas, proporcionando um maior bem-estar ao doente e diminuindo a carga do cuidador informal. Providenciou igualmente instruções ao cuidador sobre os cuidados e respondeu às perguntas do doente e da sua família acerca da doença. <sup>52</sup>

Todavia, existem relatos de conflitos entre os profissionais de CSP e os especialistas em CP. Os primeiros apontam razões como a falta de disponibilidade por parte dos peritos e a burocratização do Serviço de Saúde, para além de crerem que também são capazes de prestar cuidados de qualidade a este tipo de doentes. <sup>31, 53</sup> São também referidas outras causas para os profissionais de saúde não referenciarem, ou referenciarem tardiamente, como: incerteza do prognóstico, possibilidade de episódios de remissão, inadequadas competências de comunicação, pobres conhecimentos acerca dos CP, escassez de suporte e de tempo, e dificuldade no acesso à equipa. <sup>50</sup>

Contudo, os doentes e as famílias podem igualmente constituir uma barreira na referênciação, por não terem conhecimentos adequados sobre este tipo de

cuidados e acreditarem que estes possam encurtar a esperança de vida. Resistem, deste modo, à mudança dos seus cuidados habituais para paliativos, negando o prognóstico limitado da doença. <sup>54</sup> Uma investigação de 2005 refere que 17% dos cuidadores informais entrevistados recusaram a intervenção dos CP numa fase precoce da doença. <sup>55</sup> No entanto, as impressões negativas acerca dos CP tendem a desaparecer depois da intervenção da equipa. Assim, as famílias consideram certas medidas importantes para facilitar o processo de referenciação precoce para os CP, tais como:

- Aperfeiçoar os conhecimentos médicos sobre CP;
- Implementar uma unidade especial, onde o doente e os familiares possam obter informações sobre CP;
- Dar oportunidade ao doente e aos familiares de consultar previamente um especialista em CP;
- Abordar as preferências no fim de vida, mesmo que o doente e os familiares não se questionem sobre o assunto;
- Permitir a participação do médico referenciador nos cuidados, mesmo após a transferência do doente para CP;
- Publicitar os CP nos media;
- Distribuir panfletos sobre CP. <sup>53</sup>

### **3.1. Referenciação para Cuidados Paliativos em Portugal – situação atual**

Em Portugal, como no resto do Mundo, existem barreiras associadas ao envolvimento dos profissionais dos CSP na prestação de CP, tais como a escassa formação na área, a dificuldade em aceder a medicações mais específicas, como os opióides, e a falta de apoio por parte de equipas especializadas. De facto, ainda há zonas do país que não estão cobertas por atividades de apoio e consultoria em CP. <sup>56</sup> Complementarmente, numa investigação realizada em 2010,

denominada “Cuidar de doentes em fim de vida: perceção dos médicos de família”, verificou-se que os MMGF portugueses consideram importante a supervisão por colegas especializados, que os possam, deste modo, auxiliar e orientar em casos mais complexos de CP. Apontam como dificuldades na prestação deste tipo de cuidados a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio das chefias, a remuneração inadequada, a escassez de tempo e disponibilidade pessoais, os poucos conhecimentos acerca dos recursos disponíveis na comunidade e a inexistência de estruturas para cobrir os tempos não assistenciais, não havendo outros médicos para colmatar as ausências. Para além disso, existem também doentes sem MMGF atribuído. Alguns dos profissionais de saúde preferem afastar-se destes doentes, encaminhando-os para outras especialidades, enquanto que outros se envolvem e colaboram nos cuidados. Apesar destes obstáculos, a maioria verbaliza satisfação na execução deste tipo de cuidados, reconhecendo as relações de confiança já estabelecidas com o doente e a sua respetiva família como um elemento facilitador. <sup>5</sup>

Neste sentido, a referenciação de doentes com necessidades paliativas, sobretudo em situações mais complexas, para unidades ou equipas especializadas deve ser realizada o mais precocemente possível para garantir a adequação dos cuidados.

Em Portugal, como acima foi descrito, a RNCCI, que trabalha em coordenação com os cuidados de saúde hospitalares e primários, pretende o acesso equitativo dos doentes aos cuidados continuados e paliativos, tendo, por isso, adotado um modelo de referenciação universal. A admissão para a RNCCI ocorre principalmente através da referenciação dos doentes pelas equipas de gestão de altas dos hospitais de agudos do SNS. No entanto, os doentes também podem ser referenciados para a Rede pelas equipas referenciadoras dos CSP da comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência), após validação pela equipa coordenadora local da área de residência, que assegura o acompanhamento e a avaliação das respostas e ainda a articulação e a coordenação dos recursos e atividades, a nível local. Esta validação não é

necessária quando os doentes são referenciados para equipas comunitárias de suporte em CP ou para equipas intra-hospitalares de suporte em CP. Ambas as equipas referenciadoras são constituídas por um médico, um enfermeiro e um assistente social. A escolha do tipo de tipologia a integrar depende das necessidades de cada doente.<sup>57</sup>

De salientar que, na comunidade, a sinalização dos doentes com necessidade de cuidados de saúde e/ou de apoio social pode ser efetuada por qualquer profissional da área de saúde e/ou social ou por qualquer cidadão. Esta sinalização deve ser dirigida ao MMGF, enfermeiro ou assistente social da área do domicílio do doente. A situação sinalizada deve ser então avaliada pela equipa do centro de saúde, que realizará uma proposta à Rede, caso identifique de facto uma necessidade de cuidados. A equipa coordenadora local da área do domicílio verifica o cumprimento dos requisitos para o ingresso e os critérios de referenciação para admissão na unidade/equipa mais adequada, num período não superior a 48 horas.<sup>57</sup>

Como potenciais critérios de admissão, a RNCCI propõe os seguintes:

- Indivíduos em situação de fragilidade, com necessidade de apoio nas atividades de vida diária ou com síndromes geriátricas, como a deterioração cognitiva;
- Indivíduos com doenças crónicas, com episódios frequentes de reagudização e com necessidade de seguimento e controlo domiciliários;
- Indivíduos com doenças graves, em fase avançada e/ou terminal, sem possibilidade de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis e com um prognóstico de vida de cerca de 6 meses, que provocam um forte impacto emocional;
- Indivíduos com necessidade de tratamentos continuados;
- Exaustão/clauidicação do cuidador informal.

A admissão numa equipa/unidade da Rede também deve ter em consideração o critério de proximidade da área de domicílio do doente. A equipa coordenadora regional detém o número de vagas disponíveis na Rede, tendo assim a responsabilidade de colocar o doente na vaga existente. Para completar o processo de admissão, é necessário um consentimento escrito por parte do doente ou do seu representante legal.<sup>57</sup>

As unidades privadas de CP possuem metodologias próprias de admissão.

De acordo com o estudo realizado pela RNCCI, intitulado “Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)”, em 2014, foram referenciados, a nível nacional, 2.187 doentes para unidades de CP, 2.067 para equipas intra-hospitalares de suporte em CP e 221 para equipas comunitárias de suporte em CP, num total de 41.657 doentes. De salientar que os doentes com necessidades paliativas podem estar instituídos noutras tipologias da Rede: 31% do total dos doentes de CP foram alocados em unidades específicas, 43% foram assistidos por equipas comunitárias e intra-hospitalares de suporte em CP, com admissões diretas, e 25% por outras tipologias. As unidades e equipas de cuidados continuados integrados não especializadas em CP prestaram assistência a um número considerável de doentes com necessidades paliativas, pelo que desempenharam igualmente um papel fundamental nesta área.<sup>19</sup>

Por outro lado, os doentes assistidos por equipas hospitalares e comunitárias subiram de 40,6%, em 2012, para 61%, em 2014, o que denota uma maior preocupação em prestar cuidados próximo da área de residência.<sup>19</sup>

A proveniência da referenciação, por entidade referenciadora, mostrou um aumento percentual da referenciação pelos Centros de Saúde, subindo para 35%. Contudo, os Hospitais continuaram a ter um maior peso na referenciação para a Rede, com 65%.<sup>19</sup>

Em relação aos motivos de referenciação, a dependência nas atividades de vida diária e o ensino ao doente/cuidador informal foram os que prevaleceram em todas as tipologias. Em CP, para além dos dois primeiros, com um peso de 79% e 67% respetivamente, a gestão do regime terapêutico, com 53%, também constituiu um fator decisivo. <sup>19</sup>

Globalmente, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que oferece menos cobertura populacional: 42% dos doentes em espera, a nível nacional, pertenciam a esta região, assim como 76% dos que aguardavam vagas para unidades de CP. Consequentemente, esta região também apresentou os piores tempos para identificação de vaga, com 33,3 dias para as unidades de CP. <sup>19</sup>

Quanto ao tempo médio de permanência na RNCCI, este tem vindo a aumentar nos últimos anos, nomeadamente nas unidades de CP, tendo crescido de 26 para 37 dias, entre 2013 e 2014. Esta subida pode estar associada a referenciações mais precoces para este tipo de tipologia, o que facilita o cumprimento dos seus objetivos. No entanto, do total de óbitos na RNCCI, 77,2% ocorreram em unidades de CP, representando um acréscimo de 7% em relação ao ano anterior. Adicionalmente, a taxa de mortalidade, ao fim de 10 dias de internamento nestas unidades, rondou os 29,8%. <sup>19</sup>

Relativamente às taxas de ocupação nas unidades de CP, estas situavam-se, a nível nacional, perto dos 90%, exceto no Norte e no Centro, em que as mesmas rondavam os 86% e os 87% respetivamente. De facto, em ambas estas regiões, entre 2013 e 2014, houve um decréscimo no número de doentes assistidos nesta tipologia, mais precisamente -16,9% para o Norte e -2,5% para o Centro. Em contrapartida, o número de doentes acompanhados por equipas de suporte em CP subiu de cerca de 7,4%, nesse mesmo período, podendo em parte explicar a diminuição nas unidades de CP. <sup>19</sup>

De uma forma geral, verifica-se uma melhoria contínua na atividade da RNCCI, nomeadamente na tipologia de CP. De notar que esta área mereceu destaque no

ensino dos elementos da Rede, representando o maior número de horas de formação dos demais. <sup>19</sup> Contudo, ainda existem pontos a aperfeiçoar, como o número de vagas disponíveis, o tempo de espera até à admissão na Rede e as disparidades, a nível nacional, relativamente às taxas de referenciação e ocupação.



## PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS



## **4. Metodologia**

A metodologia é uma parte integrante de qualquer investigação científica, pois representa o conjunto de métodos e técnicas, que guiam a sua elaboração.<sup>58</sup>

### **4.1. Tipo de estudo**

O presente estudo é analítico, transversal e observacional.

### **4.2. População e amostra**

Uma vez que se pretendeu avaliar a capacidade dos profissionais dos CSP em identificar doentes de CP, a população do presente estudo é composta por MMGF e ECSP dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), da área de Lisboa. Como critério de exclusão, definiu-se não incluir os profissionais de saúde que exerçam funções em unidades ou equipas de CP.

Após aprovação do presente estudo pelo Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa e pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), foram realizados pedidos de recolha de dados a três ACES da região de Lisboa, dos quais dois deram um parecer positivo. Assim sendo, foram incluídos no estudo os profissionais de saúde de Medicina e Enfermagem de dois ACES.

Para poder abranger um maior número de profissionais, optou-se por uma amostra aleatória simples.

O número total da população foi fornecido pelas direções dos ACES em questão. Deste modo, no primeiro ACES estão colocados 130 médicos de MGF e 138 enfermeiros e no segundo 129 médicos de MGF e 151 enfermeiros. Num total de 548 profissionais, 49 responderam ao questionário. O erro amostral é, deste modo, de 14%.

### **4.3. Variáveis**

Para que a investigação possa ser válida, é necessário definir e operacionalizar as variáveis em estudo. Neste sentido, foram definidas como variáveis de caracterização: o género, a idade, a profissão, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional em CSP, a articulação profissional e o contacto pessoal com equipas ou unidades de CP e a formação em CP. Estas variáveis são independentes, na medida em que podem influenciar a variável dependente, que é determinada pela capacidade dos profissionais de Medicina e Enfermagem da área dos CSP em identificar doentes de CP.

#### **4.3.1. Operacionalização das variáveis**

##### **Género**

O género corresponde ao conjunto de características biológicas, sociais e culturais que determina o sexo do indivíduo. <sup>59</sup> Esta variável foi medida através de uma questão fechada e operacionalizada por uma variável nominal, dividida em duas categorias:

- Feminina;
- Masculina.

## **Idade**

A idade equivale ao número de anos que o indivíduo conta desde o seu nascimento até à data atual. <sup>59</sup> Foi medida através de uma questão aberta e operacionalizada em anos. *A posteriori*, foram constituídas diferentes faixas etárias, consoante as idades mínima e máxima da amostra:

- [28-30];
- [31-40];
- [41-50];
- [51-60];
- [61-66].

## **Profissão**

A profissão consiste no exercício habitual de uma atividade económica como meio de vida. <sup>59</sup> Foi medida através de uma pergunta fechada e operacionalizada por uma variável nominal, dividida em duas categorias:

- Médico;
- Enfermeiro.

## **Categoria profissional**

A categoria profissional corresponde às funções desempenhadas pelo indivíduo dentro da organização, onde trabalha. <sup>60</sup> Foi medida através de uma questão aberta. Posteriormente, foram constituídas sete categorias profissionais, de acordo com as que foram identificadas na amostra:

- Enfermeiro;
- Enfermeiro Graduado;
- Enfermeiro Especialista;
- Médico Interno;
- Médico Assistente;
- Médico Graduado;
- Médico Graduado Sénior.

## **Tempo de exercício profissional**

O tempo de exercício profissional equivale ao número de anos desde o início do exercício profissional até à presente data. Foi medida através de uma questão aberta, tendo sido depois elaborados diferentes intervalos de tempo, consoante o mínimo e o máximo anunciados na amostra:

- [0-1];
- [2-5];
- [6-10];
- [11-20];
- [21-30];
- [31-37].

## **Tempo de exercício profissional em CSP**

O tempo de exercício profissional em CSP equivale ao número de anos desde o início do exercício profissional na área de CSP até à presente data. Foi medida através de uma questão aberta, tendo sido depois criados diferentes intervalos de tempo, consoante o mínimo e o máximo encontrados na amostra:

- [0-1];
- [2-5];
- [6-10];
- [11-20];
- [21-30];
- [31-34].

## **Articulação profissional e pessoal com equipas ou unidades de CP**

A articulação profissional e pessoal com equipas ou unidades de CP clarifica se houve um contacto prévio com estas últimas, no trabalho e/ou na vida particular. Foi medida através de duas questões fechadas e operacionalizada por uma variável nominal, dividida em duas categorias;

- Não;
- Sim.

## **Formação em CP**

A formação em CP corresponde à aquisição de conhecimentos específicos relativos a esta área. Foi medida através de uma questão fechada e operacionalizada por uma variável nominal, dividida em duas categorias:

- Não;
- Sim.

Caso a resposta a esta questão tenha sido positiva, foi pedido para especificar o tipo de formação, através de uma questão fechada. Esta variável foi, assim, operacionalizada por uma variável ordinal, dividida em cinco categorias:

- Ações soltas (formação em serviço, workshop, congresso);
- Curso básico;
- Pós-graduação;
- Mestrado;
- Doutoramento.

Também foi calculado o número de horas de formação correspondentes, através de uma questão aberta.

### **Capacidade dos profissionais de Medicina e Enfermagem da área de CSP em identificar doentes de CP**

A capacidade dos médicos e enfermeiros dos CSP em identificar doentes de CP consiste na aptidão dos mesmos em reconhecer, em cada caso clínico, a existência de critérios para uma possível referenciação para CP. Foi medida através de uma questão fechada para os seis casos clínicos descritos e operacionalizada por uma variável nominal, dividida em duas categorias:

- Não;
- Sim.

#### **4.4. Instrumento de colheita de dados**

De acordo com os objetivos do presente estudo, o instrumento de colheita de dados consistiu num questionário, com questões abertas e fechadas. Segundo Fortin, o questionário permite organizar, normalizar e controlar os dados e limita o entrevistado às questões formuladas, permitindo colher informação de forma rigorosa e fatural sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações

conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as suas atitudes, crenças e intenções.<sup>58</sup> O questionário foi elaborado em colaboração com peritos da área de CP e testado pelos mesmos. Foi-lhes pedido que avaliassem os casos clínicos e que respondessem à questão “Considera o seguinte caso clínico referenciável para CP?”, com não, talvez ou sim. Dos oito casos clínicos, dois não obtiveram consenso nas respostas (casos 1 e 2), pelo que foram excluídos do questionário final (Apêndice III). Os casos clínicos foram construídos com base na literatura e com o apoio de três peritos da área. Os que são considerados referenciáveis para CP compreendem critérios de referenciação, internacionalmente aceites, dos quais se salientam os seguintes: sintomas múltiplos e intensos, com necessidade de intervenções complexas e utilização de recursos, evolução rápida, com crises frequentes, dilemas éticos, forte impacto emocional, antecedentes de toxicoddependência e dificuldade de suporte familiar/exaustão do cuidador informal (Apêndice I).

#### **4.5. Procedimento para a colheita de dados**

Após a conclusão da etapa acima referida, foram contactadas pessoalmente as respetivas Direções dos ACES em estudo, que forneceram os emails dos Diretores Clínicos e dos Enfermeiros Coordenadores das Unidades em funcionamento. Foi, assim, elaborado um pedido de colheita de dados, por correio eletrónico, a estes últimos. Num total de vinte e nove, sete responderam. Os questionários foram, posteriormente, entregues e recolhidos *in loco*, tendo os mesmos sido preenchidos à mão e de forma individual. Os dados foram recolhidos ente Junho e Setembro de 2014.

#### **4.6. Processamento dos dados**

Após a colheita de dados, os mesmos foram tratados estatisticamente pelo software *Package for the Social Science* (SPSS), versão 20. Inicialmente, procedeu-se a uma análise descritiva e, posteriormente, a uma análise inferencial.

A análise descritiva pretendeu caracterizar a amostra em estudo, com base nas seguintes variáveis: género, idade, profissão, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em CSP, articulação profissional e pessoal com equipas ou unidades de CP, formação na área de CP, horas de formação em CP e capacidade em identificar doentes de CP. Para as variáveis numéricas (idade, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em CSP, horas de formação em CP e capacidade em identificar doentes de CP), foram determinadas as seguintes medidas: a média, o mínimo e o máximo, a mediana e o desvio padrão. De acordo com os mínimos e os máximos, foram igualmente definidos diferentes intervalos de idade e de tempo.

Para as variáveis categóricas (género, profissão, categoria profissional, articulação profissional e pessoal com equipas ou unidades de CP e formação na área de CP), foram calculados os valores absolutos e as respetivas frequências.

Para verificar diferenças estaticamente significativas para as variáveis género (feminino e masculino), profissão (enfermeiros e médicos) e formação em CP (sem formação em CP e com formação em CP), utilizou-se o teste não paramétrico de Binomial, uma vez que a amostra não tem uma distribuição normal. Considerou-se  $P < 0,05$  como estatisticamente significativo.

Quanto à análise inferencial, pretendeu-se correlacionar cada variável independente com a dependente, sendo que esta última consiste na capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e Enfermagem em identificar doentes de CP. Para concretizar esta análise, criou-se a variável dependente com base no número de acertos observados em cada caso clínico apresentado, em comparação com a resposta dos peritos. De notar que a variável género foi excluída, por ter uma disparidade significativa entre o número de participantes femininos e masculinos.

Ao avaliar as normalidades das diferentes distribuições não se identificaram as premissas necessárias para a realização de testes paramétricos, pelo que foram

usados testes não-paramétricos, mais precisamente o de Sperman e o de Mann-Whitney. De referir que para a análise da correlação entre a variável tipo de formação com a variável dependente, foi empregue o teste de ANOVA, após ter sido verificada a homogeneidade da amostra em questão. Estabeleceu-se, como acima mencionado,  $P < 0,05$  como estatisticamente significativo.

Adicionalmente, foi medido o poder de cada teste, variando entre 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o poder do teste efetuado.

#### **4.7. Procedimentos éticos e legais**

Qualquer investigação científica, junto de seres humanos, envolve questões morais e éticas. Desta forma, no decorrer da mesma, é essencial garantir o respeito dos direitos e liberdades de todos os que participam, nomeadamente à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao tratamento justo e leal. <sup>58</sup>

Neste sentido, foi apresentado o projeto do presente estudo ao Conselho Científico da Universidade Católica e, posteriormente, à Comissão de Ética da ARSLVT, que o avaliaram e aprovaram (Anexos I e II). Foi também pedido o parecer às Direções dos ACES onde foram colhidos os dados (Anexos III).

Adicionalmente, e em conformidade com o protocolo da Comissão de Ética da ARSLVT, foi elaborada e assinada uma declaração sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais (Apêndice II). Esta mesma afirma que os dados recolhidos no estudo, e os resultados inerentes, são totalmente anónimos, não permitindo a identificação dos participantes, e confidenciais, sendo que serão guardados em arquivo pela Universidade. Os participantes podem ainda, a qualquer momento, se assim o entenderem, consultar os dados finais do estudo ou deixar de participar nele, sendo que os seus dados não serão, deste modo, utilizados. Assim, o questionário da presente investigação compreende um consentimento informado, que realça

esta mesma informação e requer a assinatura de cada participante, de forma a garantir que este foi esclarecido sobre os objetivos da mesma e dos direitos que o assistem. Existem duas páginas idênticas, sendo que uma fica na posse do participante.

## PARTE III – RESULTADOS



## 5. Apresentação e análise dos resultados

### 5.1. Análise descritiva

A análise descritiva dos dados engloba a caracterização da amostra, em termos demográficos e profissionais. Compreende também a descrição da mesma relativamente à articulação profissional e pessoal com os CP, à formação na área e à capacidade em identificar doentes de CP.

#### 5.1.1. Caracterização demográfica

A caracterização demográfica da amostra em estudo foi obtida através da análise dos resultados das variáveis género e idade. Neste sentido, dos 49 participantes, 45 (91,8%) eram do género feminino e 4 do género masculino (8,2%) (Tabela 1). O resultado obtido através do teste Binomial demonstra que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo feminino e o masculino [ $p=0,001$  ( $p<0,05$ )], sendo o primeiro predominante em relação ao segundo.

**Tabela 1 – Género da amostra (n=49)**

Género	n	%
Feminino	45	91,8
Masculino	4	8,2
Total	49	100

Destes participantes, a média de idades era de 43,96 anos, com um mínimo de 28 e um máximo de 66 anos, sendo a mediana de 43 anos e o desvio padrão de 9,95 anos. Foram igualmente estabelecidas diferentes faixas etárias, consoante as idades mínima e máxima apresentadas, permitindo outra leitura desta variável. Desta forma, a faixa etária mais representativa correspondeu à dos 31-40 anos, com 32,7%, e a menos representativa à dos 61-66 anos, com 2% (Tabela 2).

**Tabela 2 – Faixa etária da amostra, em anos (n=49)**

Idade	n	%
28-35	5	10,2
31-40	16	32,7
41-50	15	30,6
51-60	12	24,5
61-66	1	2
Total	49	100

### **5.1.2. Caraterização profissional**

A caraterização profissional da amostra estudada foi efetuada a partir dos resultados obtidos na análise das variáveis profissão, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em CSP. Assim, dos 49 participantes, 32 (65,3%) eram enfermeiros e 17 médicos (34,7%) (Tabela 3). O resultado obtido através do teste Binomial demonstra que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo dos enfermeiros e o dos médicos [ $p=0,044$  ( $p<0,05$ )], sendo o primeiro predominante em relação ao segundo.

**Tabela 3 – Profissão da amostra (n=49)**

Profissão	n	%
Enfermeiro	32	65,3
Médico	17	34,7
Total	49	100

Consoante as respostas recolhidas na variável categoria profissional, foram criados sete grupos: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, médico interno, médico assistente, médico graduado e médico graduado sénior. Destes, os grupos mais representativos, em cada profissão, foram o enfermeiro, com 28,6%, e os médicos assistente e graduado, com 12,2%, e os menos

representativos o enfermeiro especialista, com 14,3%, e o médico graduado sénior, com 4,1% (Tabela 4).

**Tabela 4 – Categoria profissional da amostra (n=49)**

Grupo Profissional	n	%
Enfermeiro	14	28,6
Enfermeiro Especialista	7	14,3
Enfermeiro Graduado	11	22,4
Médico Interno	3	6,1
Médico Assistente	6	12,2
Médico Graduado	6	12,2
Médico Graduado Sénior	2	4,1
Total	49	100

Em relação ao tempo de exercício profissional, a média situou-se nos 19,55 anos, com um mínimo de 0,9 e um máximo de 37 anos, sendo a mediana de 20 anos e o desvio padrão de 9,79 anos. Quanto ao tempo de exercício profissional em CSP, a média estabeleceu-se nos 12,49 anos, com um mínimo de 0,1 e um máximo de 34 anos, sendo a mediana de 10 anos e o desvio padrão de 9,28 anos.

De acordo com os mínimos e os máximos encontrados na amostra, foram definidos diferentes intervalos de tempo para ambas as variáveis. Deste modo, para o tempo de exercício profissional, o intervalo mais representativo estabeleceu-se nos 11-20 anos, com 30,6%, e o menos representativo nos 0-1 e 2-5 anos, com 2%. Quanto ao tempo de exercício profissional em CSP, o intervalo mais representativo situou-se nos 6-10 anos, com 36,7%, e o menos representativo nos 0-1 e 31-34 anos, com 2% (Tabelas 5).

**Tabela 5 – Tempo de exercício profissional da amostra, em anos, em geral e em CSP (n=49)**

Tempo em geral	n	%
0-1	1	2
2-5	1	2
6-10	10	20,4
11-20	15	30,6
21-30	13	26,6
31-37	9	18,4
<b>Tempo em CSP</b>		
0-1	1	2
2-5	8	16,3
6-10	18	36,7
11-20	13	26,5
21-30	8	16,3
31-34	1	2
Total	49	100

### **5.1.3. Caraterização relativa à articulação profissional e pessoal com os Cuidados Paliativos e à formação na área**

A caracterização da amostra em estudo, relativa à articulação com os CP e à formação na área, foi elaborada a partir dos resultados obtidos na análise das variáveis articulação profissional e pessoal com equipas e unidades de CP e formação na área. Deste modo, dos 49 participantes, 28 (57,1%) articulavam, no seu trabalho, com equipas ou unidades de CP, enquanto 21 (42,9%) não o faziam. Relativamente à vida pessoal, 23 (46,9%) afirmaram já ter tido contacto com equipas ou unidades de CP, ao passo que 26 (53,1%) não (Tabela 6).

**Tabela 6 – Contacto profissional e pessoal da amostra com os CP (n=49)**

	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
No seu trabalho, articula com equipas ou unidades de CP?	21	42,9	28	57,1	49	100
Na sua vida pessoal, já contactou com equipas ou unidades de CP?	26	53,1	23	46,9	49	100

Quanto aos conhecimentos em CP, 35 (71,4%) não tinham formação nesta área, enquanto 14 (28,6%) tinham (Tabela 7). O resultado obtido através do teste Binomial demonstra que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo dos profissionais sem formação e o grupo dos profissionais com formação [ $p=0,004$  ( $p<0,05$ )], sendo o primeiro predominante em relação ao segundo. Dos 14 com formação, 5 (35,7%) obtiveram-na através de ações soltas, 7 (50%) através do curso básico e 2 (14,3%) através de mestrado (Tabela 8). De salientar que para os participantes que sinalizaram mais de um tipo de formação, optou-se por escolher a mais avançada. A média de horas de formação em CP foi de 68,09 horas, sendo o mínimo de 20 e o máximo de 264 horas e o desvio padrão de 76,062 horas. Contudo, 3 destes 14 participantes não especificaram o número de horas.

**Tabela 7 – Formação da amostra em CP (n=49)**

	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tem formação na área de CP?	35	71,4	14	28,6	49	100

**Tabela 8 – Grau de formação da amostra em CP (n=14)**

Grau de Formação	n	%
Ações Soltas	5	35,7
Curso Básico	7	50
Mestrado	2	14,3
Total	14	100

#### **5.1.4. Caracterização relativa à capacidade em identificar doentes de Cuidados Paliativos**

A caracterização da amostra em estudo, relativa à sua capacidade em identificar doentes de CP, foi determinada a partir dos resultados obtidos na análise da variável dependente. Esta última corresponde à capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e Enfermagem da área dos CSP em reconhecer, nos seis casos clínicos apresentados, a existência de critérios para uma possível referenciação para a especialidade de CP, respondendo sim ou não à seguinte questão: “Considera o seguinte caso clínico referenciável para CP?”. De acordo com a opinião prévia dos peritos, foi possível identificar o número de respostas certas, dadas por cada um dos participantes. Assim sendo, a média de respostas certas situou-se nos 4,2, com um mínimo de 2 e um máximo de 6, sendo a mediana de 4 e o desvio padrão de 1,118. O número mais representativo de respostas certas estabeleceu-se no 4, com 36,7%, e o menos representativo no 2, com 8,2% (Tabela 9).

**Tabela 9 – Número de acertos da amostra (n=49)**

Número de acertos	n	%
2	4	8,2
3	6	12,2
4	18	36,7
5	14	28,6
6	7	14,3
Total	49	100

## **5.2. Análise inferencial**

Na análise inferencial, propôs-se correlacionar cada variável independente com a dependente, com base no número de acertos observados.

### **Idade *versus* acertos**

A hipótese de que a idade pode influenciar a capacidade dos profissionais de saúde em identificar doentes de CP foi avaliada através do teste de correlação de Spearman, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra uma correlação negativa muito fraca [ $r_s=-0,030$ ,  $p=0,837$  ( $p>0,05$ )]. O poder do presente teste é de 0,999.

### **Profissão *versus* acertos**

A hipótese de que os grupos dos enfermeiros e dos médicos diferem na capacidade em identificar doentes de CP foi avaliada através do teste de Mann-Whitney, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas [ $U=254,500$ ,  $p=0,702$  ( $p>0,05$ )]. O poder do presente teste é de 0,054.

### **Tempo de exercício profissional *versus* acertos**

A hipótese de que o tempo de exercício profissional pode influenciar a capacidade dos profissionais de saúde em identificar doentes de CP foi avaliada através do

teste de correlação de Spearman, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra uma correlação negativa fraca [ $r_s=-0,093$ ,  $p=0,525$  ( $p>0,05$ )]. O poder do presente teste é de 0,999.

### **Tempo de exercício profissional em CSP *versus* acertos**

A hipótese de que o tempo de exercício profissional em CSP pode influenciar a capacidade dos profissionais de saúde em identificar doentes de CP foi avaliada através do teste de correlação de Spearman, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra uma correlação positiva fraca [ $r_s=0,212$ ,  $p=0,143$  ( $p>0,05$ )]. O poder do presente teste é de 0,999.

### **Articulação profissional com CP *versus* acertos**

A hipótese de que o grupo de profissionais de saúde que articula, na sua vida profissional, com equipas ou unidades de CP difere na capacidade em identificar doentes de CP do grupo de profissionais de saúde que não tem esta articulação foi avaliada através do teste de Mann-Whitney, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas [ $U=273$ ,  $p=0,659$  ( $p>0,05$ )]. O poder do presente teste é de 0,056.

### **Contacto pessoal com CP *versus* acertos**

A hipótese de que o grupo de profissionais de saúde que já contactou, na sua vida pessoal, com equipas ou unidades de CP difere na capacidade em identificar doentes de CP do grupo de profissionais de saúde que não teve este contacto foi avaliada através do teste de Mann-Whitney, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas [ $U=179,500$ ,  $p=0,013$  ( $p<0,05$ )], sendo que o grupo de profissionais de saúde que já contactou, na sua vida pessoal, com equipas ou unidades de CP acertou mais na identificação de doentes de CP do que o grupo que não teve esse contacto. O poder do presente teste é de 0,734.

## **Formação em CP *versus* acertos**

A hipótese de que o grupo de profissionais de saúde com formação em CP difere na capacidade em identificar doentes de CP do grupo de profissionais de saúde que não tem esta formação foi avaliada através do teste de Mann-Whitney, para  $\alpha=0,05$ . O resultado obtido demonstra que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas [ $U=153,500$ ,  $p=0,035$  ( $p<0,05$ )], sendo que o grupo de profissionais de saúde com formação diferenciada acertou mais na identificação de doentes de CP do que o grupo sem essa formação. O poder do presente teste é de 0,650.

## **Tipo de formação em CP *versus* acertos**

A hipótese de que o grupo de profissionais de saúde com formação mais avançada em CP difere na capacidade em identificar doentes de CP do grupo dos profissionais de saúde com formação menos avançada em CP foi avaliada através do teste ANOVA, para  $\alpha=0,05$ . Os resultados obtidos demonstram que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas [ $F=2,000$ ,  $p=0,182$  ( $p>0,05$ )]. Assim sendo, podemos afirmar que os grupos não diferem entre si na capacidade em identificar doentes de CP. O poder do presente teste é de 0,301.



## 6. Discussão dos resultados

Os profissionais de saúde dos CSP, nomeadamente os médicos e os enfermeiros, podem desenvolver um papel fundamental na identificação de doentes que necessitam de CP, para uma possível referenciação para equipas ou unidades especializadas. De facto, estima-se que, em média, estes profissionais acompanham anualmente cerca de 20 doentes na sua última fase de vida, de uma lista de 2000.<sup>61</sup> Mais ainda, pressupõe-se que 37,5% dos doentes com necessidades paliativas sofrem de situações complexas ou intermédias que requerem a intervenção específica de CP.<sup>6</sup> Contudo, calcula-se que apenas 10% da população portuguesa, com necessidades paliativas, é referenciada para esta tipologia de serviços.<sup>16</sup>

Como acima descrito, existem vários obstáculos à referenciação deste tipo de doentes, por parte dos médicos e enfermeiros, tais como: a incerteza do prognóstico, a possibilidade de episódios de remissão, inadequadas competências de comunicação, pobres conhecimentos acerca dos CP, escassez de suporte e de tempo e dificuldade na acessibilidade. No entanto, importa igualmente avaliar se há fatores que possam influenciar este passo, como o género, a idade, a formação de base, a experiência e o contacto com os CP.

Da análise dos dados que caracterizam a amostra em estudo, constata-se que o grupo feminino (91,8%) é predominante em relação ao masculino (8,2%). Tal facto pode traduzir a “feminização da profissão médica”. Atualmente, a percentagem de médicos do sexo feminino é superior à de médicos do sexo masculino, sobretudo nas faixas etárias inferiores, seguindo a tendência de outros países comparáveis.<sup>62</sup> Entre 2002 e 2011, o número de médicos do sexo masculino retraiu 4%, enquanto o feminino aumentou 22%. Além do mais, 68% do escalão mais jovem da profissão, que engloba os profissionais até aos 29 anos de idade, é constituído pelo género feminino.<sup>63</sup> Um documento da Ordem dos Médicos, datado do final do ano de 2014, revela que existem cerca de 47.388 médicos

portugueses, dos quais 25.015 são mulheres e 22.373 são homens.<sup>64</sup> A profissão de enfermagem, por seu turno, também é essencialmente feminina, embora se constate nos dias de hoje um lento crescimento de enfermeiros do sexo masculino.<sup>62</sup> De acordo com um estudo da Ordem dos Enfermeiros, do fim do ano de 2013, há cerca de 65.872 enfermeiros portugueses, dos quais 53.814 são mulheres e 12.058 são homens.<sup>65</sup> Como acima foi referido, o fator género foi excluído da análise estatística, na medida em que existe uma diferença significativa entre o número de elementos femininos e masculinos, impossibilitando assim uma comparação equitativa. Relativamente à pesquisa bibliográfica quanto à influência deste fator na referenciação para CP, não existe um consenso, pois uma investigação sugere que ser do sexo feminino é estatisticamente significativo, enquanto um outro estudo revela que o género não tem relevância.<sup>66, 67</sup>

Quanto à idade de ambos os grupos profissionais, que formam a amostra, a faixa etária mais representativa estabelece-se nos 31-40 anos, com 32,7%. Comparativamente ao panorama nacional, para os médicos, as faixas etárias com maior expressão são as que se situam abaixo dos 31 anos, com cerca de 18%, e, para os enfermeiros, as dos 26-30 anos, com perto de 22%.<sup>64, 65</sup> Assim sendo, pode admitir-se que a amostra está próxima das idades jovens, predominantes em ambos os grupos profissionais do setor de saúde português. Contudo, é importante salientar que, globalmente, a profissão médica é descrita como sendo uma profissão envelhecida, na medida em que mais de 54% dos seus membros tem mais de 50 anos. Todavia, parece haver uma “renovação geracional”, pois o escalão até aos 39 anos já representa 31% do total dos profissionais.<sup>63</sup> A profissão de enfermagem, por sua vez, apresenta um ritmo de entrada de novos enfermeiros semelhante à reforma dos mesmos.<sup>68</sup> De acordo com os dados obtidos através da aplicação dos testes estatísticos, pode afirmar-se que a idade não representa um fator estatisticamente significativo na capacidade dos profissionais de saúde em identificar doentes de CP. Contudo, há estudos que

comprovam que a idade jovem dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos de família, está associada a um maior número de doentes referenciados para CP, provavelmente graças à inclusão, mais visível nos últimos anos, do ensino e da prática desta área nas suas formações de base.<sup>67, 69</sup> Em contrapartida, os profissionais de saúde com uma idade mais avançada recorrem menos aos CP por terem mais experiência com a complexidade dos casos clínicos, nomeadamente em fim de vida, e uma visão mais cética quanto aos reais benefícios desta especialidade.<sup>69</sup>

Relativamente ao número total de médicos e enfermeiros portugueses, nota-se que este último é superior ao primeiro. Segundo uma investigação realizada em Portugal, em 2010, a proporção enfermeiro/médico é de 1,2 enfermeiros por médico, exceto na área de saúde familiar, em que este número é quase equivalente.<sup>62</sup> De facto, e de acordo com os dados fornecidos pelas respetivas direções dos ACES em estudo, a quantidade de médicos e enfermeiros é sensivelmente próxima: 259 médicos contra 289 enfermeiros. No entanto, a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros (65,3%). Esta situação pode eventualmente ser justificada pela classe de enfermagem da área dos CSP estar mais acessível e representar um “elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade”.<sup>70</sup>

Quanto à categoria profissional da amostra, os enfermeiros (generalistas) são os mais representativos, com 28,6%, seguidos dos médicos assistentes e graduados, com 12,2%. Estes dados podem estar relacionados com a idade ainda jovem da amostra. De facto, a formação médica é de longa duração, sendo que a capacitação do profissional demora cerca de 9 anos para a especialidade de MGF.<sup>63</sup> No caso dos enfermeiros, para além da idade jovem, também pode apontar-se a baixa percentagem de enfermeiros especialistas, em Portugal: de acordo com a ordem dos Enfermeiros, em 2013, dos 65.872 profissionais, apenas 13.083 tinham o título de especialista.<sup>62, 65</sup> Todavia, de acordo com um estudo realizado em 2013, o número de enfermeiros especialistas está a crescer,

provavelmente graças a um maior investimento dos mesmos na sua formação académica. <sup>66</sup> Segundo os dados obtidos através da aplicação dos testes estatísticos, não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos profissionais (médicos e enfermeiros) na capacidade em identificar doentes de CP. Através da pesquisa bibliográfica, não foi possível encontrar investigações alusivas a este fator no domínio da referenciação para CP.

Em relação ao tempo de exercício profissional da amostra, em geral e na área dos CSP, os intervalos mais representativos são dos 11-20 anos, com 30,6%, e dos 6-10 anos, com 36,7%, respetivamente. Face a estes resultados, pode constatar-se que uma parte da amostra trabalha há menos tempo em CSP do que em geral, tendo provavelmente exercido noutras áreas. De acordo com os dados obtidos através da aplicação dos testes estatísticos, o tempo de exercício profissional, tanto em geral, como em CSP, não é estatisticamente significativo na capacidade dos profissionais de saúde em identificar doentes de CP, corroborando outras investigações, em que os anos de experiência profissional também não constituíram um fator determinante na referenciação dos doentes para esta área. <sup>70</sup> Contudo, um estudo demonstra que a prática no âmbito da saúde familiar ou medicina interna está relacionada com um maior número de doentes referenciados para CP, provavelmente pela proximidade existente entre o profissional de saúde e o núcleo doente/família, permitindo a abordagem de questões sensíveis, como o fim de vida. <sup>67</sup>

Relativamente à articulação profissional da amostra com a área dos CP, 28 elementos (57,1%) relacionam-se, no âmbito do trabalho, com equipas ou unidades especializadas. Em contrapartida, 21 elementos (42,9%) não têm essa relação profissional. De acordo com os dados obtidos, através da aplicação dos testes estatísticos, constata-se que não há uma diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos na capacidade de identificar doentes de CP. Todavia, a proximidade entre os CSP e os CP pode facilitar a referenciação, na medida em que os profissionais de saúde ficam mais familiarizados com os

recursos disponíveis na comunidade.<sup>71</sup> De facto, como anteriormente foi descrito, um dos obstáculos na referenciação dos doentes para CP consiste no desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos apoios existentes no Serviço de Saúde e dos reais benefícios desta especialidade.

Quanto à articulação pessoal da amostra com os CP, 23 profissionais de saúde (46,9%) afirmam ter tido um contacto prévio com equipas ou unidades especializadas, ao passo que 26 (53,1%) não o tiveram. Os dados obtidos através da aplicação dos testes estatísticos demonstram que ambos os grupos têm uma diferença estatisticamente significativa na capacidade em identificar doentes de CP, sendo que o grupo de profissionais de saúde que já contactou, na sua vida pessoal, com equipas ou unidades de CP acertou mais do que o grupo que não teve esse contacto. De facto, uma investigação, realizada junto a um grupo de médicos, demonstrou que a experiência pessoal com a área de CP duplicou a referenciação, embora não fosse um fator estatisticamente significativo.<sup>71</sup> Provavelmente, a relação pessoal com equipas ou unidades de CP permite um melhor conhecimento e consciencialização deste domínio. Vários estudos apontam igualmente que a comunicação e a articulação entre as diferentes especialidades resultam essencialmente de ligações pessoais e não de processos formais.<sup>72, 73</sup>

Em relação aos conhecimentos da amostra em relação aos CP, 14 profissionais de saúde (28,6%) têm formação específica, enquanto 35 (71,4%) não a têm. Deste modo, pode afirmar-se que é uma amostra predominantemente sem formação especializada em CP. Mais ainda, pode verificar-se que apenas dois elementos (14,3%) da amostra têm formação avançada, isto é, mestrado. Os restantes com formação obtiveram-na através de ações soltas (35,7%) ou através do curso básico (50%). Embora tenha havido recentemente, em Portugal, um desenvolvimento na formação dos profissionais de saúde em CP, incluindo a mesma no currículo de base de vários cursos de Medicina e Enfermagem, a escassez de especialistas ainda constitui uma barreira na promoção deste tipo de

cuidados. <sup>74</sup> Os dados obtidos através da aplicação dos testes estatísticos evidenciam que ambos os grupos têm uma diferença estatisticamente significativa na capacidade em identificar doentes de CP, sendo que o grupo de profissionais de saúde com formação diferenciada acertou mais do que o grupo sem essa formação. Efetivamente, evidenciou-se que a formação específica dos profissionais de saúde em CP facilita a referenciação, pois possibilita a clarificação de certos preconceitos e a criação de orientações: como identificar necessidades paliativas nos doentes, como prestar CP primários, quando recorrer a especialistas e como trabalhar de forma eficaz com estes últimos. <sup>75, 76</sup> Contudo, a educação por si só pode não ser suficiente, pelo que é fundamental valorizar a prática e a aprendizagem compartilhada, promovendo momentos de partilha de conhecimentos entre os profissionais dos CSP e os especialistas na área dos CP. <sup>72, 77</sup>

Relativamente à diferenciação na capacidade de identificar doentes de CP entre os elementos que têm formação mais avançada com os que possuem conhecimentos básicos, esta não é estaticamente significativa. No entanto, é importante salientar que os que têm formação mais avançada representam um número reduzido em relação aos demais, podendo assim enviesar este resultado.

Por fim, ao avaliar a capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e Enfermagem em identificar doentes de CP, verifica-se que apenas 14,3% da amostra identificou corretamente os 6 casos clínicos apresentados, podendo estes serem referenciáveis ou não para CP. Neste sentido, torna-se fundamental apostar nos fatores pessoais, que interferem nesta capacidade, realçando a relação, a formação e a prática com os CP.

## 7. Conclusão

O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da mortalidade, relacionada com as doenças crónicas, exigem cuidados de saúde específicos, visando melhorar a qualidade de vida dos demais, através de uma abordagem holística. A implementação e o desenvolvimento dos CP nos Serviços de Saúde constituem, desta forma, uma prioridade. Contudo, em Portugal, como noutros países do Mundo, este ramo da Medicina ainda não consegue abranger uma parte significativa da população que poderia beneficiar da sua assistência. Existem, de facto, barreiras organizacionais, estruturais, económicas e sociais, para além do número de doentes referenciados para os CP estar abaixo do expetável.

Os CSP representam o primeiro nível de contacto da população com o SNS, pelo que os respetivos profissionais de Medicina e Enfermagem podem desempenhar um papel fundamental na identificação dos indivíduos que necessitam de CP, para uma possível referenciação.

Na presente investigação, ao avaliar a capacidade dos referidos profissionais de saúde em identificar doentes de CP, somente 14,3% conseguiu identificar corretamente os casos clínicos, podendo estes serem ou não referenciáveis para CP.

Efetivamente, através da literatura, identificaram-se obstáculos na identificação e na referenciação dos doentes para equipas ou unidades de CP, por parte destes profissionais, tais como: a incerteza do prognóstico, a possibilidade de episódios de remissão, inadequadas competências de comunicação, pobres conhecimentos acerca dos CP e escassez de suporte, tempo e acessibilidade. Contudo, para além destas barreiras, também existem fatores pessoais, inerentes ao médico e ao enfermeiro, que podem influenciar estes passos.

No presente estudo, dos vários fatores estudados, apenas dois obtiveram um resultado estatisticamente significativo na capacidade dos médicos e enfermeiros

em identificar doentes de CP: a convivência com equipas ou unidades de CP, na vida pessoal, e a formação diferenciada na área. Assim, e com base em outros estudos, pode afirmar-se que a “familiarização” dos profissionais de saúde com a área dos CP permite a identificação dos doentes e a sua eventual referenciação para equipas ou unidades especializadas. De facto, a relação pessoal ou profissional, o conhecimento e a prática em CP possibilitam desmistificar certos preconceitos, valorizar a prestação dos mesmos e saber quando e como referenciar. Mais ainda, promovem ligações pessoais entre os diversos profissionais de saúde, facilitando a comunicação e, conseqüentemente, o acesso a este tipo de cuidados. Como acima citado, é necessário promover uma aprendizagem compartilhada e desenvolver estratégias que facilitem a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao doente e à sua família. O objetivo é agilizar o processo de identificação e referenciação, de forma a permitir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e adequados a cada situação.<sup>72</sup>

### **7.1. Implicações**

Os resultados obtidos demonstram a necessidade de implementar e regulamentar a disciplina de CP nos currículos de Medicina e Enfermagem, preferencialmente com uma componente teórica e outra prática. Evidenciam ainda a importância de promover relações profissionais entre especialistas de diferentes áreas, nomeadamente entre os de CSP e os de CP, de forma a facilitar a partilha de conhecimentos, a aquisição de novas aprendizagens e, por conseguinte, o acesso a cuidados de qualidade.

### **7.2. Limitações**

Como principal limitação da presente investigação, pode apontar-se o tamanho reduzido da amostra, que não é representativa da população em estudo. Inicialmente, o principal objetivo da investigação pretendia determinar a capacidade dos profissionais de Medicina e Enfermagem de três ACES de Lisboa.

Todavia, apenas dois autorizaram a realização da mesma. Para além disso, dos 548 profissionais, que constituem os ACES em questão, apenas 49 responderam ao questionário. Destes 49, 45 eram do género feminino e 4 do género masculino, impossibilitando a análise de correlação entre a capacidade de identificar doentes de CP e o género.

### **7.3. Sugestões**

Dadas as limitações da presente investigação, poderia ser interessante aplicar o questionário a um maior número de profissionais de saúde para uma obtenção de resultados mais conclusivos e representativos.

Por outro lado, poderia ser relevante aplicar o mesmo estudo, junto de doentes referenciados para CP, para avaliar a influência de certos fatores pessoais dos demais, como a idade, o sexo e a tipologia da doença, no processo de referenciação.



## 8. Referências Bibliográficas

1. Barbosa A, Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. 2010.
2. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2004.
3. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2010.
4. Capelas ML. Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. Cadernos de Saúde. 2009. Universidade Católica Editora – Instituto de Ciências Sociais. 2(1): 51-57.
5. Oliveira JE. Cuidar de doentes em fim de vida: a percepção dos médicos de família. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. 2010.
6. Serviço Nacional de Saúde. Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011-2013. Lisboa. 2010.
7. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos: o que são? [internet]. Lisboa. 2013 [acesso em 2013 Jan.18]. Disponível em URL: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>.
8. Davies E, Higginson IJ. The Solid Facts: Palliative Care. World Health Organization. 2004.
9. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care [internet]. 1998. [acesso em 2013 Jan.18]. Disponível em URL: [www.eapcnet.org/about/definition.html](http://www.eapcnet.org/about/definition.html).
10. European Association of Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care. 2009; 16(6):278-289.
11. Worldwide Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014.

12. Abernethy A *et al.* Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: results from the “palliative care trial”. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013. 45: 488-505.
13. Instituto Nacional de Estatística. População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. 2014.
14. Marques AL *et al.* O desenvolvimento dos cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*. Outubro 2009.
15. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Nova resposta do sistema de saúde [internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan.18]. Disponível em URL: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI\\_nova\\_resposta\\_no\\_sistema\\_de\\_saude\\_12\\_12\\_08.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf).
16. Entidade Reguladora da Saúde. Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. 2013.
17. Assembleia da República. Lei nº 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. 2012.
18. Assembleia da República. Despacho nº 10429/2014. 2014
19. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014. 2015.
20. World Health Organization. Cancer Control – Knowledge into Action. WHO Guide for Effective. 2008.
21. European Association for Palliative Care. Promoting palliative care in the community: producing a toolkit to improve and develop primary palliative care in different countries internationally. 2014.
22. Palliative Care Australia. A guide to palliative care service development: a population based approach. 2005.
23. The Gold Standards Framework. Prognostic Indicator Guidance. 2011.

24. Floriani CA, Schramm SR. Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2072-2080.
25. Gomes B, Sarmiento V, Ferreira P, Higginson I. Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. Fundação Calouste Gulbenkian. 2013.
26. European Academy of Teachers in General Practice. *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*. 2005.
27. Correia C. *et al.* Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001. 2: 75-82.
28. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Estrasburgo. 2003.
29. Herrera Molina E., Rocafort Gil J., Cuervo Pinna M., Redondo Moralod M. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Atención Primaria*. 2006. 38 (suppl. 2): 85-92.
30. Neergaard MA *et al.* Association between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010; 28: 138-145.
31. Munday D, Dale J, Barnett M. Out-of-hours palliative care in the UK: perspectives from general practice and specialist services. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002. 95(1): 28-30.
32. Dumitrescu L, van den Heuvel W, van den Heuvel-Olaroui M, Experiences, Knowledge and Opinions on Palliative Care among Romanian General Practitioners. *Croatian Medical Journal*. 2003. 47 (1): 142-147.
33. Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. How common is medical training in palliative care? A postal survey of general practitioners. *British Journal of General Practice*. 2007. 47(425): 800–804.

34. Llyod-Williams M, Carter YH. General practice vocational training in the UK: what teaching is given in palliative care? *Palliative Medicine*. 2003. 17: 616-620.
35. Shipman C. How and why do GPs use specialist palliative care services? *Palliative Medicine*. 2002. 16: 241-246.
36. Aubin M, Vézina L, Allard P, Bergeron R., Lemieux AP. Les soins palliatifs: profil de pratique des médecins de la région de Québec. *Le médecin de famille canadien*. 2001. 47: 1999-2005.
37. Taubert M, Nelson A. "Oh God, not a Palliative": out-of-hours general practitioners within the domain of palliative care. *Palliative Medicine*. 2010. 24 (5): 501-509.
38. Shipman C *et al.* Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want? *Palliative Medicine*. 2001. 15: 191-196.
39. Mitchell G. Whither general practice palliative care? *Australian Family Physician*. 2006. 35(10):757.
40. Carvalho S, Botelho MA. Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As Intervenções dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 2001. 15(1): 2-24.
41. Prem V. *et al.* Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: a Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian Journal of Palliative Care*. 2012. 18(2): 122-127.
42. Groot MM *et al.* General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliative Medicine*. 2005. 19: 111-118.
43. Mitchell GK. How well general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliative Medicine*. 2002. 16: 457-464.
44. Hanratty B. GP views on developments in palliative care services. *Palliative Medicine*. 2000. 14: 223-224.
45. Tan HM *et al.* GP and nurses' perceptions of how after hours care for people receiving palliative care at home could be improved: a mixed methods study. *BioMed Central Palliative Care*. 2009. 8: 13.

46. Ewing G. *et al.* Palliative care in primary care: a study to determine whether patients and professionals agree on symptoms. *British Journal of General Practice*. 2006. 56(522): 27-34.
47. Beernaert K. *et al.* Early identification of palliative care needs by family physicians: a qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses and patients. *Palliative Medicine* [internet]. 2014 [acesso em 2014 Set.1]. Disponível em URL: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2014/02/14/0269216314522318>.
48. Weeks JC *et al.* Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998. 279: 1709-1714.
49. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2000. 320: 469-472.
50. Devi P. A Timely Referral to Palliative Care Team Improves Quality of Life. 2011. *Indian Journal of Palliative Care*. 17 (suppl.): S14-S16.
51. Akashi M, Yano E, Aruga E. Under-diagnosis of pain by primary physicians and late referral to a palliative care team. *BioMed Central Palliative Care*. 2012. 11:7.
52. Adams C, Bader J, Horn K. Timing of hospice referral: assessing satisfaction while the patient receives hospices services. *Home Health Care Manage Pract*. 2009. 21(2): 109.
53. Walshe C. *et al.* Judgements about fellow professionals and the management of patients receiving palliative care in primary care: a quality study. *British Journal of General Practice*. 2008. 58(549): 264-272.
54. Tatsuya M. *et al.* Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *Journal of Clinical Oncology*. 2005. 23(12): 2637-2644.
55. Waldrop DP, Milch RA, Skretny JA. Understanding family responses to life-limiting illness: in depth interviews with hospice patients and their family members. *Journal of Palliative Care*. 2005. 21: 88-96.

56. Aguiar H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários – o desafio para o século XXI. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2012. 28: 442-447.
57. Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados. Modelo de referenciação de utentes [internet]. 2009 [acesso em 2014 Agosto 28]. Disponível em URL: [www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI\\_Setembro2009\\_\\_corrigido.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009__corrigido.pdf).
58. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª Edição. Loures: Lusociência. 2009.
59. Dicionário de Língua Portuguesa. Porto Editora. 2014.
60. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Legislação Laboral. 2002.
61. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 1ª Edição. Oxford: Oxford University Press. 2005.
62. Dussault G, Fronteira I. Recursos humanos para a saúde (RHS): plano integrado no plano nacional de saúde 2011-2016 (Portugal). 2010.
63. Peixoto H, Loureiro A, Costa C, Nunes C e Duarte N. Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde [Relatório Final]. Universidade de Coimbra. 2013.
64. Ordem dos Médicos. Estatísticas Nacionais: Estatísticas por Distrito 2014. [internet] 2014 [acesso em 2015 Janeiro 8]. Disponível em URL: [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt).
65. Ordem dos enfermeiros. Dados estatísticos a 31-12-2013. [internet] 2014 [acesso em 2015 Janeiro 8]. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>.
66. Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: results of a national survey. *Palliative Medicine*. 2008. 22: 51-57.

67. Kogan AC, Brumley R, Wilber K e Enguidanos S. Physician factors that influence patient referrals to end-of-life care. *The American Journal of Managed Care*. 2012. 18(11): 416-422.
68. Lobo MJ. Distribuição geográfica dos enfermeiros em Portugal. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança. 2013.
69. Keating NL *et al.* Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*. 2010. 116(4): 998-1006.
70. Ministério da Saúde: Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: pressupostos para a sua implementação. 2012.
71. Ahluwalia SG, Fried TR. Physician factors associated with outpatient palliative care referral. *Palliative Medicine*. 2009. 23(7): 608-615.
72. Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *The British Journal of General Practice*. 2012. 62(598): 353-362.
73. Oishi A, Murtagh FEM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Medicine*. 2014. 28(9): 1081-1098.
74. Centeno C *et al.* Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care. 2013.
75. Kavalieratos D *et al.* “Not the ‘grim reaper service’”: an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *Journal of the American Heart Association*. 2014. 3(1): 1-11.
76. Walshe C, Chew-Graham C, Todd C, Caress A. What influences referrals within community palliative care services? A qualitative case study. *Social Science & Medicine*. 2008. 67(1): 137-146.

77. Pype P *et al.* Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study. *BMC Family Practice*. 2014. 15: 36.

## APÊNDICES



## **Apêndice I**

Instrumento de colheita de dados.



# **Capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e de Enfermagem em identificar doentes de Cuidados Paliativos.**

**Mariana van Innis**

Mestranda em Cuidados Paliativos

**Instituto de Ciências da Saúde**

**ORIENTADORES:**

**Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas**

Director do ICS da UCP -Lisboa

**Prof. Manuel Luís Capelas**

Prof. Adjunto do ICS da UCP - Lisboa

## **Questionário para Médicos e Enfermeiros.**

O presente questionário destina-se exclusivamente a fins de investigação e insere-se num estudo que pretende avaliar a capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e de Enfermagem, da área dos Cuidados de Saúde Primários, em identificar doentes de Cuidados Paliativos, para uma possível referenciação para equipas especialistas.

O questionário está dividido em duas partes. A primeira refere-se à caracterização pessoal e profissional. A segunda visa identificar os casos clínicos que possam ser referenciáveis para Cuidados Paliativos.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta.

O preenchimento deste questionário é fácil. Ao longo do mesmo, encontrará indicações específicas ao seu preenchimento.

Obrigada pela sua colaboração!

A investigadora,

Mariana van Innis

916265571

[m\\_van\\_innis@hotmail.com](mailto:m_van_innis@hotmail.com)

## Consentimento Informado.

Estamos a solicitar a sua participação no estudo “Capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e de Enfermagem em identificar doentes de Cuidados Paliativos”. A sua participação é muito importante para podermos atingir os nossos objectivos de investigação.

Os dados recolhidos são estritamente anónimos e confidenciais, sendo que os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo.

Se desejar participar, lembro-o (a) que não é obrigado (a) a responder a todas as questões, embora, seja importante que o faça, e que em qualquer momento pode interromper a sua participação, bastando dizer que não quer continuar a preencher o questionário e que pretende deixar o estudo, sem que isso lhe traga qualquer consequência.

Caso concorde com as condições referidas, e autorize a sua participação no estudo, agradeça que assinasse esta página no espaço destinado a tal e a seguinte e que, de seguida, retirasse a primeira. Ambas são idênticas e a primeira é para si.

A investigadora,

Nome: Mariana van Innis

Assinatura:

Lisboa, \_\_ de \_\_ de 2014

Fui esclarecido (a), do tipo e objectivos do estudo, assim como dos direitos que me assistem, e aceito assim preencher o questionário apresentado

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

## **Consentimento Informado.**

Estamos a solicitar a sua participação no estudo “Capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e de Enfermagem em identificar doentes de Cuidados Paliativos”. A sua participação é muito importante para podermos atingir os nossos objectivos de investigação.

Os dados recolhidos são estritamente anónimos e confidenciais, sendo que os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo.

Se desejar participar, lembro-o (a) que não é obrigado (a) a responder a todas as questões, embora, seja importante que o faça, e que em qualquer momento pode interromper a sua participação, bastando dizer que não quer continuar a preencher o questionário e que pretende deixar o estudo, sem que isso lhe traga qualquer consequência.

Caso concorde com as condições referidas, e autorize a sua participação no estudo, agradeça que assinasse esta página no espaço destinado a tal e a seguinte e que, de seguida, retirasse a primeira. Ambas são idênticas e a primeira é para si.

A investigadora,

Nome: Mariana van Innis

Assinatura:

Lisboa, \_\_ de \_\_ de 2014

Fui esclarecido (a), do tipo e objectivos do estudo, assim como dos direitos que me assistem, e aceito assim preencher o questionário apresentado

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

## 1. Caracterização pessoal e profissional

Assinale com um círculo a alínea que se adequa à sua resposta e complete os espaços em branco.

1.1 Sexo:

- a) Feminino
- b) Masculino

1.2 Idade: \_\_\_\_ (anos)

1.3 Profissão:

- a) Médico
- b) Enfermeiro

1.4 Categoria profissional: \_\_\_\_\_

1.5 Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_

1.6 Tempo de exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários: \_\_\_\_

1.7 No seu trabalho, articula com equipas ou unidades de Cuidados Paliativos?

- a) Não
- b) Sim

1.8 Na sua vida pessoal, já contactou com equipas ou unidades de Cuidados Paliativos?

- a) Não
- b) Sim

1.9 Tem formação na área de Cuidados Paliativos?

- a) Não
- b) Sim

1.10 Se sim, especifique, assim como nº de horas:

- a) Acções soltas (formação em serviço, workshop, congresso), nº de horas: \_\_\_\_
- b) Curso básico, nº de horas: \_\_\_\_
- c) Pós-graduação, nº de horas: \_\_\_\_
- d) Mestrado, nº de horas: \_\_\_\_
- e) Doutoramento, nº de horas: \_\_\_\_

## 2. Casos clínicos

Assinale com um círculo a alínea que se adequa à sua resposta.

### 2.1 Considera o seguinte caso clínico referenciável para Cuidados Paliativos?

Siglas: AP: Antecedentes pessoais, AVC: Acidente vascular cerebral, CDI: Cardioversor-desfibrilhador implantado, DMNID: Diabetes melitus não insulino-dependente, HTA: Hipertensão arterial, ICC: Insuficiência cardíaca congestiva, SIDA: Síndrome da imunodeficiência adquirida.

2.1.1 Homem de 57 anos, casado e com 3 filhos. Tem como AP: hábitos tabágicos e HTA. Há cerca de 3 meses, sofreu um AVC isquémico agudo, com as seguintes sequelas: disartria e hemiparesia direita, de predomínio facial. Está há cerca de 2 meses em reabilitação, com resultados efectivos. Contudo, está em depressão e isolou-se da família, que não o compreende.

- a) Não
- b) Sim

2.1.2 Mulher de 51 anos, viúva há 6 anos e sem filhos, mora sozinha. Tem como AP: neoplasia da mama operada há 16 anos, metastização da uretra há 6, tendo realizado radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Deixou o seguimento da oncologia há cerca de 3 anos, por iniciativa própria. Desde há cerca de 3 semanas, refere algias na anca esquerda, de intensidade 10, de acordo com a escala numérica da dor. São constantes e incapacitantes, não cedendo à analgesia prescrita. Após realização de exames, são diagnosticadas metástases ósseas.

- a) Não
- b) Sim

- 2.1.3 Homem de 83 anos mora com a mulher, sua cuidadora principal. Não têm filhos. Tem como AP: pancreatite e demência, diagnosticada há 1 ano, após perdas de memória constantes e dificuldade de concentração. Iniciou tratamento com Donepezil. Actualmente, apresenta períodos de agressividade, insónia e anorexia. A mulher mostra sinais de exaustão.
- a) Não
  - b) Sim
- 2.1.4 Mulher de 50 anos, casada e com dois filhos adolescentes. Fuma desde os seus 15 anos. Desde há 4 meses, a sua insuficiência respiratória tem vindo a agravar-se. Depois de 3 meses internada nos Cuidados Intensivos, o seu estado mantém-se idêntico. Tem períodos de dispneia, cansaço fácil a médios esforços, sinais de depressão e insónia. Está exausta e recusa o transplante pulmonar.
- a) Não
  - b) Sim
- 2.1.5 Homem de 82 anos, casado e com 1 filho, que mora no estrangeiro. Tem como AP: ICC classe funcional IV e DMNID. Colocou CDI há cerca de 1 ano, após 1 episódio de taquicardia ventricular. Refere dispneia, astenia e ainda perda de peso ponderal (cerca de 15 kg nos últimos 2 meses), que têm vindo a agravar-se ao longo do tempo. Nos últimos 2 meses, foi hospitalizado 4 vezes por descompensação dos sintomas. Actualmente, por não tolerar esforços, fica a maior parte do tempo na cama e não consegue dormir mais de 2 a 3 horas de seguida, devido à dispneia e à dor abdominal. A mulher, sua principal cuidadora, está exausta e refere que não tem capacidades para tratar sozinha do marido.
- a) Não
  - b) Sim
- 2.1.6 Homem, de 43 anos, vive em união de facto com a sua companheira de há 10 anos. Não têm filhos. Tem como AP: hábitos etanólicos e consumo de drogas desde a adolescência. Foi-lhe diagnosticada SIDA há cerca de 8 anos, tendo iniciado, na altura, medicação anti-retrovírica. Contudo, devido aos efeitos

secundários, interrompeu o tratamento. Desde há 6 meses, o seu estado geral tem vindo a deteriorar-se. Emagreceu cerca de 10 kg e tem episódios frequentes de diarreia e sudorese. Foi também hospitalizado 5 vezes por infecções respiratórias. Recentemente, surgiram umas lesões arroxeadas, de forma irregular, na pele – suspeita-se de 1 Sarcoma de Kaposi. A companheira e ele estão desanimados, sem perspectivas quanto ao futuro.

- a) Não
- b) Sim

## **Apêndice II**


Declaração sobre a propriedade de dados e resultados e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais.



Declaração sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais.

Eu, Mariana Joana Thierry van Innis, portadora do cartão de residência permanente nº 025563, emitido a 9 de Abril de 2012, pelo arquivo de Setúbal, e válido até 18 de Janeiro de 2022, declaro que todos os dados recolhidos, ao longo do estudo "Capacidade dos profissionais de saúde de Medicina e de Enfermagem em identificar doentes de Cuidados Paliativos", e os resultados inerentes, serão totalmente anónimos, não permitindo a identificação dos ACES e dos profissionais de saúde em questão, e confidenciais, sendo que serão guardados em arquivo pela Universidade Católica Portuguesa. O participante poderá ainda, a qualquer momento, e se assim o entender, consultar os resultados finais do estudo, ou deixar de participar nele, sendo que os seus dados não serão assim utilizados.

Lisboa, 16 de DEZEMBRO, 2013

Assinatura: 



## **Apêndice III**

Resultados do questionário aplicado aos peritos.

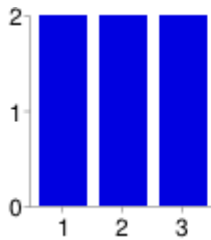


## Casos Clínicos

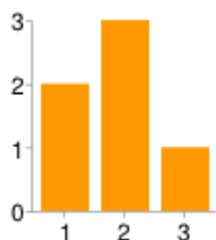
Considera o seguinte caso clínico referenciável para Cuidados Paliativos?

- 1) Não                      2) Talvez                      3) Sim

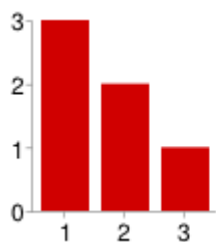
1. Homem de 79 anos, divorciado e com 4 filhos, mora sozinho e não tem apoio no domicílio. Tem como AP: DMNID, HTA, claustrofobia, com sensação de morte iminente e escoliose lombar degenerativa. Desde há 5 anos, por lombalgias recorrentes, é seguido na consulta da dor. Há cerca de 1 mês, as lombalgias intensificaram-se. Actualmente, irradiam para o membro inferior esquerdo e são de intensidade 8, de acordo com a escala numérica da dor. São constantes, não cedem à analgesia prescrita e impedem-no, conseqüentemente, de deambular, passando a maior parte do dia na cama. Tem um aspecto descuidado e está emagrecido.



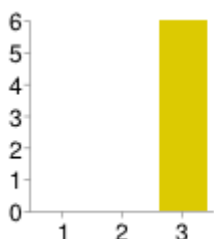
2. Mulher de 31 anos, casada recentemente e ainda sem filhos. Há mais ou menos 6 meses, após o aparecimento de um nódulo, foi-lhe diagnosticado carcinoma ductal invasivo da mama esquerda, tendo sido submetida a quadrantectomia. Está a realizar, actualmente, quimioterapia sistémica e hormonoterapia, com aparente sucesso. Contudo, refere astenia, emagreceu cerca de 4 kg e está com sinais de depressão, que se acentuaram após a queda de cabelo.



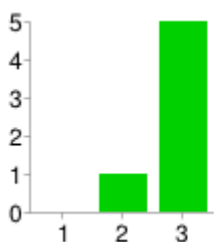
3. Homem de 57 anos, casado e com 3 filhos. Tem como AP: hábitos tabágicos e HTA. Há cerca de 3 meses, sofreu um AVC isquémico agudo, com as seguintes sequelas: disartria e hemiparesia direita, de predomínio facial. Está há cerca de 2 meses em reabilitação, com resultados efectivos. Contudo, está em depressão e isolou-se da família, que não o compreende.



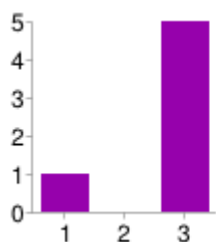
4. Mulher de 51 anos, viúva há 6 anos e sem filhos, mora sozinha. Tem como AP: neoplasia da mama operada há 16 anos, metastização da uretra há 6, tendo realizado radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Deixou o seguimento da oncologia há cerca de 3 anos, por iniciativa própria. Desde há cerca de 3 semanas, refere algias na anca esquerda, de intensidade 10, de acordo com a escala numérica da dor. São constantes e incapacitantes, não cedendo à analgesia prescrita. Após realização de exames, são diagnosticadas metástases ósseas.



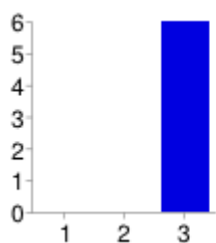
5. Homem de 83 anos mora com a mulher, sua cuidadora principal. Não têm filhos. Tem como AP: pancreatite e demência, diagnosticada há 1 ano, após perdas de memória constantes e dificuldade de concentração, tendo iniciado tratamento com Donepezil. Actualmente, apresenta períodos de agressividade, insónia e anorexia. A mulher mostra sinais de exaustão.



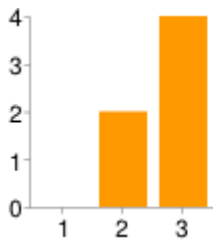
6. Mulher de 50 anos, casada e com dois filhos adolescentes. Fuma desde os seus 15 anos. Desde há 4 meses, a sua insuficiência respiratória tem vindo a agravar-se. Depois de 3 meses internada nos Cuidados Intensivos, o seu estado mantém-se idêntico. Tem períodos de dispneia, cansaço fácil a médios esforços, sinais de depressão e insónia. Está exausta e recusa o transplante pulmonar.



7. Homem de 82 anos, casado e com 1 filho, que mora no estrangeiro. Tem como AP: ICC classe funcional IV e DMNID. Colocou CDI há cerca de 1 ano, após 1 episódio de taquicardia ventricular. Refere dispneia, astenia e ainda perda de peso ponderal (cerca de 15 kg nos últimos 2 meses), que têm vindo a agravar-se ao longo do tempo. Nos últimos 2 meses, foi hospitalizado 4 vezes por descompensação dos sintomas. Actualmente, por não tolerar esforços, fica a maior parte do tempo na cama e não consegue dormir mais de 2 a 3 horas de seguida, devido à dispneia e à dor abdominal. A mulher, sua principal cuidadora, está exausta e refere que não tem capacidades para tratar sozinha do marido.



8. Homem, de 43 anos, vive em união de facto com a sua companheira de há 10 anos. Não têm filhos. Tem como AP: hábitos etanólicos e consumo de drogas desde a adolescência. Foi-lhe diagnosticada SIDA há cerca de 8 anos, tendo iniciado, na altura, medicação anti-retrovírica. Contudo, devido aos efeitos secundários, interrompeu o tratamento. Desde há 6 meses, o seu estado geral tem vindo a deteriorar-se. Emagreceu cerca de 10 kg e tem episódios frequentes de diarreia e sudorese. Foi também hospitalizado 5 vezes por infecções respiratórias. Recentemente, surgiram umas lesões arroxeadas, de forma irregular, na pele – suspeita-se de 1 Sarcoma de Kaposi. A companheira e ele estão desanimados, sem perspectivas quanto ao futuro.





## **ANEXOS**



## **Anexo I**

Parecer do Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa.





### Mestrado em Cuidados Paliativos

Projecto de realização de Dissertação de Mestrado

MARIANA JOANA THIERRY VAN INNIS, aluno nº 192443009

aprovado(a) no 1º ano do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos apresenta o projecto de dissertação

intitulado: **(Anexar Projecto)**

CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM EM IDENTIFICAR DOCENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Data: 30/1/13

Assinatura: [assinatura]

#### Parecer do orientador

Nome (1): \_\_\_\_\_

com o grau académico de \_\_\_\_\_, obtido no(a) \_\_\_\_\_

declara que aprova e aceita orientar a Dissertação do(a) aluno(a) acima identificado.

Contacto: e-mail \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Data: 1/1/13 Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Parecer do co-orientador

Nome (1): MANUEL LUIS VILA CAPELAS

com o grau académico de RESIST. ETC. C. PAU. IVUS, obtido no(a) FAC. MEDICINA USBOA

declara que aprova e aceita orientar a Dissertação do(a) aluno(a) acima identificado.

Contacto: e-mail LUI.CAPELAS@ICS.USBOA.UCP-PT, telefone: 918110522 ou 924300320

Data: 01/02/2013 Assinatura: [assinatura]

(1) Se não for docente da UCP juntar CV do orientador e do co-orientador

#### Conselho Científico

- Autoriza o registo do projecto de dissertação.  
 Não autoriza o registo do projecto de dissertação.

Data: 12/3/13 Assinatura: [assinatura]



## **Anexo II**

Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT.



Exma. Sr.ª

Dr.ª Marianna Van Innis

[m\\_van\\_innis@hotmail.com](mailto:m_van_innis@hotmail.com)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência  
0024/CES/2013

Data  
27-05-2014

**Assunto: "Capacidade dos profissionais de Saúde de Medicina e de Enfermagem em identificar doentes de cuidados paliativos."  
- Comissão de Ética – Processo 155/CES/INV/2014**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou, na sua reunião da Secção de Investigação de 23-05-2014, o projecto mencionado em epígrafe, que mereceu parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvidas as condições estabelecidas.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
Luis Pisco



## **Anexo III**

Pareceres dos ACES em estudo.





Exma. Sr.ª Enfermeira Mariana Joana  
Thierry Van Innis

Email: m\_van\_innis@hotmail.com

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1044/2013	22/11/2013

**Assunto: Realização de colheita de dados**

Após a análise, por parte da Direção Executiva e pelo Sr. Presidente do Conselho Clínico deste ACES, do pedido efetuado pela Sr.ª Enfermeira, informamos que na presente data remetemos o pedido para a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, I.P., solicitando o parecer final, cuja competência é desta Comissão.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Executiva

| ACES





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Para Colecionável  
Enf.

Atenciosamente  
18/10/2013  
Castro

Autorização  
ACES

Local: Col4

Nossa Referência  
ICS/531/2013

Data de Expedição  
2013-10-30

**ASSUNTO:** Pedido para realização de colheita de dados

Exma. Senhora Diretora,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para que a aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos – Mariana Joana Thierry Van Innis, licenciada em Enfermagem, de nacionalidade Belga com o nº de autorização de residência 005488, residente na Rua do Pinheiro Manso, nº 47 – Quinta do Conde, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre. O projeto intitulado: "Capacidade dos Profissionais de Saúde de Medicina e de Enfermagem em Identificar Doentes em Cuidados Paliativos" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

População/Amostra: 42 médicos e 49 enfermeiros;

Local: Centros de Saúde do Agrupamento;

Data: novembro e dezembro 2013.

Da recolha de dados não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição, sendo garantido o anonimato dos profissionais que voluntariamente aceitem participar no estudo.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.ª ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Direção ACES

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas  
Diretor

