GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONHECIMENTO MÉDICO NUM ACES

MANAGING THE MOST FREQUENT SIGNS AND SYMPTOMS IN PALLIATIVE CARE: MEDICAL KNOWLEDGE IN A CHCs

Autores:
Jessica Tavares[1], Nilza Tavares[2], Sofia Pinto da Costa[3], Marina Eichmann[4], Diana P. Coelho[5]

RESUMO

Introdução: A Medicina Geral e Familiar presta cuidados abrangentes e longitudinais. Tem-se assistido a um aumento do número de casos com necessidades paliativas. Pretendeu-se, com este estudo, avaliar o conhecimento dos médicos em ações paliativas, num Agrupamento de Centros de Saúde.
Material e Métodos: Aplicação de questionário digital não validado, com questões elaboradas pelas investigadoras, disponibilizado via correio eletrónico, com consentimento informado incluído, após aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e aplicação de pré-teste. Efetuada análise descritiva dos dados.
Resultados: Participaram 37 médicos: 11 internos (30%) e 26 assistentes de Medicina Geral e Familiar (70%). A maioria do sexo feminino (58%, *n* = 21) e na faixa etária dos 25-44 anos (67%, *n* = 24). Aproximadamente metade (49%, *n* = 18) tinha formação; aqueles sem formação (51%, *n* = 19), apontam a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações (37%, *n* = 7) e a falta de tempo (37%, *n* = 7), como motivos responsáveis. Em relação ao conhecimento, houve mais respostas corretas no capítulo fim de vida (93%), seguido da dor (84%), sintomas neuropsíquicos (82%), sintomas respiratórios (75%), pele e mucosas (74%) e, por último, sintomas gastrointestinais (66%). Os inquiridos mostraram maior confiança na gestão da dor (59,46%, *n* = 22, confiante ou totalmente confiante). Nos restantes capítulos, a maioria manteve-se "neutro" ou "confiante", à exceção do fim de vida, onde 32% (*n* = 12) revelou ausência/pouca confiança.
Discussão/Conclusão: Foram identificadas várias necessidades formativas. É fundamental enriquecer o plano formativo nesta área, quer nos profissionais em formação pré-graduada, através de formação básica em CP, quer nos profissionais em formação pós-graduada que trabalham em áreas com prevalência elevada de doentes com doença incurável e progressiva, através de formação intermédia ou avançada, para facultar o conhecimento e competências necessários para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Palavras-chave: cuidados paliativos; cuidados de saúde primários; conhecimento; sinais e sintomas; prestação de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Introduction: General Practice provides comprehensive and longitudinal care. There has been an increase in the number of cases with palliative needs. The aim of this study was to evaluate the knowledge of doctors in palliative actions, in a Community Health Centers (CHCs).
Material and Methods: Application of a non-validated digital questionnaire, with questions prepared by the researchers, made available via email, with informed consent included, after approval by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto (FMUP) and application of a pre-test. Descriptive analysis of the data was carried out.
Results: Thirty seven physicians participated: 11 internists (30%) and 26 General and Family Medicine assistants (70%). Most were female (58%, n = 21) and in the 25-44 age range (67%, n = 24). Approximately half (49%, n = 18) were trained; those without training (51%, n = 19), point to low training offer/no knowledge of trainings (37%, n = 7) and lack of time (37%, n = 7), as responsible reasons. Regarding knowledge, there were more correct answers in the end-of-life chapter (93%), followed by pain (84%), neuropsychiatric symptoms (82%), respiratory symptoms (75%), skin and mucous membranes (74%), and lastly gastrointestinal symptoms (66%). Respondents showed greater confidence in pain management (59.46%, n = 22, confident or totally confident). In the remaining chapters, most remained "neutral" or "confident," with the exception of end of life, where 32% (n = 12) showed no/low confidence.
Discussion/Conclusion: Several formative needs were identified. It is essential to enrich the training plan in this area, whether for professionals in pre-graduate training, through basic training in PC, or for professionals in post-graduate training who work in areas with a high prevalence of patients with incurable and progressive diseases, through intermediate or advanced training, to provide the knowledge and skills necessary to provide safe and quality care.

Keywords: palliative care; primary health care; knowledge; signs and symptoms; healthcare systems.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Entre Margens, ULS Entre Douro e Vouga
2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Salvador Machado, ULS Entre Douro e Vouga
3. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF São João, ULS Entre Douro e Vouga
4. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Nordeste, ULS Entre Douro e Vouga
5. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga, ULS Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, os Cuidados Paliativos (CPs) compreendem "uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, perante uma doença que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais". Não se trata apenas de cuidados em fim de vida, mas sim de cuidados de saúde holísticos e proativos, focados no bem-estar, e que se aplicam precocemente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas (como a quimioterapia e a radioterapia), aos recém-nascidos, crianças, jovens e adultos com problemas de saúde graves, congénitos ou adquiridos.[1-3]

Os CPs são prestados por equipas multidisciplinares, pela complementaridade entre diferentes grupos profissionais, e interdisciplinares, pela partilha de objetivos e modos de atuar comuns. Devem ser parte integrante da formação de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, assim como de todos os profissionais de saúde.[4] Vários estudos comprovam o impacto positivo dos CPs na qualidade de vida percecionada pelo doente e família contribuindo para a diminuição de sintomas físicos e psicossociais. Além disso, a intervenção de uma equipa de cuidados paliativos está comprovadamente relacionada com a diminuição do número de admissões hospitalares, o aumento do número de mortes em local desejado e a redução significativa dos custos em saúde.[5,6] Sendo um componente do direito à saúde, o seu acesso deve ser garantido a todos, de forma equitativa.

Em 2012 foi aprovada, em Portugal, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 05 setembro) e, a partir daqui, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Consiste numa rede funcional que se baseia num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes unidades e equipas para a prestação de CPs, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários, de acordo com a complexidade da doença e da pessoa-doente.[1]

Os índices de envelhecimento e longevidade têm vindo a aumentar de forma significativa em Portugal, pelo que a necessidade dos CPs é uma questão de saúde pública.[8] De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento passou de 27,6% em 1962 para 183,5% em 2022 e o índice de longevidade aumentou de 33,6% em 1962 para 48,7% em 2022, estimando-se que, em média, 89 236 pessoas tenham necessidade de CPs (7.268 crianças, até aos 17 anos).[3] De referir que, em Portugal, os CPs não são considerados como especialidade, mas constituem uma competência reconhecida pela Ordem dos Médicos desde 2013.[7] A OMS defende que o envolvimento dos cuidados de saúde primários (CSP) é uma das estratégias prioritárias de qualquer governo.[9] De facto, para a maioria dos europeus com doença avançada, o domicílio é o lugar preferencial de morte, contudo nos portugueses esta preferência assume uma percentagem mais reduzida (51%), o que pode ser explicado por preocupações com a disponibilidade limitada de cuidados domiciliários e de recursos da comunidade.[10] O médico de família (MF), que presta cuidados longitudinais e holísticos, com uma relação médico-doente privilegiada, encontra-se numa posição favorável para a prestação de CPs.[5,9] Torna-se, portanto, urgente a formação destes profissionais, a disponibilização de recursos e a melhoria de articulação com os serviços/centros especializados.[11] Relativamente à formação em CP, todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com uma formação pré-graduada básica em CP, que permita identificar e tratar precocemente doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para CP especializados (nível 1). Os profissionais dos cuidados de saúde primários, onde a prevalência de doença incurável e progressiva é alta, devem dispor de conhecimentos e competências de nível intermédio (nível 2) através de formação diferenciada como ações de formação pós-graduada ou de desenvolvimento profissional contínuo.[3]

O objetivo principal desta investigação é identificar as necessidades formativas, ao nível de controlo de sinais e sintomas no doente em CPs, dos médicos (internos e especialistas) de Medicina Geral Familiar (MGF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre Douro e Vouga II (EDV II).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo, realizado entre fevereiro e abril de 2023, no ACeS EDV II, através de um questionário digital (elaborado pelas investigadoras na plataforma Google Formulários® e submetido a pré-teste) enviado por correio eletrónico, em forma de convite, a todos os médicos, internos e especialistas, de MGF do ACeS EDV II.

Foi aplicado um questionário não validado, mas sujeito a pré-teste, numa amostra aleatorizada de

cinco médicos especialistas (um de cada uma das cinco unidades de saúde familiares das investigadoras). Com a aplicação do pré-teste pretendeu-se avaliar, testar e definir a praticidade do instrumento de avaliação desenvolvido pelas investigadoras, assim como testar a clareza e o entendimento do mesmo, de modo a realizar as correções necessárias.

Solicitou-se a colaboração do ACeS para o envio do *link* do questionário *online* para o endereço eletrónico dos médicos do ACeS. Tendo sido excluídos os cinco médicos especialistas sujeitos ao pré-teste.

A amostra é de conveniência, constituída pelos 37 médicos que aceitaram participar no presente estudo, através consentimento informado, e que responderam ao questionário online, de forma anónima e autónoma.

Os dados obtidos foram registados e armazenados em folha de cálculo Google Sheets®, de acesso exclusivo às investigadoras. Realizou-se a análise descritiva das variáveis através do programa *Microsoft Office Excel*® (versão 2310 Build 16. 0. 16924. 20054). Após o preenchimento dos questionários foram eliminadas duas questões, uma referente aos sintomas gastrointestinais e outra aos sintomas neuropsíquicos por incorreta formulação das mesmas.

A investigação foi conduzida de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, com vista à preservação da confidencialidade e proteção da integridade individual dos participantes, e considerando os princípios éticos de fiabilidade, honestidade, respeito e responsabilidade preconizados pelo Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. O estudo teve parecer favorável do Diretor Clínico do ACeS EDV II e da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

RESULTADOS

Foram preenchidos 37 questionários num universo total possível de 84, incluindo médicos especialistas e médicos internos de MGF.

Caracterização sociodemográfica

A maioria dos participantes era do género feminino, 56,76% (*n* = 21), sendo que quase metade, 45,95% (*n* = 17), se encontrava na faixa etária entre os 25-34 anos, representado na figura 1.

A grande parte exercia a sua atividade em unidade de saúde familiar modelo B, 78,38% (*n* = 29), apresentava o grau de especialista em MGF, 70,27% (*n* = 26) e tinha mais de cinco anos de experiência profissional, tal como descrito na figura 2.

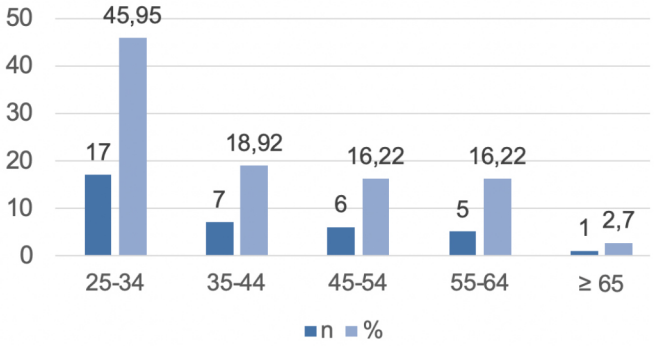

Figura 1. Caracterização sociodemográfica por faixas etárias (*n*: número de participantes; %: percentagem de participantes).

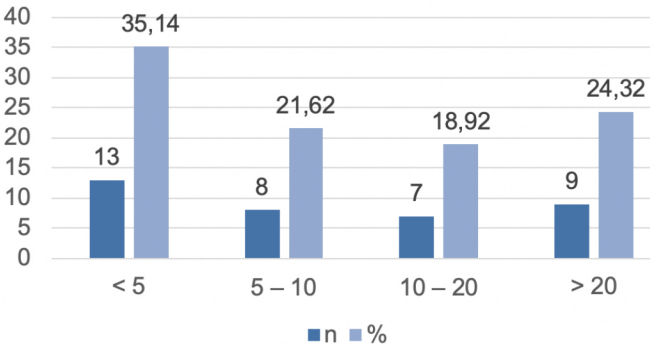

Figura 2. Caracterização sociodemográfica por anos de experiência profissional (*n*: número de participantes; %: percentagem de participantes).

Quando questionados sobre o interesse pela área dos CPs, a maioria respondeu ter interesse, 81,08% (*n* = 30); 10,81% (*n* = 4) respondeu não ter interesse e 8,11% (*n* = 3) não responderam.

Da amostra, a maioria não tinha formação na área dos CPs, 51,35% (*n* = 19), alegando como principais razões a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações na área e a falta de tempo, 36,84% (*n* = 7), respetivamente. Daqueles com formação, 44,44% tinham uma formação básica (18-45 horas), 22,22% (*n* = 4) formação intermédia (90-180 horas), 22,22% (*n* = 4) formação avançada (mais de 200 horas; mestrado, doutoramento) e dois inquiridos responderam ter tido apenas participado em formações muito curtas em congressos médicos e formações internas na unidade de saúde familiar (Quadro I).

Relativamente à experiência profissional na área dos CPs, 29,73% (*n* = 11) tinham experiência e 70,27% (*n* = 26) não tinham. Daqueles com experiência profissional, a maioria era em ações paliativas (81,82%; *n* = 9), um em equipa intra-hospitalar de suporte e um na gestão de doentes paliativos. Quando questionados sobre a duração da experiência profissional na área, a maioria respondeu menos de cinco anos, 63,64% (*n* = 7), três com experiência de 5-10 anos, um com experiência superior a 10 anos e nenhum com experiência superior a 20 anos.

Quadro I. Caracterização sociodemográfica relativamente há existência ou não de formação com discriminação de cada uma das situações em particular.

Formação na área dos Cuidados Paliativos					
Sim			**Não**		
48,65% (*n* = 18)			51,35% (*n* = 19)		
Tipo de formação	*n*	%	**Qual a razão?**	*n*	%
Básica (18 - 45 horas)	8	44,44	Pouca oferta formativa/sem conhecimento de formações na área	7	36,84
Intermédia (90 - 180 horas)	4	22,22	Falta de tempo	7	36,84
Avançada (mais de 200 horas; mestrado, doutoramento)	4	22,22	Sem interesse pela área	3	15,79
Outra (formações curtas em congressos médicos e na USF)	2	1,11	Dificuldade conciliação da formação com manutenção das obrigações laborais	1	5,26
			Sem resposta	1	5,26

Legenda: USF – unidade de saúde familiar.

Gestão de sinais e sintomas

As questões relacionadas com o sintoma "dor" foram no total sete. Em todas elas existiram mais de 80% de respostas corretas, com exceção da questão sobre a rotação de opioides, em que apenas 62,16% (*n* = 23) das respostas foram corretas (Quadro II).

Sobre os "sintomas respiratórios" totalizaram-se sete questões. Destas, apenas duas tiveram uma percentagem de respostas corretas superior a 80%, as restantes variaram entre 50% e 78%, sendo que estas incidiam no controlo da dispneia com opioides, das secreções, da tosse ineficaz e da tosse seca (Quadro II).

O conhecimento na gestão de "sintomas gastrointestinais" revelou-se inferior à gestão da dor e dos sintomas respiratórios, com apenas uma questão com mais de 80% de respostas corretas (Quadro III).

Dos "sintomas neuropsiquícos", duas questões obtiveram percentagem de respostas corretas superior a 80%, sendo que estas incidiram sobre perturbação depressiva e do sono, respetivamente (Quadro III).

No controlo dos sinais e sintomas relativos ao domínio "pele e mucosas", das cinco questões, duas obtiveram menos de 80% das respostas corretas, estas indiciam no controlo de úlceras e feridas (Quadro IV).

A gestão de sinais e sintomas no "fim de vida" foi a que obteve percentagem de respostas corretas superior a 80% em todas as questões (Quadro IV).

Quadro II. Questões relativas ao domínio "dor" e "sintomas respiratórios" com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio "dor"	V (*n*)	F (*n*)	Sem resposta (*n*)	Respostas certas (%)
a. A dor é controlável com medicação adequada em 80% a 90% dos casos.	30	6	1	81,08
b. Não existe "dose teto" na utilização da morfina, sendo o limite o controlo sintomático ou o surgimento de efeitos laterais intoleráveis.	32	5		86,49
c. Os comprimidos de libertação prolongada, como o tapentadol ou morfina, quando usados para a dor basal, podem ser divididos.	5	32		86,49
d. O fentanil e a buprenorfina têm metabolização hepática e podem ser utilizados na insuficiência renal em alternativa à morfina.	31	5	1	83,78
e. A dose de resgate de opioide de libertação imediata corresponde a 1/6 a 1/10 da dose total de opioide basal nas 24horas.	33	4		89,19
f. Para a rotação de opioides deve calcular-se a dose total do opióide utilizado, sem incluir a dose de resgaste.	14	23		62,16
g. Os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes e os corticoides, têm propriedades analgésicas e podem ser utilizados como adjuvantes no tratamento da dor.	36	1		97,30

Questões sobre o domínio "sintomas respiratórios"	V (*n*)	F (*n*)	Sem resposta (*n*)	Respostas certas (%)
a. O "nível" de dispneia não se correlaciona diretamente com a saturação periférica de oxigénio.	35	2		94,59
b. A dispneia é um sintoma de difícil controlo cuja terapêutica passa sempre por medidas farmacológicas.	8	29		78,38
c. Com o uso de opióides está demonstrada uma diminuição significativa na frequência respiratória com a melhoria da dispneia.	35	2		94,59
d. A utilização de opióides está indicada no alívio da dispneia por DPOC, insuficiência cardíaca e doenças neuromusculares, como Esclerose Lateral Amiotrófica.	27	10		72,97
e. Fármacos antimuscarínicos aumentam a produção de secreções.	8	27	2	72,97
f. Se tosse ineficaz a aspiração de secreções deve ser quase sempre utilizada.	18	18	1	48,65
g. Nestes doentes, os supressores de ação central, opióides e não opióides (gabapentina, pregabalina e diazepam) são opções terapêuticas na tosse seca.	22	14	1	59,46

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; *n* – número de respostas; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica.

Quadro III. Questões relativas ao domínio "sintomas gastrointestinais" e "sintomas neuropsiquicos" com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio "sintomas gastrointestinais"	V (*n*)	F (*n*)	Sem resposta (*n*)	Respostas certas (%)
a. Quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opioide necessitam de laxantes.	28	8	1	75,68
b. A combinação de tipos de laxante é muitas vezes mais eficaz.	30	6	1	81,08
c. Nestes doentes a metoclopramida não é suficiente para controlo das náuseas e vómitos.	12	24	1	64,86
d. A eritromicina e o haloperidol são utilizados no tratamento das náuseas e vómitos.	15	20	2	40,54
e. Fármacos como o acetato de megestrol e corticoides diminuem o apetite.	10	26	1	70,27
f. Os corticoides não devem ser utilizados em casos de obstrução intestinal maligna.	10	23	4	62,16
Questões sobre o domínio "sintomas neuropsíquicos"	**V (*n*)**	**F (*n*)**	**Sem resposta (*n*)**	**Respostas certas (%)**
a. A ansiedade é um sintoma muito comum em cuidados paliativos e a psicoterapia é o tratamento de primeira linha.	29	7	1	78,38
b. A depressão é subtratada e subdiagnosticada devido à sobreposição de sintomas em cuidados paliativos.	36	0	1	97,30
c. O risco de suicídio diminui à medida de que a idade vai avançando.	11	25	1	67,57
d. As perturbações do sono mais frequentes em cuidados paliativos são as insónias e a hipersónia.	35	1	1	94,59
e. O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda não sendo passível de prevenção.	7	29	1	78,38
f. O *delirium* é reversível mesmo em doentes com doenças avançadas, contudo pode não ser reversível nas últimas horas ou dias de vida.	27	7	3	72,97

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; *n* – número de respostas.

Quadro IV. Questões relativas ao domínio "pele e mucosas" e "fim de vida" com respetivas respostas.

Questões sobre o domínio "pele e mucosas"	V (*n*)	F (*n*)	Sem resposta (*n*)	Respostas certas (%)
a. A higienização oral não traz qualquer benefício, podendo os doentes ser poupados desta intervenção.	1	35	1	94,59
b. Nos doentes com xerostomia podem e devem ser oferecidos gelados e rebuçados cítricos, não açucarados.	35	0	2	94,59
c. Nestes doentes, o prurido é um sintoma relativamente mais fácil de controlar.	2	34	1	91,89
d. O principal objetivo no tratamento das úlceras de pressão é a cicatrização da ferida oferecendo maior conforto e qualidade de vida ao doente.	29	7	1	18,92
e. Para além da limpeza da ferida, o tratamento com metronidazol tópico é dos mais eficazes no controlo do odor.	26	9	2	70,27
Questões sobre o domínio "fim de vida"	**V (*n*)**	**F (*n*)**	**Sem resposta (*n*)**	**Respostas certas (%)**
a. Em fim de vida as refeições devem ser realizadas de acordo com a vontade do doente.	35	1	1	94,59
b. Não existe benefício na nutrição intensiva em fim de vida.	35	1	1	94,59
c. São manifestações da fase de últimos dias/horas de vida a deterioração do estado físico, como fadiga e fraqueza progressivas, recusa alimentar, anorexia, oscilação do estado de consciência e delirium.	35	1	1	94,59
d. O estertor é um ruído que ocorre frequentemente aquando da respiração do doente agónico.	34	2	1	91,89
e. Perfusões de morfina podem ser administradas mesmo na ausência de indicação (dor, dispneia refratária, diarreia) "para conforto" ou sedação paliativa em caso de sofrimento incontrolável.	33	3	1	89,19

Legenda: V – verdadeiro; F – falso; *n* – número de respostas.

Opinião dos inquiridos

Quando questionados sobre a importância dos conhecimentos em CPs na prática clínica de MGF, 97,30% (*n* = 36) considerou ser importante (*n* = 10) ou muito importante (*n* = 26).

No que diz respeito ao "nível de segurança em gerir, na prática, sinais e sintomas" a dor obteve maior nível de confiança, com 59,49% (*n* = 22) confiante ou totalmente confiante. Na gestão dos restantes sinais e sintomas, a maioria manteve-se neutro ou confiante, sendo que o domínio do "fim de vida" parece ser o que reúne menor confiança na gestão, seguido dos sintomas respiratórios e da pele e mucosas, respetivamente.

DISCUSSÃO

As abordagens paliativas devem estar presentes em todo o sistema de saúde. Idealmente todos os profissionais devem terminar o curso com formação básica em CPs e ser capacitados para identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo, e encaminhar os casos complexos para equipas com formação avançada em CPs.[3] Os MF são considerados profissionais que trabalham numa área onde a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, e, por este motivo, embora não façam dos CPs o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado.[3]

Na amostra inquirida, aproximadamente metade (48,65%, *n* = 18) tinham formação nesta área: 11,1% (*n* = 2) formação curta em congressos médicos, 44,4% (n = 8) formação básica (18-45 horas), 22,2% (*n* = 4) intermédia (90-180 horas), e 22,2% (*n* = 4) formação avançada (> 200 horas, mestrado ou doutoramento).

Daqueles sem formação (51,35%, *n* = 19), a maioria apresentou como motivo a escassez de tempo (36,84%, *n* = 7) e a pouca oferta formativa e/ou sem conhecimento de formação (36,84%, *n* = 7). Ainda 15,79% (*n* = 3) assumiram não ter interesse na área dos CPs. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que apontam a falta de formação e de tempo como os principais obstáculos ao envolvimento dos MF em CPs.[12,13]

De acordo com a definição da MGF, o MF é responsável pela prestação de cuidados longitudinais e

acompanha o individuo, inserido na sua família e no seu contexto, desde a sua conceção até à sua morte.[14] Apresenta assim uma posição privilegiada para a prestação de CPs, por vários motivos: conhecimento abrangente, relação de confiança e proximidade com doente e família, possibilidade de realizar visitas domiciliárias, competências em comunicação e gestão dos recursos de saúde na comunidade.[15,16]

A carência de formação na área dificulta a identificação de doentes a necessitar de CPs, a sua prestação a nível dos CSP e potencial referenciação a uma equipa especializada.[15,16] Não falamos apenas de conhecimentos em controlo sintomático, muitas vezes desafiador e, por vezes, reduzido pelo próprio limite das intervenções conhecidas ou refratariedade às múltiplas medidas instituídas. Falamos também de competências na gestão das restantes dimensões, fundamentais para a abordagem holística.[17]

Neste contexto, existe igualmente escassez de tempo, não só para a formação, como para a prestação de cuidados de saúde que sejam adequados, de qualidade e com segurança, a estes utentes.[15,16,18] Esta afirmação é a tradução da realidade atual, com o tempo de consulta, a problemática da dimensão das listas, e complexidade dos processos burocráticos e administrativos consumidores de energia e tempo do MF.

Em relação ao conhecimento sobre CPs, de forma geral, a percentagem de respostas corretas é de 78,76%. A comparação com outros estudos, tanto nacionais como internacionais, é limitada pela metodologia e criação do questionário utilizado pelas investigadoras. Não obstante, apesar das diferenças metodológicas, é de realçar o resultado de dois estudos nacionais: o primeiro realizado em 2018 com o objetivo principal de avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros nos Açores, havendo uma média de percentagem de respostas corretas foi de 69,16%[19]; o segundo realizado em 2019 com o objetivo de avaliação o conhecimento em MF num ACeS da Zona de Lisboa de Vale do Tejo, onde se verificou que, no total, a média de respostas corretas foi de 85,58%.[20]

Na nossa amostra, o capítulo com mais respostas corretas foi o de fim de vida (92,97%), seguido da dor (83,78%), sintomas neuropsíquicos (81,53%), respiratórios (74,52%), pele e mucosas (74,05%), e por último, sintomas gastrointestinais, com 65,76% de respostas corretas. Quando questionados sobre a sua confiança na gestão do controlo sintomático, através de um instrumento com escala *Likert*, onde um é sem confiança e cinco totalmente confiante, a média de respostas é mais alta no capítulo da dor e dos sintomas gastrointestinais (3,43), seguido dos neuropsíquicos (3,24), respiratórios (3,08) e pele e mucosas (3,05). Por último surge o fim de vida, com uma média de 2,89, sendo o único que se apresenta entre pouco confiante e neutro, apesar de ser o capítulo que reúne a maior percentagem de respostas corretas da amostra. As últimas horas e dias de vida representam um desafio para a prática clínica, não só na sua identificação, mas também na adequação do plano de cuidados.[22]

Em todos verificou-se uma maior percentagem de respostas corretas naqueles com formação na área dos CPs (considerando pelo menos formação básica de 18-45 horas). Foi no capítulo da pele e mucosas que se verificou maior diferença (82,50% *versus* [*vs*] 67,62%), seguido dos sintomas neuropsíquicos (89,58% *vs* 76,19%) e sintomas gastrointestinais (71,88% *vs* 61,11%). O capítulo com menor diferença foi o dos sintomas respiratórios (75,89% *vs* 73,47%).

Também naqueles com pelo menos formação básica em CPs, a média do nível de confiança na gestão do controlo sintomático é superior em todos os capítulos. Foi no capítulo dos sintomas neuropsíquicos que se verificou maior diferença (3,57 *vs* 3,00), seguido da dor (3,75 *vs* 3,19) e fim de vida (3,16 *vs* 2,71). O capítulo onde se verificou menor diferença foi no dos sintomas gastrointestinais (3,50 *vs* 3,38).

Esta investigação é útil para a planificação de ações formativas dirigidas aos profissionais do ACeS EDV II. Seria interessante alargar esta investigação a outros ACeS a nível nacional, com o objetivo de caracterizar uma realidade mais abrangente, que poderá servir de base para o planeamento de programas de formação em CPs para MF. É sabido que os MF com formação na área identificam mais doentes com necessidades paliativas e realizam mais ações paliativas.[21] Nesse sentido, é fundamental repensar o programa de formações obrigatórias do internato de MGF, com a inclusão da área dos CPs.[23]

Este estudo apresenta como limitações uma amostra de dimensão reduzida, limitada aos médicos de um ACeS, o que limita a generalização das conclusões. Mais estudos de investigação na temática de formação em CP podem ser equacionados de modo a obter uma maior consistência dos dados. Outro viés relaciona-se com a metodologia adotada, uma vez que os médicos com maior interesse pessoal e profissional poderão responder em maior número ao questionário. Por último, o questionário utilizado não está validado, tendo sido elaborado pelas investigadoras e sujeito a pré-teste.

CONCLUSÃO

O envolvimento dos cuidados primários é um processo fundamental para tornar a prática dos CPs mais precoce, acessível e global.[5] Aproximadamente metade da amostra inquirida não tinha qualquer formação na área, e aponta a falta de tempo e a pouca oferta formativa/sem conhecimento de formação como os principais motivos. De forma geral, verificou-se um bom nível de conhecimentos nesta amostra, sendo superior em todos os capítulos nos médicos com pelo menos formação básica em CPs. Também nestes, se verificou uma maior confiança na gestão do controlo sintomático.

Este estudo identificou várias necessidades formativas dos médicos na área de CPs e poderá ser usado para o planeamento de formação dirigida a estes profissionais. É fundamental enriquecer o plano formativo desta especialidade, desde o seu internato, para facultar o conhecimento e competências necessários para a prestação de cuidados de qualidade e com segurança à população que serve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República nº 172/2012, Série I. Assembleia da República. Lisboa.
2- Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3- Silva R, Paiva M, Vital F, Moura MJ, Lourenço J, Lopes JM. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos: Com o contributo dos Coordenadores Regionais: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos. Lisboa: OM, OE, OP: 2022.
4- Palliative care. WHO [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
5- Aguiar H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. Rev Port Med Geral e Fam. 2012; 28:442–7.
6- Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a populationlevel matched cohort study. BMJ Open. 2019 Jan 21;9(1):e025180.
7- Ordem dos Médicos CNE. Documento Regulamentar da Competência em Medicina Paliativa. 2013. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/medicina_paliativa_doc_regulamentar.pdf.
8- Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. INE, PORDATA. 2023. Disponível em: https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526
9- Why palliative care is an essential function of primary health care. WHO [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_28.
10- Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. 2012 Aug;23(8):2006-15.
11- Beernaert K, Van den Block L, Van Thienen K, Devroey D, Pardon K, Deliens L, et al. Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. Fam Pract. 2015 Dec; 32(6):694-700.
12- Mahtani R, Kurahashi AM, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? Can Fam Physician. 2015 Dec;61(12):577-82.
13- Rhee JJ, Zwar N, Vagholkar S, Dennis S, Broadbent AM, Mitchell G. Attitudes and barriers to involvement in palliative care by Australian urban general practitioners. J Palliat Med. 2008 Sep;11(7):980-5.
14- Allen J, et al. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Rev Port Med Geral Fam. 2005 Sep; 21(5):511-6. doi: 10.32385/rpmgf.v21i5.10170.
15- Gouveia, M., & Reis-Pina, P. (2023). A atuação do médico de família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. Rev Port Med Geral Fam. 2003 Mar; 39(1), 84–90.
16- Ramanayake RP, Dilanka GV, Premasiri LW. Palliative care; role of family physicians. J Family Med Prim Care. 2016 Apr-Jun;5(2):234-7.
17- Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Palliat Med. 2002 Nov;16(6):457-64.
18- Le B, Eastman P, Vij S, McCormack F, Duong C, Philip J. Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. Aust Fam Physician. 2017 Jan/Feb;46(1):51-5.
19- Diogo, A. R. (2018). Cuidados Paliativos: Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros Região Autónoma dos Açores [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. RUL – Repositório da Universidade de Lisboa.
20- Runa, D. (2019). Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. RUL – Repositório da Universidade de Lisboa.
21- Schwill S, et al. How to ensure basic competencies in end of life care - a mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. BMC Palliat Care. 2020 Mar 24;19(1):36.
22- Freire E. Guia Prático de Controlo Sintomático. Lisboa: NEMPal – SPMI; 2017. Capítulo 17, Últimas horas ou dias de vida; p. 156.
23- Castro RF, Esteves AC, Gouveia M, Reis-Pina P. Why is palliative care training during the Portuguese family medicine residency program not mandatory? Acta Med Port. 2022 Feb;35(2):87-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:
As autoras declaram não existirem conflitos de interesse nem fontes de financiamento do artigo.

CORRESPONDÊNCIA:
Jessica Oliveira Tavares
jessicaotavares@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL
JT: Ideia principal; Elaboração do projeto; Análises dos dados; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.
NT: Elaboração do projeto; Interpretação dos dados; Redação do trabalho; Revisão critica e aprovação final.
SPC: Elaboração do projeto; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.
ME: Elaboração do projeto; Interpretação dos dados; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.
DPC: Elaboração do projeto; Redação do trabalho; Revisão crítica e aprovação final.

RECEBIDO: 5 de setembro de 2023 | ACEITE: 13 de fevereiro de 2024