



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

XÉNIA ISABEL GERMANA CARMEN DOLORES GRACHANE

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS –
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS UTENTES E DOS
FATORES INFLUENCIADORES DESTE CONHECIMENTO**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação:

DR. CARLOS SEIÇA CARDOSO

PROF. DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

Abril de 2023

CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS UTENTES E DOS FATORES INFLUENCIADORES DESTE CONHECIMENTO

Xénia Isabel Germana Carmen Dolores Grachane¹; Carlos Seíça Cardoso^{1,2}, MD, MSc; José Augusto Rodrigues Simões¹, PhD

1- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2- Unidade de Saúde Familiar de Condeixa, Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova, Portugal

Table of Contents

Resumo

Abstract

Abreviaturas

Introdução	1
Métodos	3
Critérios de inclusão.....	3
Procedimentos	3
Análise Estatística.....	4
Resultados	5
Amostra.....	5
Discussão	12
Limitações e Pontos fortes	13
Conclusão	14
Agradecimentos	15
Referências bibliográficas	16
Anexos	19

Resumo

Introdução: O acesso aos Cuidados Paliativos (CP) é limitado. A incompreensão do que constitui os CP, muitas vezes assente em ideias pré-concebidas sobre os mesmos, pode influir na adesão a estes serviços, limitando a potencialidade dos benefícios que podiam ser alcançados, pelo que é fundamental influenciar a conscientização das vantagens de uma procura precoce desta rede de serviços. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento de utentes de algumas unidades de cuidados de saúde primários (CSP) sobre os CP e avaliar fatores potencialmente influenciadores deste conhecimento.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal exploratório, através da aplicação de um questionário a utentes de unidades funcionais da ARS Centro. Os dados recolhidos foram analisados através *no IBM 28.0*, prosseguindo-se as comparações por género, faixa etária, grau de escolaridade e estatuto socioeconómico.

Resultados: Obteve-se um total de 58 respostas, das quais 31 (53,6%) afirmaram ter uma clara perceção de conhecimento sobre CP. As mulheres apresentam uma maior difusão sobre o tema. Verificou-se uma maior conscientização sobre os CP nos utentes de meia-idade e nos utentes mais jovens. Os utentes com um maior grau de escolaridade e pertencentes às classes sociais mais altas foram associados a um maior nível de conhecimento sobre CP.

Discussão: Verificou-se o impacto das características sociodemográficas na perceção do conhecimento sobre os CP e na forma de vivenciar esta rede de serviços (objetivo principal dos CP, componentes essenciais dos CP, principais beneficiários desta rede, principais preocupações dos doentes terminais (DT), preocupações e necessidades dos familiares dos DT).

Conclusão: O inadequado conhecimento sobre os CP é uma das barreiras limita a adesão aos serviços de CP. É necessária uma maior conscientização sobre os CP a fim de promover uma maior compreensão dos objetivos e benefícios desta rede de cuidados e um melhor uso da mesma.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Conhecimento, Cuidados de saúde primários.

Abstract

Introduction: Access to Palliative Care is limited (PC). The misunderstanding of what constitutes PC, often based on preconceived ideas about them can influence adherence to these services, limiting the potential benefits that could be achieved, which is why it is network of services. This study aims to assess the knowledge of users of some primary health care units about PC and evaluate factors that potentially influence this knowledge.

Material and Methods: An exploratory cross-sectional study was carried out, through the application of a questionnaire to users of functional units of the ARS Centro. The collected data was analyzed using the IBM SPSS 28.0, proceeding with comparisons by gender, age group, level of education and socioeconomic status.

Results: A total of 58 responses were obtained, of which 31 (53,6%) claimed to have a clear perception of knowledge about PC. Women have a greater diffusion on the subject. There was a greater awareness of PC in middle-aged and younger users. Users with a higher level of education and belonging to higher social classes were associated with a higher level of knowledge about PC.

Discussion: The impact of sociodemographic characteristics on the perception of knowledge about PC and the way of experiencing this network of services was verified (main objective of PC, essential components of PC, main beneficiaries of this network, main concerns of terminally ill patients, concerns and needs of family members of terminally ill patients).

Conclusion: Inadequate knowledge about PC is one of the barriers that limits adherence to PC services. A greater awareness of PC is needed to promote a greater understanding of the objectives and benefits of this care network and a better use of it.

Keywords: Palliative Care, Knowledge, Primary health care.

Abreviaturas

CP – cuidados paliativos

DT – doentes terminais

CSP – cuidados de saúde primários

Introdução

Cuidados Paliativos (CP) são cuidados de saúde holísticos, que visam a melhorar a qualidade de vida de doentes e das suas famílias/cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicossociais ou espirituais. ¹

O aumento da esperança média de vida, que se traduz no envelhecimento da população, tem contribuído para existência de um número crescente de pessoas com doenças crónicas, que se reflete no aumento de doentes com necessidades paliativas. As necessidades dos doentes com condições crónicas ameaçadoras da vida, como a insuficiência de órgãos (cardíaca, renal, hepática e respiratória) e doenças neurológicas degenerativas, só recentemente foram reconhecidas por programas especializados em CP, sendo necessário um maior investimento nesta vertente. ^{2,3}

CP constituem um dever ético que reflete o direito humano fundamental à morte digna. ^{1,4,5} Ensaios controlados randomizados evidenciam que o acesso precoce aos CP especializados pode promover a qualidade de vida. ⁶ Tornar os CP acessíveis para todos implica o estabelecimento de cuidados antecipados, por meio de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, que prestem a atenção especial às necessidades e preferências específicas das pessoas portadoras de doenças graves. ^{1,2} Estes afiguram-se, cada vez mais, como uma necessidade de saúde pública, no entanto, o acesso a este tipo de cuidados permanece limitado e insuficiente para as necessidades. ^{3,4}

Os cuidados de saúde primários (CSP) apresentam um grande potencial para prestar cuidados paliativos eficazes aos pacientes. A integração dos cuidados paliativos nesta rede de serviços pode melhorar o acesso aos CP e o bem-estar dos doentes, proteger os doentes e seus familiares de despesas de saúde devastadoras, através da redução da dependência dos cuidados hospitalares nos serviços de internamento e em ambulatório. ^{7,8}

Os médicos de família apresentam um papel importante no controlo das doenças crónicas, o que favorece e fortalece a rede CP. Os médicos de família são o primeiro contacto do doente com o sistema médico. Existem evidências que a integração dos médicos de família em equipas de CP, melhora a eficácia das mesmas com benefícios para os doentes e seus familiares. ^{9,10}

Estudos evidenciam que os estudantes de medicina se mostram insuficientemente preparados para cuidarem de doentes com doenças terminais e fim de vida. O limitado conhecimento sobre CP reforça a importância e a necessidade de melhorar o ensino médico nesta área. ¹¹⁻¹⁴

A desigualdade de acesso aos cuidados paliativos é uma das maiores disparidades nos cuidados de saúde globais. ⁷ São várias as barreiras que impedem o desenvolvimento e a acessibilidade dos serviços de CP, entre as quais, a incompreensão do que constitui os CP, a dificuldade na identificação de doentes beneficiários, as políticas e sistemas nacionais de saúde que muitas vezes não incluem

CP, a falta de programas de treinamento básico, intermediário e especializado em CP, a formação em cuidados paliativos para profissionais de saúde que é muitas vezes limitada ou inexistente, a falta de cobertura de seguro e o acesso inadequado e restritivo da população aos opioides. ^{3,6,7,15}

Estudos internacionais demonstram que a população em geral não tem conhecimento sobre os objetivos e benefícios dos CP. ¹⁶ Um inadequado conhecimento sobre os CP, muitas vezes assente numa associação destes cuidados a “doentes terminais” ou “para quando não há mais nada a fazer” pode, potencialmente, influenciar as atitudes sociais ao estabelecer baixas expectativas e/ou adesão a estes cuidados; influenciar a compreensão das vantagens de uma procura precoce e, de uma forma global, poderá atuar como barreira entre os serviços e os doentes e seus familiares durante uma fase mais precoce de doença avançada diminuindo os potenciais benefícios que podiam ser alcançados.

^{16,17}

O presente trabalho pretende avaliar o conhecimento de utentes de algumas unidades de cuidados de saúde primários sobre os CP e avaliar fatores potencialmente influenciadores deste conhecimento.

Métodos

Estudo transversal exploratório para avaliar o conhecimento dos utentes sobre CP.

Critérios de inclusão

Indivíduos adultos (maiores de 18 anos), que sejam utentes em unidades funcionais da ARS Centro e que recorram a essas mesmas unidades funcionais no período de aplicação do estudo.

Procedimentos

Após o parecer positivo da Comissão de Ética, solicitou-se a autorização aos Coordenadores das Unidades onde se realizou a recolha de dados.

A cada participante contactado foi apresentado o estudo e o seu âmbito e, recolhido o seu consentimento livre, esclarecido e informado. De cada participante foram recolhidas as seguintes variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade e estatuto socioeconómico.

Os dados foram recolhidos através de um questionário anónimo de opinião, elaborado com base em outros trabalhos,^{2,18} composto por 7 perguntas relativas aos CP.

Instrumentos

Os participantes responderam a um questionário de opinião que contemplava 7 questões:

1. Percepção de conhecimento sobre os CP – entre as seguintes alíneas, escolha a que melhor corresponde ao seu conhecimento relativamente aos Cuidados Paliativos: “Nunca ouvi falar”, “Já ouvi falar, mas não sei para que servem”, “Tenho uma vaga ideia sobre o que são”, “Tenho uma ideia clara sobre o que são”.
2. Objetivos dos CP – entre as seguintes alíneas, escolha a que, na sua opinião, melhor descreve os objetivos dos Cuidados Paliativos: Aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida e dignidade das pessoas com doenças incuráveis”, “Atrasar o momento da morte”, “Antecipar o momento da morte”, “Não sei”.
3. Componentes essenciais dos CP – entre as seguintes alíneas, escolha a que, na sua opinião, considera ser os componentes essenciais dos Cuidados Paliativos: “Alívio dos sintomas”, “Assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social”, “Suporte psicológico para os doentes e seus familiares”, “Considero todas as alíneas anteriores”, “Não sei”.
4. A quem são dirigidos os CP – na sua opinião, quem deverá beneficiar-se dos Cuidados Paliativos: “Apenas para doentes oncológicos em fases terminais”, “Apenas para doentes com doenças terminais”, “Doentes em sofrimento associado a problemas graves de saúde e/ou com risco de vida”, “Doentes com qualquer tipo de doença”, “Não sei”.

5. Principais preocupações dos DT – quais considera serem as principais preocupações das pessoas diagnosticadas com doenças incuráveis: “Problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas”, “Mal-estar psicológico decorrente do processo de ajustamento à própria morte”, “A conspiração do silêncio e a ocultação de informação relativa ao estado de saúde”, “Considero as alíneas anteriores como pertinentes”, “Não sei”.
6. O papel da família – quais considera serem principais preocupações dos familiares dos DT: “Sobrecarga financeira (gastos adicionais e diminuição do contributo financeiro do membro doente) e profissional (necessidade de conciliar a gestão da doença com as exigências do seu trabalho)”, “Sofrimento e invasão da ameaça de morte”, “Sensação de falta de controle sobre a situação”, “Considero todas as alíneas anteriores como pertinentes”, “Não sei”.
7. Necessidades dos familiares de DT – quais, na sua opinião, considera serem as necessidades dos familiares de doentes terminais: “Apoio psicológico”, “Apoio destinado a facilitar a adaptação à doença e ao luto”, “Centros de internamento”, “Cuidados de enfermagem ao domicílio e auxílio voluntários”, “Não sei”.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através *do IBM 28.0*, prosseguindo-se as comparações por sexo, faixa etária, grau de escolaridade e estatuto socioeconómico, através dos testes Qui-quadrado e Fisher.

Resultados

Amostra

Obteve-se uma amostra de 58 participantes, com média de idades de 48,78 anos (min 20; máx 82).

(Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização da amostra

		N (%)	
Sexo	Masculino	24 (41,4%)	
	Feminino	34 (58,6%)	
Grau de escolaridade	Ensino básico	16 (27,6%)	
	Ensino secundário	15 (25,9%)	
	Ensino superior	27 (46,6%)	
Estatuto socioeconómico	Classe baixa	9 (15,5%)	
	Classe média baixa	13 (22,4%)	
	Classe média	34 (58,6%)	
	Classe média alta	2 (3,4%)	
Idade	20-38 anos	18 (31,0%)	Média – 48.78 Desvio padrão – 17.838
	39-62 anos	26 (44,8%)	
	63-82 anos	14 (24,1%)	

Perceção de conhecimento sobre os CP: 53,4% dos participantes tem uma ideia clara relativamente aos cuidados paliativos, 25,9% dos participantes tem uma ideia vaga sobre os CP, 5,2% dos participantes já ouviu falar sobre os CP, mas desconhecem a sua utilidade e 6,9% dos participantes nunca ouviu falar sobre os CP (**Fig. 1**). Comparando as respostas obtidas tendo em conta as variáveis demográficas em estudo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo (**Tabela 2**), (sexo feminino apresenta maior (perceção de conhecimento sobre os CP (73,5%), $X^2=7.529$, $p=.008$), ao grau de escolaridade (utentes que possuem o ensino superior apresentam maior perceção de conhecimento (77,7%) comparativamente aos restantes graus de escolaridade, $X^2=7.911$, $p=.020$) (**Tabela 2**), ao estatuto socioeconómico (100% dos participantes da classe média em comparação com os participantes pertencentes a classe baixa (22,2%), $X^2=7.409$, $p=.037$) (**Tabela 2**).

Percepção do conhecimento sobre os Cuidados Paliativos

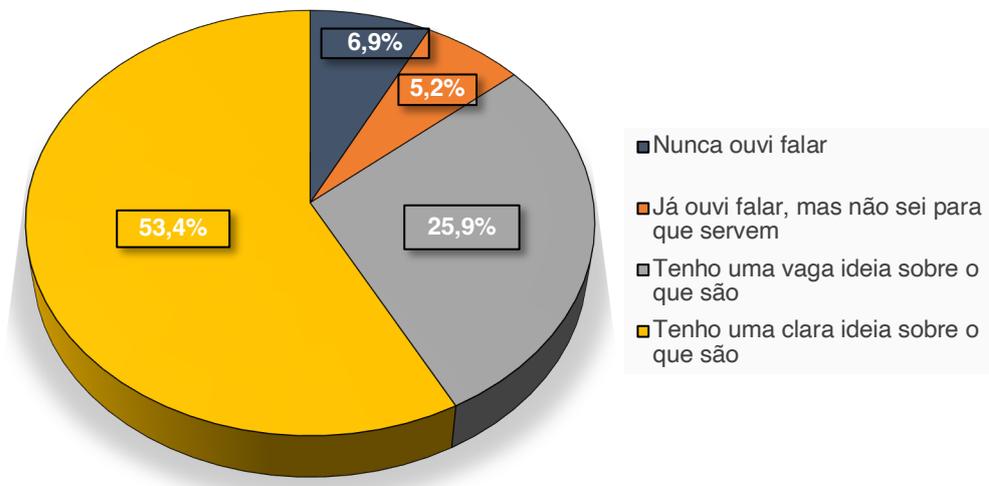


Fig. 1. Distribuição da amostra de acordo com grau de conhecimento sobre os CP.

Tabela 2. Comparação do conhecimento sobre os CP por variáveis sociodemográficas.

	Masculino N (%)	Feminino N (%)	X ²	df	p	20-38 anos N (%)	39-62 anos N (%)	63-82 anos N (%)	X ²	df	p	Ensino básico N (%)	Ensino secundário N (%)	Ensino Superior N (%)	X ²	df	p	Classe baixa N (%)	Classe média baixa N (%)	Classe média N (%)	Classe média alta N (%)	X ²	df	p
<i>Nunca ouvi falar</i>	3 (12,5%)	2 (3,4%)	.782	1	.640	1 (1,7%)	2 (3,4%)	2 (3,4%)	.985	2	.705	4 (25%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5.761	2	.031	3 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	6.343	3	.061
<i>Já ouvi falar, mas não sei para que servem</i>	3 (12,5%)	1 (1,7%)	2.002	1	.297	1 (1,7%)	2 (3,4%)	1 (1,7%)	.378	2	1.00	1 (6,5%)	2 (13,3%)	1 (3,7%)	1.571	2	.577	0 (0,0%)	1 (7,7%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	1.195	3	1.00
<i>Tenho uma vaga ideia sobre o que são</i>	9 (37,5%)	7 (12,1%)	2.014	1	.233	7 (12,1%)	7 (12,1%)	2 (3,4%)	2.293	2	.312	5 (31%)	6 (40%)	5 (18,5%)	2.456	2	.313	4 (44,5%)	2 (15,4%)	10 (29,4%)	0 (0,0%)	2.653	3	.396
<i>Tenho uma ideia clara sobre o que são</i>	9 (37,5%)	25 (73,5%)	7.529	1	.008	10 (17,2%)	15 (25,9%)	9 (15,5%)	.315	2	.888	6 (37,5%)	7 (46,7%)	21 (77,8%)	7.911	2	.020	2 (22,2%)	10 (76,9%)	20 (58,8%)	2 (100%)	7.409	3	.037

Objetivos dos CP: verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grau de escolaridade (**Tabela 3**) no que concerne a resposta “Aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida e dignidade das pessoas com doenças incuráveis” (objetivo preferencial dos participantes com os ensinos superior (100%), secundário (93,3%) comparativamente a 68,9% dos participantes com ensino básico, $X^2= 9.216$, $p= .003$) e, em relação a resposta “Não sei” (18,6% dos participantes com ensino básico não evidencia conhecimento sobre os objetivos dos CP comparativamente aos restantes graus de escolaridade, $X^2= 5.656$, $p= .033$). Quanto à variável estatuto socioeconómico (**Tabela 3**) verificam-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito a resposta “Aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida e dignidade das pessoas com doenças incuráveis”, (resposta priorizada por 100% dos participantes pertencentes a classe média alta, 97,1% dos participantes de classe média e 92,3% dos participantes de classe média baixa comparativamente a 55,6% dos

participantes de classe baixa , $X^2= 9.876, p= .013$) e, na resposta “Antecipar a morte” (22,2 % dos participantes da classe baixa considera-a como objetivo prioritário comparativamente as restantes classes socioeconómicas, $X^2= 6.987, p= .044$).

Tabela 3. Comparação dos objetivos dos CP por variáveis sociodemográficas.

	Masculino N (%)	Feminino N (%)	X^2	df	p	20-38 anos N (%)	39-62 anos N (%)	63-82 anos N (%)	X^2	df	p	Ensino básico N (%)	Ensino secundário N (%)	Ensino superior N (%)	X^2	df	p	Classe baixa N (%)	Classe média baixa N (%)	Classe média média N (%)	Classe média alta N (%)	X^2	df	p
Aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida e dignidade das pessoas com doenças incuráveis	20 (83,4%)	32 (94,2%)	1.764	1	.385	18 (100%)	23 (88,5%)	11 (78,6%)	3.864	2	.101	11 (68,9%)	14 (93,3%)	27 (100%)	9.216	2	.003	5 (55,6%)	12 (92,3%)	33 (97,1%)	2 (100%)	9.876	3	.013
Atrasar o momento da morte	0 (0,0%)	0 (0,0%)	.0			0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	.0			0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	.0			0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	.0		
Antecipar o momento da morte	2 (8,3%)	1 (2,9%)	.834	1	.564	0 (0%)	1 (3,8%)	2 (14,3%)	2.763	2	.237	2 (12,5%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	3.321	2	.146	2 (22,2%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6.987	3	.044
Não sei	2 (8,3%)	1 (2,9%)	.564	1	.567	0 (0%)	2 (7,7%)	1 (7,1%)	1.455	2	.598	3 (18,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5.656	2	.033	2 (22,2%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	5.064	3	.191

Componentes essenciais dos CP: em relação ao sexo demonstram-se diferenças estatisticamente significativas (**Tabela 4**) na opção “ Considero todas as alíneas anteriores” (88,4% dos participantes do sexo feminino consideram que tanto o alívio sintomático, como a assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social e o suporte psicológico para os doentes e seus familiares são componentes essenciais dos cuidados paliativos, em comparação com os participantes do sexo masculino (41,6%), $X^2= 14.255, p= <.001$) e, na opção “Assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social” (25,0% dos participantes do sexo masculino prioriza a resposta como componente essencial dos CP relativamente aos do sexo feminino (2,9%), $X^2= 6.451, p= .016$). Em relação à variável grau de escolaridade constata-se diferenças estatisticamente significativas (**Tabela 4**) na resposta “Considero todas as alíneas anteriores” (a que melhor explana componentes essenciais dos CP para os participantes com o ensino superior (85,2%) comparativamente a 43,6% dos participantes com ensino básico , $X^2= 7.922, p= .017$) e, 25,0% dos participantes com ensino básico não apresenta uma opinião relativa face a questão acima mencionada, analogamente aos participantes com ensino superior (0,0%), $X^2= 6.937, p= .012$).

Tabela 4. Comparação dos componentes essenciais dos CP por variáveis sociodemográficas.

	Masculino		Feminino		Idade			Educação			Classe Social			Total										
	N (%)	N (%)	X ²	df	p	20-38 anos N (%)	39-62 anos N (%)	63-82 anos N (%)	X ²	df	p	Ensino básico N (%)	Ensino secundário N (%)	Ensino Superior N (%)	X ²	df	p	Classe baixa N (%)	Classe média baixa N (%)	Classe média N (%)	Classe média alta N (%)	X ²	df	p
<i>Alívio dos sintomas</i>	4 (16,7%)	1 (2,9%)	3.365	1	.149	0 (0,0%)	4 (6,9%)	1 (1,7%)	2.852	2	.190	3 (18,6%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	2.988	2	.194	1 (1,7%)	1 (1,7%)	3 (5,2%)	0 (0,0%)	.946	3	1.00
<i>Assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social</i>	6 (25,0%)	1 (2,9%)	6.451	1	.016	2 (3,4%)	4 (6,9%)	1 (1,7%)	.563	2	.880	1 (6,4%)	4 (26,7%)	2 (7,4%)	3.433	2	.173	1 (1,7%)	2 (3,4%)	4 (6,9%)	0 (0,0%)	.741	3	1.00
<i>Suporte psicológico para os doentes e seus familiares</i>	0 (0,0%)	1 (2,9%)	.718	1	1.00	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	2.596	2	.241	1 (6,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2.340	2	.534	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	2.867	3	1.00
<i>Considero todas as alíneas anteriores</i>	10 (41,6%)	30 (88,4%)	14.255	1	<.001	15 (25,9%)	16 (27,6%)	9 (15,5%)	2.577	2	.296	7 (43,6%)	10 (66,7%)	23 (85,2%)	7.922	2	.017	4 (6,9%)	10 (17,2%)	24 (41,4%)	2 (3,4%)	4.923	3	.133
<i>Não sei</i>	4 (16,7%)	1 (2,9%)	3.365	1	.149	1 (1,7%)	2 (3,4%)	2 (3,4%)	.985	2	.705	4 (25,0%)	1 (6,6%)	0 (0,0%)	6.937	2	.012	2 (3,8%)	0 (0,0%)	3 (5,8%)	0 (0,0%)	3.303	3	.325

A quem são dirigidos os CP: no que concerne a variável faixa etária sobre a questão colocada, encontra-se diferença estatisticamente significativa (**Tabela 5**) quanto a alínea “Apenas para doentes com doenças incuráveis” (21,4% dos participantes da faixa etária dos 63-82 anos este grupo beneficiante prioritário comparativamente a 0.0% dos participantes na faixa etária 39-62 anos, $X^2= 5.430$, $p= .025$. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico verifica-se diferença estatisticamente significativa (**Tabela 5**) na opção “Doentes em sofrimento associado a problemas graves de saúde e/ou com risco de vida” (70,4% dos participantes com ensino superior elege-a como a que melhor elucida o grupo de doentes prioritário relativamente aos participantes com ensino básico (25,0%), $X^2= 8.312$, $p= .016$).

Tabela 5. Comparação dos beneficiários dos CP por variáveis sociodemográficas.

	Masculino	Feminino				20-38 anos	39-62 anos	63-82 anos				Ensino	Ensino	Ensino				Classe	Classe	Classe	Classe				
	N (%)	N (%)	X²	df	p	N (%)	N (%)	N (%)	X²	df	p	N (%)	N (%)	N (%)	X²	df	p	baixa	média	média	média	X²	df	p	
																		N (%)	baixa	N (%)	N (%)	N (%)			
Apenas para doentes oncológicos terminais	0 (0,0%)	4 (6,9%)	3.033	1	.134	2 (11,1%)	1 (3,8%)	1 (7,2%)	1.149	2	.807	1 (6,2%)	1 (6,7%)	2 (7,4%)	.333	2	1.00	1 (11,1%)	1 (7,7%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	1.534	3	.817	
Apenas para doentes com doenças incuráveis	1 (1,7%)	3 (5,2%)	.475	1	.635	1 (5,6%)	0 (0,0%)	3 (21,4%)	5.430	2	.025	3 (18,8%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	3.768	2	.139	1 (11,1%)	1 (7,7%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	1.534	3	.817	
Doentes em sofrimento associado a problemas graves de saúde e/ou com risco de vida	11 (19,0%)	20 (34,5%)	.954	1	.329	11 (61,1%)	15 (57,7%)	5 (35,7%)	2.383	2	.304	4 (25,0%)	8 (53,3%)	19 (70,4%)	8.312	2	.016	3 (33,4%)	8 (61,5%)	19 (55,8%)	1 (50%)	2.100	3	.667	
Doentes com qualquer tipo de doença	9 (15,5%)	6 (10,3%)	2.864	1	.089	3 (16,6%)	9 (34,7%)	3 (21,4%)	1.836	2	.402	6 (37,5%)	4 (26,7%)	5 (18,5%)	1.947	2	.408	2 (22,2%)	3 (23,1%)	9 (26,5%)	1 (50%)	1.152	3	.830	
Não sei	3 (5,2%)	1 (1,7%)	2.002	1	.297	1 (5,6%)	1 (3,8%)	2 (14,3%)	1.686	2	.448	2 (12,5%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	4.133	2	.103	2 (22,2%)	0 (0,0%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	3.892	3	.266	

Principais preocupações dos DT: a variável género apresenta diferença estatisticamente significativa (**Tabela I**), na resposta “Problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas” (29,2% dos participantes do género masculino considera como principal preocupação dos doentes terminais comparativamente a 5,9% dos participantes do género feminino, $X^2= 5.818$, $p= .026$). Em relação a faixa etária verifica-se diferença estatisticamente significativa (**Tabela I**) face a resposta “Considero todas as alíneas anteriores” (88,9% dos participantes com idades compreendidas entre 20-38 anos considera que os problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas, o mal-estar psicológico decorrente do processo de ajustamento à própria morte e a conspiração do silêncio e, a ocultação de informação relativa ao estado de saúde são ambas preocupações demonstradas pelos DT comparativamente às restantes faixas etárias, $X^2= 7.629$, $p= .026$). No que diz respeito ao grau de escolaridade, constatam-se diferenças estatisticamente significativas (**Tabela I**) nas opções “Problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas” (considerada a principal preocupação dos doentes terminais para os participantes com ensino secundário (33,3%) em comparativamente a 3,7% dos participantes com ensino superior, $X^2= 6.587$, $p= .028$), “Mal-estar psicológico decorrente do processo de ajustamento à própria morte” (31,3% dos participantes do ensino básico comparativamente a 0,0% dos participantes do ensino secundário, $X^2= 6.652$, $p= .026$), “Considero todas as alíneas anteriores” (88,9% dos participantes com ensino superior comparativamente a 31,3% dos participantes com ensino básico, $X^2= 15.409$, $p= <.001$) e, “Não sei” (18,8% dos participantes com ensino básico relatam não conhecer as principais preocupações dos DT comparativamente a 0,0% dos participantes com ensino superior, $X^2= 4.944$, $p= .044$).

Preocupações dos familiares dos DT: na variável grau de escolaridade (**Tabela II**) verifica-se diferença estatisticamente significativa na resposta “Considero todas as alíneas anteriores” (85,2% dos participantes com ensino superior considera que a sobrecarga financeira e profissional, o sofrimento e invasão da ameaça de morte e, sensação de falta de controle sobre a situação são ambas as principais preocupações dos familiares dos DT comparativamente a 43,8% dos participantes com ensino básico, $X^2= 8.312$, $p= .016$).

Necessidades dos familiares de DT: a variável género apresenta diferença estatisticamente significativa (**Tabela III**) na opção “Apoio destinado a facilitar a adaptação à morte e ao luto” (principal necessidade dos familiares dos DT para 55,9% dos participantes do género feminino relativamente a 29,2% dos participantes do género masculino, $X^2= 4.060$, $p= .044$). No que concerne a variável estatuto socioeconómico verifica-se diferença estatisticamente significativa (**Tabela III**) na opção “Não sei” (22,2% dos participantes de classe baixa referem desconhecer as principais necessidades dos familiares dos DT comparativamente às restantes classes, $X^2= 7.426$, $p= .049$).

Discussão

Eram objetivos deste trabalho avaliar a percepção dos utentes sobre o conhecimento de diversos aspetos relativos aos CP, os objetivos, os elementos centrais, a quem devem ser dirigidos, preocupações dos DT, preocupações e necessidades dos familiares dos DT.

Os resultados sugerem de um modo geral, uma conscientização variável sobre os CP. Embora a maioria admita ter uma clara percepção sobre os CP, verificaram-se algumas divergências de opinião. Este estudo evidencia a influência do sexo, faixa etária, grau de escolaridade e estatuto socioeconómico, tanto na percepção do conhecimento sobre os CP, como na forma de experienciar esta rede de serviços (objetivo principal dos CP, componentes essenciais dos CP, principais beneficiários desta rede, principais preocupações dos DT, preocupações e necessidades dos familiares dos DT). Estes resultados vão ao encontro dos de Sonja Mcilpatrick *et al*,¹⁹ que também verificou uma conscientização variável sobre os CP entre o público em geral, Ariel Shalev *et al*,²⁰ Erica Mendes e José Caldas¹⁸, Jennifer Taberid *et al* ²¹, que também evidenciaram que características sociodemográficas influenciam a receptividade aos CP.

Verificou-se uma maior percepção do conhecimento sobre CP nas mulheres. Este resultado não difere dos resultados obtidos nos estudos de Sonja Mcilpatrick *et al* ¹⁹, Caroline Wesacordo *et al* ²² e Elissa Kozlov *et al* ²³, onde concluíram um elevado nível de conhecimento sobre os CP nas mulheres. Os resultados demonstraram a influencia do sexo em algumas respostas obtidas (componentes essenciais dos CP e principais preocupações dos DT). As mulheres consideram que os CP se centram principalmente tanto no alívio sintomático, como na assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social e no suporte psicológico para os doentes e seus familiares, enquanto que os homens priorizaram a assistência nos cuidados de enfermagem e apoio social como competentes essenciais dos CP. E para os homens os problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas são as principais preocupações dos DT.

A estudo evidenciou a influencia da faixa etária em algumas respostas obtidas (grupo beneficiário dos CP e principais preocupações dos DT). Para os participantes mais velhos, os doentes com doenças terminais são o grupo beneficiante prioritário. Este resultado vai ao encontro dos de Elissa Kozlov *et al* ²³, que evidenciam que os indivíduos na faixa etária dos 49-64 anos apresentam um maior conhecimento. E para os participantes mais jovens, os problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas, o mal-estar psicológico decorrente do processo de ajustamento à própria morte e a conspiração do silêncio e, a ocultação de informação relativa ao estado de saúde são ambos principais preocupações dos DT. Este resultado contraria os resultados obtidos nos estudos de Caroline Wesacordo *et al* ²² e Elissa Kozlov *et al* ²³, que evidenciam um menor conhecimento nos participantes mais jovens.

O estudo evidencia uma associação entre o nível de escolaridade e um conhecimento mais preciso, uma vez que os participantes com ensino superior apresentaram maior percepção de conhecimento

sobre o tema. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Jennifer Taberid *et al*²¹ e de Caroline Wesacordo *et al*²², que relatam a associação das pessoas com um menor grau de escolaridade a um menor conhecimento em saúde e, portanto, conhecimento menos preciso.

As classes socioeconómicas mais baixas podem ser classes potencialmente frágeis e com menos condições para procurar cuidados. Já estão mais expostos a doença e dor e podem ter acesso a cuidados mais tardios por falta de conhecimento. Os estudos de Ariel Shalev *et al*²⁰ e Gaurav Kumar *et al*²⁴ reforçam a associação de um menor conhecimento às classes socioeconómicas mais baixas e o impacto do estatuto socioeconómico nas desigualdades no sistema de saúde com os doentes de classes sócio-económicas mais baixas a terem menos acesso a recursos médicos. No entanto, verificou-se em alguns pontos do estudo (componentes essenciais dos CP; preocupações dos familiares dos DT), que o nível socioeconómico não apresentou influência nas respostas observadas. O estudo de Elissa Kozlov *et al*²³, demonstra que embora alguns grupos sociodemográficos possam beneficiar-se de esforços educacionais mais intensivos, a gama de conhecimento era ampla dentro de cada grupo.

Limitações e Pontos fortes

Como limitações, este estudo apresenta o facto do questionário carecer do voluntarismo dos participantes e, conseqüentemente não se obteve uma amostra aleatória, o facto de não ser possível garantir que as respostas correspondam à realidade, uma vez que existe a probabilidade dos participantes apresentarem respostas mais socialmente aceitáveis do que as suas opiniões verdadeiras, da amostra abranger pessoas com médicos de família e, por isso, eventualmente com maior literacia em saúde e a exclusão da população analfabeta, um grupo que poderia ter particular interesse.

A amostra não é representativa da população, uma vez que o questionário apenas foi aplicado em centros de saúde do concelho de Coimbra.

Conclusão

Este estudo permite concluir que a conscientização sobre os CP nos utentes é variável. Embora 53,4% dos utentes admita ter uma ideia clara sobre o que são os CP, existem diferentes opiniões. O estudo evidencia a influência das características sociodemográficas na percepção sobre os CP e a vivência desta rede de serviços.

As mulheres apresentam uma maior difusão sobre o tema. Verifica-se um maior conhecimento sobre os CP nos utentes de meia-idade e nos utentes mais jovens. Os utentes com um maior grau de escolaridade e pertencentes às classes sociais mais altas apresentam um maior conhecimento que os restantes.

O nosso estudo reforça que o inadequado conhecimento sobre os CP é uma importante barreira na adesão aos serviços de CP. É fundamental haver um maior investimento na divulgação dos CP para que haja uma maior compreensão das vantagens desta rede de cuidados e um melhor uso da mesma e, eventualmente, que a identificação e procura de um plano de cuidados possa também partir dos doentes ou familiares, enquanto membros de uma comunidade mais informada e capacitada.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. José Augusto Simões e coorientador Dr. Carlos Seiza Cardoso pelo apoio prestado e pela ativa contribuição na realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais e ao irmão pelo apoio emocional e incondicional prestado durante toda a minha trajetória.

E por fim, aos meus amigos, em especial ao Élber Libombo pelo suporte, companheirismo e pela força durante esta fase.

Referências bibliográficas

1. Palliative care. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. Carolina, A., Ponte, S. L. C., Luís, J. & Ribeiro, P.-. *O bem-estar do doente paliativo: Revisão bibliográfica** *The palliative patient well-being: literature review. Cadernos de Saúde* 8 vol. 8 (2016).
3. Hawley, P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care* 10, (2017).
4. Pavlič, D. R. *et al.* Palliative care in primary care: European Forum for Primary Care position paper. *Prim Health Care Res Dev* 20, 1–6 (2015).
5. Da Conceição, A. & Guimarães Da Cruz, V. *Mestrado Integrado em Medicina Artigo de Investigação Médica CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL: A REALIDADE DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO.*
6. Yousuf E, Stephen HB, Emma C. Lucy Z, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliative Medicina* 2020, Vol. 34(8) 989-1005. Doi:10.1177/0269216320929552.
7. *WHY PALLIATIVE CARE IS AN ESSENTIAL FUNCTION OF PRIMARY HEALTH CARE.* Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>
8. Jamison, D. T. *et al.* Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 9): Improving Health and Reducing Poverty* (2017). Doi:10.1596/978-1-4648-0527-1.
9. Cardoso, C. S., Prazeres, F., Xavier, B. & Gomes, B. Family Physicians' Perspectives on Their Role in Palliative Care: A Double Focus Group in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* 18, (2021).
10. Mitchell, G. K. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med* 16, 457–464 (2002).
11. Oliveira, S., Santiago, L. M. & Dourado, M. Conhecimento sobre Cuidados Paliativos em Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Acta Med Port* 34, 250–257 (2021).
12. Weber, M., Schmiedel, S., Nauck, F. & Alt-Epping, B. *Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care-an interinstitutional questionnaire-based study.* <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/19> (2011). Doi:10.1186/1472-684X-10-19.

13. Lemos, C. F. P. de, Barros, G. de S., Melo, N. C. V., Amorim, F. F. & Santana, A. N. C. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 41, 278–282 (2017).
14. Raquel Silva Pavão Pinheiro, T. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *Rev O Mundo da Saúde*, 320-326 (2010).
15. *Palliative care The essential facts*. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/palliative-care/palliative-care-essential-facts.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/palliative-care/palliative-care-essential-facts.pdf).
16. Dixe, M. dos A. *et al.* Knowledge and Myths about Palliative Care among the General Public and Health Care Professionals in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* 17, 4630 (2020).
17. Murray, S. A. *et al.* Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216314545006> 29, 101–111 (2014).
18. Erica, P., Rocha, S., Mendes, N., Carlos, J. & Caldas, S. *Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos (CP) 1 CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS (CP) Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos (CP): Opinião de uma amostra da População.*
19. Mcilfattrick, S. *et al.* *Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland.* <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/34> (2013). Doi:10.1186/1472-684X-12-34.
20. Shalev, A. *et al.* Awareness and Misperceptions of Hospice and Palliative Care: A Population-Based Survey Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 35, 431–439 (2018).
21. Taberid, J. M., Ellis, E. M., Reblinid, M., Ellington, L. & Ferrer, R. A. Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample. Doi:10.1371/journal.pone.0219074.
22. Caroline W, Carol T, Inger B, Carl JF, Ulla M, Birgit HR, Sylvia S, Olav L. Public awareness of palliative care in Sweden. *Scandinavian J of Public Health*. 2018; 46: 478-487. Doi:10.1177/1403494817751329.
23. Kozlov, E., McDarby, M., Reid, M. C. & Carpenter, B. D. Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults. Doi:10.1177/1049909117725725 35, 647–651 (2017).

24. Kumar, G., Panda, N., Roy, R. & Bhattacharjee, G. An Observational Study to Assess the Socioeconomic Status and Demographic Profile of Advanced Cancer Patients Receiving Palliative Care in a Tertiary-Level Cancer Hospital of Eastern India. *Indian J Palliat Care* 24, 496 (2018).

Anexos

Tabela I. Comparação das preocupações dos DT por variáveis sociodemográficas.

	Masculino N (%)	Feminino N (%)	X ²	df	p	20-38 anos N (%)	39-62 anos N (%)	63-82 anos N (%)	X ²	df	p	Ensino básico N (%)	Ensino secundário N (%)	Ensino Superior N (%)	X ²	df	p	Classe baixa N (%)	Classe média baixa N (%)	Classe média N (%)	Classe média alta N (%)	X ²	df	p
<i>Problemas físicos manifestados pela agudização de vários sintomas</i>	7 (29,2%)	2 (5,9%)	5.818	1	.026	1 (5,6%)	6 (23,2%)	2 (14,3%)	2.342	2	.336	3 (18,7%)	5 (33,3%)	1 (3,7%)	6.587	2	.028	3 (33,3%)	2 (15,4%)	4 (11,8%)	0 (0,0%)	2.774	3	.4
<i>Mal-estar psicológico decorrente do processo de ajustamento à própria morte</i>	2 (8,3%)	5 (14,7%)	.625	1	.688	1 (5,6%)	3 (11,5%)	3 (21,5%)	1.825	2	.452	5 (31,3%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	6.652	2	.026	1 (11,1%)	2 (15,4%)	4 (11,8%)	0 (0,0%)	.741	3	1.
<i>A conspiração do silêncio e a ocultação de informação relativa ao estado de saúde</i>	0 (0,0%)	1 (2,9%)	.718	0	1.00	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	1.358	2	1.00	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	2.469	2	.259	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4.790	3	.4
<i>Considero todas as alíneas anteriores</i>	13 (54,2%)	24 (70,6%)	1.643	1	.269	16 (88,8%)	13 (50,0%)	8 (57,1%)	7.629	2	.026	5 (31,3%)	8 (53,3%)	24 (88,9%)	15.409	2	<.001	3 (33,3%)	8 (61,5%)	24 (70,6%)	2 (100%)	4.887	3	.1
<i>Não sei</i>	2 (8,3%)	2 (5,9%)	.132	1	1.00	0 (0,0%)	3 (11,5%)	1 (7,1%)	2.000	2	.348	3 (18,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	4.944	2	.044	2 (22,3%)	0 (0,0%)	2 (5,8%)	0 (0,0%)	3.892	3	.2

Tabela II. Comparação das preocupações dos familiares dos DT por variáveis sociodemográficas.

	<i>Masculino</i> N (%)	<i>Feminino</i> N (%)	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>20-38 anos</i> N (%)	<i>39-62 anos</i> N (%)	<i>63-82 anos</i> N (%)	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Ensino básico</i> N (%)	<i>Ensino secundário</i> N (%)	<i>Ensino Superior</i> N (%)	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Classe baixa</i> N (%)	<i>Classe média baixa</i> N (%)	<i>Classe média</i> N (%)	<i>Classe média alta</i> N (%)	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Sobrecarga financeira (gastos adicionais e diminuição do contributo financeiro do membro doente) e profissional (necessidade de conciliar a gestão da doença com as exigências do seu trabalho)</i>	2 (8,3%)	1 (2,9%)	.834	1	.564	0 (0,0%)	3 (11,5%)	0 (0,0%)	2.575	2	.322	0 (0,0%)	1 (6,7%)	2 (7,4%)	1.175	2	.608	0 (0,0%)	2 (15,4%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	3.518	3	.277
<i>Sofrimento e invasão da ameaça de morte</i>	0 (0,0%)	3 (8,8%)	2.233	1	.194	0 (0,0%)	1 (3,8%)	2 (14,3%)	2.763	2	.237	2 (12,5%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	3.321	2	.240	0 (0,0%)	2 (15,4%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	3.518	3	.277
<i>Sensação de falta de controle sobre a situação</i>	6 (25%)	2 (5,9%)	4.324	1	.055	2 (11,1%)	4 (15,4%)	2 (14,3%)	.296	2	1.00	4 (25%)	2 (13,3%)	2 (7,4%)	2.572	2	.296	0 (0,0%)	1 (7,7%)	7 (20,6%)	0 (0,0%)	2.575	3	.522
<i>Considero todas as alíneas anteriores como pertinentes</i>	13 (54,2%)	26 (76,5%)	3.177	1	.075	16 (88,9%)	15 (57,8%)	8 (57,1%)	5.554	2	.063	7 (43,8%)	9 (60%)	23 (85,2%)	8.312	2	.016	7 (77,8%)	6 (46,1%)	24 (70,7%)	2 (100%)	3.627	3	.290
<i>Não sei</i>	3 (12,5%)	2 (5,9%)	.782	1	.640	0 (0,0%)	3 (11,5%)	2 (14,3%)	2.607	2	.242	3 (18,7%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	5.402	2	.056	2 (22,2%)	2 (15,4%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	4.931	3	.151

Tabela III. Comparação das necessidades dos familiares dos DT por variáveis sociodemográficas.

	Masculino N (%)	Feminino N (%)	X ²	df	p	20-38 anos N (%)	39-62 anos N (%)	63-82 anos N (%)	X ²	df	p	Ensino básico N (%)	Ensino secundário N (%)	Ensino Superior N (%)	X ²	df	p	Classe baixa N (%)	Classe média baixa N (%)	Classe média N (%)	Classe média alta N (%)	X ²	df	p
Apoio psicológico	11 (45,8%)	8 (23,5%)	3.177	1	.075	6 (33,3%)	6 (23,1%)	7 (50%)	2.998	2	.223	7 (43,8%)	5 (33,3%)	7 (25,9%)	1.452	2	.484	1 (11,1%)	5 (38,4%)	12 (35,4%)	1 (50%)	2.727	3	.463
Apoio destinado a facilitar a adaptação à morte e ao luto	7 (29,2%)	19 (55,9%)	4.060	1	.044	10 (55,6%)	12 (46,2%)	4 (28,7%)	2.352	2	.309	5 (31,3%)	5 (33,3%)	15 (55,6%)	2.734	2	.255	5 (55,6%)	3 (23,1%)	18 (52,9%)	0 (0,0%)	5.018	3	.140
Centros de internamento	1 (4,2%)	3 (8,8%)	.475	1	.635	0 (0,0%)	3 (11,5%)	1 (7,1%)	2.000	2	.348	1 (6,2%)	2 (13,4%)	2 (7,4%)	.333	2	1.00	0 (0,0%)	2 (15,4%)	1 (2,9%)	1 (50%)	6.566	3	.053
Cuidados de enfermagem ao domicílio e auxílio de voluntários	3 (12,5%)	4 (11,8%)	.007	1	1.00	2 (11,1%)	4 (15,4%)	1 (7,1%)	.563	2	.880	1 (6,2%)	3 (20%)	3 (11,1%)	1.390	2	.593	1 (11,1%)	3 (23,1%)	3 (8,8%)	0 (0,0%)	2.238	3	.525
Não sei	2 (8,3%)	0 (0,0%)	2.935	1	.167	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (7,1%)	1.428	2	.717	2 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3.659	2	.136	2 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7.426	3	.049

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tomad conhecimento e deliberad homologa o Parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 19.01.2023 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
-----------------------------	--

ASSUNTO:	Parecer sobre o Projeto 125/2022 - "Conhecimento sobre Cuidados Paliativos e avaliação do conhecimento dos utentes e dos fatores influenciadores deste conhecimento". <i>Dr. José Reis Marques</i> Presidente,
----------	--

Dr. Adria Ruivo
Vogal,

Este estudo foi apresentado por Xenia Isabel Grachane, estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, e tem como coautores o Prof. Doutor José Augusto Simões e o Dr. Carlos Alexandre Duarte. O seu objetivo é avaliar o conhecimento de utentes de algumas unidades de saúde primários sobre o que são os cuidados paliativos.

Para este estudo serão abordados, pelo menos, 50 utentes adultos de unidades funcionais não especificadas da ARS Centro. Para além da recolha de algumas variáveis sociodemográficas, será aplicado um questionário composto por sete perguntas relativas a cuidados paliativos.

A autora anexa um documento de consentimento informado.

Face a esta informação, esta Comissão de Ética emite um parecer favorável.

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira
P. Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
F. Ribeiro

A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

