

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Literacia em Cuidados Paliativos dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Luísa Filipa da Silva Simões Barral

M

2025

ORIENTADORA: PROF.^a DOUTORA FRANCISCA REGO



FACULDADE DE MEDICINA



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

LUÍSA FILIPA DA SILVA SIMÕES BARRAL

**LITERACIA EM CUIDADOS PALIATIVOS DO TÉCNICOS SUPERIORES DE
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA**

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS
NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO SOB A ORIENTAÇÃO DA
PROFESSORA DOUTORA MARIA FRANCISCA MELO POJAL DA SILVA REGO

PORTO, 2025



FACULDADE DE MEDICINA



AGRADECIMENTOS

Nem sempre encontramos as palavras que precisamos para agradecer de forma justa a certas pessoas, que ao longo da nossa vida contribuíram para a nossa felicidade, tornando-a mais leve, retirando muitos “pesos das nossas costas” e fazendo-nos acreditar na Humanidade.

Algumas, porque são do nosso sangue, e o amor assim o impõe! Obrigada, mãe! Obrigada, pai! Sempre acreditaram em mim, e fizeram com o respeito e a empatia pelo próximo fosse a pedra basilar da minha educação. Foram esses valores que me trouxeram até aqui.

Obrigada aos meus filhos, Beatriz, Leonardo e Marco, pela paciência e resiliência nos dias em que não tive tanto tempo para vocês. O orgulho e privilégio que sinto em ser vossa mãe é imensurável, assim como o amor que vos acompanhará para sempre.

Agradeço ao meu companheiro de viagem e grande amor, Carlos Barral. Obrigada por tudo! Tu sabes... “Vou agarrada a ti...”

Agradeço aos “outros”, àqueles que sem qualquer laço de sangue ou de amor, ajudaram-me de forma altruísta.

Muito obrigada a todos quanto participaram neste estudo, respondendo e colaborando na disseminação do mesmo. Neste contexto, um obrigado muito especial à minha colega e amiga Andreia Cunha, que não poupou esforços e contribuiu de forma admirável para o sucesso deste trabalho, e ao Grupo de Gestão de Ensino e Formação do Serviço e Imagiologia da ULSGE.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Francisca Melo Pojal da Silva Rego, deixo o meu profundo agradecimento pela disponibilidade, e paciência com que me orientou ao longo destes meses.

Obrigada a todos aqueles que, de alguma forma, não me deixaram desistir...

“A questão não é se existe vida depois da morte. A questão é se você viveu antes da morte”

Osho

RESUMO

Introdução: No contexto nacional das últimas décadas, com uma inversão da pirâmide etária causada pela queda acentuada da natalidade e um aumento da esperança média de vida, a importância dos cuidados paliativos é indiscutível. Avaliar o nível de literacia dos profissionais de saúde nesta área é particularmente importante, pois estes cumprem um papel fulcral como promotores e ativadores da literacia em saúde, nos seus diferentes eixos de intervenção. A baixa literacia no que concerne os cuidados paliativos é, muitas vezes, considerada um obstáculo à referenciação e prestação destes cuidados. Este trabalho tem assim como principal objetivo estudar a literacia em cuidados paliativos dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) em Portugal, no sentido de possibilitar uma intervenção ao nível da sua formação, caso se identifiquem lacunas, de forma a otimizar a sua atuação no contexto dos cuidados paliativos.

Metodologia: Estudo transversal do tipo observacional e correlacional, com recurso a um questionário online dirigido a TSDT, constituído por questões de caracterização demográfica e profissional, e pela escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos. O questionário foi implementado via *Google Forms*, e o recrutamento dos participantes foi realizado por amostragem representativa de bola de neve.

Resultados: Este estudo teve um total de 113 participantes. A média no questionário de avaliação dos conhecimentos em cuidados paliativos para profissionais de saúde foi de $51,3\% \pm 13,6$, apresentando diferenças estatisticamente significativas decorrentes do género e da idade. Ficou ainda demonstrado que existe uma associação entre a profissão exercida pelos TSDT, e o nível de formação em cuidados paliativos. O alerta da OMS para falta de conhecimento sobre a temática dos cuidados paliativos, ficou evidenciada neste estudo.

Conclusão: O reconhecimento da importância dos TSDT tem crescido, e são considerados essenciais para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes em diferentes contextos clínicos, entre os quais os cuidados paliativos. Analisando os resultados obtidos ficou claro a existências de lacunas na formação nesta área destes profissionais, e, por conseguinte, a pertinência da inclusão do tema dos cuidados

paliativos nos diferentes cursos de licenciatura, e nos planos de formação contínua dos TSDT, de forma a adequar as suas qualificações às mudanças das necessidades de cuidados de saúde da população.

Palavras-chave: cuidados paliativos; literacia em saúde; técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica; profissionais de saúde

ABSTRACT

Introduction: In the national context of recent decades, with an inversion of the age pyramid caused by a sharp drop in the birth rate and an increase in average life expectancy, the importance of palliative care is indisputable. Assessing the level of health professionals' literacy in this area is particularly important, as they play a key role in promoting and activating health literacy in their different areas of intervention. Low palliative care literacy is often considered an obstacle to referral and provision of this care. The main aim of this study is therefore to analyse the palliative care literacy of Senior Diagnostic and Therapeutic Technicians in Portugal, to enable an intervention at the level of their training, should any gaps be identified, to optimize their performance in the context of palliative care.

Methodology: A cross-sectional observational and correlational study, using an online questionnaire aimed at Senior Diagnostic and Therapeutic Technicians, consisting of demographic and professional characterisation questions, and the Palliative Care Knowledge scale for health professionals, built and validated by the Portuguese Observatory for Palliative Care. The questionnaire was implemented via Google Forms, and the recruitment of participants was carried out using a representative snowball sampling method.

Results: This study had a total of 113 participants. The mean score on the questionnaire assessing knowledge of palliative care for health professionals was $51.3\% \pm 13.6$, with statistically significant differences arising from gender and age. It was also demonstrated that there is an association between the profession practiced by Senior Diagnostic and Therapeutic Technicians and the level of training in palliative care. The WHO's warning about the lack of knowledge on the topic of palliative care was evidenced in this study.

Conclusion: The importance of Senior Diagnostic and Therapeutic Technicians has been increasingly recognised, and they are considered essential for the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients in different clinical contexts, including palliative care. Analysing the results obtained, it became clear that there are gaps in the training of these professionals in this area and, therefore, that it is pertinent to include the topic of palliative care in the different degree courses and in the continuing training

plans of Senior Diagnostic and Therapeutic Technicians to adapt their qualifications to the changing healthcare needs of the population.

Keywords: palliative care; health literacy; senior diagnostic and therapeutic technicians; healthcare professionals.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

CAA Comunicação Aumentativa e Alternativa

CP cuidados paliativos

ECSCP Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP-P Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos- Pediátrica

OMS Organização Mundial de Saúde

P valor prova

RNCCI Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP Rede Nacional dos Cuidados Paliativos

SNS Serviço Nacional de Saúde

SPSS *Statistical Package for Social Science*

TSDT Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

UC Unidade curricular

UCP Unidade de Cuidados Paliativos

ULS Unidade Local de Saúde

ULSGE Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1. CUIDADOS PALIATIVOS	8
2. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL.....	9
3. LITERACIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	12
4. OS TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA..	13
4.1 Definição e Regulamentação	13
4.2 As Profissões.....	15
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	21
5. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	21
6. OBJETIVOS.....	21
7. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS	21
7.1 Tipo de Estudo	21
7.2 População e Amostra Do Estudo	21
7.3 Local Onde o Projeto Foi Executado	22
7.4 Tamanho da Amostra e Processo de Seleção e Recrutamento.....	22
7.5 Processo de Recolha de Informação	22
7.6 Instrumentos De Recolha De Informação	23
7.7 Tratamento de Dados	24
RESULTADOS.....	25
8. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	25
9. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE LITERACIA DOS TSdT	27
10. DISCUSSÃO.....	46
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	56
Anexo I - Questionário aplicado aos TSdT.....	56
Anexo II - Escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos	76

Anexo III - Autorização emitida pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos para a utilização da Escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde	78
Anexo IV - Parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos TSDT por profissões	25
Tabela 2 Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas, profissionais e académicas	26
Tabela 3 Respostas certas por questão	28
Tabela 4 Análise estatística da cotação nas diferentes faixas etárias	31
Tabela 5 Análise estatística da cotação nos dois gêneros	32
Tabela 6 Análise estatística da cotação nas diferentes profissões.....	32
Tabela 7 Análise estatística da cotação nos diferentes grupos de tempo de experiência profissional.....	34
Tabela 8 Análise estatística da cotação nos grupos com e sem contacto com CP	35
Tabela 9 Análise estatística da cotação nos grupos com diferentes níveis de formação em CP.....	35
Tabela 10 Teste à normalidade Shapiro-Wilk no spss para a variável gênero.....	37
Tabela 11 Teste de Levene e Teste t para amostras independentes no spss para a variável gênero	37
Tabela 12 Teste à normalidade Shapiro-Wilk no spss para a variável contacto com equipas de CP.....	38
Tabela 13 Teste de Levene e Teste t para amostras independentes no spss para a variável contacto com equipas de CP	38
Tabela 14 Teste à normalidade Shapiro-Wilk no spss para a variável faixa etária.....	39
Tabela 15 Teste de correlação de Pearson no spss entre o nível de conhecimento em CP e a faixa etária	39
Tabela 16 Teste à normalidade Shapiro-Wilk no spss para a variável tempo de exercício profissional.....	40
Tabela 17 Teste de correlação de Pearson no spss entre o nível de conhecimento em CP e o tempo de exercício profissional.....	40
Tabela 18 Teste à normalidade Shapiro-Wilk no spss para a variável formação em CP	41
Tabela 19 Teste de correlação de Spearman no spss entre o nível de conhecimento em CP e o nível de formação em CP	41
Tabela 20 Distribuição dos níveis de formação nas diferentes profissões	41

Tabela 21 Tabela de frequência da formação em CP no âmbito de UC na formação de base nas diferentes profissões	44
Tabela 22 Tabela de frequência da formação específica em CP de nível avançado nas diferentes profissões.....	45
Tabela 23 Teste de Fisher no SPSS para a variável profissão exercida, e formação em CP.....	45
Tabela 24 Tabela de frequência dos TSDT, distribuídas pelas diferentes profissões, que já tiveram contacto com CP mas que nunca tiveram qualquer tipo de formação na área	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Histograma representativo da distribuição da cotação no questionário 27

INTRODUÇÃO

No contexto nacional das últimas décadas, com uma inversão da pirâmide etária causada pela queda acentuada da natalidade e um aumento da esperança média de vida, a importância dos cuidados paliativos (CP) é indiscutível (1).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto mais precocemente estes cuidados forem integrados no decurso da doença, maior a sua eficácia, melhorando a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, diminuindo as hospitalizações desnecessárias e consequente (sobre)utilização de recursos, já por si escassos, dos serviços de saúde(2)(3).

Avaliar o nível de literacia nesta área, dos profissionais de saúde, é particularmente importante, pois estes cumprem um papel fulcral como promotores e ativadores da literacia em saúde, nos seus diferentes eixos de intervenção e interação: população - pessoa e profissional de saúde - profissional de saúde (4). A falta de conhecimento sobre esta temática pode ser uma barreira que culmine na carência de uma melhor qualidade de vida para estes doentes (5).

Neste contexto, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019-2020 propôs a formação básica em CP para todos os profissionais de saúde, assim como a formação de nível intermédio para aqueles que lidam frequentemente com pessoas portadoras de doença incurável, avançada e progressiva (6).

Por tudo isto, nesta última década têm sido desenvolvidos vários esforços e tem sido realizada investigação no sentido de conhecer os níveis de literacia em CP, limitações à mesma, de forma a orientar ações no sentido da sua melhoria. Ficou demonstrada a necessidade da implementação de programas e formação para profissionais de saúde com o intuito de promover o conhecimento, atitude e prática sobre CP (7).

Não obstante, no que diz respeito aos profissionais de saúde a quem é exigida formação pós-graduada nesta área, quando integram equipas de CP, esta é limitada aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, contudo, outros profissionais possuem um papel fundamental no tratamento destes doentes, tais como terapeutas da

fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, técnicos de radioterapia e fisioterapeutas (8).

Os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) são um grupo profissional que engloba variadíssimas profissões, que exercem a sua atividade em diversas áreas.

No exercício da sua profissão, o TSDT está sujeito ao cumprimento do “*dever de atualizar conhecimentos e competências, na perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional e de aperfeiçoamento do seu desempenho*”. Se alguns destes profissionais têm um contacto pontual com doentes que necessitam de CP, outros desempenham as suas funções diretamente, e no seu dia-a-dia, com estes doentes. Mas todos, enquanto profissionais de saúde, têm o dever de promoção da literacia em CP, sendo deste modo, inequívoca a relevância de estudar os níveis de conhecimento nesta área destes profissionais, no sentido de possibilitar uma intervenção ao nível da sua formação, caso se identifiquem lacunas(9).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CUIDADOS PALIATIVOS

O aumento populacional mundial aliado à evolução no que concerne o diagnóstico e tratamento de doenças, resulta num aumento da prevalência de doenças crônicas progressivas. Também o envelhecimento populacional, resultado de fatores tais como a existência de melhores condições sociais e de acesso aos cuidados de saúde, com consequente aumento da esperança média de vida, são responsáveis pelo cenário mundial atual com milhões de pessoas com necessidades de cuidados continuados e com acentuadas limitações funcionais(10). Neste contexto, os cuidados paliativos apresentam uma importância fundamental e crescente nos cuidados de saúde. De acordo com a definição da OMS, os cuidados paliativos são cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais(11).

Os princípios que regem os cuidados paliativos são:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte;
- Oferecer suporte para que a família compreenda o processo de doença, se organize e enfrente o luto;
- Adotar abordagem multiprofissional para focar necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Instituir cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida;

- Incluir investigações diagnósticas necessárias para melhor compreensão e manejo das complicações clínicas que possam gerar sofrimento(12).

Segundo a OMS, quanto mais precocemente os cuidados paliativos forem integrados no decurso da doença, maior a sua eficácia, melhorando a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, diminuindo as hospitalizações desnecessárias e consequente (sobre)utilização de recursos, já por si escassos, dos serviços de saúde(11)(13).

Os CP não podem ser entendidos como cuidados mecânicos, mas sim como cuidados para seres humanos, nos quais rigor, técnica e humanismo devem caminhar a par e passo(14).

Atualmente, defende-se que o prognóstico não deve ser o único fator decisivo quanto ao acesso aos cuidados CP, deve ser também determinado pelas necessidades da pessoa e família, e é nessa linha que a evolução deve continuar rumo ao futuro (15).

Nos países desenvolvidos, estima-se que 80% das pessoas que morrem poderiam beneficiar de cuidados paliativos muito mais precocemente, no decorrer da sua doença(16). Não obstante, a baixa literacia no concerne os CP é, muitas vezes, considerada um obstáculo à referenciação e prestação destes cuidados. Devido à associação a uma fase de pré-morte ou cessação de cuidados, a referenciação para CP continua a suscitar apreensão por parte dos pacientes e dos seus cuidadores(17). As dúvidas, preconceitos e falta de literacia em CP, ainda condiciona a acessibilidade destes cuidados aos doentes em Portugal (18).

2. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Embora os CP modernos tenham surgido na década de 60 do século passado, com o importantíssimo contributo de Cicely Saunders (1918-2005), que introduziu o conceito de "dor total", sendo o seu trabalho a trave-mestra do *hospice movement*, os CP são o resultado de um movimento que podemos considerar ter tido o seu início com Sir Francis Bacon (1561-1626). A ele devemos o termo “eutanásia”, tendo sido o primeiro da história a incutir a responsabilidade aos médicos na oferta de cuidados assistenciais ao doente terminal(19) (20).

A difusão dos CP ocorreu de forma díspar em diversos países, de acordo com as políticas de saúde de cada um deles. Em Portugal, a temática dos CP começou a emergir

de forma mais significativa nos anos 90, influenciado pelo *hospice movement*. Não obstante, o desenvolvimento efetivo da prática dos cuidados paliativos no país foi gradual e, durante muitos anos, deveu-se a esforços individuais de profissionais de saúde e instituições da sociedade civil(21).

A década de 90 é marcada por eventos importantes no contexto dos CP. Em 1992 nasce o primeiro serviço de tratamento da dor crônica no Fundão, atualmente convertida numa unidade de medicina paliativa, e três anos mais tarde, em 1995, é fundada a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, tendo por fim o estudo, a investigação e o ensino dos CP (22) (20).

Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, em 2012, surgiu a primeira definição de CP em Portugal como *“os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”*(23)

Em 2015, nasceu a Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP) em Portugal, integrada nos três níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS): cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados(24). A RNCP é definida como *“uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários”*(23).

As tipologias de equipas de prestação de CP especializado a nível local - Unidades Locais de Cuidados Paliativos - são as seguintes: Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e EIHSCP- Pediátrica (EIHSCP-P); Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP); e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). As unidades de internamento UCP não integradas em hospitais de agudos, contratualizadas com o sector privado ou social, foram também integradas na RNCP, mas com alguns procedimentos partilhados com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)(3) (23).

Em 2023, no cenário da constituição de novas Unidades Locais de Saúde (ULS), a Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS contempla “a necessidade de reforçar a natureza do trabalho em rede para se otimizar a gestão de uma população com necessidades paliativas e suas famílias, respeitando a sua preferência de local de cuidados e independentemente da mesma”. Este documento prevê a concretização de uma equipa alargada na ULS que integre as diversas valências do apoio especializado em Cuidados Paliativos, definidas em Lei, designadamente: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (de adultos e pediátrica) e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos de maior complexidade. A expectativa, para além da redução de custos em Recursos Humanos, é “que se possa gerar uma resposta que conheça a pessoa em qualquer momento da evolução de uma doença limitante de vida e que o plano individual de cuidados seja construído em conjunto e contemple as diferentes respostas necessárias, nos diferentes momentos” (25).

No que concerne a formação dos profissionais de saúde, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019-2020 propôs a formação básica em CP para todos os profissionais de saúde, assim como a formação de nível intermédio para aqueles que lidam frequentemente com pessoas portadoras de doença incurável, avançada e progressiva (6). No último plano estratégico, mantém-se como um dos eixos prioritários a formação dos profissionais de saúde, sendo considerada “essencial para que todos os profissionais de saúde possam identificar pessoas com necessidades paliativas, prestar-lhes cuidados básicos e referenciar atempadamente a equipas especializadas, sempre que necessário” (8). Apesar das orientações oficiais referirem a necessidade de formação sobre princípios e práticas dos CP a todos os profissionais de saúde, a formação pós-graduada nesta área só é exigida àqueles que integram equipas de CP, sendo esta imposição limitada aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, contudo, outros profissionais possuem um papel fundamental no tratamento destes doentes(8)(26).

A evolução dos CP em Portugal é reflexo de um percurso progressivo de reconhecimento, estruturação e integração no sistema nacional de saúde. Se inicialmente esta integração foi marcada por iniciativas isoladas, os CP portugueses têm vindo, ao longo das últimas décadas, a ganhar espaço como uma componente essencial e humanizada na assistência a pessoas com doenças crónicas e em fim de vida.(21)

Contudo, continuamos a testemunhar demasiadas vezes a outras formas de atuação no contexto de doentes em fim de vida, baseados em modelos de abandono e obstinação terapêutica. Sendo a perceção da generalidade dos profissionais de saúde a de que os CP são disponibilizados aos doentes numa fase muito tardia, com todas as repercussões negativas associadas a esta questão(27).

3. LITERACIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para compreender o que trata a literacia em CP, importa primeiro compreender a literacia em saúde. O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez em 1974. Contudo, somente em 1998 a OMS define pela primeira vez a literacia em saúde como *“o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida”*(28). Por sua vez, a definição mais atual abrange as componentes pessoal e social da pessoa, caindo por terra a definição simplesmente cognitiva. O conceito atual é assim um conceito mais abrangente, como *“a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida, do dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controle das pessoas sobre a sua saúde, para procurar informação e assumir responsabilidades”* (29).

O reconhecimento da literacia em saúde como um pilar fundamental na promoção de saúde encontra-se plasmada na Declaração de Xangai de 2016 (30).

Em Portugal, a promoção da literacia em saúde tem sofrido uma evolução positiva, alcançando hoje um papel fundamental na definição de políticas de saúde, e identificada como a via para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde (29)(31)

Os profissionais de saúde cumprem um papel fulcral como promotores e ativadores da literacia em saúde, nos seus diferentes eixos de intervenção e interação: população - pessoa e profissional de saúde - profissional de saúde (4).

Fundamenta-se a necessidade de avaliar a literacia em CP dos profissionais de saúde, dado estes serem os maiores provedores destes cuidados, e a falta de

conhecimento sobre esta temática pode ser uma barreira que culmine na carência de uma melhor qualidade de vida para estes doentes (5).

De um modo geral, é necessário que se efetuem melhorias no ensino na área da saúde, de forma a preencher grandes lacunas na formação académica, no que concerne a ausência de discussão sobre o tema da morte e sobre os CP(32).

Nesta última década têm sido desenvolvidos vários esforços e tem sido realizada investigação no sentido de conhecer os níveis de literacia em CP, limitações à mesma, de forma a orientar ações no sentido da sua melhoria. Não obstante, no que diz respeito aos TSDT, não se conhece qualquer estudo que tenha incidido somente sobre a avaliação dos conhecimentos em CP destes profissionais de saúde. Poucos estudos sobre literacia em CP dos profissionais de saúde, sequer englobam os TSDT na sua amostra, a maioria recai sobre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, contudo, outros profissionais possuem um papel essencial no tratamento destes doentes, tais como terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, técnicos de radioterapia e fisioterapeutas(33)(34)(26)(35).

Os TSDT são um grupo profissional que engloba variadíssimas profissões, que exercem a sua atividade em diversas áreas. Se alguns destes profissionais têm um contacto pontual com doentes que necessitam de CP, outros desempenham as suas funções diretamente, e no seu dia-a-dia, com estes doentes. Mas todos, enquanto profissionais de saúde, têm o dever de promoção da Literacia em CP, sendo deste modo, inequívoca a relevância de estudar os níveis de conhecimento nesta área destes profissionais, no sentido de possibilitar uma intervenção ao nível da sua formação caso se identifiquem lacunas.

De forma a desmitificar os CP, o aperfeiçoamento do conhecimento e capacitação dos profissionais é crucial, para melhorar o acesso e a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, aproximando Portugal no cumprimento dos objetivos estabelecidos pela OMS nesta área(36).

4. OS TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

4.1 Definição e Regulamentação

Os TSDT são profissionais de saúde com formação superior que desempenham um papel fundamental na realização de exames e tratamentos essenciais para o diagnóstico, prevenção e reabilitação de doenças (9)

Em Portugal desempenham um papel crucial no sistema de saúde, sendo responsáveis por uma variedade de áreas especializadas. A evolução da sua profissão está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde português.(37)

A história dos TSDT em Portugal teve uma origem prática e fora do espaço académico, sendo que uma das primeiras designações destas profissões, remonta a 1901 com a criação do “*Laboratório Geral de Análise Clínica*” (38).

A profissão começou a ganhar forma na década de 1960, com a necessidade crescente de técnicos especializados em áreas como análises clínicas, radiologia e fisioterapia (38). Inicialmente, a formação era realizada em escolas técnicas de saúde, com currículos mais práticos e menos académicos. Nos anos 90, com a reforma do ensino superior em Portugal, houve uma transição significativa: os cursos passaram a ser ministrados em institutos politécnicos e universidades, com a criação de licenciaturas específicas para cada especialidade. No final da década, com a entrada em vigor da Lei nº. 320/99, foram definidos os princípios gerais no âmbito do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, assim como a exigência de título profissional.

Por sua vez, Decreto-Lei 564/99 surge com o intuito de “*dotar a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, adotando uma escala salarial adequada aos níveis de formação anteriormente consagrados e a um desempenho profissional que releva de crescente complexidade e responsabilidade.*”(37,39,40) O Processo de Bolonha, implementado na década de 2000, contribuiu para a uniformização e internacionalização da formação dos TSDT(39).

Os TSDT exercem a sua atividade em diversas áreas, incluindo, na imagem médica e da radioterapia, na fisiologia clínica e nos bioassinais, nas ciências biomédicas laboratoriais, na visão, na audição, na saúde oral, na farmácia, na ortoprotesia, na terapia e reabilitação, e na saúde pública. A sua formação é contínua, com oferta de mestrados e especializações que permitem uma atualização constante face aos avanços tecnológicos e científicos(9,38,41).

Em Portugal, os TSDT estão agrupados numa carreira especial no SNS organizada por áreas da prestação de cuidados de saúde, entre as quais, a hospitalar, saúde pública, cuidados de saúde primários, continuados e paliativos, docência e investigação, não excluindo a possibilidade de futuramente poder vir a ser integradas outras áreas de exercício (9,41).

Os TSDT são peças essenciais para que o SNS evolua de forma sustentada, não só na prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes, isoladamente ou como parte integrante de uma equipa multidisciplinar, mas também na gestão de Unidades de Saúde(42).

4.2 As Profissões

Como referido anteriormente, os TSDT podem exercer a sua atividade em diversas áreas, dependendo da sua profissão. Neste momento, são 18 as profissões enquadradas neste grupo profissional, que são as seguintes:

- Técnico de radiologia

A profissão de técnico de radiologia compreende a *“realização de todos os exames na área de radiologia de diagnóstico médico; programação execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.”* (43)

- Técnico de análises clínicas e de saúde pública

A profissão de técnico de análises clínicas e de saúde pública contempla o *“desenvolvimento de atividades ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analíticos próprios, com fins de diagnóstico e rastreio.”* (43)

- Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica

A profissão de técnico de anatomia patológica, citologia e tanatológica compreende o *“tratamento de tecidos biológicos colhidos no organismo vivo ou morto,*

com observação macroscópica e microscópica, ótica e eletrônica, com vista ao diagnóstico anatomopatológico; realização de montagem de peças anatômicas para fins de ensino e formação; execução e controlo das diversas fases da técnica citológica.” (43)

- Técnico de audiologia

A profissão de técnico de audiologia abarca o “desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção e conservação da audição, do diagnóstico e reabilitação auditiva, bem como no domínio da funcionalidade vestibular.” (43)

- Técnico de cardiopneumologia

A profissão de técnico de cardiopneumologia “Centra-se no desenvolvimento de atividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões e, de atividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de ações terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica.” (43)

- Dietista / Nutricionista

A profissão de dietista/ nutricionista consiste na “aplicação de conhecimentos de nutrição e dietética na saúde em geral e na educação de grupos e indivíduos, quer em situação de bem-estar quer na doença, designadamente no domínio da promoção e tratamento e da gestão de recursos alimentares.” (43)

- Técnico de farmácia

No âmbito da sua profissão o técnico de farmácia é responsável pelo “desenvolvimento de atividades no circuito do medicamento, tais como análises e ensaios farmacológicos, interpretação de prescrição terapêutica e de fórmulas farmacêuticas, na sua preparação, identificação e distribuição, controlo da conservação, distribuição e stocks de medicamentos e outros produtos, informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento.” (43)

- Fisioterapeuta

A profissão de fisioterapeuta “*centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.*” (43)

- Higienista oral

O higienista oral é responsável pela “*realização de atividades de promoção da saúde oral dos indivíduos e das comunidades, visando métodos epidemiológicos e ações de educação para a saúde; prestação de cuidados individuais que visem prevenir e tratar as doenças orais.*”(43)

- Técnico de medicina nuclear

A profissão de técnico de medicina nuclear compreende o “*desenvolvimento de ações nas áreas de laboratório clínico, de medicina nuclear e de técnica fotográfica com manuseamento de aparelhagem e produtos radioativos, bem como execução de exames morfológicos associados ao emprego de agentes radioativos e estudos dinâmicos e sintéticos com os mesmos agentes e com testagem de produtos radioativos, utilizando técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento de radiações ionizantes.*”

- Técnico de neurofisiologia

O técnico de neurofisiologia é responsável pela “*realização de registos de atividade bioelétrica do sistema nervoso central e periférico, como meio de diagnóstico na área da neurofisiologia, com particular incidência nas patologias do foro neurológico e neurocirúrgico, recorrendo a técnicas convencionais e ou computadorizadas.*” (43)

- Ortoprotésico

A profissão de ortoprotésico consiste na “*avaliação de indivíduos com problemas motores ou posturais, com a finalidade de conceber, desenhar e aplicar os dispositivos necessários e mais adequados à correção do aparelho locomotor, ou à sua substituição no caso de amputações e, de desenvolvimento de ações visando assegurar a colocação dos dispositivos fabricados e respetivo ajustamento, quando necessário.*” (43)

- Ortoptista

A profissão de ortoptista incide no “*desenvolvimento de atividades no campo do diagnóstico e tratamento dos distúrbios da motilidade ocular, visão binocular e anomalias associadas; realização de exames para correção refrativa e adaptação de lentes de contacto, bem como para análise de função visual e avaliação da condução nervosa do estímulo visual e das deficiências do campo visual; programação e utilização de terapêuticas específicas de recuperação e reeducação das perturbações da visão binocular e da subvisão; ações de sensibilização, programas de rastreio e prevenção no âmbito da promoção e educação para a saúde.*” (43)

- Técnico de prótese dentária

A profissão de técnico de prótese dentária compreende a “*realização de atividades no domínio do desenho, preparação, fabrico, modificação e reparação de próteses dentárias, mediante a utilização de produtos, técnicas e procedimentos adequados.*” (43)

- Técnico de radioterapia

O técnico de radioterapia é responsável pelo “*desenvolvimento de atividades terapêuticas através da utilização de radiação ionizante para tratamentos, incluindo o pré-diagnóstico e follow-up do doente; preparação, verificação, assentamento e manobras de aparelhos de radioterapia; atuação nas áreas de utilização de técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.*” (43)

- Técnico de saúde ambiental

A profissão de técnico de saúde ambiental compreende o “*desenvolvimento de atividades de identificação, caracterização e redução de fatores de risco para a saúde originados no ambiente, participação no planeamento de ações de saúde ambiental e em ações de educação para a saúde em grupos específicos da comunidade, bem como desenvolvimento de ações de controlo e vigilância sanitária de sistemas, estruturas e atividades com interação no ambiente, no âmbito da legislação sobre higiene e saúde ambiental.*” (43)

- Terapeuta da fala

O terapeuta da fala é responsável pelo “*desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal.*”(43)

- Terapeuta ocupacional

A profissão de terapeuta ocupacional compreende a “*avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social, ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.*”(43)

O exercício destas profissões é regulado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), com exceção da profissão de fisioterapeuta, regulado pela Ordem dos Fisioterapeutas, e dos dietistas/ nutricionistas, cujo exercício da atividade é regulado pela Ordem dos Nutricionistas(41).

Em 2015 ocorreu uma reforma curricular no que concerne a formação académica dos técnicos de radiologia, de medicina nuclear e radioterapia. Houve uma fusão das licenciaturas anteriormente existentes, numa só, passando a designar-se de Licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia. Não obstante, a profissão ainda não é reconhecida

pela ACSS. Para poder exercer nas três valências, um licenciado em Imagem Médica e Radioterapia tem de solicitar a emissão das três cédulas (44).

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

5. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

No contexto nacional das últimas décadas, com uma inversão da pirâmide etária causada pela queda acentuada da natalidade e um aumento da esperança média de vida, a importância dos cuidados paliativos é indiscutível. Avaliar o nível de conhecimento nesta área dos profissionais de saúde é particularmente importante. Os TSDT são um grupo profissional que engloba variadíssimas profissões, que exercem a sua atividade em diversas áreas. A relevância de estudar os níveis de literacia em CP destes profissionais é inequívoca pois poderá possibilitar uma intervenção ao nível da sua formação caso se identifiquem lacunas.

6. OBJETIVOS

Este trabalho tem como principal objetivo estudar a literacia em CP dos TSDT. Pretende-se também realizar uma análise comparativa da literacia em cuidados paliativos das diferentes profissões que integram este grupo profissional. Pretende-se ainda estudar a relação entre literacia em cuidados paliativos e algumas variáveis demográficas, profissionais e académicas.

7. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal do tipo observacional e correlacional.

7.2 População e Amostra Do Estudo

Indo ao encontro da nossa questão de investigação definiu-se como população os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica inscritos na ACSS. Critérios de inclusão: Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica com idade igual ou superior a 20 anos e com experiência profissional de pelo menos 1 ano.

Crítérios de exclusão: Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica que não exerçam a sua atividade profissional em Portugal.

7.3 Local Onde o Projeto Foi Executado

O projeto consiste num estudo nacional.

7.4 Tamanho da Amostra e Processo de Seleção e Recrutamento

De forma a obter resultados estatisticamente representativos, e considerando que estão inscritos na ACSS 65.371 TSDT, estimou-se o tamanho amostral em 382 participantes (para um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%). O processo de seleção e recrutamento dos participantes foi realizado por amostragem representativa por bola de neve, de modo a abranger o máximo da extensão da área geográfica de Portugal, e um maior número de profissões. Foram enviados convites de participação no estudo, para os e-mails institucionais dos vários serviços do local de trabalho da investigadora, com uma breve descrição do estudo, com indicação do link para preenchimento do questionário, e pedido de disseminação entre os TSDT. Também foi solicitado aos sindicatos e associações deste grupo profissional a participação na disseminação do estudo. Com recurso aos contactos que a investigadora possui, foi solicitada a participação no estudo e sua disseminação a colegas que exerçam funções noutras instituições públicas e privadas.

7.5 Processo de Recolha de Informação

i. Modo de recolha de dados: Questionário online dirigido a Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica que exerçam a sua atividade profissional em Portugal, constituído por questões de caracterização demográfica e profissional, e pela escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos. O questionário foi implementado via *Google (Google Forms)*, entre o dia 5 de abril e 18 de julho de 2025. Os dados recolhidos foram codificados e apenas acessíveis à investigadora responsável.

ii. Modo de tratamento e armazenamento dos dados, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados: Foram recolhidos apenas dados como a idade, género, profissão, experiência e formação profissional que serão agregados de forma anónima.

O instrumento foi implementado num formulário da *Google (Google Forms)*. O questionário foi encriptado não sendo recolhidas informações pessoais tais como o nome, endereço de IP, ou e-mail.

Em termos de segurança, privacidade e disponibilidade do serviço online estas foram asseguradas nos Termos e Política da Google. Neste sentido, toda a informação recolhida e armazenada em servidores da Google foi tratada com exigentes critérios éticos, garantindo que os dados não sejam transferidos, lidos, duplicados, modificados, apagados ou partilhados por terceiros. O consentimento informado livre e esclarecido foi obtido no início do questionário, sendo condição *sine qua non* para prosseguir e participar no estudo (Anexo I).

Apenas a investigadora teve acesso aos dados que serão trabalhados, e eliminados após 5 anos do término do estudo.

7.6 Instrumentos De Recolha De Informação

Questionário online dirigido a TSDT, constituído por questões de caracterização demográfica e profissional, e pela escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos (Anexo I). Esta escala é constituída por questões dicotómicas focadas na temática em estudo, indo ao encontro dos objetivos propostos. Este instrumento foi cedido e autorizada a sua utilização à investigadora principal (Anexo II e III).

No início do questionário online é fornecida toda a informação ao participante referente ao estudo, nomeadamente, objetivos, procedimentos, garantia de proteção dos dados, privacidade e anonimato, assim como informação relativa ao direito de interromper a sua participação sem qualquer tipo de prejuízo.

Com o intuito de realizar um pré-teste junto da população alvo, o questionário foi aplicado no dia 1 de abril de 2025 a 3 profissionais de saúde. Não foi detetada nenhuma dificuldade no preenchimento do mesmo.

Este estudo contou com o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a 25 de março de 2025, parecer nº 325/CEFMUP/2025 (Anexo IV).

7.7 Tratamento de Dados

Com o intuito de processar e tratar os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, realizaram-se vários testes estatísticos com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 30 para IOS, tendo também sido utilizado o Excel, Versão 16.98, na construção de alguns gráficos e como apoio para a cópia de dados.

Na análise estatística descritiva recorreu-se a frequências, medidas de tendência central, e medidas de dispersão.

Para escolha de teste a aplicar no âmbito da estatística, teve-se em consideração:

- As variáveis;
- A amostra;
- O objetivo da análise;
- Os pressupostos de aplicação;
- Nível de significância 5%.

Foram aplicados, no SPSS, testes à normalidade para amostras independentes (*Shapiro-Wilk*), testes à homogeneidade das variâncias (*Teste de Levene*), testes paramétricos para amostras independentes (*Teste t de student*), e testes para amostras independentes nominais (*Teste de Fisher*), e o teste de correlação não paramétrico de *Spearman*(45).

RESULTADOS

8. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O estudo contou a participação de 118 TSDT. Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 5 participantes por não possuírem experiência profissional mínima de 1 ano. A amostra deste estudo ficou assim composta por 113 TSDT: 51 (45,1%) técnicos de radiologia, 14 (12,4%) técnicos de farmácia, 9 (8%), técnicos de radioterapia, 9 (8%) terapeutas ocupacionais, 6 (5,3%) técnicos de cardiopneumologia, 5 (4,4%) técnicos de análises clínicas e de saúde pública, 4 (3,5%) ortoptistas, 3 (2,7%) fisioterapeutas, 3 (2,7%) terapeutas da fala, 2 (1,8%) técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica, 2 (1,8%) técnico de audiologia, 2 (1,8%) técnicos de medicina nuclear, 1 (0,9%) higienista oral, 1 (0,9%) técnico de neurofisiologia e 1 (0,9%) técnico de saúde ambiental. O grupo profissional com maior representação foi o de Técnico de radiologia, seguido do de técnico de farmácia (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição dos TSDT por profissões

<i>Atividade profissional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Técnico de radiologia</i>	51	45,1
<i>Técnico de análises clínicas e de saúde pública</i>	5	4,4
<i>Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica</i>	2	1,8
<i>Técnico de audiologia</i>	2	1,8
<i>Técnico de cardiopneumologia</i>	6	5,3
<i>Técnico de farmácia</i>	14	12,4
<i>Fisioterapeuta</i>	3	2,7
<i>Higienista oral</i>	1	0,9
<i>Técnico de medicina nuclear</i>	2	1,8
<i>Técnico de neurofisiologia</i>	1	0,9
<i>Ortoptista</i>	4	3,5
<i>Técnico de radioterapia</i>	9	8,0
<i>Técnico de saúde ambiental</i>	1	0,9
<i>Terapeuta da fala</i>	3	2,7
<i>Terapeuta ocupacional</i>	9	8,0
Total	113	100

Dos inquiridos, 92 (81.4%) eram do sexo feminino, 39 (34.5%) tinham entre 40 e 49 anos, e 37 (32.7%) entre 30 e 39 anos de idade, sendo que 41 (36.3%) referiram ter um tempo de exercício de atividade entre os 11 e os 20 anos. A amostra é composta por 91 (80,5%) de TSDT que nunca trabalharam num serviço de CP, ou junto de uma equipa de CP, no decorrer do exercício profissão, e por 90 (79.6 %) participantes sem qualquer tipo de formação em CP (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas, profissionais e académicas

<i>Faixa etária</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>20-29 anos</i>	11	9,7
<i>30-39 anos</i>	37	32,7
<i>40-49 anos</i>	39	34,5
<i>50-60 anos</i>	20	17,7
<i>>60 anos</i>	6	5,3
<i>Total</i>	113	100
<i>Gênero</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Feminino</i>	92	81,4
<i>Masculino</i>	21	18,6
<i>Total</i>	113	100
<i>Tempo de exercício profissional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Entre 1 e 10 anos</i>	27	23,9
<i>Entre 11 e 20 anos</i>	41	36,3
<i>Entre 21 e 30 anos</i>	27	23,9
<i>Mais de 30 anos</i>	18	15,9
<i>Total</i>	113	100
<i>Contacto com os CP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	22	19,5
<i>Não</i>	91	80,5
<i>Total</i>	113	100
<i>Formação em CP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sem formação</i>	90	79,6
<i>Formação no âmbito de UC da formação de base</i>	13	11,5
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	5	4,4
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	2	1,8
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	3	2,7
<i>Total</i>	113	100

9. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE LITERACIA DOS TSDT

No que concerne o nível de literacia geral, e adotando uma escala de 0 a 100% para avaliar o número de respostas certas ao questionário, a média da amostra foi de $51,3\% \pm 13,6$, sendo a cotação mais baixa de somente 8,3% e a mais alta de 88,3% (Figura 1).

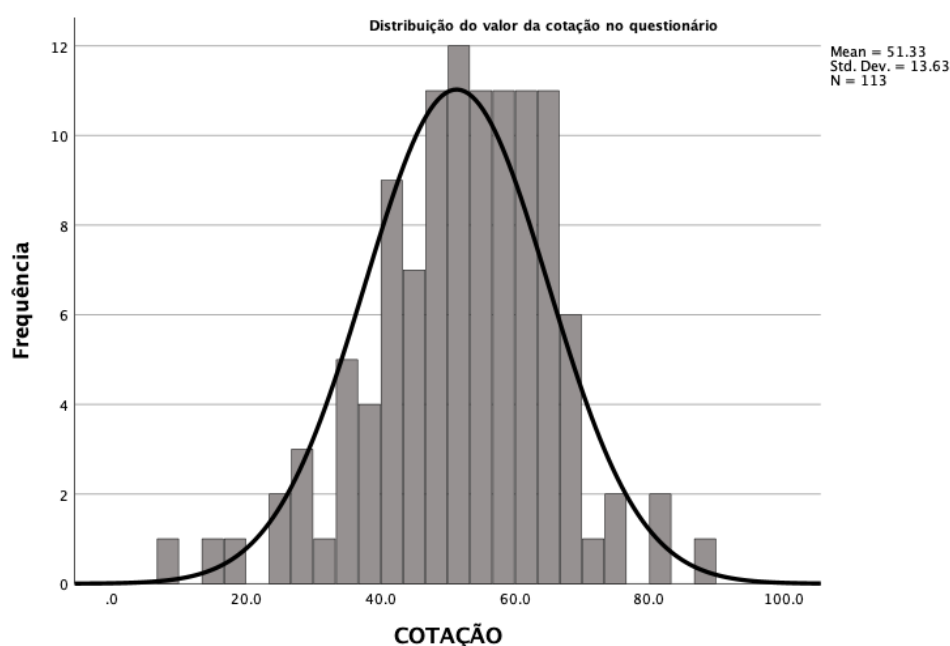


Figura 1 Histograma representativo da distribuição da cotação no questionário

As questões com maior taxa de assertividade nas respostas dadas (mais de 90% de TSDT acertaram) foram: “O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel” (97,3%); “Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem.” (93,8%); “Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos” (96,5%); “Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.” (92,9 %); “Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.” (94,7%); “Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos.” (92,9%); e “Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.”

(92,9%). Nenhuma afirmação foi qualificada de forma correta por todos os participantes.

Analisando as questões com maior taxa de insucesso nas respostas verificou-se que mais de 80% dos participantes erraram nas seguintes questões: “Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.” (9,7% dos participantes acertaram); “A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida”, (15% dos participantes acertaram); “Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 degraus.” (3,5% dos participantes acertaram); “Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes.” (19,5% dos participantes acertaram); “Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina.” (8% dos participantes acertaram); “A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.” (8% dos participantes acertaram); “Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.” (17,7% dos participantes acertaram); “Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.” (18,6% dos participantes acertaram); “A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida” (2,7% dos participantes acertaram)

Tabela 3 Respostas certas por questão

<i>Afirmações</i>	<i>Respostas certas</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel.	110	97,3
<i>As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente</i>	76	67,3
<i>Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem.</i>	106	93,8
<i>As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.</i>	99	87,6
<i>Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber.</i>	95	84,1
<i>Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada ao doente”.</i>	57	50,4
<i>A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário.</i>	66	58,4
<i>Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa.</i>	47	41,6

<i>Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar na dispneia</i>	67	59,3
<i>Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.</i>	55	48,7
<i>Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.</i>	77	68,1
<i>A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida.</i>	74	65,5
<i>Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos</i>	109	96,5
<i>Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.</i>	94	83,2
<i>Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doença limitante ou ameaçadora de vida e sua família.</i>	81	71,7
<i>Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento.</i>	98	86,7
<i>Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.</i>	11	9,7
<i>Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.</i>	105	92,9
<i>A via subcutânea permite a administração de soros.</i>	51	45,1
<i>Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte.</i>	99	87,6
<i>A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos.</i>	36	31,9
<i>A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.</i>	17	15
<i>Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 degraus.</i>	4	3,5
<i>A angústia espiritual prolonga o sofrimento.</i>	71	62,8
<i>Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente.</i>	35	31
<i>Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes.</i>	22	19,5
<i>As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos.</i>	75	66,4
<i>Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina.</i>	9	8
<i>Como seu sistema nervoso ainda não está totalmente desenvolvido, as crianças têm menor sensibilidade à dor e memória limitada de experiências dolorosas.</i>	40	35,4
<i>A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.</i>	9	8
<i>As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium.</i>	23	20,4
<i>Crianças com menos de dez anos não conseguem relatar dor de modo confiável, então os profissionais devem confiar exclusivamente na avaliação dos pais.</i>	81	71,7

<i>Não há esperança, no sentido espiritual, para os doentes que recebem cuidados paliativos.</i>	95	84,1
<i>Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado.</i>	52	46
<i>Comparativamente com os adultos, o prognóstico, esperança de vida e resultado funcional são menos claros nos cuidados paliativos pediátricos.</i>	28	24,8
<i>Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.</i>	20	17,7
<i>Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.</i>	21	18,6
<i>Os cuidados paliativos são só para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.</i>	70	61,9
<i>Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva.</i>	84	74,3
<i>Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.</i>	35	31
<i>Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto.</i>	52	46
<i>Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.</i>	107	94,7
<i>A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida.</i>	3	2,7
<i>Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos.</i>	67	59,3
<i>Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos.</i>	105	92,9
<i>Nos cuidados paliativos pediátricos existe necessidade mais frequente de integração com tratamentos intensivos modificadores da doença ou de suporte de vida.</i>	26	23
<i>Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos.</i>	55	48,7
<i>No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte.</i>	55	48,7
<i>Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas.</i>	104	92
<i>Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica.</i>	75	66,4
<i>Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.</i>	105	92,9
<i>No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes.</i>	69	61,1
<i>Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos.</i>	30	26,5
<i>Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes.</i>	61	54
<i>No caso das crianças, estes cuidados podem prolongar-se por décadas, existindo incerteza prognóstica e a possibilidade de transição para cuidados de paliativos de adultos.</i>	51	45,1
<i>As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados.</i>	93	82,3
<i>A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte.</i>	61	54

<i>Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos.</i>	63	55,8
<i>O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos.</i>	63	55,8
<i>Não devem ser prestadas atitudes paliativas no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.</i>	35	31
Total	113	100

Realizando uma análise nas diferentes variáveis, verifica-se que os profissionais com melhor desempenho no questionário pertenciam aos seguintes grupos: idade entre os 20 e 29 anos (cotação média de $55,5\% \pm 8,0$) (Tabela 4), sexo feminino (cotação média de $52\% \pm 14,2$) (Tabela 5), fisioterapeutas (cotação média de $67,2\% \pm 22,1$) (Tabela 6), com experiência profissional entre 1 e 10 anos (cotação média de $52,2\% \pm 9,1$) (Tabela 7), com contacto com CP no âmbito da profissional (cotação média de $58,7\% \pm 14,2$) (Tabela 8) e detentores de formação específica em CP de nível avançado (cotação média de $78,3\% \pm 10,9$) (Tabela 9).

Das profissões representadas no estudo, alcançaram um resultado com média positiva ($\geq 50\%$): técnico de farmácia (média de $57,0\% \pm 8,1$), fisioterapeuta (média de $67,2\% \pm 22,1$), técnico de medicina nuclear (média de $65,8\% \pm 5,9$), técnico de neurofisiologia (média de 50%), ortoptista (média de $51,3\% \pm 9,3$), técnico de radioterapia (média de $62,6\% \pm 11,3$), terapeuta da fala (média de $50,6\% \pm 16,7$), e terapeuta ocupacional (média de $54,4\% \pm 12,5$).

Tabela 4 Análise estatística da cotação nas diferentes faixas etárias

Entre 20 e 29 anos	Cotação (%)
<i>Média</i>	55,5
<i>Desvio padrão</i>	8,0
<i>Mínima</i>	40,0
<i>Máxima</i>	68,3
Entre 30 e 39 anos	Cotação (%)
<i>Média</i>	51,0
<i>Desvio padrão</i>	11,2
<i>Mínima</i>	25,0
<i>Máxima</i>	73,3
Entre 40 e 49 anos	Cotação (%)
<i>Média</i>	50,5

<i>Desvio padrão</i>	17,2
<i>Mínima</i>	8,3
<i>Máxima</i>	88,3
<i>Entre 50 e 60 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	51,8
<i>Desvio padrão</i>	13,3
<i>Mínima</i>	26,7
<i>Máxima</i>	80,0
<i>Mais de 60 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	49,4
<i>Desvio padrão</i>	13,0
<i>Mínima</i>	33,3
<i>Máxima</i>	66,7

Tabela 5 Análise estatística da cotação nos dois gêneros

<i>Feminino</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	52,0
<i>Desvio padrão</i>	14,2
<i>Mínima</i>	8,3
<i>Máxima</i>	88,3
<i>Masculino</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	48,3
<i>Desvio padrão</i>	10,7
<i>Mínima</i>	26,7
<i>Máxima</i>	66,7

Tabela 6 Análise estatística da cotação nas diferentes profissões

<i>Técnico de radiologia</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	48,0
<i>Desvio padrão</i>	12,3
<i>Mínima</i>	8,3
<i>Máxima</i>	73,3
<i>Técnico de análise clínicas e de saúde ambiental</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	45,0
<i>Desvio padrão</i>	20,1
<i>Mínima</i>	13,3

<i>Máxima</i>	66.7
<i>Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	42.5
<i>Desvio padrão</i>	22.4
<i>Mínima</i>	26.7
<i>Máxima</i>	58.3
<i>Técnico de audiologia</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	44.2
<i>Desvio padrão</i>	5.9
<i>Mínima</i>	40.0
<i>Máxima</i>	48.3
<i>Técnico de cardiopneumologia</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	48.3
<i>Desvio padrão</i>	17.1
<i>Mínima</i>	16.7
<i>Máxima</i>	63.3
<i>Técnico de farmácia</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	57.0
<i>Desvio padrão</i>	8.1
<i>Mínima</i>	40.0
<i>Máxima</i>	66.7
<i>Fisioterapeuta</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	67.2
<i>Desvio padrão</i>	22.1
<i>Mínima</i>	41.7
<i>Máxima</i>	80.0
<i>Higienista oral</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	45.0
<i>Desvio padrão</i>	-
<i>Mínima</i>	45.0
<i>Máxima</i>	45,0
<i>Técnico de medicina nuclear</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	65.8
<i>Desvio padrão</i>	5.9
<i>Mínima</i>	61.7
<i>Máxima</i>	70.0
<i>Técnico de neurofisiologia</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	50,0
<i>Desvio padrão</i>	-

<i>Mínima</i>	50,0
<i>Máxima</i>	50,0
<i>Ortoptista</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	51.3
<i>Desvio padrão</i>	9.3
<i>Mínima</i>	38.3
<i>Máxima</i>	60.0
<i>Técnico de radioterapia</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	62.6
<i>Desvio padrão</i>	11.3
<i>Mínima</i>	50.0
<i>Máxima</i>	88.3
<i>Técnico de saúde ambiental</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	25.0
<i>Desvio padrão</i>	-
<i>Mínima</i>	25.0
<i>Máxima</i>	25.0
<i>Terapeuta da fala</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	50.6
<i>Desvio padrão</i>	16.7
<i>Mínima</i>	33.3
<i>Máxima</i>	66.7
<i>Terapeuta ocupacional</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	54.4
<i>Desvio padrão</i>	12.5
<i>Mínima</i>	30.0
<i>Máxima</i>	68.3

Tabela 7 Análise estatística da cotação nos diferentes grupos de tempo de experiência profissional

<i>Entre 1 e 10 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	52.2
<i>Desvio padrão</i>	9.1
<i>Mínima</i>	33.3
<i>Máxima</i>	68.3
<i>Entre 11 e 20 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	51.4

<i>Desvio padrão</i>	13.7
<i>Mínima</i>	8.3
<i>Máxima</i>	73.3
<i>Entre 21 e 30 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	52.4
<i>Desvio padrão</i>	18.6
<i>Mínima</i>	13.3
<i>Máxima</i>	88.3
<i>Mais de 30 anos</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	48.2
<i>Desvio padrão</i>	10.6
<i>Mínima</i>	30.0
<i>Máxima</i>	66.7

Tabela 8 Análise estatística da cotação nos grupos com e sem contacto com CP

<i>Sim</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	58.7
<i>Desvio padrão</i>	14.2
<i>Mínima</i>	38.3
<i>Máxima</i>	88.3
<i>Não</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	49.5
<i>Desvio padrão</i>	13.0
<i>Mínima</i>	8.3
<i>Máxima</i>	66.7

Tabela 9 Análise estatística da cotação nos grupos com diferentes níveis de formação em CP

<i>Sem formação</i>	<i>Cotação (%)</i>
<i>Média</i>	48.8
<i>Desvio padrão</i>	13.0
<i>Mínima</i>	8.3
<i>Máxima</i>	73.3
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	<i>Cotação (%)</i>

<i>Média</i>	58.6
<i>Desvio padrão</i>	7.3
<i>Mínima</i>	40.0
<i>Máxima</i>	66.7
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	57.7
<i>Desvio padrão</i>	15.2
<i>Mínima</i>	45.0
<i>Máxima</i>	80.0
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	63.3
<i>Desvio padrão</i>	4.7
<i>Mínima</i>	60.0
<i>Máxima</i>	66.7
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	Cotação (%)
<i>Média</i>	78.3
<i>Desvio padrão</i>	10.9
<i>Mínima</i>	66.7
<i>Máxima</i>	88.3

Pretendeu-se verificar se existe uma relação entre o género dos participantes neste estudo, e a literacia em CP. Para esse efeito aplicou-se um teste paramétrico – o *teste t de student* para amostras independentes. Visto que os pressupostos da aplicação deste teste são da população seguir uma distribuição normal ou $n \geq 30$ em ambos os grupos, e a amostra para o grupo do género masculino ser inferior a 30 ($n = 21$), tivemos em primeiro lugar de aplicar o teste à normalidade *Shapiro -Wilk* para duas amostras independentes. No grupo do género feminino não foi necessário, pois a amostra era superior a 30 ($n = 92$). Obtivemos um valor prova (p) de $0,861 > 0,05$, logo, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que essa variável segue uma distribuição normal (Tabela 10). Contudo, o tamanho da amostra é diferente nos dois grupos, por conseguinte, deve ser realizado o teste a homogeneidade das variâncias, que no SPSS é dado pelo *teste de Levene*. Como se obteve um valor de $p = 0,232 > 0,05$, pode-se supor que as variâncias são iguais (Tabela

11). Ao aplicar o *teste t* para amostras independentes obteve-se um valor de $p=0,254 > 0,05$, logo não existem diferenças estaticamente significativas entre o género feminino e masculino dos profissionais de saúde e o nível de conhecimento em CP. (Tabela 11).

Tabela 10 Teste à normalidade *Shapiro-Wilk* no spss para a variável género

Tests of Normality						
GÊNERO		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Sig.
COTAÇÃO	FEMININO	.099	92	.028	.972	.041
	MASCULINO	.107	21	.200*	.976	.861

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 11 Teste de *Levene* e *Teste t* para amostras independentes no spss para a variável género

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference
		F	Sig.	t	df	Significance One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower Upper
COTAÇÃO	Equal variances assumed	1.445	.232	1.147	111	.127	.254	3.7750	3.2917	-2.7476 10.2977
	Equal variances not assumed			1.370	38.079	.089	.179	3.7750	2.7547	-1.8011 9.3512

A apreciação da relação entre o facto do TSDT ter tido contacto com equipas de CP, ou exercer a sua atividade inserido numa equipa de CP, também é relevante. Dado que, o valor de n é diferente nos dois grupos (Com contacto com CP: $n=22$, sem contacto com CP: $n=91$), e para o grupo Com contacto com CP o valor de $n < 30$, tem de se seguir exatamente o mesmo raciocínio do caso anterior. Aplicando o teste à normalidade *Shapiro -Wilk* para duas amostras independentes, obtivemos um valor $p=0,209 > 0,05$, deste modo, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que essa variável segue uma distribuição normal (Tabela 12). Através do teste à homogeneidade das variâncias, (*teste de Levene*), obteve-se um valor de $p=0,200 > 0,05$, podendo-se assim supor que as variâncias são iguais (Tabela 13). Ao a aplicar o *teste t de student* para amostras independentes obteve-se um valor de $p=0,04 < 0,05$, logo existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que as médias nos dois grupos são diferentes, isto é, que quem teve contacto com equipas de CP possui mais conhecimentos nessa área, do que quem nunca teve essa oportunidade (Tabela 13).

Tabela 12 Teste à normalidade *Shapiro-Wilk* no spss para a variável contacto com equipas de CP

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
CONTACTO COM CP		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
COTAÇÃO	Sim	.151	22	.200*	.941	22	.209
	Não	.115	91	.004	.951	91	.002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 13 *Teste de Levene e Teste t* para amostras independentes no spss para a variável contacto com equipas de CP

		Independent Samples Test							
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Significance One-Sided p Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
COTAÇÃO	Equal variances assumed	.836	.363	2.926	111	.002 .004	9.1700	3.1341	2.9596 15.3804
	Equal variances not assumed			2.763	29.992	.005 .010	9.1700	3.3189	2.3918 15.9482

Outra análise que podemos realizar é se existe uma relação entre a idade e o nível de conhecimento em CP. Para o efeito podemos utilizar o teste de correlação de *Pearson*, que, tratando-se de um teste paramétrico, pressupõe os mesmos pressupostos dos utilizando anteriormente, ou seja, seguir uma distribuição normal ou $n \geq 30$ em ambos os grupos. Aplicando o teste à normalidade *Shapiro -Wilk* para amostras independentes aos grupos com $n < 30$, obtivemos os seguintes valores: entre 20 e 29 anos: $p=0.990$; entre 50 e 60 anos: $p=0.841$; e mais de 60 anos: $p=0.653$. Todos os valores de $p > 0.05$, logo, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que a variável segue uma distribuição normal (Tabela 14).

Ao a aplicar o teste de correlação de *Pearson* observou-se uma correlação negativa entre a idade e o nível de conhecimento em CP ($r = -0.580,01$), com $p=0.543 > 0.05$. Deste modo, não existem evidências estatísticas suficientes entre a idade dos TSDT, e o nível de conhecimento que os TSDT detêm em CP (Tabela 15).

Tabela 14 Teste à normalidade *Shapiro-Wilk* no spss para a variável faixa etária

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	FAIXA ETÁRIA	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
COTAÇÃO	Entre 20 e 29	.123	11	.200*	.986	11	.990
	Entre 30 e 39	.107	37	.200*	.971	37	.442
	Entre 40 e 49	.104	39	.200*	.973	39	.452
	Entre 50 e 60	.120	20	.200*	.974	20	.841
	Mais de 60	.225	6	.200*	.939	6	.653

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 15 Teste de correlação de *Pearson* no spss entre o nível de conhecimento em CP e a faixa etária

Correlations			
		COTAÇÃO	FAIXA ETÁRIA
COTAÇÃO	Pearson Correlation	1	-.058
	Sig. (2-tailed)		.543
	N	113	113
FAIXA ETÁRIA	Pearson Correlation	-.058	1
	Sig. (2-tailed)	.543	
	N	113	113

Não menos importante, é proceder à análise se existe uma relação entre a experiência profissional e o nível de conhecimento em CP. Para tal, também se utilizou o teste de correlação de *Pearson*, procedendo-se de igual forma ao caso anterior. Aplicando o teste à normalidade *Shapiro -Wilk* para amostras independentes aos grupos com $n < 30$, obtivemos os seguintes valores: entre 1 e 10 anos: $p = 0.295$; entre 21 e 30 anos: $p = 0.397$; e mais de 30 anos: $p = 0.764$. Todos os valores de $p > 0.05$, logo, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que a variável segue uma distribuição normal (Tabela 16).

Ao aplicar o teste de correlação de *Pearson* observou-se uma fraca correlação negativa entre o tempo de exercício e o nível de conhecimento em CP ($r = -0.069$), com $p = 0.469 > 0.05$. Deste modo, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que não existe uma correlação entre o tempo de exercício profissional e o nível de conhecimento em CP (Tabela 17).

Tabela 16 Teste à normalidade *Shapiro-Wilk* no spss para a variável tempo de exercício profissional

Tests of Normality							
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
COTAÇÃO	Entre 1	.141	27	.179	.956	27	.295
	Entre 11	.122	41	.133	.956	41	.116
	Entre 21	.119	27	.200*	.961	27	.397
	Mais de	.121	18	.200*	.968	18	.764

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 17 Teste de correlação de *Pearson* no spss entre o nível de conhecimento em CP e o tempo de exercício profissional

Correlations			
		COTAÇÃO	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
COTAÇÃO	Pearson Correlation	1	-.069
	Sig. (2-tailed)		.469
	N	113	113
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	Pearson Correlation	-.069	1
	Sig. (2-tailed)	.469	
	N	113	113

Outra análise que podemos realizar é se existe uma relação entre o nível de formação e o nível de conhecimento em CP. Poderíamos aplicar o teste de correlação de Pearson, contudo nem todos os grupos seguem uma distribuição normal (tabela 18).

Assim, para proceder a esta análise utilizou-se um teste não paramétrico: o teste de *Spearman*. Observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de formação e o nível de conhecimento em CP ($r = 0.419$ e $p < 0.001$) (Tabela 19).

Tabela 18 Teste à normalidade *Shapiro-Wilk* no spss para a variável formação em CP

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	FORMAÇÃO EM CP	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
COTAÇÃO	Sem formação	.097	90	.035	.968	90	.024
	Formação no âmbito de UC na formação de base	.178	13	.200*	.879	13	.070
	Formação específica em CP de nível básico	.293	5	.184	.858	5	.220
	Formação específica em CP de nível intermédio	.260	2	.			
	Formação específica em CP de nível avançado	.227	3	.	.983	3	.747

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 19 Teste de correlação de *Spearman* no spss entre o nível de conhecimento em CP e o nível de formação em CP

Correlations			
		COTAÇÃO	FORMAÇÃO EM CP
COTAÇÃO	Pearson Correlation	1	.419**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	113	113
FORMAÇÃO EM CP	Pearson Correlation	.419**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	113	113

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dada a relevância da temática da formação em CP, podemos fazer uma breve análise desta variável nas diferentes profissões. Os resultados obtidos encontram-se refletidos na Tabelas 20 e 21. Verificamos que somente 13 profissionais (21,6%) abordaram a temática dos CP na sua formação de base. Realizando uma apreciação por profissões, constatou-se que 5 técnicos de radiologia (9,8%), 4 técnicos de radioterapia (44,4%), 2 terapeutas da fala (66,3%), 1 técnico de cardiopneumologia (16,7%) e terapeuta ocupacional (11,1%) abordaram este tema na sua formação de base (Tabela 21). Numa apreciação aos TSDT com formação específica em CP de nível avançado, verificou-se que apenas 3 participantes detinham este nível de formação (1 Fisioterapeuta, 1 Técnico de radioterapia, e 1 Terapeuta ocupacional) (Tabela 22).

Tabela 20 Distribuição dos níveis de formação nas diferentes profissões

<i>Técnico de radiologia</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
------------------------------	----------	----------

<i>Sem formação</i>	44	86.3
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	5	9.8
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	2	3.9
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	51	100.0
<i>Técnico de análises clínicas e de saúde pública</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	5	100.0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	5	100.0
<i>Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	2	100.0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	2	100.0
<i>Técnico de audiologia</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	2	100.0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	2	100.0
<i>Técnico de cardiopneumologia</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	5	83.3
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	1	16.7
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	6	100.0
<i>Técnico de farmácia</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	13	92.9
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	1	7.1
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-

<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	14	100.0
<i>Fisioterapeuta</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	1	33.3
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	1	33.3
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	1	33.3
Total	3	100.0
<i>Higienista oral</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	-	-
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	1	100,0
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	1	100.0
<i>Técnico de medicina nuclear</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	2	100,0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	2	100.0
<i>Técnico de neurofisiologia</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	1	100,0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	1	100.0
<i>Ortopista</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	4	100,0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	4	100.0
<i>Técnico de radioterapia</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	3	33.3

<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	4	44.4
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	1	11.1
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	1	11.1
Total	9	100.0
<i>Técnico de saúde ambiental</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	1	100.0
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	1	100.0
<i>Terapeuta da fala</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	1	33.3
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	2	66.7
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	-	-
Total	3	100.0
<i>Terapeuta ocupacional</i>	n	%
<i>Sem formação</i>	6	66.7
<i>Formação no âmbito de UC na formação de base</i>	1	11.1
<i>Formação específica em CP de nível básico</i>	-	-
<i>Formação específica em CP de nível intermédio</i>	1	11.1
<i>Formação específica em CP de nível avançado</i>	1	11.1
Total	9	100.0

Tabela 21 Tabela de frequência da formação em CP no âmbito de UC na formação de base nas diferentes profissões

<i>Atividade profissional</i>	n	%
<i>Técnico de radiologia</i>	5	38.5
<i>Técnico de cardiopneumologia</i>	1	7.7
<i>Técnico de radioterapia</i>	4	30.8
<i>Terapeuta da fala</i>	2	15.4
<i>Terapeuta ocupacional</i>	1	7.7
Total	13	100.0

Tabela 22 Tabela de frequência da formação específica em CP de nível avançado nas diferentes profissões

<i>Atividade profissional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Fisioterapeuta</i>	1	33.3
<i>Técnico de radioterapia</i>	1	33.3
<i>Terapeuta ocupacional</i>	1	33.3
Total	3	100.0

Excluindo os grupos profissionais com número de participantes igual a 1, aqueles que apresentaram um maior número relativo de profissionais com formação em CP foram: fisioterapia (66,7% - 2 dos 3 participantes); técnico de radioterapia (66,7% - 6 dos 9 participantes); terapia da fala (66,7% - 2 dos 3 participantes); terapia ocupacional (33.3 – 3 dos 9 participantes); técnico de cardiopneumologia (16.7% - 1 dos 5 participantes); e técnico de radiologia (13.7% - 7 dos 44 participantes).

Para responder à questão se existe associação entre a profissão exercida, e o nível de formação em CP, recorreu-se ao *teste de Fisher* visto que existem mais de 20% de células na tabela cruzada destas duas variáveis, com valor esperado menor que 5 (Tabela 23). Obteve-se um $p=0.012 < 0.05$, assim existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05 que a profissão exercida pelo TSDT e o nível de formação em CP estão associadas.

Tabela 23 Teste de *Fisher* no SPSS para a variável profissão exercida, e formação em CP

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	84.229 ^a	56	.009	. ^b		
Likelihood Ratio	54.167	56	.545	.013		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	87.291			.012		
Linear-by-Linear Association	11.447 ^c	1	<.001	<.001	<.001	.000
N of Valid Cases	113					

a. 70 cells (93.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is 3.383.

Da análise dos dados obtidos, verificou-se que 10 profissionais nunca tiveram qualquer tipo de formação em CP, apesar de já terem trabalhado ou tido contacto com equipas de CP (Tabela 24).

Tabela 24 Tabela de frequência dos TSDT, distribuídas pelas diferentes profissões, que já tiveram contacto com CP mas que nunca tiveram qualquer tipo de formação na área

<i>Atividade profissional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Técnico de radiologia</i>	7	70.0
<i>Técnico de análises clínicas e de saúde pública</i>	1	10.0
<i>Técnico de farmácia</i>	1	10.0
<i>Terapeuta ocupacional</i>	1	10.0
Total	10	100.0

10. DISCUSSÃO

Este estudo, cujo objetivo principal é avaliar a literacia em CP dos TSDT, revela-se inovador, não só por se tratar de uma investigação a nível nacional, mas sobretudo por incidir sobre uma análise comparativa entre as diferentes profissões que integram este grupo profissional.

A alerta da OMS para falta de conhecimento sobre a temática dos CP, ficou evidenciada neste estudo (46). Contudo, destaca-se um elevado nível de desempenho nas questões sobre filosofia e princípios dos CP. O baixo nível de conhecimento sobre o controlo de sintomas em CP, foi significativo, mas expectável, tendo em conta a formação académica destes profissionais e a especificidade destas questões. Estes resultados vão ao encontro de vários estudos realizados nesta área(47).

Analisando os resultados, verificou-se que não existem diferenças significativas entre o género e o nível de conhecimento em CP. A literatura existente aponta para um maior nível de conhecimento em CP dos profissionais do género feminino (48,49).

No leque dos vários fatores que, segundo a literatura, podem influenciar a literacia em CP, encontra-se o contacto profissional na área. Quem já teve contacto com equipas de CP, em geral, possui um maior nível de conhecimento nessa área. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro desta tese (50,51).

No caso em estudo, quanto maior era a idade, menor era o nível de conhecimento em CP. Contudo, não se obtiveram resultados com evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 0,05, que existe uma relação

entre a idade e o nível de conhecimento em CP. Neste âmbito, a literatura não é unânime, pois existem estudos que apontam para uma relação em sentidos opostos, isto é, positiva, em que quanto mais velhos forem os profissionais, maior o nível de conhecimento em CP(49,52), e negativa, manifestando-se numa relação que vai ao encontro da obtida no nosso estudo (53). Se por um lado, profissionais com mais idade e mais experiência têm uma maior probabilidade de ter formação em várias áreas, incluído em CP, os mais jovens podem ter usufruído de programas de formação onde já se manifeste uma mudança de paradigma na qual esteja incluída a formação em CP, à semelhança do que ocorre noutros países europeus, com outros profissionais de saúde. No que concerne a experiência profissional, os dados obtidos não revelaram uma relação estatisticamente significativa (54).

O fator influenciador no nível de conhecimento em CP transversal a vários estudos, é a formação dos profissionais na área(51,53,55). Os resultados obtidos vão ao encontro da teoria de que o nível de conhecimento em CP é tanto maior quanto maior for o nível de formação na área (sem formação em CP: Média= 48.8 ± 13.0 ; detentores de formação específica em CP de nível avançado: Média= 78.3 ± 10.9).

Ficou demonstrado que existe uma associação entre a profissão exercida pelos TSDT, e o nível de formação em CP. Os grupos profissionais com participantes com formação específica em CP de nível avançado, foram a fisioterapia, terapia ocupacional e a radioterapia. Sendo que foram os mesmos que apresentaram um maior número relativo de profissionais com formação em CP, para além dos terapeutas da fala. Resultados estes expectáveis, visto que estes profissionais, enquanto terapeutas, desempenham frequentemente funções no âmbito dos CP (43). Por exemplo, o terapeuta da fala pode assumir um papel fundamental na diminuição do isolamento social dos pacientes com doenças neurodegenerativas, através da introdução da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), e na reabilitação da disfagia, em doentes com alterações da deglutição(56).No âmbito dos CP, o fisioterapeuta pode intervir em vários contextos, entre os quais, no controlo da dor, em técnicas para a melhoria da função pulmonar e da fadiga, e na intervenção em sintomas psicofísicos como a depressão(57). Por sua vez, o terapeuta ocupacional intervém integrando o doente no seu meio sociocultural, auxiliando-o na execução de tarefas significativas, nomeadamente, através do treino de atividades do seu quotidiano, da adaptação de utensílios e adaptação ao ambiente, possibilitando aos doentes viver de forma digna, autónoma e mais ativa(58). A intervenção da radioterapia no campo dos CP é de

fundamental importância no controlo de sintomas, tais como a xerostomia, hemorragias, sintomas neurológicos e controlo da dor, melhorando de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes(59).

No que concerne os dados relativos aos técnicos de radiologia, com a fusão das três licenciaturas, a formação destes profissionais sofreu uma acentuada alteração, podendo assim justificar-se o facto 9,8% destes profissionais terem tido formação em CP no âmbito de UC na sua formação de base(44).

A formação em CP fomenta uma mudança de valores e atitudes identificadas como essenciais na relação com doentes em fim de vida. O facto de alguns profissionais já terem exercido funções junto de equipas de CP, sem nunca terem tido qualquer tipo de formação na área, é por isso, preocupante, e vem contrariar o recomendado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2021-2022.

O facto do tema dos CP não ser parte integrante do plano curricular das licenciaturas que visam formar profissionais cujo a carreira é propícia ao contacto com doentes paliativos, como é o caso das profissões de técnico de radioterapia, fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, constitui uma grande lacuna(3,60). Acredita-se que somente através da formação será possível dotar os profissionais de saúde da preparação necessária para prestar cuidados adequados, que ofereçam conforto e serenidade ao doente e à sua família(61).

Apesar dos resultados obtidos, reconhecem-se algumas limitações neste estudo, a primeira prende-se com o tamanho da amostra (113 participantes) que ficou aquém do valor estimado de 382 participantes. Também a diversidade das profissões e a distribuição das mesmas na amostra, não foi a expectável. Infelizmente, algumas profissões não foram representadas neste estudo, como é caso dos nutricionistas, e outras houve com pouca representação (algumas delas representadas somente com um participante). A profissão exercida pela investigadora (técnica de radiologia) influenciou na participação desse grupo, pois representaram quase metade da amostra. Estas limitações podem traduzir-se em resultados que não representem fielmente o nível de conhecimento dos TSDT em Portugal.

Em estudos futuros, dever-se-á proceder a recolha dos dados durante um período mais alargado, e tentar outras formas de contacto com instituições para solicitar a disseminação do estudo, como o contacto direto, visto que o contacto por correio eletrónico raramente surte o efeito desejável.

CONCLUSÃO

O reconhecimento da importância dos TSDT tem crescido, e são considerados essenciais para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes em diferentes contextos clínicos, entre os quais os cuidados paliativos. Analisando os resultados obtidos, ficou clara a existência de lacunas na formação nesta área.

A média da cotação no questionário foi de $51,3\% \pm 13,6$. Os profissionais com melhor desempenho no questionário pertenciam aos seguintes grupos: idade entre os 20 e 29 anos (cotação média de $55,5\% \pm 8,0$), sexo feminino (cotação média de $52\% \pm 14,2$), fisioterapeutas (cotação média de $67,2\% \pm 22,1$), com experiência profissional entre 1 e 10 anos (cotação média de $52,2\% \pm 9,1$), com contacto com CP no âmbito da profissional (cotação média de $58,7\% \pm 14,2$) e detentores de formação específica em CP de nível avançado (cotação média de $78,3\% \pm 10,9$). Destaca-se um elevado nível de desempenho nas questões sobre filosofia e princípios dos CP. O baixo nível de conhecimento sobre o controlo de sintomas em CP, foi significativo, mas expectável, tendo em conta a formação académica destes profissionais e a especificidade destas questões. Ficou demonstrado que quem teve contacto com equipas de CP possui mais conhecimentos nessa área, do que quem nunca teve essa oportunidade. Neste estudo, observou-se também uma correlação positiva entre o nível de formação e o nível de conhecimento em CP, assim como uma associação entre a profissão exercida pelos TSDT, e o nível de formação em cuidados paliativos.

Através deste estudo, ficou comprovada a pertinência da inclusão do tema dos cuidados paliativos nos diferentes cursos de licenciatura, e nos planos de formação contínua dos TSDT, de forma a adequar as suas qualificações às mudanças das necessidades de cuidados de saúde da população, nas quais os cuidados paliativos passaram a ter uma importância fundamental e crescente, impulsionada pela queda acentuada da natalidade e do aumento da esperança média de vida(1,10).

O baixo nível de conhecimento no que concerne os CP é, muitas vezes, considerado um obstáculo à prestação destes cuidados, é por isso importante promover o conhecimento generalizado em CP e sensibilizar todos os profissionais de saúde para a realização de formação básica em cuidados paliativos, dando cumprimento ao preconizado pela OMS, e pelos diversos planos estratégicos para o desenvolvimento

dos cuidados paliativos em Portugal emitidos pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos(6,8,26,36).

Nesta última década, têm sido desenvolvidos vários esforços, e tem sido realizada investigação no sentido de conhecer os níveis de literacia em CP, e limitações à mesma, de forma a orientar ações governamentais e institucionais, no sentido da sua melhoria. Não obstante, este estudo destaca a importância de ampliar pesquisas envolvendo um leque mais vasto de profissionais de saúde, cujo papel nos CP é indiscutível, de modo a otimizar a sua atuação e promover o máximo de bem-estar e conforto da pessoa em fim de vida(33).

Se no futuro for criada uma associação publica profissional (Ordem) que inclua a radiologia, a radioterapia e a medicina nuclear, então a avaliação da literacia profissional em cuidados paliativos deve ser reapreciada à luz desta nova organização interprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Declaração de Xangai Sobre a Promoção da Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2017;32.
2. World Health Organization. Planning and Implementing Palliative Care Services: a Guide for Programme Managers. 2015;1–91.
3. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Sns. 2021;1–60.
4. Arriaga M. Literacia em Saúde na Prática. ISPA. Lopes C, Alameida C, editors. Lisboa; 2019.
5. MacLeod R, Van Den Block L. MacLeod RD, van den Block L. Textbook of Palliative Care [Internet]. Springer International Publishing; 2019 [cited 2021 Dec 30]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-317740-5>. [cited 2025 Jun 24]. Textbook of Palliative Care . Available from: <https://pt.scribd.com/document/544078970/Textbook-of-Palliative-Care> <https://pt.scribd.com/document/544078970/Textbook-of-Palliative-Care>
6. Comissão nacional de cuidados paliativos (CNCP). Plano Estratégico de Desenvolvimento Cuidados Paliativos. Biénio 2019-2020. Acss. 2019;1–32.
7. Thi Thanh Vu H, Hoang Nguyen L, Xuan Nguyen T, Thi Hoai Nguyen T, Ngoc Nguyen T, Thi Thu Nguyen H, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. [cited 2025 Jun 24]; Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
8. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. 2023;1–25. Available from: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS-_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf
9. Portugal. Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto. Estabelece o Regime da Carreira Especial de Técnico Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica. 2017.
10. World Health Organization. World Report on Disability [Internet]. 2011 [cited 2025 May 17]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70670/WHO_NMH_VIP11.01_eng.pdf?sequence=1
11. World Health Organization. Planning and Implementing Palliative Care Services: a Guide for Programme Managers. 2015;1–91.
12. World Health Organization. 2a ed. Geneva: WHO. 2002 [cited 2025 Jun 2]. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Available from: <https://bit.ly/36sM2CG>
13. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Sns. 2021;1–60.
14. Neto I. Princípios dos Cuidados Paliativos. In: Humanização em Cuidados Paliativos. Lidel. Lisboa; 2021. p. 3–5.
15. Nunes R, Rêgo F, Rêgo G. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Almedina. Coimbra; 2018.
16. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. BMJ. 2017;356.

17. Alcalde J, Zimmermann C. Stigma about palliative care: origins and solutions. *Ecancermedicalscience*. 2022 Apr 28;16.
18. Neto IG. Cuidados Paliativos - Conheça-os Melhor. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020.
19. Saunders C. *The Management of Terminal Disease*. Edward Arnold. London; 1967.
20. Ferraz A. História dos Cuidados Paliativos. In: Almedina, editor. *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos*. Coimbra; 2018. p. 333–42.
21. Sousa C, Moreira M. História e Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*. 2015;Volume 2.
22. Cerqueira M. Cuidados Paliativos Pediátricos. In: *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos*. Almedina. Coimbra; 2018. p. 177–81.
23. Portugal. Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República N.º 172 - I Série*, editor. 2012.
24. Portugal. Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho. *Diário da República* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Portaria-n-165_2016---Diário-da-República-n-112_2016-Série-I-de-20160614-_-Anexo.pdf
25. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. 2023;1–25.
26. Neves TMA, Marques AM, Correia MG, Querido A, Marques AA. Health professionals' knowledge of palliative care: Analysis of a Portuguese central hospital. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2022;2022(1).
27. Mota C, Beça H. Cuidados Paliativos na Comunidade. In: *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel. Lisboa; 2021. p. 29–31.
28. World Health Organization. Health promotion glossary. 1998;
29. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2016;34(3):259–75.
30. World Health Organization. Declaração de Xangai Sobre a Promoção da Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2017;32.
31. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2016 Sep 1;34(3):259–75.
32. Pereira LM, Andrade SMO de, Theobald MR. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. *Revista Bioética*. 2022;30(1):149–61.
33. Fernando GVMC, Prathapan S. What do young doctors know of palliative care; how do they expect the concept to work? *BMC Res Notes*. 2019 Dec 16;12(1):419.
34. Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Tsegaye R, Abdisa E, Oluma A, et al. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end- of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10 October).
35. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-las-Heras S, Rubio L, et al. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 10;18(9):5031.
36. Dixe M dos A, Santo ID de O, Lopes S, Catarino H, Duarte S, Querido 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*. 2020 Jul 1;17(13):1–12.
37. Portugal. Decreto-Lei n.o 320/99, de 11 de agosto. Define os princípios gerais em Matéria do Exercício das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica. 1999;
 38. Lopes C. PATHOLOGIKA. 2017 [cited 2025 Jun 7]. Quem são os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica? Available from: <https://pathologika.com/quem-sao-os-tecnicos-de-diagnostico-e-terapeutica/#sidr-main>
 39. Alberto da Silva C, Alexandra Soares P, Filipa da Silva T, Pedro Almeida R, Pedro Ribeiro L. Formação e desenvolvimento profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em Portugal. 2018;5.
 40. Portugal. Decreto-Lei n.o 564/99, de 21 de dezembro. Estabelece o Estatuto Legal da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica. 1999;
 41. Administração Central do Sistema de Saúde. Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica [Internet]. [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/tecn-diag-e-terapeutica/>
 42. Pires M. Verdadeiro Olhar. 2018 [cited 2025 May 22]. Quem São os TSDT e sua Importância no SNS ? Available from: [https://www.verdadeiroolhar.pt/sao-os-tsdt-importancia-no-sns/#:~:text=Os%20TSDT%20\(%20Técnicos%20Superiores%20de%20Diagnóstico,a%20reabilitação%20e%20a%20reinserção%20dos%20pacientes](https://www.verdadeiroolhar.pt/sao-os-tsdt-importancia-no-sns/#:~:text=Os%20TSDT%20(%20Técnicos%20Superiores%20de%20Diagnóstico,a%20reabilitação%20e%20a%20reinserção%20dos%20pacientes)
 43. Portugal. Decreto-Lei n.o 261/93, de 24 de julho. 1993;
 44. Diário da República. Despacho n.o 3382 / 2015, de 1 de Abril. 2015;
 45. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 7th ed. Pêro Pinheiro: Report Number; 2018.
 46. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018. 2017;
 47. Thi Thanh Vu H, Hoang Nguyen L, Xuan Nguyen T, Thi Hoai Nguyen T, Ngoc Nguyen T, Thi Thu Nguyen H, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 25;16(15).
 48. Prem V, Jaykumar S, Karthikbabu S, Karvannan H, Kumar SP, Sisodia V, et al. Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. Vol. 18, *Indian Journal of Palliative Care*. 2012. p. 122–7.
 49. Dixe M dos A, Santo ID de O, Lopes S, Catarino H, Duarte S, Querido 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*. 2020 Jun 27;17(13):4630.
 50. Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman HRW, Engels Y, Szczerbińska K, et al. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliat Med*. 2018 Oct 4;32(9):1487–97.
 51. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Oct 19;25(0).
 52. van den Heuvel WJ, Dumitrescu L, van den Heuvel-Olaroiu M. Experiences, Knowledge, and Opinions on Palliative Care among Romanian General Practitioners [Internet]. Vol. 47, *Public Health > Croat Med J*. 2006. Available from: www.cmj.hr
 53. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-las-Heras S, Rubio L, et al. Physicians' and Nurses' Knowledge in

- Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 10;18(9):5031.
54. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European journal of palliative care*. 2013;88–91.
 55. Centeno C, Garralda E, Carrasco JM, den Herder-van der Eerden M, Aldridge M, Stevenson D, et al. The Palliative Care Challenge: Analysis of Barriers and Opportunities to Integrate Palliative Care in Europe in the View of National Associations. *J Palliat Med*. 2017 Nov;20(11):1195–204.
 56. Barriguinha C. Papel do Terapeuta da Fala. In: *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2018. p. 467–72.
 57. Marcucci F. O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a Pacientes com Câncer. 2004;
 58. Ribeiro M. Terapia Ocupacional. In: *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2018. p. 589–96.
 59. Martins O, Azevedo I. Radioterapia Paliativa para Cuidados Oncológicos em Fim de Vida. *Medicina Interna REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA*. 2020;27:49–54.
 60. Caldas GH de O, Moreira S de NT, Vilar MJ. Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018 Jun;21(3):261–71.
 61. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde Palliative Care in the Formation of Health Care Professionals, 2013.

ANEXOS

Anexo I - Questionário aplicado aos TSDT

Literacia em Cuidados Paliativos dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

No âmbito da minha dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, gostaria de contar com a sua participação neste estudo que visa avaliar a literacia em cuidados paliativos dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.

Para além da análise dos conhecimentos em cuidados paliativos nas diferentes profissões que integram este grupo profissional, este estudo visa também sensibilizar para a importância da literacia em cuidados paliativos da população em geral, e dos profissionais de saúde em particular, e assim possibilitar uma intervenção ao nível da formação nesta área caso se identifiquem lacunas.

Este questionário é constituído por questões de caracterização demográfica e profissional, e pela escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo *Observatório Português para os Cuidados Paliativos*.

Este estudo contou com a supervisão da Prof.ª Doutora Maria Francisca Rego, e foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Este questionário é exclusivamente direcionado a Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica que exerçam a sua atividade em Portugal.

1. Participação Voluntária: a participação neste estudo é realizada de forma voluntária, podendo os participantes desistir em qualquer momento sem repercussões.
2. Ao longo do estudo não será solicitada informação que permita identificar os participantes, sendo desta forma garantido o anonimato dos mesmos.
3. Responsabilidade de Dados: a pesquisadora principal assume a inteira responsabilidade pelo tratamento dos dados, respeitando a legislação vigente referente à proteção de dados.
4. Recolha, Seleção e Uso de Dados: apenas dados como género, idade, profissão, experiência profissional e formação profissional serão coletados, e serão selecionados e utilizados exclusivamente para fins desta investigação e de encontro aos objetivos da mesma.
5. Segurança de Dados: o questionário encontra-se implementado numa conta Google, sendo garantido o seu armazenamento seguro, assim como a restrição de acesso a terceiros.
6. Confidencialidade: as informações obtidas no âmbito desta pesquisa serão tratadas de forma confidencial.
7. Conservação de dados: os dados recolhidos serão conservados pelo período estritamente necessário e eliminados de forma segura findo o período estipulado de conservação dos mesmos.

O preenchimento deste questionário tem uma duração estimada de 10 minutos.

Expresso o meu agradecimento a quem participar e puder partilhar este questionário com quem exerça a sua atividade enquanto TSDT.

A investigadora principal,

Luísa Filipa Simões Barral

e-mail: luisa.barral@ulsge.min-saude.pt

*** Indica uma pergunta obrigatória**

1. Consentimento Informado *

Assinale se concorda com a afirmação

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ao continuar, concordo voluntariamente em participar neste estudo, compreendo que as minhas respostas serão anónimas e usadas apenas para fins de pesquisa académica

DADOS PESSOAIS

Selecione a opção correspondente

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Entre 20 e 29 anos
☐ Entre 30 e 39 anos
☐ Entre 40 e 49 anos
☐ Entre 50 e 60 anos
☐ mais de 60 anos

3. Género com que se identifica *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Prefiro não dizer

DADOS PROFISSIONAIS

Selecione a opção correspondente

4. Atividade profissional *

Caso exerça mais do que uma atividade enquanto TSDT, selecione aquela que exerce há mais temp

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Técnico de radiologia
- ☐ Técnico de análises clínicas e de saúde pública
- ☐ Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica
- ☐ Técnico de audiologia
- ☐ Técnico de cardiopneumologia
- ☐ Dietista / nutricionista
- ☐ Técnico de farmácia
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Higienista oral
- ☐ Técnico de medicina nuclear
- ☐ Técnico de neurofisiologia
- ☐ Ortoprotésico
- ☐ Ortoptista
- ☐ Técnico de prótese dentária
- ☐ Técnico de radioterapia
- ☐ Técnico de saúde ambiental
- ☐ Terapeuta da fala
- ☐ Terapeuta ocupacional

5. Tempo de exercício profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 10 anos
- ☐ Entre 11 e 20 anos
- ☐ Entre 21 e 30 anos
- ☐ Mais de 30 anos

6. No decorrer do exercício da sua profissão, alguma vez trabalhou num serviço de cuidados paliativos, ou junto de uma equipa de cuidados paliativos?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

7. Detém algum tipo de formação em cuidados paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Formação no âmbito de unidades curriculares na formação de base
☐ Formação específica em cuidados paliativos de nível básico
☐ Formação específica em cuidados paliativos de nível intermédio
☐ Formação específica em cuidados paliativos de nível avançado

CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Por favor, responda sinceramente e considere uma só resposta em cada pergunta.

Classifique cada uma das seguintes afirmações como verdadeira, falsa ou desconhecida caso não tenha conhecimento sobre a mesma.

8. O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

9. As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

10. Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

11. As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar as escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

12. Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

13. Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para "não dizer nada ao doente".

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

14. A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

15. Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

16. Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar na dispneia.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

17. Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

18. Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

19. A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

20. Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativo:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

21. Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

22. Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doença limitante ou ameaçadora de vida e sua família.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

22. Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doença limitante ou ameaçadora de vida e sua família.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

23. Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

24. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

25. Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

26. A via subcutânea permite a administração de soros. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

27. Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

28. A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

29. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

30. Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 degraus.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

31. A angústia espiritual prolonga o sofrimento. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

32. Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

33. Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

34. As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

35. Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

36. Como seu sistema nervoso ainda não está totalmente desenvolvido, as crianças têm menor sensibilidade à dor e memória limitada de experiências dolorosas.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

37. A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

38. As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

39. Crianças com menos de dez anos não conseguem relatar dor de modo confiável, então os profissionais devem confiar exclusivamente na avaliação dos pais.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

40. Não há esperança, no sentido espiritual, para os doentes que recebem cuidados paliativos:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

41. Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

42. Comparativamente com os adultos, o prognóstico, esperança de vida e resultado funcional são menos claros nos cuidados paliativos pediátricos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

43. Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

44. Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

45. Os cuidados paliativos são só para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

46. Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

47. Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

48. Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

49. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

50. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

51. Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

52. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

53. Nos cuidados paliativos pediátricos existe necessidade mais frequente de integração com tratamentos intensivos modificadores da doença ou de suporte de vida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

54. Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

55. No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

56. Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

57. Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

58. Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

59. No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes.. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

60. Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

61. Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

62. No caso das crianças, estes cuidados podem prolongar-se por décadas, existindo incerteza prognóstica e a possibilidade de transição para cuidados de paliativos de adultos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

63. As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

64. A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

65. Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

66. O burnout é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

67. Não devem ser prestadas atitudes paliativos no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeira
☐ Falsa
☐ Desconhecida

Muito obrigado pela sua pela colaboração!

Anexo II - Escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, construída e validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos

CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Por favor, responda sinceramente e considere uma só resposta em cada pergunta.

Classifique cada uma das seguintes afirmações como verdadeira (V), falsa (F) ou desconhecida (D) caso não tenha conhecimento sobre a mesma (D), marcando com uma X a opção escolhida.

O cuidador informal deve ter acesso a condições para o descanso no desempenho do seu papel.	V	F	D
As equipas de cuidados paliativos terminam a sua atuação aquando da morte do doente.	V	F	D
Deve-se ocultar a morte às crianças para não sofrerem.	V	F	D
As crianças em cuidados paliativos não devem frequentar a escolas porque são incapazes de praticar atividades lúdicas ou educativas.	V	F	D
Aquando da comunicação de más notícias importa atender ao que o doente quer saber.	V	F	D
Em cuidados paliativos deve-se respeitar o pedido da família para “não dizer nada ao doente”.	V	F	D
A comunicação de más notícias ao familiar/cuidador poupa o doente ao sofrimento desnecessário.	V	F	D
Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração de terapêutica em doentes em fim de vida é a via endovenosa.	V	F	D
Na fase final de vida a oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar na dispneia.	V	F	D
Os cuidados paliativos começam quando a doença é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não terapêutica dirigida à doença.	V	F	D
Os corticoides melhoram o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.	V	F	D
A depressão é um sintoma natural para as pessoas em fim de vida.	V	F	D
Os aspetos psicológicos, sociais e espirituais são parte integrante dos cuidados paliativos.	V	F	D
Os membros da equipa têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	V	F	D
Os cuidados paliativos pediátricos são uma abordagem interdisciplinar da criança com doença limitante ou ameaçadora de vida e sua família.	V	F	D
Nos últimos dias e horas de vida, a sedação pode ser necessária para alívio do sofrimento.	V	F	D
Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em simultâneo com opioides.	V	F	D
Quando se comunica más notícias a uma criança, deve fazer-se em função da sua etapa de desenvolvimento e de forma gradual.	V	F	D
A via subcutânea permite a administração de soros.	V	F	D
Promover a dignidade minimiza a depressão e o desejo de antecipar a morte.	V	F	D
A adição é um problema grave quando se utiliza a morfina para o controlo da dor em cuidados paliativos.	V	F	D
A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	V	F	D
Para tratar a dor na criança os profissionais devem orientar-se pelos princípios básicos da OMS, segundo a escala analgésica com 3 degraus.	V	F	D
A angústia espiritual prolonga o sofrimento.	V	F	D
Nos últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico diminui o desconforto do doente.	V	F	D
Aos doentes sob tratamento analgésico com opioides devem ser prescritos laxantes.	V	F	D
As náuseas são muito comuns nas pessoas em cuidados paliativos.	V	F	D
Doses altas de codeína são mais obstipantes que a morfina.	V	F	D

Como seu sistema nervoso ainda não está totalmente desenvolvido, as crianças têm menor sensibilidade à dor e memória limitada de experiências dolorosas.	V	F	D
A intervenção mais eficaz para melhorar o estertor terminal é a aspiração das secreções.	V	F	D
As benzodiazepinas são eficazes no controlo do delirium.	V	F	D
Crianças com menos de dez anos não conseguem relatar dor de modo confiável, então os profissionais devem confiar exclusivamente na avaliação dos pais.	V	F	D
Não há esperança, no sentido espiritual, para os doentes que recebem cuidados paliativos.	V	F	D
Na gestão da dor em cuidados paliativos o uso de antidepressivos não é adequado.	V	F	D
Comparativamente com os adultos, o prognóstico, esperança de vida e resultado funcional são menos claros nos cuidados paliativos pediátricos.	V	F	D
Os anticolinérgicos (como a escopolamina) são eficazes no alívio das secreções das vias aéreas no doente agónico.	V	F	D
Em cuidados paliativos, o uso de placebos está indicado para o tratamento de alguns tipos de dor.	V	F	D
Os cuidados paliativos são só para doentes com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.	V	F	D
Pode-se receber cuidados paliativos durante todo o curso de doença avançada e progressiva.	V	F	D
Os cuidados paliativos aumentam os custos em saúde.	V	F	D
Os cuidados paliativos especializados não são apropriados para pessoas com doença crónica e prognóstico incerto.	V	F	D
Os cuidados paliativos destinam-se apenas a adultos e idosos.	V	F	D
A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida.	V	F	D
Os cuidados paliativos nunca devem ser combinados com tratamentos curativos.	V	F	D
Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes oncológicos.	V	F	D
Nos cuidados paliativos pediátricos existe necessidade mais frequente de integração com tratamentos intensivos modificadores da doença ou de suporte de vida.	V	F	D
Ter demência não é critério para receber cuidados paliativos.	V	F	D
No respeito pela autonomia do doente, os cuidados paliativos devem promover os seus desejos de acelerar a morte.	V	F	D
Receber cuidados paliativos é um direito de todas as pessoas.	V	F	D
Na fase final de vida as preferências do local de morte devem ser condicionadas à decisão da equipa médica.	V	F	D
Morrer em casa significa que a pessoa não teve acesso a toda a assistência médica necessária.	V	F	D
No internamento, deve-se ocultar a morte a outros doentes.	V	F	D
Só o médico pode referenciar para cuidados paliativos.	V	F	D
Em cuidados paliativos, todas as intervenções devem ser realizadas para prolongar a esperança de vida dos doentes.	V	F	D
No caso das crianças, estes cuidados podem prolongar-se por décadas, existindo incerteza prognóstica e a possibilidade de transição para cuidados de paliativos de adultos.	V	F	D
As equipas de cuidados paliativos promovem a continuidade de cuidados.	V	F	D
A pessoa que recebe cuidados paliativos deve aceitar a morte.	V	F	D
Nos últimos dias e horas de vida o doente deve ser transferido para unidades de cuidados paliativos.	V	F	D
O <i>burnout</i> é inevitável para quem trabalha em cuidados paliativos.	V	F	D
Não devem ser prestadas atitudes paliativos no bloco de partos, pois a morte fetal não constitui um elemento de intervenção dos cuidados paliativos pediátricos.	V	F	D

Muito obrigado pela sua pela colaboração!

Anexo III - Autorização emitida pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos para a utilização da Escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde



Ana Isabel Fernandes Querido

24 de outubro de 2024 às 12:14

RE: Escala de literacia em Cuidados Paliativos

Para: Observatório Português de Cuidados Paliativos, querido.ana, Cc: Filipa Barral

[Detalhes](#)

Estimada Dr.ª Filipa Barral
Bom dia

Espero encontrá-la bem!
Antes de mais os parabéns pela escolha da temática que nos parece muito pertinente e relevante.
Desde já as minhas desculpas pelo atraso na resposta.
É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala de Conhecimentos em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, validada pelo Observatório Português para os Cuidados Paliativos, que anexamos.
Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.
Votos de muito sucesso académico e profissional.

Com os melhores cumprimentos

Ana Querido

Professora Coordenadora | Coordinator
Professor
Departamento de Ciências de Enfermagem |
Nursing Department
Coordenadora do Mestrado em Cuidados
Paliativos
Telef. 917682279 / 966036420
Phone: +351917682279 / +351966036420



ESCOLA SUPERIOR
de SAÚDE



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2
Morro do Lena – Alto do Vieiro
Apartado 4163 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL
Tel. (+351) 244 845 300 | Ext210265
ana.querido@ipleiria.pt | www.ipleiria.pt

Anexo IV - Parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto

PARECER

325/CEFMUP/2025

Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Parecer/Rapport: 325/CEFMUP/2025

Título do projeto/ Project title: Literacia em Cuidados Paliativos dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Investigador/ Researcher: Luísa Filipa da Silva Simões Barral

Parecer/ Rapport:

- ☒ Favorável/Accepted
☐ Rejeitado/Declined
☐ Outro

Relatora: Prof.^a Doutora Patrícia Ribeiro

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de Porto, a 25 de março de 2025, por unanimidade dos membros presentes.

Solicita-se o favor de após a conclusão do projeto enviar o relatório final com as conclusões do estudo, nos termos do Art.3º n.º 3 alínea f) do Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro.

Porto, 25 de março de 2025

A Vice-Presidente da Comissão de Ética
Profª Doutora Guilhermina Rego

Membro da Comissão de Ética
Profª Doutora Natália Oliva Teles