



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Nutrição no doente terminal – da teoria à prática

Simone da Silva Oliveira¹

Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo²

Dr. Helder Filipe da Cunha Esperto²

¹ Aluna do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

simone.oliveira.pt@gmail.com

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo

Introdução: a diminuição da ingestão oral no doente em fim de vida é frequente. As evidências sobre alimentação e hidratação artificiais são divergentes, nomeadamente no seu contributo para a qualidade de vida dos doentes.

Objetivos: analisar a preparação, atitudes e orientações dos médicos que trabalham nas organizações de cuidados paliativos em Portugal, relativamente à nutrição e hidratação em fim de vida. Avaliar o conhecimento e preparação dos alunos, em fase final da formação médica, para lidar com questões do doente em fim de vida.

Métodos: foram elaborados e disponibilizados *online* dois questionários, através da ferramenta “Formulários do Google”. O “questionário 1” foi dirigido aos médicos que exercem em organizações de cuidados paliativos e o “questionário 2” dirigido aos alunos do 6.º ano médico.

Resultados: um total de 20 médicos respondeu ao questionário. Destes, 95% refere ter formação em cuidados paliativos e 80% em nutrição. 70% consideram-se seguros para fazer um bom aconselhamento nutricional ao doente. Quanto aos alunos, foram obtidas 69 respostas de alunos do 6.º ano médico. 69,6% tiveram formação em cuidados paliativos e 81,2% em nutrição. 95,7% não se sentem preparados para lidar com questões dos doentes terminais.

Conclusões: há uma boa cobertura formativa dos médicos associados aos cuidados paliativos, que se traduz numa boa resposta terapêutica. Os padrões de prescrição e suspensão de nutrição e hidratação medicamente assistidas são maioritariamente adaptados às necessidades do doente. A preparação dos alunos de medicina parece não estar a corresponder às exigências de uma população que continuará a envelhecer nos próximos anos.

Palavras-chave: doente terminal, nutrição, hidratação, cuidados paliativos

Abstract

Introduction: the reduction of oral intake of a patient at the end of his life is common. Evidence about artificial nutrition and hydration are deviating, especially in their contribution to increase life quality of patients.

Objectives: analyze the preparation, attitudes and orientation of doctors working in palliative care in Portugal, regarding nutrition and hydration of a patient at the end of his life and to evaluate knowledge and preparation of students at the end of their medical career for treating patients at the end of their lives.

Methods: Two questionnaires were elaborated and made available online by using Google Forms. The “questionnaire 1” was aimed at doctors who practice in palliative care and “questionnaire 2” at medical student in their 6th year.

Results: A total of 20 doctors responded to the questionnaire. Among the respondents, 95% indicate to have further education in palliative care and 80% in nutrition. 70% consider themselves as confident in giving patients good nutritional advices. Regarding medical students 69 questionnaires were handed in by students of the 6th year. 69.6% had received an education in palliative care and 81.2% in nutrition. 95.7% do not feel prepared to handle the care of patients in final stages.

Conclusion: There is a good covering concerning the formation of doctors associated in palliative care, leading to good therapeutic measures. The standards of prescription and suspension of medically-assisted nutrition and hydration are mostly adjusted to the patients needs. The preparation of the medical students doesn't correspond with the demand of an increasingly aging population.

Keywords: dying patient, nutrition, hydration, palliative care

Índice

1. Introdução	6
2. Métodos	9
3. Resultados	11
3.1 Questionário 1: médicos	11
3.2 Questionário 2: alunos	23
4. Discussão.	31
5. Conclusão	36
6. Agradecimentos	37
7. Referências bibliográficas	38
8. Material suplementar	40

Índice de tabelas e gráficos

Tabela 1. Evidências sobre nutrição e hidratação artificiais	7
Tabela 2. Contexto onde ocorre maioritariamente a prática de cuidados paliativos	11
Tabela 3. Opinião dos médicos em relação às afirmações sobre a prática clínica de nutrição e hidratação medicamente assistidas	13
Tabela 4. Fator mais preponderante na decisão terapêutica no doente terminal	16
Tabela 5. Percentagem aproximada de vezes em que as ações são realizadas, no doente com sobrevida inferior a 6 meses e no doente com sobrevida inferior a 3 dias. Associação com os anos de serviço em CP. Associação entre os resultados para os 6 meses e para os 3 dias	17
Tabela 6. Iniciação de nutrição e hidratação medicamente assistidas por pressão de familiares e profissionais de saúde	19
Tabela 7. Opinião dos médicos sobre os efeitos da hidratação e nutrição medicamente assistidas na qualidade de vida do doente	21
Tabela 8. Faculdade de origem dos alunos	23
Tabela 9. Formação dos alunos em cuidados paliativos	24
Tabela 10. Formação dos alunos em nutrição	24
Tabela 11. Opinião dos alunos relativamente à manutenção da nutrição e hidratação até ao fim da vida	27
Tabela 12. Perceção dos alunos, enquanto futuros médicos, quanto à preparação para lidar com /responder às necessidades de um doente terminal	28
Tabela 13. Resultados das respostas aos casos clínicos infracitados	28
Tabela 14. Resultados das respostas aos casos clínicos infracitados	29
Tabela 15. Resultados das respostas à situação infracitada	29
Tabela 16. Resultados das respostas ao caso clínico infracitado	29
Tabela 17. Resultados das respostas à situação infracitada	30
Gráfico 1. Representação gráfica dos resultados da tabela 3	14
Gráfico 2. Representação gráfica dos resultados da tabela 3, agrupados de acordo com os anos de experiência em cuidados paliativos (experiência inferior a 5 anos ou igual ou superior a 5 anos)	15

Gráfico 3. Representação gráfica dos resultados da tabela 5	18
Gráfico 4. Altura em que os médicos costumam suspender a hidratação do doente (%)	20
Gráfico 5. Altura em que os médicos costumam suspender a nutrição do doente (%)	20
Gráfico 6. Representação gráfica dos resultados da tabela 7	22
Gráfico 7. Frequência das expressões utilizadas na definição de cuidados paliativos	25
Gráfico 8. Frequência das expressões utilizadas para definir os doentes com indicação de cuidados paliativos	25
Gráfico 9. Sobrevida média dos doentes em cuidados paliativos, segundo os alunos (%)	26
Gráfico 10. Quem deve participar na escolha da dieta de um doente em cuidados paliativos	26
Gráfico 11. Perceção dos alunos do seu grau de conhecimento teórico e prático sobre formas de hidratação/nutrição	27

1. Introdução

O doente em fim de vida reúne características e necessidades peculiares. Grande parte destes doentes diminui a ingestão oral quando a morte se aproxima.¹ Isto pode ter diferentes causas, entre elas, a síndrome de anorexia/caquexia, perda de desejo para comer, fragilidade generalizada,² podendo constituir um motivo de preocupação para familiares, cuidadores, doentes, que revestem a alimentação e hidratação de um certo caráter simbólico³, sendo elementar na cultura e relações humanas.⁴

As instituições que acolhem estes doentes, nomeadamente as organizações de cuidados paliativos, têm como principal foco a qualidade de vida do doente. Definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002, os cuidados paliativos são *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, recorrendo a uma abordagem holística e focando aspetos físicos, psicossociais e espirituais.”*⁵ Neste sentido, a nutrição deve ser considerada como parte integrante dos planos de cuidado. Um estudo português comparativo dos cuidados prestados em fim de vida numa enfermaria de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos, mostrou haver diferenças de conduta, destacando a importância e necessidade de cuidados paliativos nas instituições de saúde que lidam com estes doentes.⁶ Verifica-se a mesma tendência noutros estudos internacionais.⁷ Ainda assim, há diferenças significativas entre países, explicadas, entre outros, por fatores culturais, religiosos, sociais e económicos.⁴

Os cuidados de nutrição e hidratação são muitas vezes subvalorizados pelos profissionais de saúde.⁵ Porém, subsistem as dúvidas acerca de quem se deverá responsabilizar. As instituições? Os profissionais? Embora a resposta não seja evidente, vários fatores se podem mencionar: falta de oportunidade dos doentes e/ou cuidadores para participar na decisão terapêutica, profissionais de saúde com pouca preparação para lidar com as questões nutricionais destes doentes, evidência limitada dos efeitos dos vários tratamentos nos últimos dias de vida.⁸ A controvérsia que envolve o tema não auxilia na tomada de decisão. Evidências sobre alimentação e hidratação artificiais são divergentes, não havendo certeza destes tratamentos melhorarem a qualidade de vida dos doentes (tabela 1). Alimentar e hidratar em fim de vida inclui noções orgânicas e éticas, são questões de uma sensibilidade enorme, pelo que importa compreender melhor os seus contornos.

Tabela 1. Evidências sobre nutrição e hidratação artificiais	
A favor	Contra
A. Doentes e cuidadores veem a hidratação como uma necessidade humana básica. ³	A. Desidratação está associada a diminuição das secreções respiratórias e gastrointestinais, minimizando assim problemas do trato respiratório, bem como náuseas e vômitos. ³
B. Doentes e cuidadores relatam redução da dor e maior eficácia da analgesia com a hidratação, aumentado o conforto, dignidade e qualidade de vida. ³	B. Menor frequência e gravidade de ascite e edema. ³
C. Doentes com hidratação artificial têm mais energia, mais apetite e melhores hábitos de sono. ³	C. Doentes comatosos não têm sintomas de aflição/angústia. ³
D. A hidratação pode reduzir o delírio, inquietação e irritabilidade neuromuscular induzidos pela desidratação. ³	D. Menor necessidade de uso de cateteres pela menor produção de urina. ³
E. Associação significativa entre hidratação artificial 24h antes da morte e ausência de sinais físicos de desidratação. ⁷	E. Desidratação pode atuar como anestésico natural para o SNC. ³
F. Permite corrigir desequilíbrios eletrolíticos com intuito de melhorar o estado de consciência. ¹	F. Hidratação parenteral é desconfortável, limita a mobilidade do doente, ³ restringindo a vida familiar e social.
G. A hidratação parenteral é um cuidado básico num hospital de agudos e negá-la a doentes terminais, pode implicar negá-la a outros grupos de doentes em risco. ³	G. Qualquer intervenção está associada a potenciais efeitos adversos (infecção, hemorragia, dor). ²
H. Se a hidratação oral é fornecida a doentes em fim de vida que se queixam de sede, então a hidratação parenteral deverá ser administrada. ³	H. Hidratação e nutrição artificiais à admissão ou 2 dias antes da morte não são determinantes significativos na sobrevivência. ⁷
I. Nutrição parenteral associada a aumento da sobrevida (de poucas semanas para vários meses) em doentes com afagia por cancro incurável. ⁴	I. Suporte nutricional intensificado frequentemente não é apropriado em fim de vida. ⁵

Atendendo ao crescente envelhecimento populacional em Portugal, a par do resto do mundo, um dos desafios que se coloca é o da reorientação dos cuidados de saúde para as necessidades do envelhecimento⁹ e o conseqüente paradigma do doente terminal.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo entender melhor a realidade portuguesa confrontando duas realidades: a de estudantes de medicina que estão próximos de concluir a sua formação, e a dos médicos que se dedicam aos cuidados paliativos. Por um lado, o conhecimento e entendimento dos estudantes de medicina em relação ao envelhecimento irá afetar a qualidade do cuidado a estes doentes,⁹ sem esquecer que o ensino médico tem como objetivo fornecer bases para a prática médica e para a formação contínua em qualquer ramo da medicina.¹⁰ Contudo, é junto de quem trabalha nas organizações de cuidados paliativos que podemos adquirir melhor perceção e conhecimento das convicções, dúvidas e condutas que orientam o seu trabalho, uma vez que estas organizações encerram o protótipo dos cuidados do doente em fim de vida.

Avaliar o conhecimento e a realidade destes dois grupos, pretende contribuir para uma perceção mais realista do estado e do rumo dos cuidados nutricionais ao doente em fim de vida no nosso país. A importância deste conhecimento transcende a medicina paliativa, sendo relevante para todos os médicos que praticam cuidados em doentes em fim de vida.¹

2. Métodos

A investigação foi dirigida a dois grupos: o primeiro grupo constituído por médicos associados às organizações de cuidados paliativos (QUESTIONÁRIO 1: médicos) e o segundo a alunos portugueses a frequentar o 6.º ano do curso de medicina (QUESTIONÁRIO 2: alunos).

O questionário foi enviado ao primeiro grupo (QUESTIONÁRIO 1: médicos) por correio eletrónico, para 75 equipas de cuidados paliativos atualmente em funções em Portugal, dirigido aos médicos que integram essas equipas. Foi elaborado e distribuído através da ferramenta “Formulários do Google” e a hiperligação foi disponibilizada no correio eletrónico enviado (material suplementar 1).

Os destinatários do inquérito foram obtidos com base no Diretório de Serviços de Cuidados Paliativos, atualizado a 28 de novembro de 2015, publicado na página de internet da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), disponível em www.apcp.com.pt. Este documento contém uma listagem de todas as organizações de cuidados paliativos que são do conhecimento da APCP. Entre unidades de cuidados paliativos, equipas intra-hospitalares de suporte aos cuidados paliativos e equipas comunitárias de suporte aos cuidados paliativos, foram contactados 75 serviços.

Os *emails* foram enviados no dia 1 de fevereiro de 2016 e os questionários estiveram disponíveis online durante 33 dias. Novo *email* para lembrar o tópico foi enviado 15 dias após o primeiro.

Foram enviados questionários para o segundo grupo (QUESTIONÁRIO 2: alunos). A divulgação foi feita de duas formas: com a colaboração das organizações de estudantes de Medicina das respetivas faculdades, a quem foi solicitada a divulgação do questionário por correio eletrónico aos alunos e com recurso aos grupos de alunos 6.º anos, das mesmas faculdades, organizados nas redes sociais, onde foi publicada a hiperligação que dava acesso ao questionário (material suplementar 2). Os *emails* e publicações nos grupos foram enviados no dia 15 de fevereiro de 2016 e estiveram disponíveis online durante 19 dias.

No questionário dirigido a médicos foram obtidas 22 respostas. Destas, foram excluídas duas, visto terem sido dadas por enfermeiros. Foram analisadas 20 respostas.

No questionário dirigido a alunos foram obtidas e analisadas 69 respostas.

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS V20.0. As características da distribuição das variáveis foram estudadas com recurso à estatística descritiva. De acordo com os resultados obtidos, foram avaliadas as associações entre

variáveis. No caso de atributos quantitativos, avaliou-se o valor de correlação linear e a sua significância. No caso de atributos qualitativos, ou quantitativos ordinais (por classes), o que se verificou na maioria das questões, utilizou-se o teste de qui-quadrado para a independência entre os atributos em estudo dois a dois. Devido ao pequeno tamanho das amostras e ao elevado número de categorias dos atributos qualitativos, na maioria dos testes de qui-quadrado de Pearson não se podia validar um dos pressupostos. Sempre que necessário foi realizado o teste do qui-quadrado por simulação de Monte Carlo para calcular o nível de significância.¹¹ O teste de Monte Carlo permite calcular significâncias exatas: realiza uma estimativa não enviesada do nível de significância exato, calculado repetidamente por amostragens a partir da geração aleatória de um conjunto de tabelas com as mesmas dimensões da tabela em estudo. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar o pressuposto da normalidade de algumas variáveis quantitativas por grupo, necessário na aplicação de testes de comparação de médias. Quando os pressupostos normalidade não se verificaram nos testes aplicados, utilizou-se alternativamente testes não paramétricos, quer para avaliar comparação de grupos independentes, quer de amostras emparelhadas. O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, teste não paramétrico, foi aplicado para comparar se são idênticos os valores medianos de variáveis independentes. No caso de comparação dos valores medianos de questões quantitativas entre questões emparelhadas, como a avaliação de algumas questões aos 6 meses de vida e aos 3 meses de vida, utilizou-se o teste de Wilcoxon.

A significância foi considerada sempre que $p < 0,05$.

3. Resultados

3.1 QUESTIONÁRIO 1: MÉDICOS

Um total de 20 médicos associados às organizações de cuidados paliativos respondeu ao questionário, sendo que 85% (17 respostas) eram do sexo feminino e 15% (3 respostas) do sexo masculino. As idades variaram entre 26 e 72 anos, sendo a média de idades de 43,8 anos. Relativamente à especialidade, destacam-se Medicina Geral e Familiar, correspondendo a 45% dos casos, e Medicina Interna, com 40%. Outras especialidades responderam em menor número, nomeadamente Anestesiologia, Fisiatria e Cirurgia Geral, com 5% cada.

Verificou-se que 50% dos médicos respondedores tem mais de 10 anos de serviço. Contudo, apenas 45% têm mais de 5 anos de experiência em cuidados paliativos, tendo os restantes 55% experiência igual ou inferior a 5 anos nesta área. Quanto ao tempo dedicado aos cuidados paliativos, 60% dos inquiridos dedica 50% ou mais da sua prática clínica a esta área, sendo que em 30% dos casos trabalham exclusivamente em cuidados paliativos.

As várias organizações de cuidados paliativos estão estruturadas substancialmente entre unidades de cuidados paliativos, equipas intra-hospitalares de suporte aos cuidados paliativos e equipas comunitárias de suporte aos cuidados paliativos (tabela 2).

	N	%
Unidade de cuidados paliativos	7	35
Equipa intra-hospitalar de suporte aos cuidados paliativos	6	30
Equipa comunitária de suporte aos cuidados paliativos	3	15
EIH + ECSCP + consulta externa	1	5
Unidade de assistência domiciliária do IPO e EIHS CP	1	5
Unidade domiciliária de cuidados paliativos	1	5
Não respondeu	1	5
Total	20	100

Legenda: EIH, equipa intra-hospitalar; ECSCP, equipa comunitária de suporte aos cuidados paliativos; IPO, instituto português de oncologia; EIHS CP, equipa intra-hospitalar de suporte aos cuidados paliativos

Da análise dos resultados, foi encontrada uma diferença significativa ($p=0,049$) entre os três grupos em estudo e o tempo dedicado. Médicos integrados em equipas intra-hospitalares dedicam mais tempo da sua prática clínica a esta área (75,5%), relativamente aos médicos das equipas comunitárias (50%) e das unidades de cuidados paliativos (33,57%).

Quanto à formação em cuidados paliativos, 95% dos médicos tiveram formação, dos quais 75% formação pós-graduada e 15% cursos. 10% dos médicos consideram a sua formação baseada unicamente na experiência clínica adquirida. No que respeita à formação em nutrição/ nutrição nos cuidados paliativos, 80% teve formação, sendo mais dispersa entre pós-graduações (35%), cursos (30%) e baseada na experiência clínica em 35% dos casos.

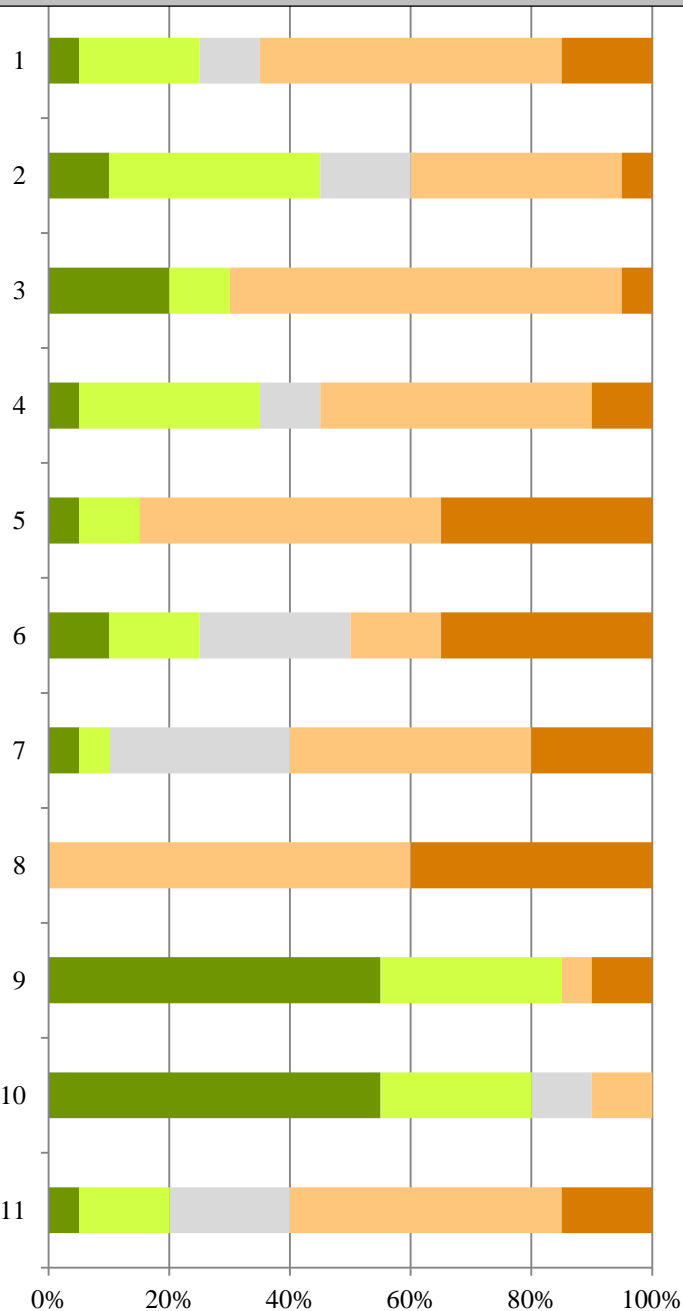
Relativamente aos doentes com quem lidam na sua prática clínica global, em média 70,5% têm mais de 65 anos, não havendo correlação significativa com o tempo que dedicam aos cuidados paliativos (coeficiente de correlação linear $R=0,23$). Verificou-se também que, em média, 67,7% dos doentes da sua prática clínica são doentes neoplásicos e é possível estabelecer uma correlação com o tempo em cuidados paliativos ($R=5,099$): os médicos que dedicam mais tempo aos cuidados paliativos, têm mais doentes com cancro.

Na tabela 3 e gráfico 1 podem ser analisadas as opiniões dos médicos relativamente a um conjunto de afirmações. De destacar que 65% dos médicos recorre frequentemente a *guidelines* para orientação da nutrição e hidratação medicamente assistidas, no entanto existe uma percentagem importante (25%) em que o mesmo não se verifica. O recurso a questionários de avaliação nutricional é menos frequentemente utilizado, apenas 40% dos médicos o considera usual na sua prática. No entanto, a maioria refere sentir-se confiante no aconselhamento nutricional dos doentes (70%). A totalidade dos médicos realiza com frequência o diagnóstico de fase agónica (100%), sendo que apenas 60% tem a mesma opinião relativamente aos últimos seis meses de vida. A atitude dos médicos em relação às circunstâncias inquiridas, não parece ser influenciada pelos anos de experiência em cuidados paliativos, uma vez que em nenhuma houve uma correlação significativa com o tempo de serviço em cuidados paliativos (tabela 3).

Tabela 3. Opinião dos médicos em relação às afirmações sobre a prática clínica de nutrição e hidratação medicamente assistidas							
		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Anos de experiência em CP (p)
1. O recurso a guidelines para orientação da nutrição e hidratação medicamente assistidas é frequente na minha prática clínica.	%	5	20	10	50	15	0,248
2. O recurso a questionários de avaliação nutricional é frequente na minha prática clínica.	%	10	35	15	35	5	0,440
3. Sinto-me confortável e confiante para fazer um bom aconselhamento nutricional aos meus doentes.	%	20	10	0	65	5	0,232
4. O estado nutricional deve ser uma prioridade no doente em cuidados paliativos.	%	5	30	10	45	10	0,661
5. Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas intervenções terapêuticas.	%	5	10	0	50	35	0,894
6. Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas direitos básicos do doente.	%	10	15	25	15	35	0,433
7. Realizo com frequência uma previsão correta dos últimos seis meses de vida.	%	5	5	30	40	20	0,724
8. Realizo com frequência o diagnóstico correto de fase agónica.	%	0	0	0	60	40	0,199
9. Considero a suspensão de nutrição/hidratação parenteral desadequada.	%	55	30	0	5	10	0,255
10. Considero-me inseguro na decisão terapêutica por desconhecimento.	%	55	25	10	10	0	0,757
11. Considero necessária mais formação na área da nutrição nos cuidados paliativos para melhorar a minha prática clínica.	%	5	15	20	45	15	0,566

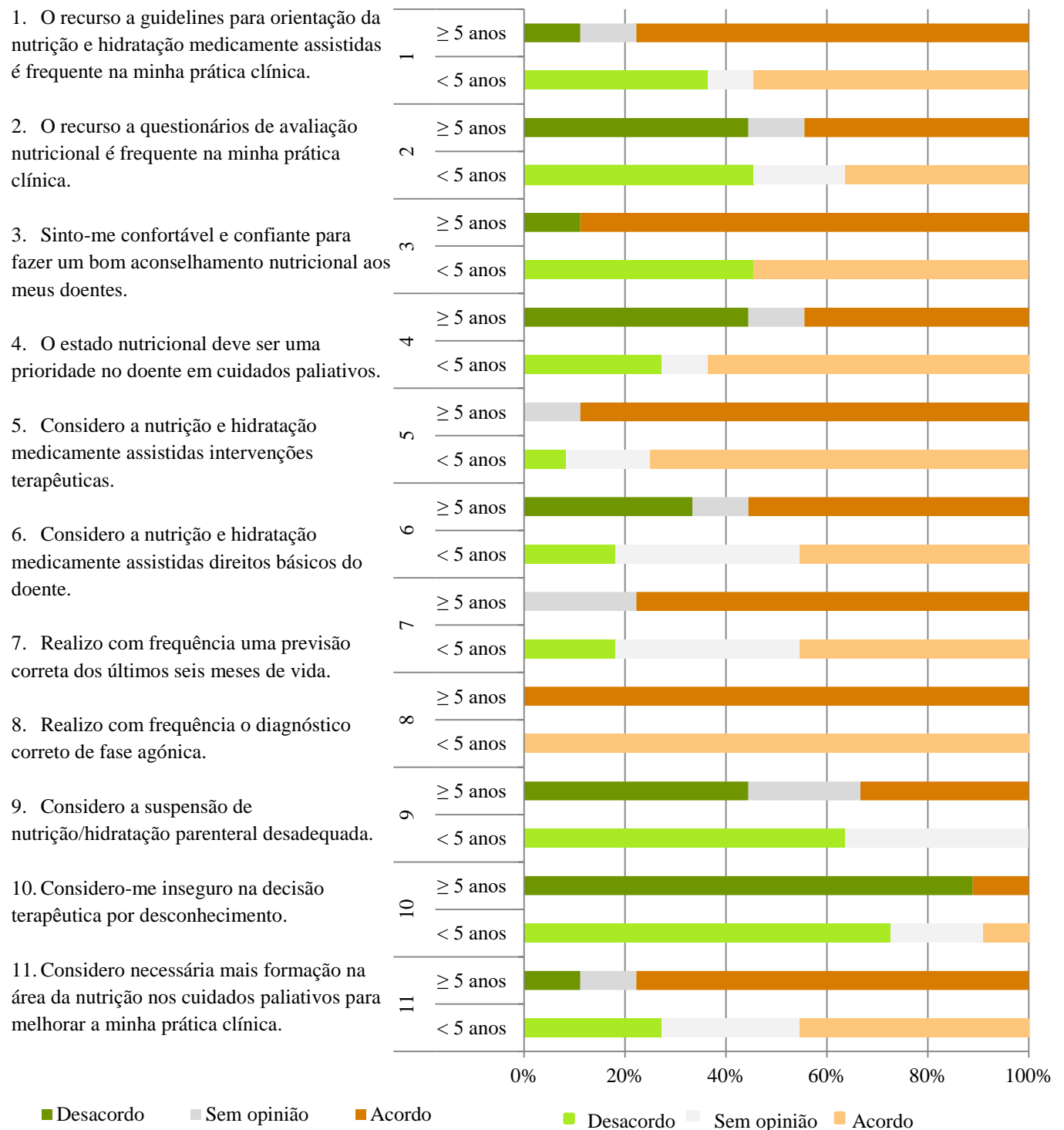
Gráfico 1. Representação gráfica dos resultados da tabela 3

1. O recurso a guidelines para orientação da nutrição e hidratação medicamente assistidas é frequente na minha prática clínica.
2. O recurso a questionários de avaliação nutricional é frequente na minha prática clínica.
3. Sinto-me confortável e confiante para fazer um bom aconselhamento nutricional aos meus doentes.
4. O estado nutricional deve ser uma prioridade no doente em cuidados paliativos.
5. Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas intervenções terapêuticas.
6. Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas direitos básicos do doente.
7. Realizo com frequência uma previsão correta dos últimos seis meses de vida.
8. Realizo com frequência o diagnóstico correto de fase agónica.
9. Considero a suspensão de nutrição/hidratação parenteral desadequada.
10. Considero-me inseguro na decisão terapêutica por desconhecimento.
11. Considero necessária mais formação na área da nutrição nos cuidados paliativos para melhorar a minha prática clínica.



No entanto, analisando separadamente as respostas atendendo ao número de anos de experiência em cuidados paliativos (inferior a 5 anos e igual ou superior a 5 anos), é possível verificar que existem algumas diferenças entre os dois grupos considerados (gráfico 2).

Gráfico 2. Representação gráfica dos resultados da tabela 3, agrupados de acordo com os anos de experiência em cuidados paliativos (experiência inferior a 5 anos ou igual ou superior a 5 anos)



O fator mais preponderante na decisão terapêutica no doente em fim de vida, foi apontado como sendo o conhecimento científico com base na condição clínica do doente, por 60% dos inquiridos (tabela 4).

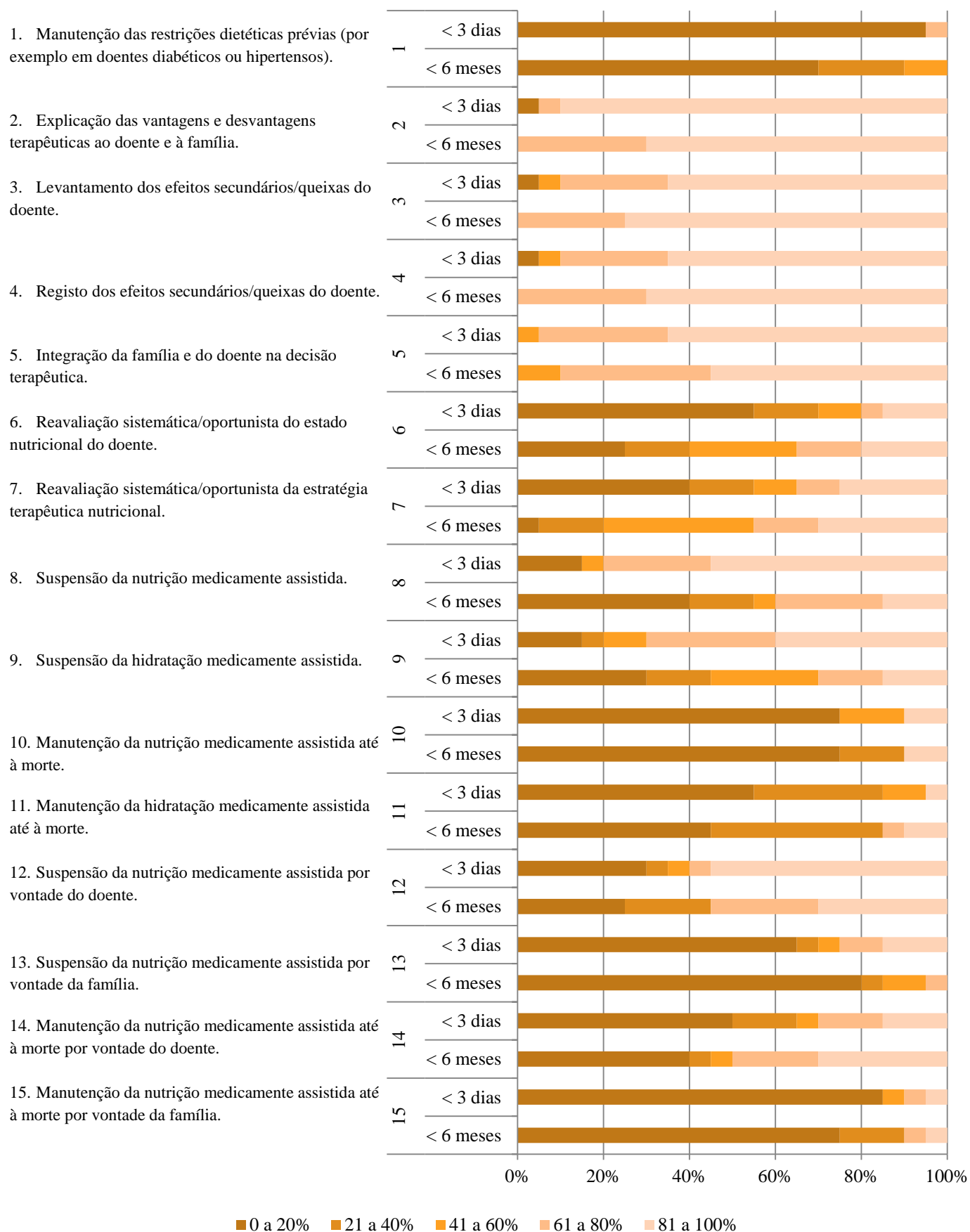
Tabela 4. Fator mais preponderante na decisão terapêutica no doente terminal		
	N	%
O meu conhecimento científico com base na condição clínica do doente.	12	60
A vontade do doente.	8	40
A patologia do doente.	0	0
As minhas convicções pessoais (culturais, religiosas...).	0	0
A vontade da família.	0	0
Total	20	100

Confrontados com duas realidades, num doente com previsão de sobrevida inferior a 6 meses e noutro inferior a 3 dias, os médicos foram solicitados a identificar a percentagem de vezes que realizam as mesmas atitudes (tabela 8 e gráfico 3). Observou-se que é pouco frequente os médicos manterem restrições dietéticas prévias (gráfico 3, alínea 1). Quando se fala de manutenção da nutrição ou hidratação, nota-se que há uma grande parte dos médicos que não mantém estas intervenções até à morte. Também aqui é possível perceber que a suspensão da nutrição e da hidratação medicamente assistidas ocorre com mais frequência quando a sobrevida é inferior a 3 dias (gráfico 3, alíneas 8 e 9). No grupo de doentes com sobrevida inferior a 3 dias, há uma correlação significativa ($p=0,002$) entre a suspensão da nutrição e hidratação medicamente assistidas, evidenciando um grande número de respostas em categorias elevadas para ambas, o que quer dizer que estas atitudes são tomadas com grande frequência. Nestas afirmações foi ainda possível estudar o comportamento médico perante questões de nutrição e de hidratação. Existe uma correlação significativa ($p=0,001$) que permite dizer que os médicos têm o mesmo comportamento em ambas, ou seja, que adotam atitudes semelhantes perante a decisão de suspensão da hidratação e da nutrição.

Tabela 5. Percentagem aproximada de vezes em que as ações são realizadas, no doente com sobrevida inferior a 6 meses e no doente com sobrevida inferior a 3 dias. Associação com os anos de serviço em CP. Associação entre os resultados para os 6 meses e para os 3 dias

		0 a 20%	21 a 40%	41 a 60%	61 a 80%	81 a 100 %	Anos de serviço em CP (p)	< 6 meses vs <3 dias (p)
1. Manutenção das restrições dietéticas prévias (por exemplo em doentes diabéticos ou hipertensos).	< 6 meses	70	20	10			0,785	0,009
	< 3 dias	95			5		0,353	
2. Explicação das vantagens e desvantagens terapêuticas ao doente e à família.	< 6 meses				30	70	0,4192	0,079
	< 3 dias	5			5	90	0,716	
3. Levantamento dos efeitos secundários/queixas do doente.	< 6 meses				25	75	0,795	0,079
	< 3 dias	5		5	25	65	0,362	
4. Registo dos efeitos secundários/queixas do doente.	< 6 meses				30	70	0,492	0,315
	< 3 dias	5		5	25	65	0,596	
5. Integração da família e do doente na decisão terapêutica.	< 6 meses			10	35	55	0,553	0,101
	< 3 dias			5	30	65	0,329	
6. Reavaliação sistemática/oportunista do estado nutricional do doente.	< 6 meses	25	15	25	15	20	0,435	0,834
	< 3 dias	55	15	10	5	15	1	
7. Reavaliação sistemática/oportunista da estratégia terapêutica nutricional.	< 6 meses	5	15	35	15	30	0,208	0,943
	< 3 dias	40	15	10	10	25	0,448	
8. Suspensão da nutrição medicamente assistida.	< 6 meses	40	15	5	25	15	0,103	0,943
	< 3 dias	15		5	25	55	0,655	
9. Suspensão da hidratação medicamente assistida.	< 6 meses	30	15	25	15	15	0,590	0,412
	< 3 dias	15	5	10	30	40	0,459	
10. Manutenção da nutrição medicamente assistida até à morte.	< 6 meses	75	15			10	0,594	0,142
	< 3 dias	75		15		10	0,775	
11. Manutenção da hidratação medicamente assistida até à morte.	< 6 meses	45	40		5	10	0,597	0,067
	< 3 dias	55	30	10		5	0,09	
12. Suspensão da nutrição medicamente assistida por vontade do doente.	< 6 meses	25	20		25	30	1	0,000
	< 3 dias	30	5	5	5	55	0,202	
13. Suspensão da nutrição medicamente assistida por vontade da família.	< 6 meses	80	5	10	5		0,325	0,158
	< 3 dias	65	5	5	10	15	0,200	
14. Manutenção da nutrição medicamente assistida até à morte por vontade do doente.	< 6 meses	40	5	5	20	30	0,948	0,312
	< 3 dias	50	15	5	15	15	0,602	
15. Manutenção da nutrição medicamente assistida até à morte por vontade da família.	< 6 meses	75	15		5	5	1	0,018
	< 3 dias	85		5	5	5	1	

Gráfico 3. Representação gráfica dos resultados da tabela 5



Devido ao tamanho pequeno da amostra, foi difícil estabelecer uma relação entre as variáveis referentes aos 6 meses e aos 3 dias (tabela 8, última coluna). Verificou-se uma correlação significativa apenas em três variáveis. Na manutenção das restrições dietéticas prévias ($p=0,009$) e suspensão da nutrição medicamente assistida por vontade do doente ($p=0,000$), verifica-se que, nestas situações, médicos que referem realizar essas ações com pouca frequência aos 6 meses, também as realizam com pouca frequência aos 3 dias e o mesmo acontece para ações realizadas com frequências mais altas. Os inquiridos têm o mesmo comportamento, a atitude que tomam num doente com previsão de sobrevida inferior a 6 meses é semelhante à que tomam num doente com previsão de sobrevida de 3 dias. Relativamente à terceira variável, manutenção da nutrição medicamente assistida por vontade da família, para além da tendência que se nota nas restantes, também há uma grande percentagem de médicos a responder que a mantêm apenas entre 0 e 20% dos casos, em ambas as questões (6 meses e 3 dias). Globalmente, as atitudes também não parecem estar dependentes dos anos de experiência em cuidados paliativos. (tabela 8, penúltima coluna).

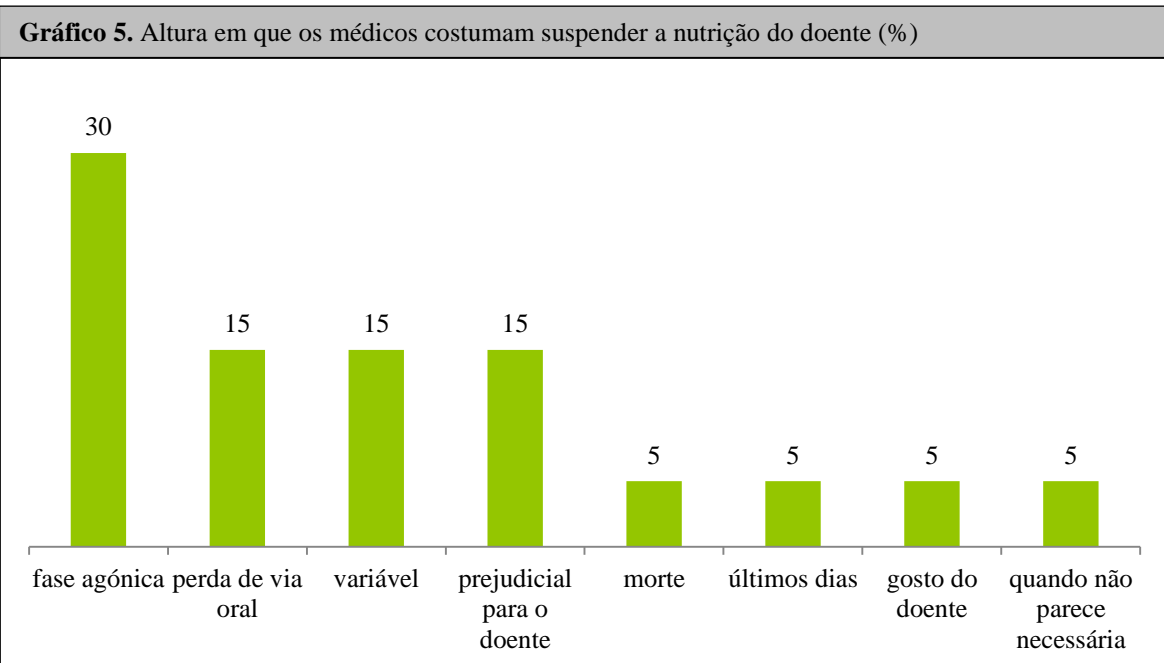
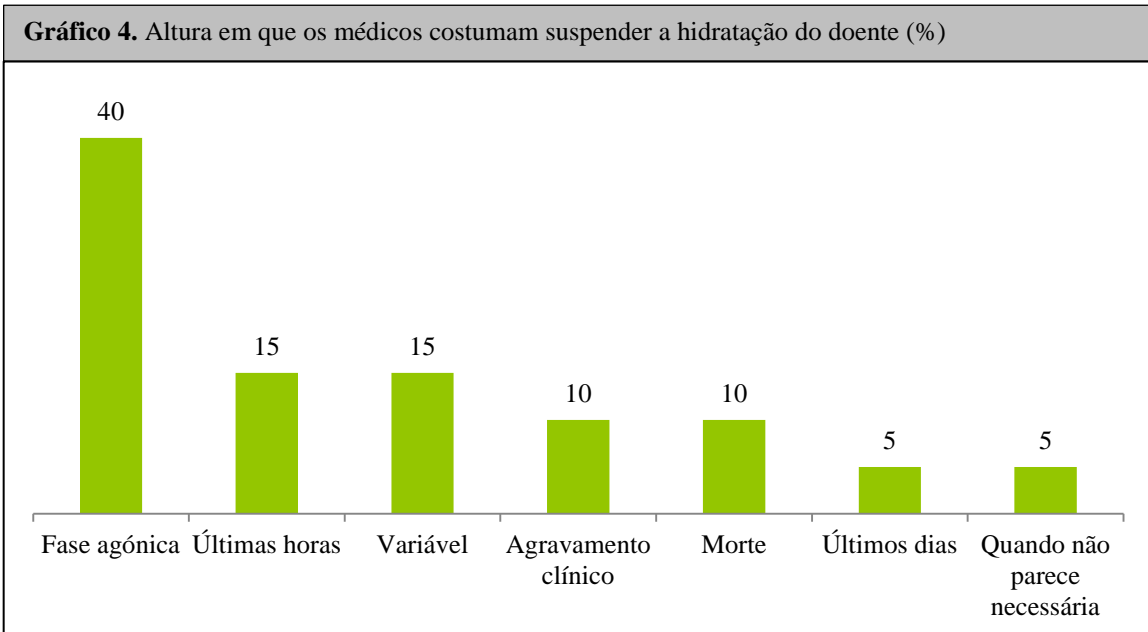
No que respeita a iniciar nutrição ou hidratação medicamente assistidas, por pressão de familiares ou de profissionais de saúde, apesar de considerarem clinicamente fútil, as respostas mostraram frequências reduzidas, sendo que a maioria dos médicos nunca o fez (maioria das respostas foi de 0%), (tabela 6).

Tabela 6. Iniciação de nutrição e hidratação medicamente assistidas por pressão de familiares e profissionais de saúde

% de vezes em que as ações foram realizadas	Iniciar nutrição medicamente assistida por pressão de familiares (%)	Iniciar nutrição medicamente assistida por pressão de outros profissionais de saúde (%)	Iniciar hidratação medicamente assistida por pressão de familiares (%)	Iniciar hidratação medicamente assistida por pressão de outros profissionais de saúde (%)
0	65	65	36,8	60
1-10	25	30	31,6	20
11-20	10	0	15,8	10
21-30	0	5	15,8	10
Total	100	100	100	100

Os médicos foram solicitados a indicar a altura em que costumam suspender a hidratação e a nutrição, na forma de resposta aberta. As respostas foram analisadas qualitativamente e na tentativa de facilitar a análise dos resultados, foi feito um

levantamento de expressões de significado semelhante e estas foram agrupadas (gráficos 4 e 5). Para ambas, a altura mais mencionada foi a fase agónica.



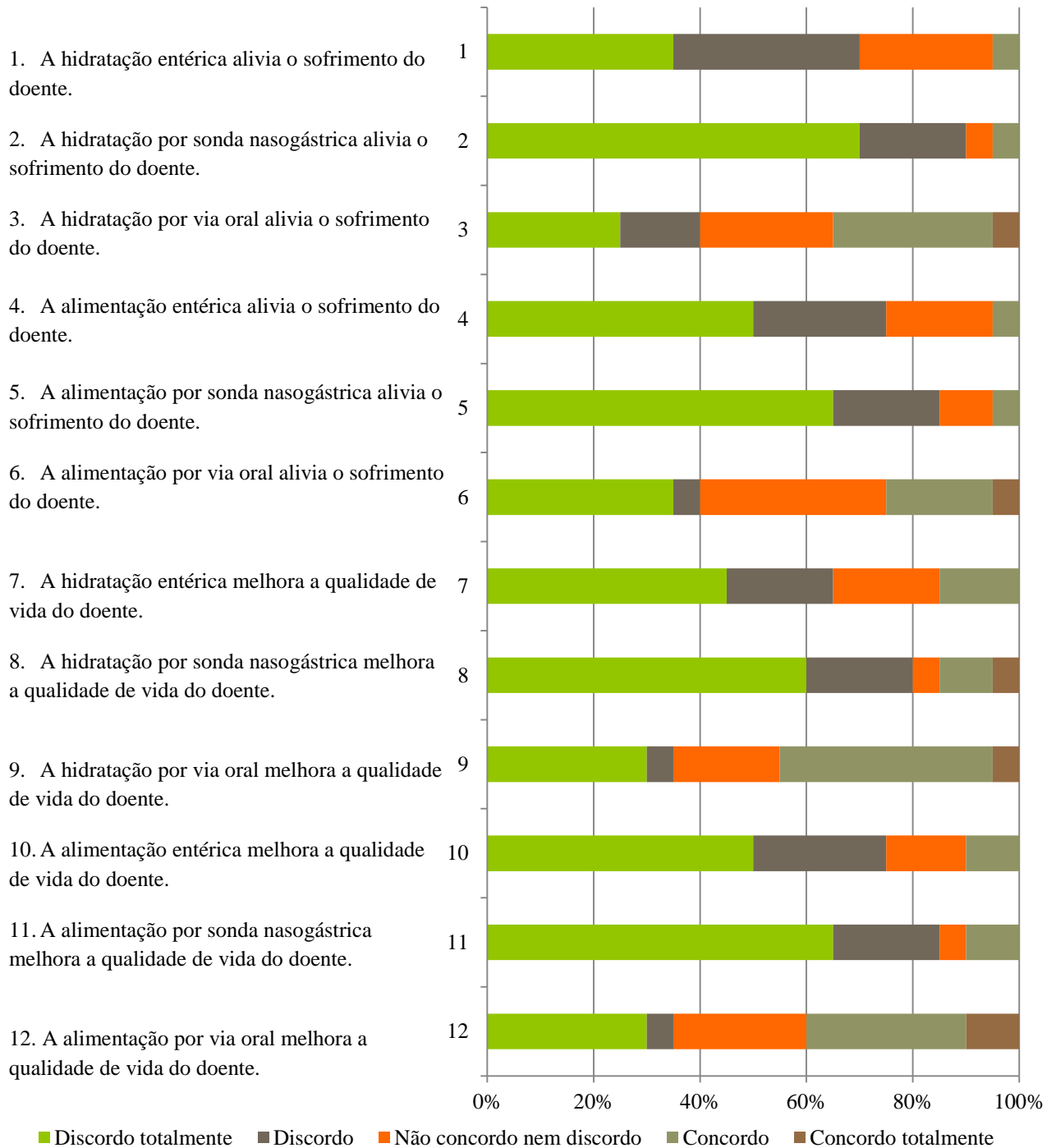
Por fim, os médicos foram novamente confrontados com um conjunto de afirmações relativas a um doente com sobrevida inferior a 3 dias, para as quais deveriam atribuir um grau de concordância (tabela 7). A maioria concorda que não há alívio do sofrimento do doente com hidratação entérica ($p=0,007$) nem com sonda

nasogástrica ($p=0,009$), assim como a maioria concorda que não há alívio do sofrimento do doente com alimentação entérica ($p=0,000$) nem com sonda nasogástrica ($p=0,001$).

Tabela 7. Opinião dos médicos sobre os efeitos da hidratação e nutrição medicamente assistidas na qualidade de vida do doente

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A hidratação entérica alivia o sofrimento do doente.	%	35	35	25	5	0
2. A hidratação por sonda nasogástrica alivia o sofrimento do doente.	%	70	20	5	5	0
3. A hidratação por via oral alivia o sofrimento do doente.	%	25	15	25	30	5
4. A alimentação entérica alivia o sofrimento do doente.	%	50	25	20	5	0
5. A alimentação por sonda nasogástrica alivia o sofrimento do doente.	%	65	20	10	5	0
6. A alimentação por via oral alivia o sofrimento do doente.	%	35	5	35	20	5
7. A hidratação entérica melhora a qualidade de vida do doente.	%	45	20	20	15	0
8. A hidratação por sonda nasogástrica melhora a qualidade de vida do doente.	%	60	20	5	10	5
9. A hidratação por via oral melhora a qualidade de vida do doente.	%	30	5	20	40	5
10. A alimentação entérica melhora a qualidade de vida do doente.	%	50	25	15	10	0
11. A alimentação por sonda nasogástrica melhora a qualidade de vida do doente.	%	65	20	5	10	0
12. A alimentação por via oral melhora a qualidade de vida do doente.	%	30	5	25	30	10

Gráfico 6. Representação gráfica dos resultados da tabela 7



3.2 QUESTIONÁRIO 2: ALUNOS

Foram obtidas 69 respostas de alunos do 6.º ano do curso de Medicina, sendo que 79,7% (55 respostas) eram do sexo feminino e 20,3% (14 respostas) do sexo masculino. As idades variaram entre 22 e 37 anos, sendo a média das idades de 24,6 anos. As respostas seleccionadas correspondem na totalidade a alunos do 6.º ano médico, cuja faculdade de origem se encontra descrita na tabela 8.

Quanto à formação dos alunos, 69,6% tiveram formação em cuidados paliativos, sendo que desses, 91,8% considerou que os conhecimentos foram úteis. Apesar de 30,4% dos alunos não ter tido formação, todos (100%) consideram que seria um tema importante, embora apenas 59,4% dos inquiridos escolheria a cadeira, caso tivesse oportunidade de a incluir no currículo. No que respeita à formação em nutrição, 81,2% dos alunos tiveram formação. Destes alunos, apenas 19% se recorda de ter aulas acerca da nutrição nos cuidados paliativos. Houve 18,8% de alunos que não receberam formação. Destes, todos consideram importante ter formação, no entanto apenas 85,7% escolheria a cadeira caso tivesse oportunidade.

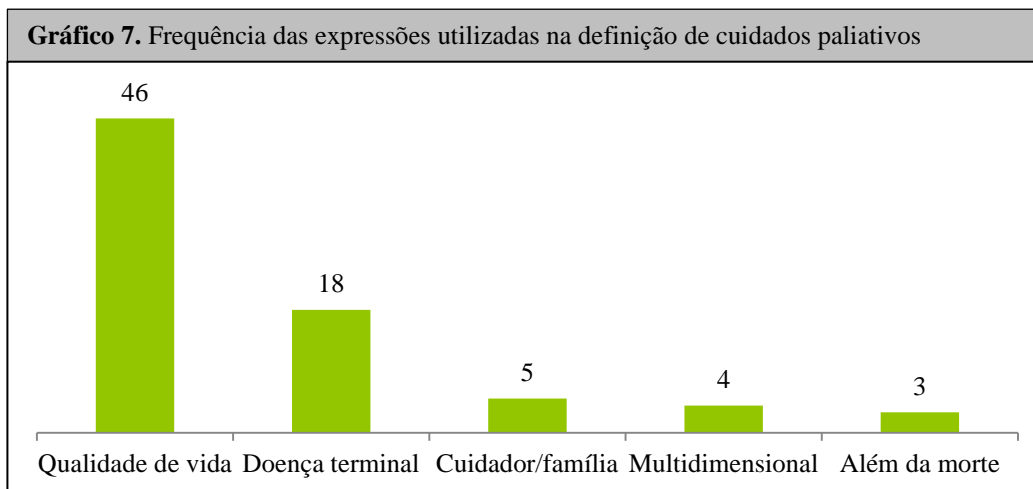
Verificou-se uma relação significativa entre a formação dos alunos e a escola médica de origem. No que diz respeito aos cuidados paliativos ($p=0,003$), há uma grande percentagem de alunos com formação nesta área (tabela 9). Destaca-se a FMUC, porque uma grande parte dos alunos não tem formação em cuidados paliativos. Quanto à nutrição ($p=0,000$), destaca-se a ECSUM com uma grande cobertura na formação, em contraste com a FCSUBI (tabela 10). O teste não foi aplicado nas restantes faculdades devido ao pequeno número da amostra.

Tabela 8. Faculdade de origem dos alunos		
	N	%
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)	36	52,2
Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECSUM)	19	27,5
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCSUBI)	5	7,2
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)	4	5,8
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCMUNL)	2	2,9
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML)	2	2,9
Universidade de Santiago de Compostela (USC)	1	1,4
Total	69	100

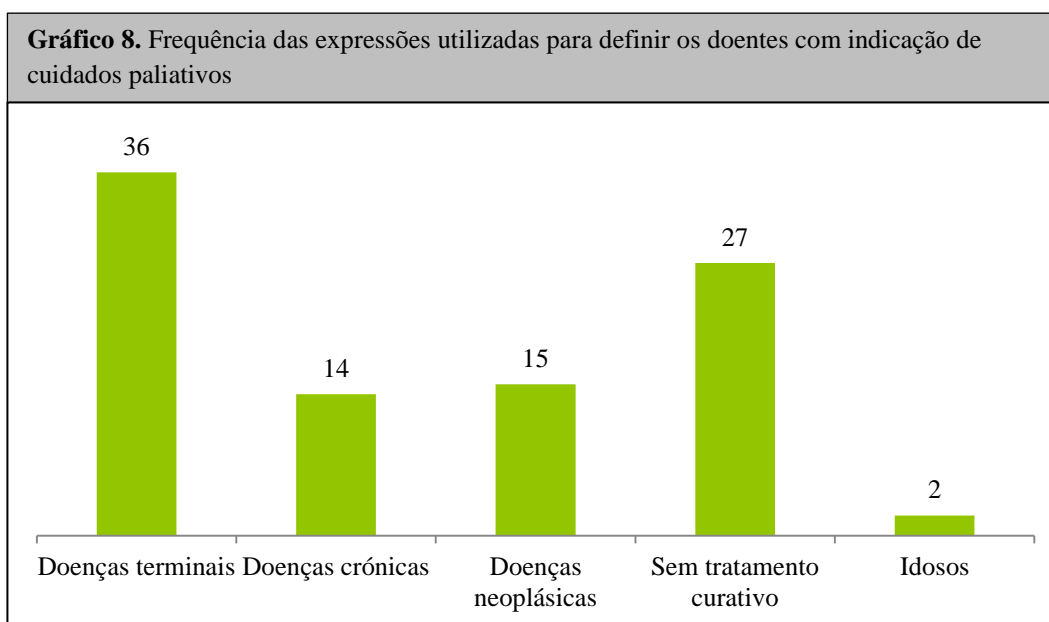
Tabela 9. Formação dos alunos em cuidados paliativos									
Formação em CP (específica)			Formação em CP (geral)			Relação formação CP vs faculdade (N)			
	N	%		N	%	ECSUM	FCSUBI	FMUC	Total
Ao longo do curso, espalhada por várias cadeiras	25	36,2	Com formação	48	69,6	18	5	21	44
Cadeira	3	4,3							
Cadeira opcional	17	24,6							
Estágio opcional em cuidados paliativos	3	4,3	Sem formação	21	30,4	1	0	15	16
Não tive formação	21	30,4							
Total	69	100		69	100	19	5	36	60

Tabela 10. Formação dos alunos em nutrição									
Formação em nutrição (específica)			Formação em nutrição (geral)			Relação formação nutrição vs faculdade (N)			
	N	%		N	%	ECSUM	FCSUBI	FMUC	Total
Ao longo do curso, espalhada por várias cadeiras	22	31,9	Com formação	56	81,2	19	1	31	51
Cadeira	3	4,3							
Cadeira opcional	31	44,9							
Não tive formação	13	18,8	Sem formação	13	18,8	0	4	5	9
Total	69	100		69	100	19	5	36	60

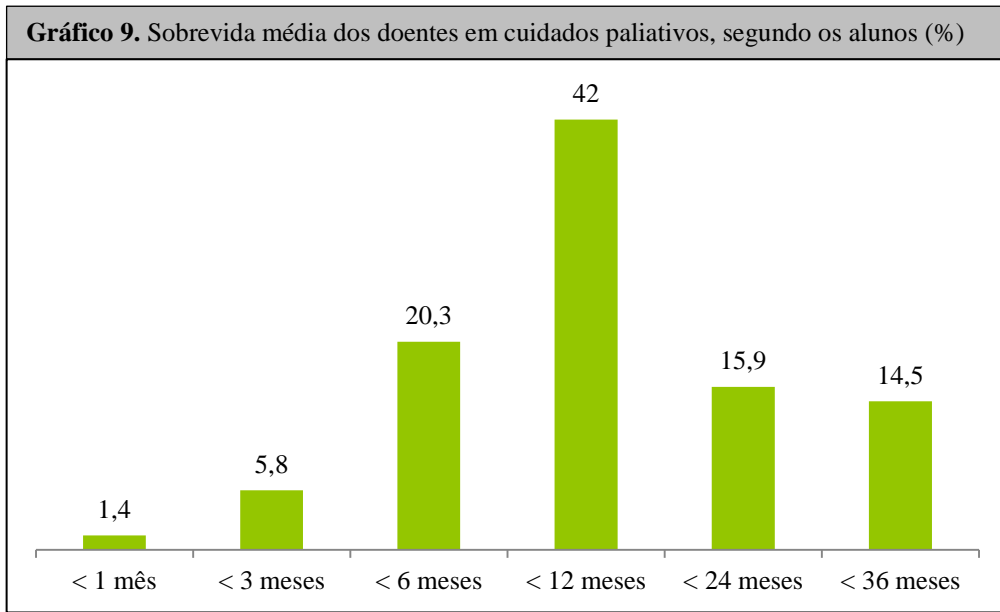
Os alunos foram solicitados a definir cuidados paliativos recorrendo apenas ao seu conhecimento, na forma de resposta aberta. As respostas foram analisadas qualitativamente e para facilitar a análise dos resultados, foi feito um levantamento de expressões de significado semelhante e estas foram agrupadas. A seleção foi feita com base na frequência e na importância das expressões, atendendo à definição e princípios dos cuidados paliativos propostos pela OMS (gráfico 7).



O mesmo método foi aplicado nas respostas dos doentes que necessitam de cuidados paliativos (gráfico 8).

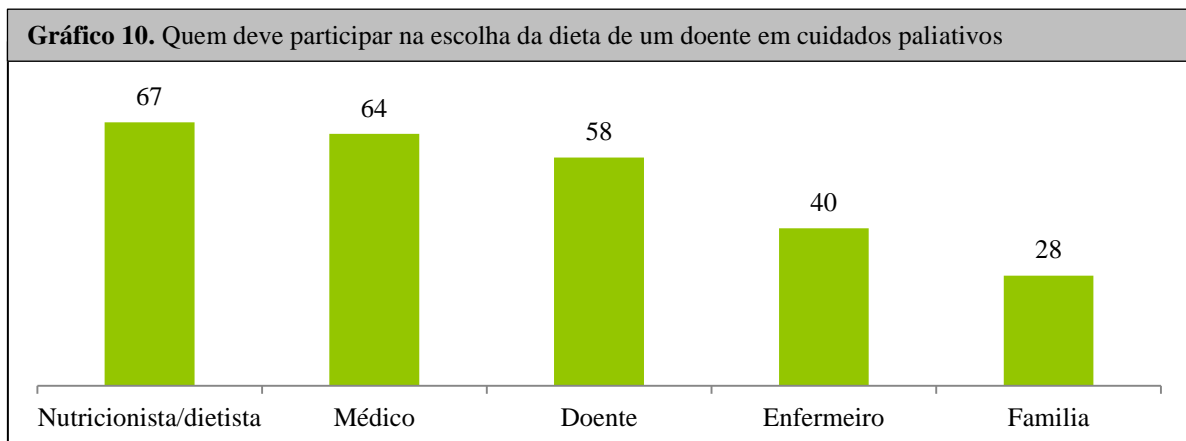


Ainda relacionado aos cuidados paliativos, no gráfico 9 estão registadas as respostas dos alunos relativamente àquela que julgam ser a sobrevida média de um doente em cuidados paliativos.

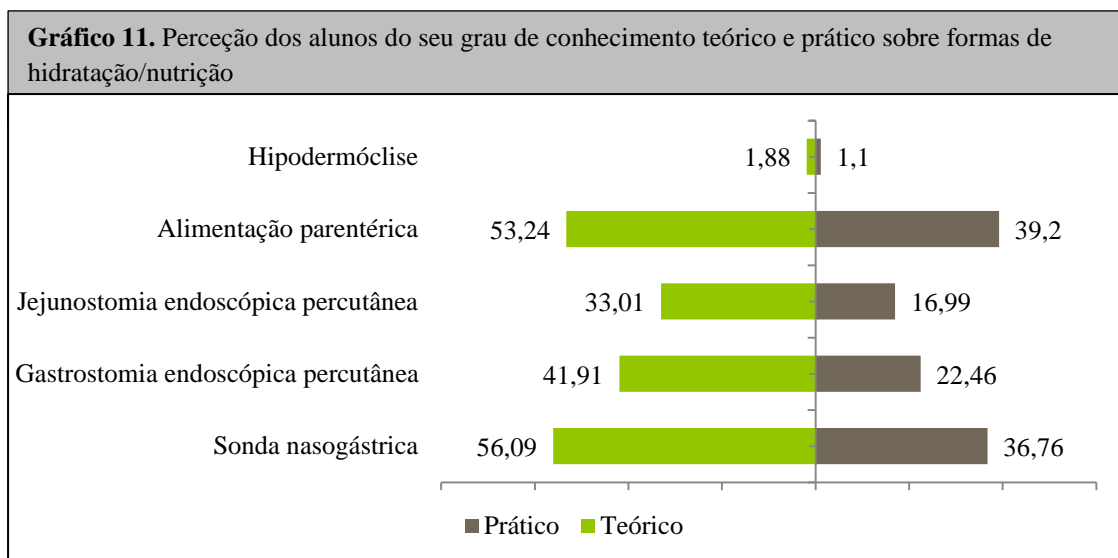


Os alunos foram solicitados a fazer uma autoavaliação do seu conhecimento teórico e desempenho prático para avaliação do estado nutricional de um doente, não necessariamente em cuidados paliativos. Apenas 39,1% e 26% dos alunos consideram o seu conhecimento teórico e prático, respetivamente, acima dos 60%. A relação entre a formação em nutrição e o conhecimento não foi significativa, pelo que a perceção dos alunos acerca do seu conhecimento teórico ($p=0,247$) e desempenho prático ($p=0,242$) parece não estar dependente da formação.

Relativamente à elaboração da dieta de um doente em cuidados paliativos, a frequência de respostas pode ser analisada no gráfico 10.



No que concerne ao conhecimento teórico e prático adquiridos no curso, das diversas intervenções de hidratação e nutrição (gráfico 11), não houve na globalidade diferença significativa entre os alunos com e sem formação, quer em cuidados paliativos, quer em nutrição (exceção de conhecimento teórico sobre hipodermóclise ($p=0,008$) e prática sobre gastrostomia endoscópica percutânea ($p=0,008$)).



A maior parte dos alunos considera que a hidratação (97,1%) e a nutrição (89,9%) são essenciais até ao fim da vida e como tal devem ser sempre mantidas até à morte (tabela 11).

Tabela 11. Opinião dos alunos relativamente à manutenção da nutrição e hidratação até ao fim da vida

	Manutenção da nutrição essencial até ao fim da vida		Manutenção da hidratação essencial até ao fim da vida	
	N	%	N	%
Sim, sempre.	62	89,9	67	97,1
Apenas se o doente conseguir comer.	4	5,8	1	1,4
Apenas se a esperança de vida for superior a 3 dias.	2	2,9	1	1,4
Apenas se a esperança de vida for superior a 1 dia.	1	1,4	0	0
Apenas se a esperança de vida for superior a 1 semana.	0	0	0	0
Apenas se a esperança de vida for superior a 1 mês.	0	0	0	0
Total	69	100	69	100

A maioria dos alunos não se sente preparada para lidar ou responder às necessidades de um doente terminal (tabela 12).

Tabela 12. Perceção dos alunos, enquanto futuros médicos, quanto à preparação para lidar com /responder às necessidades de um doente terminal				
	N	%		%
Não, não tive preparação/formação durante o curso.	30	43,5	Não	95,7
Não, tive formação durante o curso, mas ainda assim não me sinto preparado.	36	52,2		
Sim, pela minha experiência pessoal.	3	4,3	Sim	4,3
Sim, tive preparação para isso durante o curso.	0	0		
Total	69	100		100

Foram colocados sete casos problema para os alunos resolverem, selecionando a hipótese que considerassem mais correta. Os resultados obtidos encontram-se descritos nas tabelas 13 a 17. Relativamente aos casos sobre a escolha dietética, cerca de dois terços dos alunos colocaram restrições na dieta dos doentes. Quanto aos casos sobre a forma de nutrição/hidratação do doente, maioritariamente foram escolhidas formas mais invasivas de alimentação (PEG, alimentação parentérica).

Tabela 13. Resultados das respostas aos casos clínicos infracitados					
“Doente com cancro do pulmão, com esperança de vida de 8 semanas. É hipertenso. Que tipo de dieta escolhias?”			“Doente com demência, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada e evidência de metastização hepática e pulmonar de tumor desconhecido. Que dieta escolhias?”		
	N	%		N	%
Dieta normal (à escolha do doente)	25	36,2	Dieta normal (à escolha do doente)	20	29,0
Dieta pobre em sal apenas se a hipertensão estiver descontrolada	23	33,3	Dieta fracionada com restrição de HC se HbA1c > 6,5%	26	37,7
Dieta pobre em sal	21	30,4	Dieta fracionada e com restrição de hidratos de carbono	23	33,3
Total	69	100	Total	69	100,0

Tabela 14. Resultados das respostas aos casos clínicos infracitados				
	“Doente com disfagia grave devido a doença neurológica progressiva, afasia motora, desnutrido. Esperança de vida pensa-se ser de 24 semanas. O doente deixou de comer. Qual das seguintes terapêuticas considerarias?”		“Doente com demência grave que deixou de se alimentar. Esperança média de vida de 18 semanas. Qual das seguintes terapêuticas considerarias?”	
	N	%	N	%
Alimentação parentérica	11	15,9	10	14,5
Colocação de PEG	31	44,9	14	20,3
Colocação de PEJ	2	2,9	0	0
Colocação de SNG	25	36,2	44	63,8
Nada	0	0	1	1,4
Total	69	100,0	69	100

Legenda: PEG, gastrostomia endoscópica percutânea; PEJ, jejunostomia endoscópica percutânea; SNG, sonda nasogástrica

Tabela 15. Resultados das respostas à situação infracitada		
“Doente com demência grave que deixou de se alimentar. Esperança média de vida de 18 semanas. Se a família do doente não concordasse contigo?”		
	N	%
Aceitaria a opinião da família.	34	49,3
Faria o que achasse estar correto.	35	50,7
Total	69	100

Tabela 16. Resultados das respostas ao caso clínico infracitado		
“Doente com disfagia grave devido a doença neurológica progressiva, não consegue comunicar, desnutrido internado por pneumonia grave. Deixou de conseguir comer e de beber. Esperança de vida pensa-se ser de 3 dias. Qual das seguintes terapêuticas considerarias?”		
	N	%
Alimentação parentérica	44	63,8
Colocação de PEG	2	2,9
Colocação de PEJ	2	2,9
Colocação de SNG	15	21,7
Nada	6	8,7
Total	69	100

Legenda: PEG, gastrostomia endoscópica percutânea; PEJ, jejunostomia endoscópica percutânea; SNG, sonda nasogástrica

Tabela 17. Resultados das respostas à situação infracitada

“Doente com disfagia grave devido a doença neurológica progressiva, não consegue comunicar, desnutrido internado por pneumonia grave. Deixou de conseguir comer e de beber. Esperança de vida pensa-se ser de 3 dias. **Se a família do doente não concordasse contigo?**”

	N	%
Aceitaria a opinião da família.	32	46,4
Faria o que achasse estar correto.	37	53,6
Total	69	100

4. Discussão

Relativamente ao questionário dirigido aos médicos, em primeiro lugar é importante salientar o reduzido número de respostas, sendo a amostra pequena para ser representativa do grupo. Deste modo, os resultados obtidos poderão não traduzir a realidade em todos os domínios e as conclusões deverão ter em atenção este facto. Há uma boa cobertura formativa nos profissionais de saúde que estão associados às organizações de cuidados paliativos, quer em cuidados paliativos (95%), quer em questões nutricionais (80%). É perceptível que a formação adquirida nestas áreas ocorre maioritariamente no contexto de formação pós-graduada, evidenciando a necessidade de complemento à formação académica de base. Este resultado é importante, pois a qualidade dos profissionais de saúde está intimamente ligada à qualidade do serviço, nomeadamente numa área tão particular como esta. Sabe-se que a formação de profissionais de saúde está associada a maior qualidade do cuidado em fim de vida.¹²

A elevada frequência de identificação de doentes em fase agónica tem particular interesse, uma vez que mostrou ser o fator decisivo na suspensão da terapêutica nutricional e hidratação para uma boa parte dos médicos. Estes resultados vão de encontro ao estudo referido anteriormente, no qual a avaliação e monitorização, com diagnóstico precoce de fase agónica, foi mais frequente em unidades de cuidados paliativos.⁶ A previsão da morte deve ser parte integrante do cuidado, embora não possa ser estimada em todos os casos.⁷

A hidratação e nutrição artificiais parecem constituir um foco de atenção nos cuidados médicos em fim de vida, que vai de encontro a estudos anteriores.⁷ Já foi referido que a suspensão da nutrição e da hidratação são globalmente alvo de grande discussão e crítica, havendo opiniões divergentes sobre a altura mais indicada para a suspensão, ou mesmo se esta deverá ter lugar. Apesar do pequeno número, esta variabilidade de opiniões também aqui está espelhada: variam entre perda da via oral, morte do doente, havendo alguns médicos que referem mesmo grande variedade na sua decisão. Como referido acima, a fase agónica foi a altura escolhida com maior frequência, quer para suspensão da nutrição (30%), quer da hidratação (40%). Fornecer suporte nutricional e de hidratação nos últimos dias, frequentemente não é baseado na sua eficácia, no entanto profissionais que trabalham nos cuidados paliativos mostraram ser mais críticos quanto ao verdadeiro benefício da nutrição e hidratação artificiais e maior preocupação com os seus efeitos adversos.⁷

Ainda no que concerne ao manuseio destas intervenções, de salientar a segurança destes profissionais de saúde quanto à sua decisão terapêutica, verificando-se níveis de influência por outros profissionais de saúde ou familiares muito baixos. Isto vai contra outros estudos em que estes são fatores frequentemente orientadores da prática clínica, referindo que o desejo e opinião positiva dos doentes e familiares influenciam os médicos a prescrever esses tratamentos apesar da sua limitada evidência.⁷ Mais ainda, num estudo realizado no Japão, 72 a 74% dos médicos assumiram o receio de serem criticados pelos colegas ao não iniciar a hidratação artificial.¹ Para este grupo de médicos, a opinião do doente parece ser de maior peso do que a opinião da família.

Os cuidados paliativos compreendem, na sua própria definição, o envolvimento da família ou cuidador no contexto do doente. Os resultados são animadores quanto isto, havendo uma boa interação e integração do doente e da família.

A maioria dos médicos considerou como fator mais preponderante na decisão terapêutica o conhecimento científico atendendo à situação clínica do doente. Avaliando globalmente, parece haver bastante prudência, sensibilidade e sensatez dos médicos no que toca a estas questões, por exemplo com 90% dos médicos a explicar ao doente e à família os contornos da terapêutica.

Em conclusão, há uma qualidade profissional favorável à boa prática de cuidados paliativos por parte dos médicos que estão associados às organizações de cuidados paliativos. Para além da boa cobertura formativa, mostraram seguir os pressupostos deste tipo de cuidados, particularmente no doente terminal, cujas necessidades são especialmente distintas dada a sua vulnerabilidade.

A maioria (60%) dos médicos inquiridos dedica mais de 50% da sua prática clínica aos cuidados paliativos. Isto pode refletir, entre outras coisas, a necessidade crescente do apoio a este grupo de doentes, bem como uma população envelhecida, a maior detentora deste tipo de cuidados. Um maior nível de prática em cuidados paliativos foi associado com menor probabilidade de tubos de alimentação e recurso aos serviços de urgência. Isto suporta a noção de que níveis mais altos de conhecimento e prática em cuidados paliativos podem reduzir a agressividade e futilidade de alguns tratamentos.¹²

Nos próximos anos, a classe médica lidará, em grande escala, com doentes idosos e com doenças crónicas, segundo as previsões atuais. Face a isto seria expectável que a formação médica acompanhasse esta tendência e preparasse os estudantes de

medicina nesse sentido. No entanto, a abordagem que foi feita aos alunos do 6.º ano médico, prestes a iniciar a carreira médica, mostrou evidências menos favoráveis. Embora a maioria dos alunos refira ter recebido formação em cuidados paliativos (69,6%) e em nutrição (81,2%), a esmagadora maioria não se sente preparado para responder às necessidades de um doente terminal (95,7%). Os resultados ficam aquém das necessidades populacionais dos próximos anos.

De uma forma global, as definições de cuidados paliativos fizeram referência ao aspeto mais preponderante que é a qualidade de vida. No entanto, outros fatores como a inclusão da família ou a noção de cuidados holísticos e para além da morte, foram empregues poucas vezes, o que poderá traduzir-se numa noção incompleta da dimensão destes cuidados. De notar também, que a doença terminal ou o doente terminal foram expressões frequentemente utilizadas. No entanto, sabe-se hoje que os cuidados paliativos não são indicados exclusivamente para doentes terminais.

Os alunos avaliaram os seus conhecimentos teóricos e práticos sobre avaliação do estado nutricional do doente de uma forma bastante díspar, com respostas desde os 0 aos 100%, sendo a moda entre os 50 e os 70%, não estando dependente da formação em nutrição. Mais especificamente em relação às intervenções utilizadas para nutrição e hidratação medicamente assistidas, também não se estabeleceu relação com a formação, quer em nutrição, quer em cuidados paliativos. De particular destaque é a hipodermóclise, os alunos não têm qualquer tipo de conhecimento sobre esta técnica, sendo apreciada pela sua segurança e fácil administração.¹³

A autoavaliação dos alunos acerca do seu conhecimento foi avaliada acima dos 60%, apenas por 39,1% dos alunos para o conhecimento teórico e por 26% dos alunos para o conhecimento prático. São resultados insatisfatórios que demonstram fragilidade e insuficiência nos conhecimentos e competências adquiridas.

Há uma incongruência entre a cobertura formativa e a sua tradução no conhecimento adquirido. As justificações para esta diferença não foram exploradas, no entanto podem-se avançar algumas hipóteses atendendo aos resultados. Por um lado, a questão formativa, que poderá ser menos dirigida a estas questões, por outro, a disponibilidade dos alunos. Repare-se que a maioria da formação foi entre cadeiras opcionais e espalhada por várias cadeiras, não numa disciplina integrada no currículo, transversal a todos os alunos. As cadeiras opcionais estão maioritariamente associadas a menor valorização em termos de ECTS (*European Credit Transfer System*), que se traduz numa menor carga horária e por vezes num foco de atenção menor por parte dos

alunos. As diferenças no alcance e na abordagem do tema podem, assim, influenciar o nível de formação dos estudantes de medicina e futuramente o nível de cuidado providenciado enquanto médicos.¹⁰ De salientar ainda que apenas 4,3% dos alunos tiveram de facto preparação em contexto de prática clínica, um elemento de relevo na formação médica. Intervenções educacionais passam por incluir conceitos relacionados aos cuidados paliativos nos currículos dos estudantes de medicina.¹⁴

O problema também se coloca ao nível da nutrição: a inclusão da nutrição na aprendizagem dos profissionais de saúde, bem como na prática clínica, continua a ter baixa prioridade. Um inquérito realizado nos EUA em 2010 mostrou que a percentagem de escolas médicas que ofereciam formação específica em nutrição diminuiu de 35% em 2000 para 25% em 2008.¹⁵ A acrescentar à situação, poderá não haver ainda uma sensibilização para estas questões, não despertando tanto interesse aos alunos.

Apesar disso, os alunos evidenciaram alguma sensibilidade em certas questões. Todos consideraram, por exemplo, que o doente deve participar na escolha da sua dieta, junto com o médico e/ou o nutricionista, e uma boa parte incluiu a família nesta decisão. Isto mostra que, apesar de pouco confiantes, os alunos conseguem aplicar conceitos e atitudes expectáveis para um doente em cuidados paliativos.

Outros conceitos mais específicos, relacionados à hidratação e à nutrição, mostraram respostas praticamente unânimes que defendem a sua manutenção até ao fim da vida, sempre. Esta tendência pode estar associada à falta de abordagem e discussão do tema, uma vez que a propensão atual não parece ser essa.

Na análise das respostas aos casos problema colocados (tabelas 13 a 17), nota-se que, apesar dos alunos considerarem ter formação em cuidados paliativos, são, na globalidade, muito interventivos e invasivos na escolha dos procedimentos. Na seleção da dieta, sugerem restrições dietéticas mesmo que seja improvável que tragam benefícios ao doente, dada a esperança de vida. Repare-se que a escolha de procedimentos como PEG é frequente em doentes terminais, notando-se alguma tendência para responderem de acordo com as formas que lhes são mais familiares (gráfico 9). Aparentemente, os alunos desconhecem a adequação das modalidades de administração de alimentação à situação clínica do doente, fazendo escolhas com pouca atenção ao prognóstico do doente. Isto é ainda mais evidente no caso clínico referente a um doente com sobrevida inferior a 3 dias, onde a cerca de 6% dos alunos consideraram colocação de PEG ou PEJ, procedimento sem benefícios dada a esperança de vida, com

riscos e custos significativos. Apenas 8,7% dos alunos considera a hipótese de não alimentar o doente.

Em suma, a formação médica pré-graduada não parece estar a acompanhar as tendências e necessidades populacionais que se têm mostrado crescentes. Está patente esta propensão na grande percentagem de doentes com idade superior a 65 anos indicada pelos médicos, que têm, em média, 70,5% dos seus doentes a ultrapassar essa idade. Poderia pensar-se à partida que este valor estaria relacionado ao facto de estes médicos empregarem boa parte do seu tempo nos cuidados paliativos, no entanto esta dependência não se verificou.

A nutrição no doente terminal encerra, em si, situações complexas do ponto de vista ético e moral, para as quais, felizmente, parece haver boa resposta por parte dos médicos atualmente em exercício de funções junto destes doentes. No entanto, é igualmente necessário preparar os futuros médicos para o mesmo propósito.

Este estudo teve algumas limitações. A principal já foi mencionada e refere-se ao pequeno número de respostas obtidas, principalmente ao questionário dirigido aos médicos. Isto leva a que os dados não sejam representativos da população em estudo. No questionário 1, uma das críticas colocadas pelos participantes foi a falta de especificação da opção “formação pós-graduada” nas perguntas referentes à formação em cuidados paliativos e em nutrição. De acordo com os participantes, a formação pós-graduada é muito variada e deveria haver outras opções de escolha mais específicas.

5. Conclusão

Há uma boa cobertura formativa dos médicos associados aos cuidados paliativos. Isto traduz-se, entre outros, em bons níveis de segurança na decisão terapêutica, inclusão e partilha da evolução do doente com o próprio e com a família. Os padrões de prescrição e suspensão de nutrição e hidratação medicamente assistidas são maioritariamente adaptados às necessidades do doente, verificando-se padrões elevados de suspensão de hidratação e nutrição artificiais antes da morte.

Quanto aos alunos, as conclusões são menos otimistas. A preparação dos alunos de medicina parece não estar a corresponder às exigências de uma população que continuará a envelhecer nos próximos anos. Apesar de terem uma boa cobertura formativa, a grande maioria não se sente preparado para lidar com as necessidades do doente terminal. Mostram na globalidade atitudes muito interventivas e invasivas no doente terminal, o que denota necessidade de mais formação e experiência nesta área.

É necessária maior investigação nesta área, embora no doente terminal seja um desafio ético e metodológico.⁷

6. Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Teixeira Veríssimo, pela oportunidade de ingressar numa área que tanto me cativa e pelo apoio prestado.

Ao meu coorientador, Dr. Helder Esperto, pelos constantes ensinamentos, sugestões, retificações, conselhos, que melhoraram muito a qualidade do meu trabalho.

À minha madrinha, Cristina, pelo auxílio prestado na análise dos dados.

Aos médicos e colegas de curso que amavelmente responderam ao inquérito enviado, sem eles a investigação não seria possível.

A todos os colaboradores dos cuidados paliativos, com quem comuniquei por telefone para obter os contactos desejados de algumas organizações de cuidados paliativos, que, não obstante as dificuldades encontradas, se disponibilizaram para me ajudar.

Aos colegas dos núcleos/associações de estudantes, pelo auxílio na divulgação dos questionários.

Ao serviço de referência da Biblioteca das Ciências da Saúde, nomeadamente à Dra. Teresa Alcobia, pela rapidez e incansável disponibilidade em obter os artigos que solicitei ao longo da elaboração da minha tese.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e incentivo, em especial à minha mãe, pela colaboração constante na revisão crítica dos meus escritos.

À minha irmã, Mariana, pela partilha e suporte.

Ao meu namorado, Pedro, pelo voto de confiança e compreensão das exigências do meu trabalho.

Aos doentes com quem me tenho cruzado e que diariamente dão sentido a este percurso.

7. Referência bibliográficas

1. Torres-Vigil I, Mendoza TR, Alonso-Babarro A, et al. Practice patterns and perceptions about parenteral hydration in the last weeks of life: A survey of palliative care physicians in Latin America. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(1):47–58.
2. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkis-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):1-19
3. Cohen M, Torres-Vigil I, Burbach B, de la Rosa A, Bruera E. The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients With Advanced Cancer Receiving Hospice Care. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(5):855–65.
4. Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: A multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann of Oncol* 2014;25(2):487–93.
5. Gillespie L, Raftery A. Nutrition in palliative and end-of-life care. *Nutrition and palliative care*. 2014;(July):15–20.
6. Carneiro R, Barbedo I, Costa I, Reis E, Rocha N, Gonçalves E. Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos. *Acta Med Port* 2011;24(4):545–54.
7. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol* 2011;22(7):1478–86.
8. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, et al. Issues and needs in end-of-life decision making: an international modified Delphi study. *Palliative Medicine* 2012; 26(7):947-53.
9. Mathew E, Shaikh RB, Al Sharbatti S, Sreedharan J. Introducing geriatric health in medical training in Ajman, United Arab emirates: A co-curricular approach. *Australas Med J* 2011;4(6):346–53.
10. Crowley J, Ball L, Laur C, et al. Nutrition guidelines for undergraduate medical curricula: a six-country comparison. *Adv Med Educ Pract* 2015;6:127–33.
11. Marôco J. *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. Pêro Pinheiro. 2011. Report number
12. Miller SC, Lima JC, Thompson S a. End-of-Life Care in Nursing Homes with Greater versus Less Palliative Care Knowledge and Practice. *J Palliat Med* 2015;18(6):527–34.
13. Zaloga GP, Pontes-Arruda A, Dardaine-Giraud V, Constans T, Clinimix Subcutaneous Study Group. Safety and Efficacy of Subcutaneous Parenteral Nutrition in Older Patients: A Prospective Randomized Multicenter Clinical Trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016:1-6

14. World Health Organization (Europe). Palliative Care for Older People: Better Practices. *J Pain Palliat Care* ... 2011;67:1-27
15. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Bales CW, et al. The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *Am J Clin Nutr* 2014;99(5):1553-66.

8. Material suplementar

8.1 Material suplementar 1

Nutrição no doente terminal - da teoria à prática

NAS SEGUINTEs QUESTÕES, PRETENDE-SE QUE RESPONDA O MAIS PRÓXIMO POSSÍVEL DA REALIDADE, DE ACORDO COM A SUA PRÁTICA CLÍNICA.

***Obrigatório**

1. Idade (anos) *

.....

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Especialidade *

Marcar apenas uma oval.

Medicina Geral e Familiar

Medicina Interna

Oncologia

Anestesiologia

Outra:

4. Anos de Serviço: *

.....

5. Na sua prática clínica, quanto tempo dedica APROXIMADAMENTE aos Cuidados Paliativos? (0 a 100%) *

.....

6. Anos de experiência em cuidados paliativos: *

.....

7. A prática de Cuidados Paliativos ocorre MAIORITARIAMENTE em contexto de:

Marcar apenas uma oval.

Unidade de Cuidados Paliativos

Equipa Intra-hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos

Equipa Comunitária de Suporte aos Cuidados Paliativos

Outra:

8. Na sua prática clínica, qual a percentagem de doentes com mais de 65 anos? (0 a 100%) *

9. Na sua prática clínica qual a percentagem de doentes com cancro? (0-100%): *

10. Teve formação em cuidados paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Que tipo de formação? *

Marcar apenas uma oval.

Pós-graduação

Cursos

Congressos

Baseada unicamente na experiência clínica adquirida

12. Teve formação em nutrição/ nutrição nos Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Que tipo de formação? *

Marcar apenas uma oval.

Pós-graduação

Cursos

Congressos

Baseada unicamente na experiência clínica adquirida

14. Em relação às afirmações seguintes, indique o seu nível de concordância: *

Considere nutrição/hidratação medicamente assistidas intervenções como sonda nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia endoscópica percutânea, alimentação entérica, etc

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem disco	Discordo	Discordo totalmente
O recurso a guidelines para orientação da nutrição e hidratação medicamente assistidas é frequente na minha prática clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O recurso a questionários de avaliação nutricional é frequente na minha prática clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me confortável e confiante para fazer um bom aconselhamento nutricional aos meus doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O estado nutricional deve ser uma prioridade no doente em cuidados paliativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas intervenções terapêuticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a nutrição e hidratação medicamente assistidas direitos básicos do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo com frequência uma previsão correta dos últimos seis meses de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Realizo com frequência o diagnóstico correto de fase agónica

Considero a suspensão de nutrição/hidratação parenteral desadequada

Considero-me inseguro na decisão terapêutica por desconhecimento

Considero necessária mais formação na área da nutrição nos cuidados paliativos para melhorar a minha prática clínica

15. **Considero o fator MAIS PREPONDERANTE na minha decisão terapêutica no doente em fim de vida: ***

Marcar apenas uma oval.

- O meu conhecimento científico com base na condição clínica do doente
- A patologia do doente
- As minhas convicções pessoais (culturais, religiosas...)
- A vontade do doente
- A vontade da família

Num doente com previsão de sobrevida INFERIOR A SEIS MESES

Nas seguintes questões deverá responder de acordo com esta previsão de sobrevida

16. Indique a percentagem aproximada de vezes em que as seguintes ações são realizadas *

Considere nutrição/hidratação medicamente assistidas intervenções como sonda nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia endoscópica percutânea, alimentação entérica, etc

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 a 20%	21 a 40%	41 a 60%	61 a 80%	81 a 100%
Manutenção das restrições dietéticas prévias (por exemplo em doentes diabéticos ou hipertensos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explicação das vantagens e desvantagens terapêuticas ao doente e à família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantamento dos efeitos secundários/queixas do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registo dos efeitos secundários/queixas do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integração da família e do doente na decisão terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reavaliação sistemática/opportunista do estado nutricional do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reavaliação sistemática/opportunista da estratégia terapêutica nutricional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição medicamente assistida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da hidratação medicamente assistida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenção da nutrição medicamente assistida até à morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenção da hidratação medicamente assistida até à morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição medicamente assistida por vontade do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

medicamente assistida por
vontade da família

Manutenção da nutrição
medicamente assistida até à
morte por vontade do doente

Manutenção da nutrição
medicamente assistida até à
morte por vontade da família

Num doente com previsão de sobrevida INFERIOR A TRÊS DIAS

Nas seguintes questões deverá responder de acordo com esta previsão de sobrevida

17. Indique a percentagem aproximada de vezes em que as seguintes ações são realizadas *

Considere nutrição/hidratação medicamente assistida intervenções como sonda nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia endoscópica percutânea, alimentação entérica, etc

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 a 20%	21 a 40%	41 a 60%	61 a 80%	81 a 100%
Manutenção das restrições dietéticas prévias (por exemplo em doentes diabéticos ou hipertensos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explicação das vantagens e desvantagens terapêuticas ao doente e à família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantamento dos efeitos secundários/queixas do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registo dos efeitos secundários/queixas do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integração da família e do doente na decisão terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reavaliação sistemática/opportunista do estado nutricional do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reavaliação sistemática/opportunista da estratégia terapêutica nutricional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição medicamente assistida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da hidratação medicamente assistida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenção da nutrição medicamente assistida até à morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenção da hidratação medicamente assistida até à morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição medicamente assistida por vontade do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suspensão da nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

medicamento assistida por vontade da família

Manutenção da nutrição medicamento assistida até à morte por vontade do doente

Manutenção da nutrição medicamento assistida até à morte por vontade da família

Início de nutrição medicamento assistida até à morte por vontade do doente

Início de nutrição medicamento assistida até à morte por vontade da família

Início de hidratação medicamento assistida até à morte por vontade do doente

Início de hidratação medicamento assistida até à morte por vontade da família

18. **Qual a percentagem de situações em que já iniciou nutrição medicamento assistida por pressão de familiares apesar de o considerar clinicamente fútil? (0 a 100%) ***

.....

19. **Qual a percentagem de situações em que já iniciou nutrição medicamento assistida por pressão de outros profissionais de saúde apesar de o considerar clinicamente fútil? (0 a 100%) ***

.....

20. **Qual a percentagem de situações em que já iniciou hidratação medicamento assistida por pressão de familiares apesar de o considerar clinicamente fútil? (0 a 100%) ***

.....

21. **Qual a percentagem de situações em que já iniciou hidratação medicamente assistida por pressão de outros profissionais de saúde apesar de o considerar clinicamente fútil? (0 a 100%)**
*

.....

22. **Em que altura costuma suspender a hidratação? ***

.....

23. **Em que altura costuma suspender a nutrição? ***

.....

24. **Em relação às afirmações seguintes, para um doente com sobrevida INFERIOR A 3 DIAS, indique o seu nível de concordância: ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A hidratação entérica alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A hidratação por sonda naso-gástrica alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A hidratação por via oral alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A alimentação entérica alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A alimentação por sonda naso-gástrica alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A alimentação por via oral alivia o sofrimento do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A hidratação entérica melhora a qualidade de vida do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A hidratação por sonda naso-gástrica melhora a qualidade de vida do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A hidratação por via oral melhora a qualidade de vida do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A alimentação entérica melhora a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

qualidade de vida
do doente

A alimentação por
sonda naso-gástrica
melhora a qualidade
de vida do doente

A alimentação por
via oral melhora a
qualidade de vida
do doente

**Terminou o seu questionário. Este espaço está ao seu
dispor para qualquer sugestão/crítica/comentário.**

25.

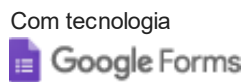
.....

.....

.....

.....

.....



8.2 Material suplementar 2

Nutrição no doente terminal - da teoria à prática

*Obrigatório

1. Idade (anos): *

.....

2. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Faculdade: *

Marcar apenas uma oval.

Faculdade de Medicina da Universidade do Minho

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Outra:

4. Ano do curso: *

.....

5. Durante o curso tiveste formação em cuidados paliativos (CP)? *

Caso se aplique, podes seleccionar mais do que uma opção.

Marcar tudo o que for aplicável.

Cadeira

Cadeira opcional

Havia cadeira opcional mas não escolhi

Ao longo do curso, espalhada por várias cadeiras

Estágio obrigatório em cuidados paliativos

Estágio opcional em cuidados paliativos

Não tive formação.

6. Se sim, consideraste que os conhecimentos foram úteis?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Se não, acharias importante?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Se não, escolherias esta cadeira caso tivesses oportunidade?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Durante o curso tiveste formação em Nutrição? *

Caso se aplique, podes seleccionar mais do que uma opção.

Marcar tudo o que for aplicável.

Cadeira

Cadeira opcional

Havia cadeira opcional mas não escolhi

Ao longo do curso, espalhada por várias cadeiras

Não tive formação.

10. Se sim, consideraste que os conhecimentos foram úteis?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Se não, acharias importante?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Se não, escolherias esta cadeira caso tivesses oportunidade?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. **Se tiveste nutrição, lembra-te de ter tido aulas acerca da nutrição nos cuidados paliativos?**

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. **O estado nutricional é um sinal vital? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. **De 0 a 100, como classificarias os teus conhecimentos TEÓRICOS para avaliar o estado nutricional de um doente qualquer (não precisa de estar em CP)? ***

Pretende-se que atribuas um valor entre 0 e 100%

.....

16. **De 0 a 100, como classificarias o teu desempenho na PRÁTICA CLÍNICA para avaliar o estado nutricional de um doente qualquer (não precisa de estar em CP)? ***

Pretende-se que atribuas um valor entre 0 e 100%

.....

17. **Se te pedisse para dizeres o que são Cuidados Paliativos, numa linha, o que dirias? ***

Pretendo perceber o que sabes neste momento, por favor não procures qualquer informação

.....

18. **Quais os doentes que necessitam de cuidados paliativos? ***

Pretendo perceber o que sabes neste momento, por favor não procures qualquer informação

.....

.....

.....

.....

.....

19. Qual a esperança média de vida dos doentes para Cuidados Paliativos? *

Pretendo perceber o que sabes neste momento, por favor não procures qualquer informação. Selecciona apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Inferior a 36 meses
- Inferior a 24 meses
- Inferior a 12 meses
- Inferior a 6 meses
- Inferior a 3 meses
- Inferior a 1 mês

De 0 a 100, como classificarias o teu conhecimento acerca das seguintes intervenções nutricionais?

Pretende-se que atribuas um valor entre 0 e 100%

20. Sonda nasogástrica *

.....

21. Gastrostomia endoscópica percutânea *

.....

22. Jejunostomia endoscópica percutânea *

.....

23. Alimentação parentérica *

.....

24. Hipodermoclise *

.....

De 0 a 100, refere em que percentagem o curso forneceu informação prática, para a actividade clínica diária, acerca destas intervenções:

Pretende-se que atribuas um valor entre 0 e 100%

25. Sonda nasogástrica *

.....

26. Gastrostomia endoscópica percutânea *

.....

27. Jejunostomia endoscópica percutânea *
.....**28. Alimentação parentérica ***
.....**29. Hipodermoclise ***
.....**30. Quem deve participar na escolha da dieta num doente em Cuidados Paliativos? ***

Caso se aplique, podes seleccionar mais do que uma opção.
Marcar tudo o que for aplicável.

- Família
- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista/Dietista
- Doente

31. Consideras que a manutenção da nutrição é essencial até ao fim da vida? *

Selecciona apenas uma opção.
Marcar apenas uma oval.

- Sim, sempre
- Apenas se o doente conseguir comer
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 dia
- Apenas se a esperança de vida for superior a 3 dias
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 semana
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 mês

32. Consideras que a manutenção da hidratação é essencial até ao fim da vida? *

Selecciona apenas uma opção.
Marcar apenas uma oval.

- Sim, sempre
- Apenas se o doente conseguir comer
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 dia
- Apenas se a esperança de vida for superior a 3 dias
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 semana
- Apenas se a esperança de vida for superior a 1 mês

33. Enquanto futuro médico e independentemente da especialidade que escolheres, sentes-te preparado para lidar com /responder às necessidades de um doente terminal? *

Seleciona apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tive preparação para isso durante o curso
- Sim, pela minha experiência pessoal
- Não, não tive preparação/formação durante o curso
- Não, tive formação durante o curso, mas ainda assim não me sinto preparado

CASOS PROBLEMA

Nos casos que a seguir se apresentam, pretende-se que respondas de acordo com o que te parecer mais correto, não há necessidade de recorrer a outras fontes.

34. Doente com cancro do pulmão, com esperança de vida de 8 semanas. É hipertenso. Que tipo de dieta escolhias? *

Seleciona apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Dieta normal (à escolha do doente)
- Dieta pobre em sal
- Dieta pobre em sal apenas se a hipertensão estiver descontrolada

35. Doente com disfagia grave devido a doença neurológica progressiva, afasia motora, desnutrido. Esperança de vida pensa-se ser de 24 semanas. O doente deixou de comer. Qual das seguintes terapêuticas considerarias? *

Seleciona apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Colocação de sonda naso-gástrica (sonda de alimentação introduzida por uma narina em direção ao estômago de forma a veicular comida, água e medicamentos):
- Colocação de PEG (Gastrostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação introduzida através da parede abdominal em direção ao estômago, de forma a veicular comida, água e medicamentos)
- Colocação de PEJ (Jejunostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação introduzida através da parede abdominal em direção ao jejuno, de forma a veicular comida, água e medicamentos)
- Alimentação parentérica (aporte nutricional por via endovenosa)

36. **Doente com disfagia grave devido a doença neurológica progressiva, não consegue comunicar, desnutrido internado por pneumonia grave. Deixou de conseguir comer e de beber. Esperança de vida pensa-se ser de 3 dias. Qual das seguintes terapêuticas considerarias? ***

Selecione apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Colocação de sonda naso-gástrica (sonda de alimentação introduzida por uma narina em direção ao estômago de forma a veicular comida, água e medicamentos):
- Colocação de PEG (Gastrostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação introduzida através da parede abdominal em direção ao estômago, de forma a veicular comida, água e medicamentos)
- Colocação de PEJ (Jejunostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação introduzida através da parede abdominal em direção ao jejuno, de forma a veicular comida, água e medicamentos)
- Alimentação parentérica (aporte nutricional por via endovenosa)

37. **E se a família do doente não concordasse contigo? ***

Selecione apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Aceitaria a opinião da família
- Faria o que achasse estar correcto

38. **Doente com demência grave que deixou de se alimentar. Esperança média de vida de 18 semanas. Qual das seguintes terapêuticas considerarias? ***

Selecione apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Colocação de sonda naso-gástrica (tubo plástico introduzido por uma narina em direção ao estômago de forma a veicular comida, água e medicamentos):
- Colocação de PEG (Gastrostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação que chega ao estômago através de uma gastrostomia, de forma a veicular comida, água e medicamentos)
- Colocação de PEJ (Jejunostomia endoscópica percutânea, sonda de alimentação que chega ao jejuno através de uma jejunostomia de forma a veicular comida, água e medicamento)
- Alimentação entérica total (a totalidade das necessidades nutricionais são fornecidas por tubos de alimentação)
- Alimentação parentérica (aporte nutricional por via endovenosa)

39. **E se a família do doente não concordasse contigo? ***

Selecione apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Aceitaria a opinião da família
- Faria o que achasse estar correcto

40. **Doente com demência, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada e evidência de metastização hepática e pulmonar de tumor desconhecido. Que dieta escolher? ***

Selecione apenas uma opção.

Marcar apenas uma oval.

- Dieta normal (à escolha do doente)
- Dieta fracionada e com restrição de hidratos de carbono
- Dieta fracionada com restrição de HC se HbA1c > 6,5%

Com tecnologia

