



Parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Doc.: 08.2025

Assunto: Relevância da Integração dos Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários

Relator: Carlos Seiça Cardoso

1. Introdução

A Medicina Geral e Familiar (MGF), enquanto especialidade orientada para cuidados de saúde acessíveis, contínuos, centrados na pessoa e na comunidade, está particularmente bem posicionada para responder às necessidades complexas dos doentes com doenças crónicas avançadas e progressivas, bem como dos seus cuidadores. A integração dos cuidados paliativos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é reconhecida, nacional e internacionalmente, como uma estratégia essencial para a prestação de cuidados equitativos, eficientes e humanizados.^{1,2}

O médico de família (MF), pelo seu conhecimento profundo do utente e do seu contexto familiar, social e clínico, possui um perfil singular para a identificação precoce de necessidades paliativas, planeamento antecipado de cuidados, acompanhamento longitudinal e tomada de decisão partilhada. A *European Association for Palliative Care* (EAPC) defende que os Cuidados Paliativos (CP) devem estar integrados em todos os níveis de cuidados, com especial ênfase nos CSP, onde o médico de família assume um papel coordenador.³

As competências específicas requeridas incluem a avaliação multidimensional de necessidades (físicas, emocionais, sociais e espirituais), controlo sintomático eficaz, comunicação em situações de elevada complexidade emocional, competências éticas e legais, bem como trabalho em equipa com profissionais de saúde e apoio aos cuidadores.^{2,4,5} Comparando as seis competências da árvore da Medicina Geral e Familiar pela *World Organization of Family Medicine* (WONCA) com os pilares, princípios e fundamentos dos CP os pontos em comum são inegáveis: orientação comunitária, abordagem abrangente, cuidados centrados na pessoa, abordagem holísticas e aptidões específicas para a resolução de problemas.

Em Portugal, estas competências estão alinhadas com as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente através da Norma n.º 009/2018 sobre a organização dos Cuidados Paliativos nos CSP⁶ e do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2017–2018⁷, bem como dos PEDCP seguintes.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, de 15/09/2012⁸ foi um passo importante que permitiu colmatar a ausência dos Cuidados Paliativos na legislação portuguesa. Neste documento está definido que uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários, dispondo de recursos específicos.

Vários países têm desenvolvido ferramentas para apoiar a capacitação dos profissionais de CSP em CP, como o “CAPACITI”, no Canadá⁹, ou o “*Strategic Framework for Action on Palliative and End of Life Care*”, na Escócia¹⁰, que servem como referência para boas práticas em integração e formação.



A formação e capacitação dos médicos de MGF em CP é, por isso, uma necessidade imperativa, devendo ser integrada desde o internato da especialidade e reforçada ao longo da prática profissional. Para tal, é fundamental a existência de referenciais formativos adequados, apoio institucional e articulação estreita com equipas especializadas de cuidados paliativos, nomeadamente, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

O domicílio foi sempre um local relevante como escolha de local de morte. Uma revisão de 2023, mostra que no contexto de uma condição ameaçadora da vida, o domicílio é o local de preferência para os cuidados em fim de vida pelos doentes e pela família, seguido de *hospice* e unidades de cuidados paliativos.¹¹ No entanto, apesar do conhecimento desta preferência de local de morte, Portugal tem vindo a reduzir o número de mortes no domicílio, seguindo uma tendência de hospitalização da morte, em conta-corrente com a maioria dos países europeus.¹² O MF desempenha um papel chave no acompanhamento dos doentes em fim de vida, pelo que pode contribuir para inverter esta tendência.

O desenvolvimento e consolidação das competências em Medicina Paliativa pelo MF constituem um imperativo ético, clínico e organizacional, contribuindo para uma resposta efetiva e humanizada aos desafios colocados pelo envelhecimento da população e pela prevalência crescente de doenças crónicas complexas.

2. Definição do Perfil de Medicina Paliativa nos Cuidados de Saúde Primários

No âmbito dos CSP, a intervenção em cuidados paliativos pode acontecer em dois níveis principais:

- **Abordagem generalista** – Todos os MF deverão ter formação básica a intermedia em CP, tanto integrada no âmbito do internato de formação específica com estágios em equipas de CP, como através da realização de cursos básicos ou pós-graduados, para que possam identificar e orientar precocemente doentes com necessidades paliativas, estratificá-los por grau de complexidade, desenvolvendo planos de cuidados que englobem ações paliativas aos doentes de baixa complexidade e referenciando para equipas especializadas as situações de alta complexidade.
- **Equipa especializada** – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP): De acordo com as recomendações existentes nos vários Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos CP e emanadas pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, estas equipas especializadas devem tender para a sua constituição alicerçada em médicos de família que aloquem preferencialmente a totalidade do seu horário aos CP, sendo que todos têm que ter formação avançada em CP e pelo menos um elemento que já tenha reconhecida a Competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos.

3. Motivos para a integração nos cuidados de saúde primários de equipas multidisciplinares com diferenciação em cuidados paliativos.

As ECSCP fazem parte dos CSP, porquê?

As equipas de saúde familiar com formação básica ou intermédia em cuidados paliativos beneficiam do apoio de equipas especializadas (ECSCP), por várias razões fundamentais que se relacionam com a complexidade, a carga emocional e a necessidade de uma abordagem verdadeiramente multidisciplinar nestes cuidados:

A. Complexidade crescente dos casos



Apesar da formação em cuidados paliativos, os MF nem sempre têm os recursos necessários para acompanhar situações clínicas muito complexas. Nestes casos, a carga sintomática elevada, a necessidade de cuidados diários - por vezes mais do que uma vez por dia - e a própria complexidade do quadro tornam inviável o acompanhamento pela MGF. Doentes com sintomas refratários, como dor intensa ou dispneia de difícil controlo, múltiplas comorbilidades e necessidades sociais e psicológicas significativas, exigem uma intervenção mais especializada e intensiva.

As equipas especializadas possuem conhecimentos técnicos mais aprofundados, podendo oferecer terapêuticas avançadas ou intervenções específicas, como sedação paliativa, uso de opióides em regimes complexos, ou técnicas de comunicação em situações delicadas.

B. Trabalho em rede e suporte multidisciplinar

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) são, por definição, multidisciplinares, integrando médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais sempre que possível. Mais do que a simples pluralidade de especialidades, é a articulação entre estas áreas — com intervenções concertadas e uma abordagem dirigida a cada doença e situação complexa — que permite uma resposta verdadeiramente abrangente às necessidades do doente e da família. Esta capacidade de resposta integrada e especializada nem sempre é possível no contexto dos CSP de forma isolada.

A equipa de saúde familiar continua a ser a figura central no acompanhamento do doente, mas pode — e deve — referenciar ou articular-se com a equipa especializada sempre que necessário, garantindo apoio complementar em áreas específicas, sem perder o seguimento no seu contexto habitual. Ao referenciar para uma ECSCP, os profissionais de CSP estão a comunicar com especialistas da sua área que, para além do conhecimento clínico, têm também uma compreensão aprofundada do contexto demográfico, social e dos recursos e apoios existentes na comunidade (componentes basilares da sua área de especialização, que não têm paralelo noutras especialidades médicas). Esta articulação reforça a continuidade e a qualidade dos cuidados, potenciando uma resposta mais eficaz e integrada.

C. Carga emocional e suporte profissional

O acompanhamento de doentes em fim de vida pode ser emocionalmente desgastante. Ter uma equipa especializada com quem partilhar decisões, discutir casos difíceis e refletir sobre dilemas éticos contribui para reduzir o desgaste associado a estas situações, assim como a solidão na tomada de decisões complexas.

A colaboração entre equipas permite um cuidado mais sustentável e humanizado, tanto para os doentes como para os profissionais.

D. Formação contínua e atualização

Mesmo com formação inicial, o campo dos cuidados paliativos está em constante evolução. As equipas especializadas funcionam também como pólos de formação contínua, atualização e supervisão para os médicos de família e restantes elementos das equipas de CSP.

Esta relação reforça as competências dos profissionais de base, promovendo uma cultura de melhoria contínua.

E. Melhor articulação com outros níveis de cuidados

As equipas especializadas muitas vezes funcionam como ponte entre os CSP e os serviços hospitalares, ERPIs ou unidades de cuidados continuados. Esta articulação facilita a continuidade



de cuidados e evita ruturas no processo terapêutico, algo especialmente importante nas fases finais da vida.

Perfil de Competências do Médico de Medicina Geral e Familiar em Cuidados Paliativos

Por tudo o que foi referido, é necessário que o especialista de MGF adquira as seguintes competências por domínio, conforme orientações internacionais¹³:

Domínio 1 – Princípios dos cuidados paliativos

- Integra a filosofia, valores e princípios dos CP na abordagem holísticas do doente e família, características da prática clínica dos CSP, como especialista de medicina geral e familiar.
 - Aplica os constituintes centrais dos CP, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias, afirmando a vida e disponibilizando os apoios necessários à manutenção de uma vida ativa e com significado, até à morte.
 - Identifica e aborda os valores, crenças, medos, expectativas e desejos do doente e seus familiares, perante uma doença limitante e ameaçadora da vida.
 - Identifica e integra no plano de cuidados individualizado os valores, crenças e desejos do doente.
 - Identifica e clarifica mitos e receios do doente e família relativamente aos CP, de modo que se tranquilizem e integrem no decorrer da doença.
 - Reconhece o impacto da doença nas várias vertentes da vida da pessoa e da dinâmica familiar, bem como a repercussão e influência na saúde mental, tomada de decisões e aspetos socioeconómicos do agregado familiar.
- Conhece a existência de diversas trajetórias de doenças limitantes de vida e identifica precocemente os doentes com necessidades paliativas.
 - Procura responder às necessidades do doente e dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo.
 - Reconhece as diferentes trajetórias de doença oncológica e não oncológica e a importância da abordagem paliativa a partir do diagnóstico e ajustada às necessidades do doente em cada momento.
 - Aplica, promove e sensibiliza outros profissionais médicos para a utilização de ferramentas de identificação precoce de doentes com necessidades paliativas (ex.: PIG, SPICT, NECPAL-CCOM, pergunta-surpresa).
- Avalia as necessidades dos doentes identificados e suas famílias de modo a adequar a proposta de plano de cuidados.
- Procura estar atento e revê regularmente os doentes da sua lista atribuída para identificar os que beneficiariam de CP.
- Promove a harmonia entre os desejos do doente e família e as opções terapêuticas/plano individualizado de cuidados proposto.

Domínio 2 – Comunicação

- Procura desenvolver competências interpessoais e comunicacionais eficazes e adequadas aos CP.
 - Conhece, aplica e assimila os diferentes tipos de comunicação (verbal, não verbal, escrita, visual) e modifica o estilo de comunicação de acordo com as circunstâncias e com eventuais limitações do doente.
 - Investe na criação e manutenção de relações médico -doente/cuidador terapêuticas.
 - Explica os objetivos e princípios dos CP ao doente e cuidadores.



- Garante que o doente e cuidadores compreendem e participam no processo de decisão relativamente à definição do plano de cuidados, esclarecendo sobre riscos e benefícios das opções terapêuticas e respeitando os limites de envolvimento que os mesmos estabeleçam, os seus desejos e preferências.
- Estabelece uma comunicação empática, compassiva e facilitadora do diálogo médico - doente, doente - família, doente – família - outros profissionais de saúde.
- Integra a escuta ativa como ferramenta de comunicação terapêutica.
- Respeita a diversidade cultural, étnica, de valores, religiosa, de orientação sexual, género, entre outros.
- Promove o trabalho em equipa entre profissionais de saúde para o superior interesse do doente.
- Discute e promove conversas com doente e cuidadores sobre diretivas antecipadas de vontade (medidas invasivas, reanimação ou ordem de não reanimação, etc.), plano de cuidados e opções terapêuticas.
- Encoraja os doentes a partilhar e discutir os seus desejos com a família e a nomear o(s) seu(s) Procurador(es) de Cuidados de Saúde.
- Avalia e discute com regularidade objetivos de cuidados, prognóstico e trajetória de doença, explorando a compreensão e expectativas.
- Responde de forma sincera e compassiva à dúvida “Quanto tempo de vida tenho?”.
- Comunica más notícias garantindo o cumprimento e adaptação de protocolos como SPIKES.
- Presta informação sobre trajetória de doença limitante, progressão e prognóstico.
- Sabe intervir em situações de conspiração de silêncio e outros comportamentos que podem ser geradores de maior sofrimento no seio da família.
- Aborda expectativas irrealistas sobre tratamento e prognóstico.
- Ajuda a gerir conflitos de expectativas e objetivos de cuidados divergentes entre doente, familiares e outros profissionais de saúde envolvidos.

Domínio 3 - Otimização de conforto e qualidade de vida: abordagem de sintomas e necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais

- Antecipa, reconhece, avalia e aborda uma variedade de sintomas e necessidades de forma proactiva de modo a prevenir e aliviar sofrimento.
- Quando perante necessidades e sintomas complexos de difícil controlo, sinaliza a necessidade e referencia para níveis especializados de cuidados paliativos.
- Avalia e aborda as necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes.
- Avalia, previne a perda e promove a manutenção/recuperação de funcionalidade, utilizando ferramentas como *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*; *Palliative Performance Scale (PPS)*; *Barthel index*.
- Aumenta o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes, através da identificação, abordagem precoce e antecipação de sintomas e necessidades prováveis.
- Avalia e aborda luto antecipatório e luto.
- Reconhece e presta cuidados adequados aos doentes nas últimas horas a dias de vida.
- Avalia regularmente e intervém no controlo dos sintomas mais frequentes em CP e otimiza os cuidados através de medidas farmacológicas, não farmacológicas e intervenções interdisciplinares (*Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*; *Palliative Care Outcome Scale (POS)*).



- Avalia e controla a dor.
- Avalia e controla dispneia.
- Avalia e controla náusea, vómitos e obstipação.
- Avalia e controla fadiga/astenia.
- Avalia e controla anorexia e caquexia.
- Avalia e aborda preocupações dos doentes e cuidadores sobre nutrição e hidratação ao longo da doença.
- Avalia eventos hemorrágicos e trombo - embólicos.
- Avalia e controla depressão e ansiedade.
- Avalia e controla delirium.

Domínio 4 – Definição do plano de cuidados, Trabalho em Equipa e Colaboração interprofissional

- Coordena e integra o modelo centrado na pessoa para promover qualidade de vida do doente e família.
- Avalia necessidades, promove e preserva as preferências do doente e família, antecipa problemas prováveis de modo a definir um plano de cuidados adequado ao contexto da trajetória de doença e agravamento progressivo.
- Promove o envolvimento dos familiares, na extensão que desejem ser envolvidos, na definição do plano de cuidados.
- Atua como gestor de caso, promovendo a articulação e mobilização de todos os profissionais que possam desempenhar um papel relevante para a promoção de qualidade de vida do doente e família (ex.: médicos de outras especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, equipas cuidados continuados integrados (ECCI), entre outros).
- Promove um diálogo aberto e empático com outros profissionais essenciais ao plano de cuidados do doente, atuando em equipa multi e interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos.

Domínio 5 – Apoio na perda e luto

- Promove a discussão sobre processo de morte, morte, perdas e luto.
- Explora as dúvidas, receios e preocupações do doente e cuidadores sobre o processo de morte.
- Incentiva o diálogo sobre preferências relativamente ao local de morte.
- Discute suspensão de medidas de suporte que possam ser consideradas medidas desproporcionais.
- Discute sofrimento, perdas, luto antecipatório e luto, mostrando-se recetivo ao desejo expresso de morrer de modo a poder apoiar e promover a vida ativa e digna até ao fim.
- Disponibiliza acompanhamento de apoio ao luto aos cuidadores após a morte do seu familiar.
- Reconhece os sinais de luto patológico e aborda-os.
- Identifica os familiares que possam necessitar de intervenção psicológica especializada através de ferramentas como o *Grief Resolution Index* e referencia-os, mobilizando os recursos disponíveis.

Domínio 6 – Prática e conduta profissional e ética em contexto de cuidados paliativos

- Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos.



- Compreender e integrar na prática o respeito pelos valores, necessidades e desejos dos doentes e familiares no contexto de doenças limitadoras da vida.
- Ponderar o benefício e não malefício de intervenções propostas, salvaguardando a autonomia do doente e cuidadores que deverão ser envolvidos nos processos de tomada de decisão.
- Transmitir informação e esclarecimentos aos familiares sobre as dúvidas, receios e angústias que apresentem relativamente a obstinação terapêutica ou suspensão de medidas de prolongamento de vida, preservando o objetivo máximo de dignidade e conforto do doente.
- Refletir e promover as contribuições que vários profissionais possam trazer ao plano de cuidados mais adequado a cada pessoa.
- Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional no âmbito dos CP, de modo a prestar os melhores cuidados integrados ajustados às necessidades dos doentes em constante mudança durante a trajetória da doença.
- Reconhecer e aconselhar os doentes e familiares sobre os quadros legais existentes e a possibilidade e benefício de discutir e definir o(s) procurador(es) legal(ais) de saúde bem como estabelecer as diretivas antecipadas de vontade.
- Evitar triangulações e tomada de partidos na gestão das relações com doente e familiares quando existam conflitos, lembrando sempre que, embora sejamos responsáveis pelo cuidado integral do doente e também dos seus familiares e cuidadores, a nossa aliança terapêutica primordial é para com o doente e as suas preferências/decisões.

4. Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: WHO; 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/158962>
2. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>
3. European Association for Palliative Care. White Paper on Palliative Care Education: Recommendations for the development of postgraduate education programmes. Milan: EAPC; 2015.
4. Gómez-Batiste X, Connor SR. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programs; 2017.
5. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 009/2018 - Organização dos Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: DGS; 2018. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt>
6. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017–2018. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.
7. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021–2030. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2021.
8. Diário da República, 1ª série no 172. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos no 52/2012 de 5 de Setembro. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/09/17200/0511905124.pdf> [acedido em 17/04/2025].
9. Canadian Hospice Palliative Care Association. CAPACITI: Palliative Care Toolkit for Primary Care Teams. Ottawa: CHPCA; 2019. Available from: <https://www.chpca.ca>



10. NHS Scotland. Palliative and End of Life Care: Strategic Framework for Action Update. Edinburgh: Scottish Government; 2021. Available from: <https://www.gov.scot/publications>
11. Pinto S, Lopes S, Bruno de Sousa A, Gomes B. Preferences about place of end-of-life care and death of patients with life-threatening illnesses and their families: a protocol for an umbrella review. BMJ Open. 2023 Mar 29;13(3):e066374.
12. Lopes S, Bruno de Sousa A, Delalibera M, Namukwaya E, Cohen J, Gomes B. The rise of home death in the COVID-19 pandemic: a population-based study of death certificate data for adults from 32 countries, 2012-2021. EClinicalMedicine. 2024 Jan 2;68:102399.
13. Ryan K, Connolly M, Charnley K, Ainscough A, Crinion J, Hayden C, Keegan O, Larkin P, Lynch M, McEvoy D, McQuillan R, O'Donoghue L, O'Hanlon M, Reaper-Reynolds S, Regan J, Rowe D, Wynne M; Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). Palliative Care Competence Framework. Dublin: Health Service Executive.

Grupo de trabalho:

Ana Pacheco, coordenadora ECSCP Almada-Seixal, ULS Almada-Seixal Fátima Teixeira, coordenadora ECSCP Algarve Sotavento, ULS Algarve Marta Guedes, coordenadora ECSCP Espinho-Gaia, ULS Gaia Espinho Tânia Varela, coordenadora ECSCP Cascais, ULS Lisboa Ocidental

Aprovado por: 23-05-2025