Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina

Formação curricular em cuidados paliativos no internato de Medicina Geral e Familiar

Maria Freire Brinco Folque de Gouveia

Orientador: Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Lisboa, 2023

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 18 de abril de 2023.

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina

Formação curricular em cuidados paliativos no internato de Medicina Geral e Familiar

Maria Freire Brinco Folque de Gouveia

Orientador: Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Lisboa, 2023

Agradecimentos

Ao meu marido Gonçalo e aos meus filhos Jaime e Constança.

A toda a nossa família.

Aos meus amigos e colegas.

E por fim, um agradecimento especial ao meu orientador por me ter inspirado e motivado a iniciar este caminho.

Lista de Siglas e Acrónimos

CPAL – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

MF – Médico(s) de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos

RCNP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Resumo

Introdução: O médico de família (MF) é responsável pela prestação de cuidados continuados, longitudinalmente, estando na posição ideal para prestar Cuidados Paliativos (CPAL). Alguns fatores condicionam a prestação de CPAL pelo MF como a falta de formação, de tempo e de normas de orientação clínica. Estudos mostram que após formação os MF aumentam as suas competências e realizam mais CPAL. Em Portugal, não existe formação obrigatória durante o internato de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Objetivo: avaliar se os MF concordam com a existência de formação curricular obrigatória em CPAL durante o internato, se estão motivados para a sua realização e que tipo de formação consideram que seria mais útil.

Métodos: Estudo quantitativo dirigido aos médicos de MGF, utilizando um inquérito por questionário anónimo e confidencial, criado pela investigadora, submetido a pré-teste, distribuído por via eletrónica e que avaliou um conjunto de dimensões conformes aos objetivos propostos (estudo exploratório).

Resultados: Dos 162 participantes, 88,3% concordou com a existência de formação obrigatória e 96,3% está muito motivada ou moderadamente motivada para a realização de formação em CPAL (96,3%). A maioria (92,6%) considera mais útil uma formação teórico-prática, sendo que 56,7% considera que um curso teórico deve ter entre 30 e 59 horas e que estágio prático deve ter duração de quatro a oito semanas.

Conclusões: Verificou-se um grau de concordância elevado com a necessidade de formação curricular obrigatória em CPAL e níveis elevados de motivação para a sua realização. A maioria considera mais útil a realização de formação teórico-prática. Propõe-se assim uma revisão do programa de internato de MGF e a integração de formação teórico-prática que inclua um curso curricular com cerca de 30-59 horas e um estágio prático com duração de cerca de 4 semanas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Medicina Geral e Familiar; Médico de Família; Formação; Motivação.

Abstract

Introduction: The family physician (FP) is responsible for providing longitudinal continuity of health care being in the ideal position to provide palliative care (PC). Some factors limit the offer of PC by the FP such as lack of training, time and insufficient clinical guidelines. Studies show that after training FP increase their skills and provide more more PC. There is no mandatory training during the residency training in Family Medicine (FM).

Aim: I propose to accomplish three goals: assess whether family physicians agree with the existence of mandatory PC training; evaluate if they are motivated to enroll in such training; and find what type of training is considered by FP to be most useful. Thus, I hope to contribute to a possible important revision of FP residency training program so that it includes PC education.

Methods: Quantitative study directed to General Practice/Family Medicine physicians, using an anonymous and confidential questionnaire survey (electronically), created by the researcher, subjected to pre-test, to assess different dimensions of motivation for PC training (exploratory study).

Results: Of the 162 participants, 88.3% agree with the existence of mandatory training and the majority of participants are moderately to highly motivated to undergo CP training (96.3%). The majority (92,6%) consider theoretical-practical training to be more useful, 56,7% consider that a theoretical course should last between 30 and 59 hours and practical training should last four to eight weeks.

Conclusions: There was a high level of agreement with the existence of mandatory PC training and high levels of motivation to its participation. Regarding the type of training, the majority considered theoretical-practical training to be the most useful. Thus, I propose a review of the FM residency training program and the integration of theoretical-practical course between 30-59 hours as well as a practical course with 4 weeks duration.

Keywords: Palliative Care; General Practice; Family Physician; Education; Motivation.

Índice

1. INTRODUÇÃO 1

1.1. A organização dos cuidados paliativos em Portugal 1

1.2. Os cuidados paliativos: o papel do Médico de Família 3

1.3. Os cuidados paliativos no Internato de Medicina Geral e Familiar 7

2. MÉTODOS 9

2.1. Objetivos 9

2.2. Tipo de Estudo 9

2.3. População e Amostra 10

2.4. Métodos 10

2.4.1. Instrumento de Colheita de dados 10

2.4.2. Análise Estatística 12

2.4.3. Questões Éticas 12

2.4.4. Procedimento 12

3. RESULTADOS 14

3.1. Caracterização dos Participantes 14

3.2. Importância da formação em Cuidados Paliativos 15

3.3. Programa de formação em Cuidados Paliativos 17

4. DISCUSSÃO 20

4.1. Resumo 20

4.2. Discussão dos principais resultados 20

4.3. Limitações 27

5. CONCLUSÕES 28

6. PUBLICAÇÕES RELEVANTES 29

7. BIBLIOGRAFIA 30

8. APENDICES E ANEXOS 35

1. INTRODUÇÃO

1.1. A organização dos cuidados paliativos em Portugal

Ao longo dos últimos anos, os Cuidados Paliativos (CPAL) em Portugal têm sofrido várias mudanças, entre as quais a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), em 2012,[1] e do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP).[2] A RNCP é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia -se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.[1]

A RNCP deve atuar nos 3 níveis de cuidados de saúde existentes em Portugal – Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados. As equipas que prestam estes cuidados são as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos EIHSCP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).[2]

De acordo com o PEDCP e a *European Association for Palliative Care* devem considerar-se pelo menos dois níveis de Cuidados Paliativos: a Abordagem Paliativa e os CPAL Especializados. Podem ainda ser considerados mais dois níveis: os CPAL Generalistas e os Centros de Excelência.[2,3]

A Abordagem Paliativa deve estar presente em todo o sistema de saúde e todos os profissionais de saúde deviam terminar o curso com formação básica em CPAL, de modo a serem capazes de identificar, tratar precocemente e referenciar os doentes com necessidades paliativas. Os CPAL generalistas, por outro lado, são prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os Cuidados de Saúde Primários (CSP), e estes profissionais devem ter um nível de formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado.[2] Já os CPAL especializados são prestados por recursos especializados de CPAL (ECSCP, EIHSCP e UCP) e nos quais os profissionais devem ter formação de nível avançado.[2,3]

Em relação à complexidade dos doentes, uma vez que nem todos os doentes apresentam o mesmo nível de complexidade e nem todos exigem a intervenção dos CPAL

especializados deve ter-se em consideração as diferentes necessidades dos doentes e famílias, que poderão dividir-se em: [2]

1. Doentes com necessidades de complexidade baixa a intermédia: doentes com uma trajetória de sintomas não complicados, mas que podem evoluir para situações mais complexas. Estes doentes podem ser conduzidos mediante uma Abordagem Paliativa, que deverá estar presente em todo o sistema de saúde, nos três níveis de cuidados em Portugal.
2. Doentes com necessidades de complexidade intermitente: apresentam um curso variável de necessidades, de diferentes intensidades, com sofrimento físico, psicológico, espiritual e social, que podem ser alvo de uma Abordagem Paliativa, mas requerem por vezes consultadoria ou períodos de intervenção direta de uma equipa de CPAL especializados para resolução dos problemas mais complexos.
3. Doentes com necessidades complexas persistentes: apresentam problemas persistentes de alta intensidade ou complexidade em qualquer das dimensões do sofrimento pelo que necessitam de CPAL especializados.

Assim, as equipas especializadas de CPAL ocupam-se dos doentes com necessidades mais complexas, enquanto os doentes de complexidade baixa a intermédia serão acompanhados pelo seu enfermeiro de família e médico de família (MF), pela RNCCI ou por outras equipas cuidadoras, assegurando a Abordagem Paliativa e CPAL generalizados, podendo receber consultoria e apoio das equipas específicas de CPAL. Desta forma, pretende-se construir uma rede colaborativa e integrada.[2]

De acordo com o PEDCP, e partindo de dados do Instituto Nacional de Estatística, estima-se que cerca de 69% a 82% dos casos que falecem necessitarão de CPAL, ou seja, cerca de 75.614 a 89.861 pessoas. Este número tem vindo a aumentar, o que reflete, muito provavelmente, o envelhecimento da população e doenças associadas.[2] Cerca de 21% dos portugueses tem 65 anos ou mais, e um milhão de pessoas tem 75 anos ou mais, o que explica que o número de mortes tenha vindo a aumentar.[4] Tal reforça não só a importância e a necessidade de existir uma RNCP a funcionar plenamente, mas também a importância de investir na formação e treino dos CSP em CPAL de modo a garantir os melhores cuidados de saúde aos doentes com necessidades paliativas.

Vários estudos mostraram já o beneficio que os CPAL trazem aos doentes e às suas famílias, sobretudo se aplicados precocemente, na redução da carga sintomática e no aumento da probabilidade de morrer em casa.[5] Para além disto, vários estudos mostraram

que os CPAL estão associados a uma redução dos custos em saúde e a um aumento da satisfação dos doentes e familiares.[6]

Em relação ao local preferencial de morte vários estudos mostram a preferência pelo domicílio. Uma investigação mostrou que das 138 pessoas recrutadas, 77 (56%) escolheram o domicilio como local de morte preferencial, seguido das UCP (22%), sendo que o hospital foi o local menos preferido (apenas 4%).[7]

Em relação ao local preferencial de morte em Portugal, de forma semelhante, a maioria dos doentes prefere que o seu local de morte fosse o domicílio. Uma investigação mostrou que 51,2% dos portugueses preferia morrer em casa, 37,5% escolhiam uma UCP e apenas 8,9% escolhiam o hospital. Estes valores contrastam com a realidade que mostrou que apenas 29.6% morreram no domicilio.[8] Outra investigação mostrou resultados semelhantes, entre 376 doentes avaliados, 68,7% preferia morrer no domicílio, 16,6% numa UCP e 3,1% num hospital. Contudo, apesar preferência quanto ao local de ocorrência da morte, apenas 22,3% morreram no domicílio.[9]

Estes estudos mostram uma diferença significativa entre a preferência do local de morte e a realidade. É, pois, essencial investir nos CPAL em Portugal, sobretudo através da constituição de mais equipas comunitárias de CPAL de modo a poder dar resposta ao desejo de morrer em casa da maioria dos doentes. Contudo, não será suficiente. É igualmente importante capacitar os profissionais de saúde dos CSP com um nível de formação intermédia, para que possam detetar precocemente os doentes que necessitam de CPAL, realizar CPAL generalizados e referenciar os doentes mais complexos para os CPAL especializados.

1.2. Os cuidados paliativos: o papel do Médico de Família

De acordo com a definição Europeia da Medicina Geral e Familiar (MFG), o MF é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, ou seja, é responsável por seguir a pessoa desde a sua conceção até à sua morte.[10] O MF é também responsável pela prestação de cuidados centrados na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e comunidade.[10–12] É responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades de cada indivíduo, independentemente da sua idade, sexo ou contexto social. Presta cuidados através da promoção da saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e

paliativos. Deste modo, o MF deve prestar cuidados desde o nascimento (muitas vezes antes desse momento) até à morte (ou até depois), num compromisso de não abandono com os seus doentes.[12,13]

Outro conceito importante na prática clínica do MF é o ciclo de vida familiar de Duvall. Este conceito refere-se à história de cada família, à sua evolução e transformação e está dividido em oito fases pelas quais uma família nuclear, em principio, passará, desde o nascimento até à morte. A família passará por várias mudanças previsíveis como o casamento, nascimentos ou a viuvez e o MF, tendo em conta estas mudanças poderá ajudar as famílias a prevê-las e a prepararem-se para elas. A família passa também por crises inesperadas e que necessitam de respostas de adaptação: doenças, acidentes, morte de um familiar. Na prática clínica, pode ser um instrumento muito útil para a compreensão da família, dos fenómenos de saúde e de doença e para ajudar o MF a adequar os cuidados à etapa em que cada família se encontra, não esquecendo nunca o acompanhamento longitudinal e que este não exclui o fim de vida.[14]

O PEDCP define que os doentes de complexidade baixa a intermédia deverão ser acompanhados pelo seu MF e Enfermeiro.[2] Pelo descrito, percebemos que o MF estabelece com os seus utentes uma relação ao longo dos anos, de proximidade e confiança, que o coloca numa posição privilegiada para prestar CPAL.[15,16]

De facto, o MF tem uma posição privilegiada uma vez que conhece o doente, a família, o contexto social e muito provavelmente já criou uma relação de confiança e proximidade. Para além disso o MF trabalha em articulação com o enfermeiro de família que presta igualmente cuidados continuados aos seus doentes, o que pode facilitar uma abordagem em equipa, mais eficiente. Assim, o MF e o enfermeiro de família estão na posição ideal para prestar CPAL aos seus doentes, com base nas suas competências profissionais, capacidade para criar relação com os doentes e suas famílias e capacidade de coordenação de recursos médicos.[15,16]

Apesar de ter uma posição privilegiada, o MF depara-se com múltiplos fatores que dificultam a prestação de CPAL aos seus utentes. Um dos fatores que mais dificulta a prestação de CPAL é a falta de formação na área.[15,17] Investigação recente tem mostrado que os MF, após treino em CPAL, aumentam as suas competências, identificam mais doentes com necessidades paliativas e mais frequentemente realizam CPAL.[18,19] É assim importante considerar a integração de um estágio obrigatório em CPAL na formação

especializada de MGF. É crucial estimular a realização de formação de nível intermédio, garantindo assim, que todos os MF tenham formação nesta aérea.

A falta de formação nesta área dificulta a identificação dos doentes com necessidades paliativas. Para isso, existem várias ferramentas internacionais que podem ajudar o MF a identificar estes doentes de uma forma precoce, como *The Gold Standards Framework – Proactive Identification Guidance*.[20] Esta é uma ferramenta útil que auxilia o MF a identificar os doentes que necessitam de CPAL, através de 3 passos: 1) aplicação da pergunta surpresa: Ficaria surpreendido se o doente morresse durante o próximo ano?; 2) identificação de indicadores gerais de declínio; 3) identificação de indicadores específicos de doença avançada (com base em 3 trajetórias – doença oncológica, insuficiência de órgão e fragilidade/demência). Para além desta ferramenta existem outras como a *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT),[21] *Necesidades Paliativas* (NECPAL)[22] ou *RADbound Indicator for PAlliative Care Needs* (RADPAC)[23] que auxiliam os profissionais de saúde a identificar os doentes com necessidades paliativas.

A SPICT já se encontra validada para Portugal (SPICT-PT) e consiste na averiguação da existência de: 1) indicadores gerais de deterioração de saúde e 2) indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida (cancro; demência/fragilidade; doença neurológica; doença cardiovascular; doença respiratória; doença renal; doença hepática; outras situações.[24]

A NECPAL também já se encontra validada para Portugal (NECPAL-PT) e permite afirmar que um doente tem necessidades paliativas caso: 1) a resposta à pergunta surpresa for 'não'; 2) a resposta for positiva a uma das perguntas 2-4 do questionário. A pergunta 2 diz respeito a "Procura/Escolha" (a pessoa doente e/ou família procuram os CPAL) e "Necessidade de CPAL" (identificação feita por médicos ou enfermeiros). A pergunta 3 é relativa a "Indicadores Clínicos Gerais" (nutricionais, funcionais, cognitivos, dependência grave, síndromes geriátricas, sintomas persistentes, aspetos psicossociais, multimorbilidade e uso de recursos). A pergunta 4 diz respeito a indicadores clínicos específicos de gravidade e progressão (agrupados por grupos de doenças crónicas).[25]

A RADPAC, que está em processo final de validação em Portugal, utiliza indicadores para auxiliar o MF a identificar os doentes com Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Respiratória ou Cancro que necessitam de CPAL.

Outro ponto relevante na dificuldade em identificar os doentes que necessitam de CPAL em CSP está relacionada com a evolução das doenças não oncológicas. De forma diferente do cancro, que tem em regra uma trajetória bem definida, as doenças não oncológicas cursam com um declínio progressivo e com vários períodos de exacerbação, sendo muitas vezes difícil a identificação da fase terminal.[26,27]

Para além da falta de formação, existe escassez de tempo para que os MF possam ter uma prestação de cuidados, adequada e de qualidade, a estes utentes.[15,17] Não é exequível, em consultas com 20 minutos de duração, abordar temas tão complexos como o final de vida. Não é possível responder às necessidades constantes (por agravamento sintomático) de visitas domiciliárias que estes doentes têm. Para além disto coloca-se a problemática da dimensão das listas do MF, com números superiores àquilo que seria o ideal e com uma pressão para cumprimento de indicadores que nem sempre refletem cuidados de qualidade, dificultando também a abordagem adequada destes doentes. A quantificação exagerada do ato médico não é benéfica para doentes com necessidades de CPAL, cujas intervenções são mais qualitativas e centradas numa relação de suporte visando a sensação de não-abandono.

Outros fatores foram descritos como dificultadores da prestação de CPAL pelo MF, como a complexidade elevada dos doentes, comunicação / articulação pobre com os serviços hospitalares, escassez de recursos e falta de normas de orientação clínica direcionados aos CSP.[15–17]

Apesar destes fatores limitadores, a maioria dos MF considera que tem um papel importante a desempenhar no acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas.[15,17,28–30]

Um estudo que avaliou o papel dos MF em relação à prestação de CPAL em Londres, verificou que a maioria (65%) estavam a providenciar cuidados paliativos aos seus utentes e 72% concorda que os CPAL são uma parte central do seu papel.

Em Portugal, foi avaliada a motivação dos MF para a prestação em CPAL, e 62,7% têm níveis elevados de motivação, sendo que a formação anterior é um fator de influência para a sua prestação.[31] Contudo, apenas 45% referem ter experiência em CPAL e apenas 35% referem sentir-se preparados para prestar CPAL. Estes dados vêm reforçar a importância de se investir na formação dos MF em CPAL durante a formação específica.

1.3. Os cuidados paliativos no Internato de Medicina Geral e Familiar

O programa de Formação Especializada em MGF foi atualizado no ano de 2019, tem a duração de quatro anos e está organizado em três estágios obrigatórios nos quais se incluem formações complementares obrigatórias, formações complementares opcionais e formações curtas.[32] Em relação aos estágios obrigatórios, correspondem aos estágios de MGF1 (1º ano), MGF2 (2º e 3º ano) e MGF3 (4º ano); as formações complementares obrigatórias são nas áreas de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Cuidados em situações de urgência e emergência; as formações complementares opcionais que são definidas pelo interno após avaliação pelos órgãos do internato médico da sua pertinência, com duração entre 2 e 7 meses; e as formações curtas que visam a aprendizagem de competências específicas e com duração total de 480 horas ao longo do internato.[32]

Constata-se, assim, que não existe na formação especializada em MGF, formação obrigatória em Cuidados Paliativos, correspondendo a uma lacuna formativa importante, uma vez que nem todos os médicos de família vão ter formação em CPAL durante a formação especializada.

Tal como já descrito anteriormente, o MF deve prestar cuidados abrangentes, continuados e longitudinais, deve adquirir várias competências, que são desenvolvidas, a maior parte delas, ao longo do internato de formação específica em MGF. Com o aumento do envelhecimento da população e o aumento das necessidades paliativas é fundamental que os CSP saibam gerir os doentes de menor complexidade, mas para tal, é importante dar formação aos MF.

Tal como já referido, estudos mostram que os MF, após treino em CPAL, aumentam as suas competências, identificam mais doentes com necessidades paliativas e mais frequentemente realizam CPAL.[18,19] Thoonsen B *et al* mostrou que os MF com treino em CPAL identificaram mais utentes com necessidades paliativas e providenciaram mais CPAL multidimensionais.[18]

De acordo com a reflexão realizada por Castro RF *et al,*[33] sabemos que a especialidade de MGF é complexa e requer que o MF tenha treino em múltiplas áreas, muitas com uma prevalência muito elevada na população, tal como as doenças cardiovasculares. Contudo, é importante garantir que todos os médicos de família saibam pelo menos identificar os doentes com necessidades paliativas, tratar os sintomas mais comuns, saber definir um

Plano Avançado de Cuidados e referenciar as situações mais complexas. Assim, neste artigo, é proposto a criação de uma formação obrigatória que inclua um curso teórico de 30h de duração e um estágio prático com cerca de 2-4 semanas de duração.

Uma vez que não existem em Portugal estudos sobre este tema, pretende-se avaliar a opinião dos MF sobre a importância de existir formação obrigatória em CPAL e que tipo de formação os MF consideram que seria mais útil. Deste modo, espero contribuir para uma eventual revisão no programa de internato de MGF de modo que este passe a incluir formação em CPAL.

2. MÉTODOS

2.1. Objetivos

A finalidade desta investigação foi avaliar a perceção dos MF sobre a importância de existir formação obrigatória em CPAL. Colocou-se como pergunta de investigação: "Os médicos de família consideram importante que exista formação em Cuidados Paliativos no plano curricular do internato médico de MGF?"

Especificamente, os objetivos principais do estudo foram:

1º - Saber se os médicos de família (internos e especialistas) concordam com a existência de formação curricular obrigatória em CPAL durante a formação especializada (pretende-se avaliar especificamente se concordam com formação obrigatória de modo a podermos contribuir para revisão de internato e integração de formação);

2º - Perceber se estão motivados para a sua concretização.

Secundariamente, definiram-se como objetivos:

1º - Perceber que tipo de formação em CPAL os médicos de família (internos e especialistas) consideram que deve existir: curso; estágio; ambos;

2º - Perceber quanto tempo consideram que deve ser alocado à formação em CPAL;

3º - Perceber em que programa de internato consideram que deve existir formação em CPAL;

4º - Perceber se existe diferença entre médicos internos e especialistas na perceção da importância de existir formação obrigatória em CPAL.

Não será questionado quais os temas / necessidades formativas, uma vez que este estudo tem como objetivo principal perceber se os participantes concordam com a existência de formação e não avaliar que tipo de matéria consideram mais relevante.

2.2. Tipo de Estudo

Estudo de natureza quantitativa, transversal e observacional através da aplicação de questionário autoadministrado e disponível online.

2.3. População e Amostra

A população-alvo do estudo incluiu médicos de família (internos e especialistas) que exerciam a profissão de MGF em Portugal.

Uma vez que não era possível ter acesso a todos os médicos que constituem a população-alvo, foi definida uma amostra mínima de 154 participantes. Optou-se por fazer o cálculo amostral com base num dos objetivos secundários: "Perceber se existe diferença entre médicos internos e especialistas na perceção da importância de existir formação obrigatória em CPAL". Com base nos resultados da dissertação de mestrado de Gaspar B (2019),[31] assumindo que a formação anterior poderá refletir a concordância com a existência de formação obrigatória em CPAL, estimou-se uma diferença de proporção de 22%.

Assim, para o teste do Qui quadrado para comparação de proporções entre duas amostras independentes, assumindo um nível de significância estatística <0,05, um poder de 80% e uma diferença de proporções de 22% foi preciso recrutar um mínimo de 154 participantes.

Assim, foram incluídos na amostra todos os médicos que responderam ao questionário até 18 de dezembro de 2022, sendo a amostra total constituída por 164 participantes.

Foram definidos como critérios de inclusão os internos ou especialistas de MGF que exerciam em Portugal e que respondessem ao questionário. Como critérios de exclusão definiram-se: ausência de resposta a "situação atual como profissional de saúde de MGF" ou questionários incompletos.

2.4. Material

2.4.1. Instrumento de Colheita de dados

Foi usado um questionário criado pela investigadora (não validado), disponível online e distribuído por plataformas digitais. O questionário foi alvo de um pré-teste com cinco médicos para verificar a sua compreensão.

O questionário era constituído por três partes: Parte I – Caracterização demográfica e profissional, Parte II – Importância de Formação em Cuidados Paliativos e Parte III – Programa de Formação em Cuidados Paliativos.

A caracterização demográfica e profissional dos participantes incluiu as seguintes variáveis independentes: idade (anos), género, nacionalidade, situação profissional, região onde exerce, local (urbano ou rural), tipo de prática (isolada/prática em grupo); formação em Portugal (Sim/Não); exerce em Portugal (Sim/Não); tempo de exercício.

Em função das questões de investigação e dos objetivos descritos foram consideradas como principais variáveis independentes:

Importância de Formação em CPAL:

- Concordância com a existência de formação curricular obrigatória em CPAL no internato de MGF, cuja resposta era Sim/Não.
- Opinião do MF sobre a importância de ter conhecimentos em CPAL, cuja resposta era Sim/Não.
- Grau de motivação para a existência de formação curricular, avaliada numa escala tipo Likert de 4 pontos, cuja resposta variava de "Muito motivado" a "Nada motivado".
- Opinião do MF sobre se realizaria mais CPAL caso existisse formação obrigatória, cuja resposta era Sim/Não.
- Opinião do MF sobre se pondera realizar formação em CPAL (não existindo formação curricular obrigatória), cuja resposta era Sim/Não.

Programa de Formação em CPAL:

- Natureza da formação em CPAL, cuja resposta variava entre "Formação opcional" ou "Formação obrigatória"
- Tipo de formação, cuja resposta variava entre "Teórica (curso curricular)", "Prática (estágio)" ou "Teórico-prática".
- Local de estágio, cuja resposta variava entre "Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos", "Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos" ou "Unidade de Cuidados Paliativos".
- Tempo de formação em horas que deveria ser alocado a Formação teórica (curso curricular), de resposta livre.
- Tempo de formação em semanas que deveria ser alocado a Formação Prática (estágio), de resposta livre.
- Integração na estrutura do programa de internato, cuja resposta variava entre "MGF1", "MGF2" ou "MGF3".

- Concordância com existência de formação obrigatória em CPAL pediátricos, cuja resposta era Sim/Não.

2.4.2. Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando a base de dados *Excel (Office 365, Microsoft® Corporation)*e o programa informático *Stata* versão 15 *(Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC)*. Foi realizada uma estatística descritiva para descrever e sintetizar os dados.

Com o objetivo de estudar a relação entre a variável "Concorda com a existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos no internato de MGF?" e as restantes variáveis, utilizou-se o teste exato de *Fisher's.*

Foi feita uma regressão logística multivariada entre a variável dependente "Concorda com a existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos no internato de MGF?" e diferentes variáveis independentes socio-demográficas e de perfil profissional.

Para estudar a relação entre o nível de motivação e tempo de curso (horas) e estágio (semanas) foi aplicado o teste de correlação de *spearman,* tendo em conta a natureza ordinal dos dados e não contínua.

2.4.3. Questões Éticas

O estudo não envolveu a colheita de informação de natureza pessoal que permitisse a identificação dos participantes. No questionário não foi feita colheita de endereços de email nem de outra informação que pudesse identificar os participantes. No texto introdutório do questionário estava mencionado que a participação era anónima e totalmente voluntária.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (Anexo 1).

2.4.4. Procedimento

O questionário foi divulgado através de plataformas digitais e esteve disponível para preenchimento durante cerca de 10 meses (fevereiro a dezembro de 2022).

Foi solicitada colaboração à Associação Portuguesa de MGF na divulgação do estudo e envio do link de acesso ao questionário para os endereços de correio eletrónico da população elegível.

O link foi enviado aos participantes com um texto introdutório onde estavam descritos os objetivos do estudo, informação sobre a identificação da investigadora, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, assim como a informação da obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (Anexo 1) e do Departamento de Investigação da Associação Portuguesa de MGF.

A colheita de dados foi realizada através de uma plataforma eletrónica com encriptação de toda informação, não incluindo os endereços eletrónicos. Este projeto de investigação não recebeu financiamento para a sua execução e foi identificado o seguinte cronograma:

Atividades a Desenvolver	**nov/dez 2020**	**nov/dez 2021**	**mar/abr 2022**	**mai/jun 2022**	**Julho 2022**
Apresentação do Projeto					
Finalização do Questionário					
Pré-teste					
Submissão à Comissão de Ética					
Colheita de dados					
Análise de dados					
Escrita do documento de Dissertação					
Submissão da Dissertação					

3. RESULTADOS

Foram obtidas 164 respostas, sendo duas excluídas (participantes não exerciam em Portugal). Assim, foram incluídas 162 respostas.

3.1. Caracterização dos Participantes

A caracterização demográfica consta da Tabela 1. Verificou-se um predomínio do sexo feminino (~85%), com idades abaixo dos 40 anos (79,6%) e a maioria era de Lisboa e Vale do Tejo (~70%).

Tabela 1 - Caracterização demográfica dos participantes (n=162)

CARACTERÍSTICAS		Nº	%
Idade	<30	48	30,2
	30-39	79	49,4
	40-49	16	10,5
	50-59	8	5,6
	≥ 60	11	7,4
Género	Feminino	138	85,2
	Masculino	24	14,8
Nacionalidade	Portuguesa	160	98,8
	Outra	2	1,3
Região do País	Norte	15	9,3
	Centro	15	9,3
	Lisboa e Vale do Tejo	113	69,8
	Alentejo	4	2,5
	Algarve	4	2,5
	Ilhas	11	6,8

Em relação ao perfil profissional, apresentamos em baixo (ver Tabela 2) os resultados obtidos. Foram considerados os parâmetros que pudessem influenciar a prestação de CPAL pelo médico, tais como situação atual enquanto profissional de MGF, anos de experiência, local e tipo de prática, se fez/está a fazer a formação de MGF em Portugal.

A maioria dos participantes tinha <5 anos de experiência profissional e era interno da especialidade de MGF, trabalhando em grupo, em ambientes urbanos e fez/estava a fazer a sua formação em Portugal (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização profissional dos participantes (n=162)

CARACTERÍSTICAS		Nº	%
Situação Profissional	Interno	83	51,2
	Assistente	53	32,7
	Assistente Graduado	22	13,6
	Assistente Graduado Sénior	4	2,5
Anos de experiência	<5 anos	94	58,0
	5-9 anos	32	19,8
	10-19 anos	17	10,5
	20-29 anos	10	6,2
	≥ 30 anos	9	5,6
Local de Prática	Urbano	128	79,0
	Rural	34	21,0
Tipo de Prática	Isolada	12	7,4
	Grupo	150	92,6
Fez / está a fazer formação em Portugal	Sim	158	97,5
	Não	4	2,5

3.2. Importância da formação em Cuidados Paliativos

Em relação à concordância com a existência de formação obrigatória em CPAL, destaca-se um grau muito elevado de concordância (n=143, 88,3%) (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Importância da formação em cuidados paliativos (n=162)

CARACTERÍSTICAS		Nº	%
Concorda com a existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos no internato de MGF?	Sim	143	88,3
	Não	19	11,7
Considera importante que um médico de família tenha conhecimentos em cuidados paliativos?	Sim	162	100
	Não	0	0
Existindo formação obrigatória no internato, qual o seu grau de motivação para a realização de curso/estágio nesta área?	Muito motivado	113	69,8
	Moderadamente motivado	43	26,5
	Pouco motivado	6	3,7
	Nada motivado	0	0
Caso existisse formação obrigatória em cuidados paliativos, considera que prestaria mais vezes cuidados paliativos aos seus utentes?	Sim	150	92,6
	Não	12	7,4
Não existindo formação obrigatória, pondera realizar formação opcional em cuidados paliativos?	Sim	80	49,4
	Não	9	5,6
	Já realizei	73	45,1

Todos os participantes consideram importante que um MF tenha conhecimentos em CPAL e a maioria está muito motivada ou moderadamente motivada para a realização de formação em CPAL (96,3%). A maioria dos participantes pondera realizar ou já realizou formação em CPAL (n=159, 98,1%) (ver Tabela 3).

Tabela 4 – Análise de associação entre a variável "Concorda com a formação obrigatória em cuidados paliativos" e as restantes variáveis em estudo

CARACTERÍSTICAS			Sim	Não	Total	*p*
Concordância com existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos	Idade	<30	43 (89,6%)	5 (10,4%)	48	**0,398**
		30-39	70 (88,6%)	9 (11,4%)	79	
		40-49	13 (81,3%)	3 (18,8%)	16	
		50-59	6 (75%)	2 (25%)	8	
		≥ 60	11 (100%)	0 (0%)	11	
	Género	Feminino	125 (90,6%)	13 (9,4%)	138	**0,040**
		Masculino	18 (75%)	6 (25%)	24	
	Nacionalidade	Portuguesa	141 (88,1%)	19 (11,9%)	160	**1,000**
		Outras	2 (100%)	0 (0%)	2	
	Região do país	Norte	14 (93,3%)	1 (6,7%)	15	**0,917**
		Centro	12 (80%)	3 (20%)	15	
		Lisboa e Vale do Tejo	99 (87,6%)	14 (12,4%)	113	
		Alentejo	4 (100%)	0 (0%)	4	
		Algarve	4 (100%)	0 (0%)	4	
		Ilhas	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11	
	Situação Profissional	Interno	70 (84,3%)	13 (15,7%)	83	**0,318**
		Assistente	50 (94,3%)	3 (5,6%)	53	
		Assistente Graduado	19 (86,5%)	3 (13,6%)	22	
		Assistente Graduado Sénior	4 (100%)	0 (0%)	4	
	Anos de experiência	<5 anos	80 (85,1%)	14 (14,9%)	94	**0,253**
		5-9 anos	31 (96,9%)	1 (3,1%)	31	
		10-19 anos	15 (88,2%)	2 (11,8%)	17	
		20-29 anos	8 (80%)	2 (20%)	10	
		≥ 30 anos	9 (100%)	0 (0%)	9	
	Local de Prática	Urbano	112 (87,5%)	16 (12,5%)	128	**0,766**
		Rural	31 (91,2%)	3 (8,8%)	34	
	Tipo de Prática	Isolada	131 (87,3%)	19 (12,7%)	150	**0,363**
		Grupo	12 (100%)	0 (0%)	12	
	Pondera realizar formação Cuidados Paliativos	Não	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9	**0,360**
		Sim	70 (87,5%)	10 (12,5%)	80	
		Já realizei	66 (90,4%)	7 (9,6%	73	
	Realizou formação	Não	77 (86,5%)	12 (13,5%)	89	**0,474**
		Sim	66 (90,4%)	7 (9,6%)	73	

Ao analisar a relação da variável "Concorda com a existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos no internato de MGF?" com as restantes variáveis apenas houve diferença estatisticamente significativa relativamente ao género feminino (p=0,040) (ver Tabela 4). Contudo esta diferença desapareceu na regressão logística de associação de todas as variáveis (Anexo 2).

Não houve diferença estatisticamente significativa na relação entre a variável "género" e as variáveis "Existindo formação obrigatória no internato, qual o seu grau de motivação para a realização de curso/estágio nesta área?" e "Caso existisse formação obrigatória em Cuidados Paliativos, considera que prestaria mais vezes Cuidados Paliativos aos seus utentes?" (ver Tabela 5).

Tabela 5 – Análise de associação entre a variável género e as variáveis grau de motivação e prestaria mais cuidados paliativos

CARACTERÍSTICAS			Fem	Masc	Total	*p*
Género	Existindo formação obrigatória no internato, qual o seu grau de motivação para a realização de curso/estágio nesta área?	Muito motivado	99 (71,7%)	14 (58,3%)	113	**0,317**
		Moderadamente motivado	34 (24,6%)	9 (37,5%)	43	
		Pouco motivado	5 (3,6%)	1 (4,2%)	6	
		Nada motivado	0 (0%)	0 (0%)	0	
	Caso existisse formação obrigatória em Cuidados Paliativos, considera que prestaria mais vezes cuidados paliativos aos seus utentes?					**0,389**
		Não	9 (6,5%)	3 (12,5%)	12	
		Sim	129 (93,5%)	21 (87,5%)	150	

Legenda: Fem – feminino; Masc – masculino

3.3. Programa de formação em Cuidados Paliativos

O tipo de formação considerada mais útil foi teórico-prática (92,6%) e os locais de estágio considerados mais úteis foram a ECSCP e a combinação de ECSCP e UCP (ver Tabela 6).

Em relação ao tempo sugerido para o curso curricular as respostas foram agrupadas nas seguintes categorias: <30h, 30-59, 60-89, 90-120 e ≥ 120. Houve cinco respostas consideradas inválidas (sem indicação de tempo). A maioria dos participantes (56,7%) considerou que o curso curricular deveria ter entre 30-59h, sendo que a maioria (n=56) sugeriu um curso com 30 horas (ver Tabela 6).

Em relação ao tempo para o estágio prática as respostas foram agrupadas em cinco categorias: < 2 semanas, [2-4[semanas, , [4-8[semanas, [8-12[semanas e ≥ 12 semanas.

Houve duas respostas consideradas inválidas (sem indicação de tempo). A maioria considerou que o estágio deveria ter entre 4-8 semanas (48,1%) (ver Tabela 6).

Em relação ao programa de internato, 50,6% dos participantes considerou que a formação em CPAL devia estar incluída no estágio de MGF3. A maioria (62,3%) considerou que não era útil a formação em CPAL pediátricos (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Tipo de formação em cuidados paliativos

CARACTERÍSTICAS		Nº	%
Que tipo de formação em cuidados paliativos considera que seria mais útil?	Teórica	8	4,9
	Prática	4	2,5
	Teórico-prática	150	92,6
Qual o local de estágio que considera que seria mais útil para realizar a formação prática?	ECSCP	89	54,9
	ECSCP + EIHSCP	6	3,7
	ECSCP + EIHSCP + UCP	15	9,3
	ECSCP + UCP	45	27,8
	UCP	7	4,3
No caso de existir um curso curricular, quantas horas considera que deveria ter o curso?	<30	28	17,8
	30-59	89	56,7
	60-89	23	14,7
	90-120	4	2,6
	≥ 120	13	8,3
	Total	157	100
No caso de existir estágio em cuidados paliativos durante o internato, quanto tempo em semanas, considera que deveria ter?	< 2 semanas	8	5,0
	[2-4[semanas	50	31,3
	[4-8[semanas	77	48,1
	[8-12[semanas	16	10,0
	≥ 12 semanas	9	5,6
	Total	160	100
Em que programa de internato considera que deveria haver formação em cuidados paliativos?	MGF1	3	1,9
	MGF2	77	47,5
	MGF3	82	50,6
Em relação a formação em cuidados paliativos pediátricos, considera que seria útil haver formação obrigatória?	Sim	61	37,7
	Não	101	62,3

Verificou-se uma correlação positiva entre o nível de motivação e o número de semanas de estágio (Figuras 1 e 2).

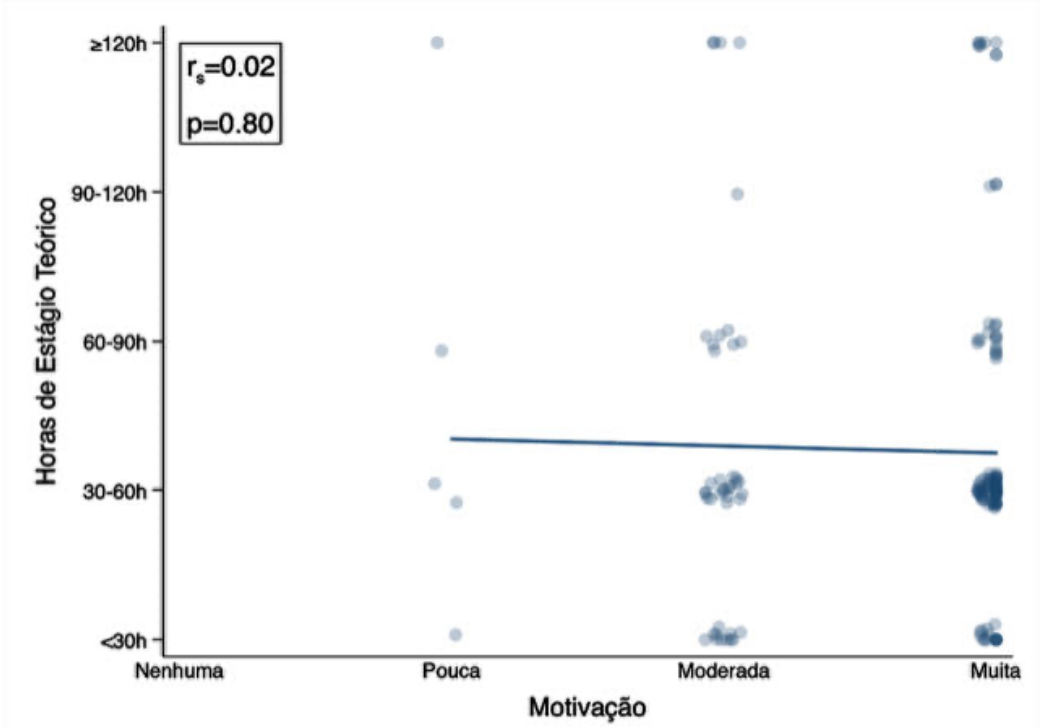

Figura 1. Correlação *spearman* entre grau de motivação e número de horas de curso teórico

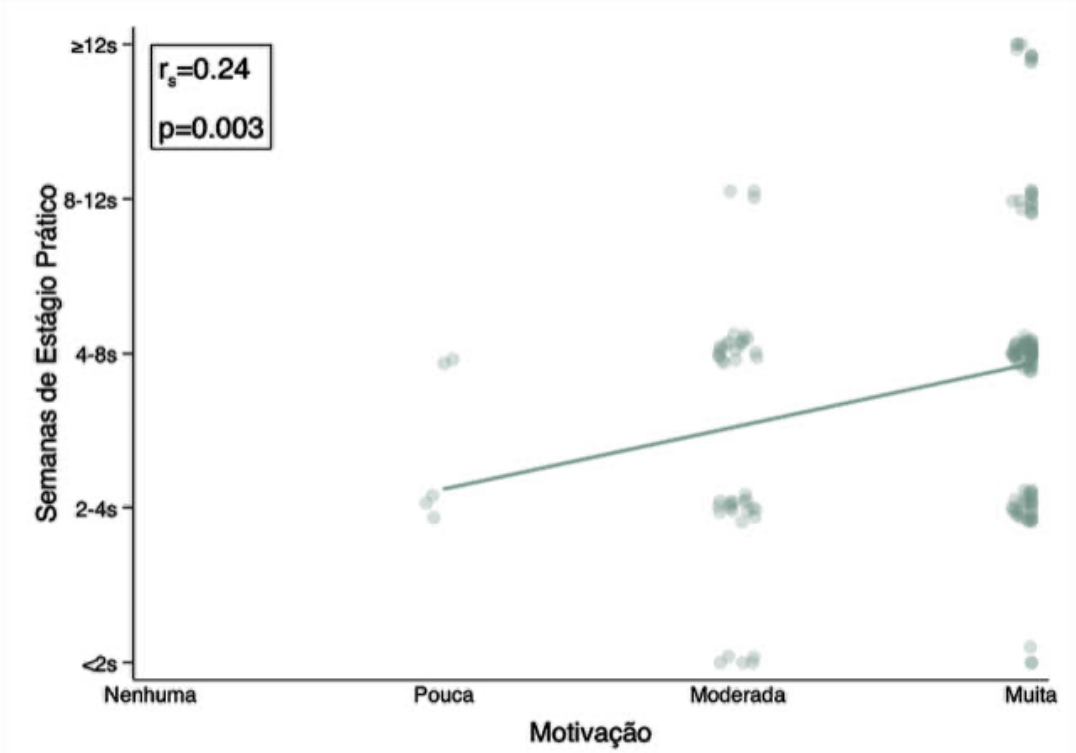

Figura 2. Correlação *spearman* entre grau de motivação e número de semanas de estágio prático

4. DISCUSSÃO

4.1. Resumo

Neste estudo com 162 participantes verificou-se um grau muito elevado de concordância com a existência de formação obrigatória (88,3%), estando a maioria dos MF muito motivado ou moderadamente motivado para a realização de formação em CPAL (96,3%).

4.2. Discussão dos principais resultados

Neste estudo houve um predomínio de médicos jovens com 79,6% com menos de 40 anos. A maioria dos MF era do sexo feminino (85,2%) e da região de Lisboa e Vale do Tejo (69,8%). Estes resultados são semelhantes aos de Gaspar B (2019) em que 51,9% dos participantes estava no grupo etário 30-39 anos, 78% era do género feminino e era da região de Lisboa e Vale do Tejo, embora menos significativo [31]. Estes resultados mostram um perfil semelhante de respondedores, o que pode refletir o tipo de divulgação realizado, nomeadamente recorrendo a plataformas digitais, o que tendencionalmente pode favorecer a participação dos médicos mais jovens. Em relação ao predomínio do sexo feminino estes resultados estão de acordo com os últimos dados da Ordem dos Médicos (dados de 2022)[34] que mostram uma maioria de mulheres (63,7%) na especialidade de MGF.

Em relação ao perfil profissional dos médicos, salienta-se uma maioria de internos (51,2%), seguindo-se os assistentes (32,7%). Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos médicos referiu ter menos de 5 anos de experiência (58,0%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Gaspar B (2019) que mostrou que a maioria dos médicos participantes eram internos (28,6%) e assistentes de MGF (49,7%) e tinha menos de 5 anos de experiência (41,6%).

Novamente estes dados mostram um perfil de médicos mais jovens o que se prende muito provavelmente com o facto da divulgação ser através de plataformas digitais, nomeadamente a plataforma do Dr. Share e divulgação pela APMGF por correio eletrónico e através da divulgação do link no site oficial. Tal favorece a participação de médicos jovens, os principais utilizadores das plataformas digitais.

Possivelmente, ao haver uma percentagem maior de médicos mais jovens a responder ao questionário, provavelmente mais sensibilizados para a formação, poderá haver um viés de repostas que favoreçam a concordância com a existência de formação obrigatória.

Em relação ao local de trabalho a maioria trabalha em ambiente urbano (79,0%) e predomina a prática em grupo (92,6%) o que está de acordo com a realidade nacional visto que a maioria dos médicos trabalha em zonas urbanas e em contexto de prática em grupo em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ou Unidades de Saúde Familiares (USF).

Em relação aos objetivos primários do estudo os resultados foram muito significativos, mostrando que 88,3% concorda com a existência de formação curricular obrigatória em CPAL e 96,3% está muito ou moderadamente motivados para a realização de formação em CPAL. De referir ainda que 92,6% considera que prestaria mais vezes CPAL aos seus utentes se tivesse formação nesta área.

Estes dados são independentes das outras variáveis em estudo, o que mostra que a concordância com a formação em CPAL é transversal e não depende da idade, nacionalidade, situação profissional, anos de experiência, região, local ou tipo de prática (Tabela 4). Apenas se verificou uma diferença estatisticamente significativa em relação ao género feminino, que deixa de existir após aplicação de uma correlação logística (Anexo 2). Perante esta diferença analisou-se também a relação entre a variável género e outras duas variáveis (ver Tabela 5) e constatou-se que não existe diferença estatisticamente significativa. Este dado pode significar que o género feminino esteja mais sensibilizado para a realização de formação, mas esta concordância não está relacionada com o grau de motivação. Ou seja, independentemente do género, a maioria está motivada e considera que prestaria mais CPAL se existisse formação obrigatória.

Estes dados são muito relevantes e vão ao encontro de outros estudos que mostraram que os MF estão motivados e consideram que têm um papel importante na prestação de CPAL aos seus utentes.

Na dissertação de mestrado de Gaspar B (2019), verificou-se que 62,7% dos MF tinha níveis elevados de motivação, sendo que a formação anterior era um fator de influência da disponibilidade dos médicos para prestar CPAL.[31] Dos 185 participantes, 45% referiu ter experiência em CPAL, embora 61,1% afirmasse que o fazia ocasionalmente; 64,9%

teve formação anterior em CPAL, e apenas 35% referiu sentir-se preparado para prestar CPAL.

No estudo de Schwill S *et al* (2020) foi realizada uma formação de dois dias a internos de MGF, tendo sido mostrado que seis meses após a formação 70% dos médicos classificava a formação como útil ou muito útil; no geral descrevia um aumento das suas competências comparativamente com o período anterior. De forma mais pormenorizada, descreveram um ganho na organização de prestação de cuidados em fim de vida e nas competências de gestão de sintomas ($p < 0.01$).[19]

Relativamente ao tipo de formação (Tabela 6), os participantes consideraram mais útil a existência de uma formação teórico-prática (92,6%). Em relação ao local de estágio a maioria considerou mais útil a formação em ECSCP e/ou UCP. Em relação ao tempo de curso a maioria (56,7%) considerou mais útil um curso entre 30-59h e em relação ao tempo de estágio a maioria (48,1%) considerou que deveria ter entre 4-8 semanas. Relativamente ao tempo de curso curricular pode haver um viés associado ao facto dos cursos curriculares com 30 ou mais horas terem maior valor curricular, o que pode ter levado a uma maior percentagem de repostas neste sentido. A maioria considerou ainda que a formação em CPAL deve acontecer durante o estágio de MGF3 (4º ano de internato). Verificou-se uma correlação positiva entre o grau de motivação e o tempo de estágio (Figuras 1 e 2). Isto demonstra que quanto maior a motivação, maior interesse em ter mais horas de estágio. Não se verificou esta correlação positiva com o número de horas de curso, podendo significar que os participantes estavam mais interessados na componente prática da formação em CPAL.

Estes resultados vão ao encontro do artigo de opinião de Castro RF *et al* (2022)[33] em que é sugerido um curso teórico com 30 horas de duração e um estágio com duração entre 2-4 semanas.

Perante os resultados obtidos neste estudo consideramos fundamental que haja uma revisão do programa de internato de MGF e que se considere a inclusão de formação obrigatória em CPAL. Não foram avaliadas neste estudo as necessidades formativas pelo que poderá ser útil realização de estudos no futuro que avaliem este tema. Contudo, um método sugerido por Gouveia M & Reis-Pina P (2023)[35], o método ACERTAR, poderá servir de base para a criação dos objetivos de um plano curricular em CPAL. Sabe-se das dificuldades de criação de estágios em equipas com capacidade formativa e existem Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que não têm ECSPC o que significaria a

articulação com outros ACES para que os seus internos pudessem estagiar em outras equipas. Apesar destas dificuldades, considera-se que este estudo mostrou de uma forma muito clara que existe muito interesse e motivação por parte dos MF para receber este tipo de formação. Assim, sugere-se um curso curricular com duração entre 30-59 horas e um estágio prático com a duração de cerca de 4 semanas.

4.3. A atuação do médico de família: o método ACERTAR

Os principais objetivos da formação em CPAL são capacitar o MF na identificação precoce dos utentes com necessidade paliativas, no correto acompanhamento e gestão de sintomas/sinais e na referenciação dos casos mais complexos. Tal como já referido, o método ACERTAR, uma abordagem sugerida por Gouveia M & Reis-Pina P (2023)[35] que permite facilitar a prestação de CPAL, poderá servir de base para a criação dos objetivos de um plano curricular em CPAL. Este método foi proposto para guiar o MF na prestação de CPAL aos utentes que identifique com necessidades paliativas e visa estruturar a forma de atuação do MF durante uma visita domiciliária (Figura 3).

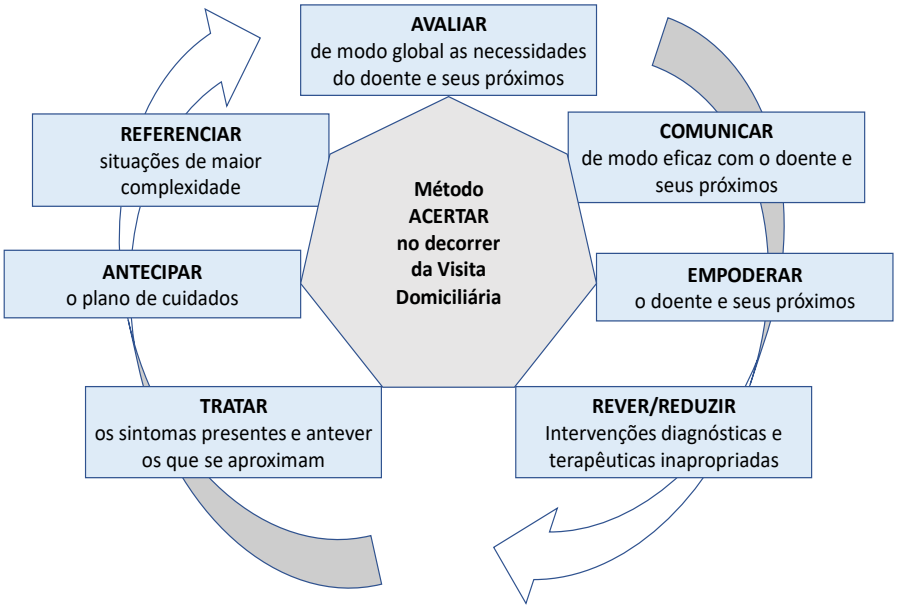

Figura 3. A atuação do Médico de Família em cuidados paliativos: o método ACERTAR

O método ACERTAR congrega sete objetivos (e intervenções decorrentes) da prestação de cuidados domiciliários: Avaliar; Comunicar; Empoderar; Reduzir; Tratar; Antecipar e Referenciar (ver Quadro 1). Este método pode servir de base aos objetivos de formação

em CPAL e como guia de prestação de cuidados uma vez que resume as principais intervenções que o MF deverá ao prestar CPAL aos seus utentes.

No centro da atuação do MF coloca-se a visita domiciliária por ser o local onde é possível uma maior proximidade com o doente, a sua família e o seu ambiente. Um estudo mostrou que a hipótese de o doente morrer em casa aumenta com o número de visitas realizadas pelo MF, o que reforça a importância desta atuação.[30]

Uma das competências nucleares do MF é a utilização de uma abordagem holística, em que se deverá utilizar um modelo biopsicossocial, tendo em conta também as dimensões existencial e cultural.[10] Assim, o MF estará, à partida, treinado para avaliar o doente e os entes próximos, com a aplicação deste modelo. É importante, contudo, não esquecer, que o MF deve treinar esta abordagem de uma forma contínua. Esta tarefa constitui um desafio nos dias de hoje, uma vez que existe alguma "pressão" para a realização de um grande número de consultas, sendo apenas avaliado a componente física do sofrimento individual. O MF deve colaborar com o enfermeiro de família, e com outros recursos da comunidade, nomeadamente o assistente social e o psicólogo, nas situações que assim o justifiquem. O intuito é avaliar as necessidades paliativas da díade doente-família.

Quadro 1. Descrição da Atuação do Médico de Família em cuidados paliativos segundo o método ACERTAR

Objetivos	Intervenções
Avaliar	- Avaliar as necessidades paliativas e atuar de forma holística. - Considerar globalmente os aspetos físicos, emocionais, familiares, sociais e espirituais.
Comunicar	- Comunicar claramente as questões relacionadas com o diagnóstico, progressão da doença e prognóstico, de acordo com a vontade do doente. - Trabalhar e ajustar expectativas do doente e da família. - Contribuir para aclarar as situações de conspiração do silêncio.
Empoderar	- Permitir o exercício de autonomia possível. - Desenhar os cuidados de acordo com as preferências do doente. - Esclarecer dúvidas, receios e mitos.
Rever/ Reduzir	- Desprescrever medidas que não se destinem ao conforto da pessoa humana e do seu controlo sintomático. - Perceber da necessidade de exames de diagnóstico pendentes. - Privilegiar cuidados em casa e diminuir ou espaçar as deslocações ao hospital/clínicas que não se destinem ao benefício do doente.
Tratar	- Medicar o doente visando o melhor interesse da pessoa humana. - Tratar os sintomas presentes. - Antecipar os sintomas que poderão eclodir ou reaparecer. - Tratar ou minorar os efeitos adversos da medicação.
Antecipar	- Discutir com o doente e a sua família as expectativas de fim de vida. - Elaborar um plano avançado de cuidados, explicando o que poderá acontecer com a progressão da doença.

	- Realizar Diretrizes Avançadas de Vontade, explicando a existência nacional do Testamento Vital. - Discutir o local para continuar a prestar cuidados, segundo a vontade do doente consciente. - Averiguar da preferência do local de morte.
Referenciar	- Reavaliar com frequência a situação do doente e entes próximos. - Solicitar consultoria nos casos de maior complexidade. - Referenciar as situações de difícil gestão no domicílio.

Outro dos pontos-chave em termos de atuação do MF é a sua capacidade de comunicar. Há evidência que mostra que a comunicação tem grandes benefícios nos indivíduos com doenças ameaçadoras da vida e suas famílias.[36] Assim, o MF deve desenvolver técnicas de comunicação adequadas que incluam a capacidade de escutar, de empatizar, de prestar apoio emocional e de saber resolver crises.[37] É importante o MF saber comunicar o diagnóstico e prognóstico de cada doença, de forma assertiva, adaptada a cada situação clínica, bem como saber trabalhar e ajustar as expectativas do doente e família.

Outro ponto importante que os autores propõem neste método é o empoderamento do doente e também da sua família / cuidador. Este é definido como um processo através do qual o doente ganha maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.[38] A relação que se estabelece entre o doente e o médico é um fator importante para a promoção da autonomia do doente.[39] O MF deverá, de forma proactiva, promover o empoderamento do doente através do esclarecimento de dúvidas, receios e mitos e desenhando os cuidados de acordo com as preferências do doente.[36]

Outro dos componentes-chave que o método ACERTAR propõe, na prestação de CPAL generalizados pelo MF, é a revisão regular da situação clínica e a redução do esforço terapêutico fútil também chamado de obstinação terapêutica e que é condenado deontologicamente quando se trata de decisões em fim de vida.[40] O MF deve dar enfoque à desprescrição dos fármacos cujos potenciais danos causados ultrapassam os benefícios para determinado doente. O MF deverá ter especial atenção a algumas classes de fármacos que podem deixar de ter benefício no fim de vida: estatinas, antiagregantes/anticoagulantes, inibidores da bomba de protões e hipoglicemiantes. A desprescrição deve ser aplicada sobretudo nos doentes em fim de vida e deve ser feita com critério ético-clinico, adequando os objetivos de cuidados para cada doente.[41]

Outro aspeto importante do método ACERTAR é o tratamento. Nos CSP os sintomas mais frequentemente descritos nos doentes com necessidades paliativas, no ultimo ano de

vida, são a dor, dispneia, náuseas, vómitos, obstipação, fadiga, ansiedade e depressão.[42,43] O MF deverá estar capacitado para gerir estes sintomas, através do conhecimento dos fármacos disponíveis, farmacocinética, vias de administração e posologia. Será importante a aprendizagem e treino com a via de administração subcutânea, ainda pouco utilizada em CSP. Para além de tratar os sintomas existentes é importante antecipar outros sintomas que possam eclodir ou reaparecer e é também importante monitorizar o aparecimento de eventuais efeitos secundários da medicação.

Em relação ao objetivo "antecipar" do modelo ACERTAR, é sabido que o MF - devido ao relacionamento de longa duração, mantido com os seus doentes e respetivos agregados familiares, - se encontra numa posição ideal para dar corpo a um Plano Avançado de Cuidados, preferencialmente numa fase precoce da doença [26]. Um estudo mostrou que os doentes se sentem confortáveis em discutir cuidados de fim de vida com o seu médico de família, quando a sua situação é estável.[44] O Plano é um processo continuo onde a situação clínica e o prognóstico do doente são revistos e as suas preferências são tidas em conta. Idealmente deve ser uma discussão conjunta entre o doente, profissionais de saúde e os familiares próximos e deve ocorrer longitudinalmente no percurso da doença.[45] O objetivo do Plano Avançado é ajudar a garantir que os doentes recebem os cuidados médicos que são consistentes com os seus valores, objetivos e preferências especialmente se existir uma doença ameaçadora da vida ou à medida que o fim de vida se aproxima.[46,47] Entre os pontos que devem ser abordados no Plano Avançado de Cuidados devem constar a escolha do local de preferência de cuidados em fim de vida e a realização de Diretrizes Avançadas de Vontade (Testamento Vital).[48]

Por último, o sétimo ponto-chave na atuação do MF, segundo o modelo ACERTAR, é a avaliação frequente da necessidade de consultoria ou referenciação para as ECSCP, sempre que a situação seja de maior complexidade ou caso o MF não se sinta capaz de prestar CPAL generalizados. Tal como já referido em cima, o PEDCP define que os doentes, de complexidade baixa a intermédia, deverão ser acompanhados pelo seu médico e enfermeiro de família e as situações de maior complexidade deverão ser acompanhadas pelas equipas específicas de CPAL.[2] É importante referir que mesmo que o doente não seja acompanhado pelas equipas especificas de CPAL, o MF pode e deve pedir consultoria a estas equipas sempre que a situação o justifique.

Em resumo, este método foi criado de modo a guiar o MF na prestação de CPAL aos seus utentes. Trata-se de um método simples de aplicar, que pode ser utilizado na realização

de vistas domiciliárias e que tem como objetivo estruturar intervenções paliativas que podem ser aplicadas aos utentes que o MF tenha identificado como tendo necessidade deste tipo de cuidados.

4.4. Limitações

Realçar que apesar de se ter atingido o número necessário de respostas, tendo sido conseguida uma amostra de 162 participantes, este número poderá ser pouco representativo da população-alvo. Esta limitação prende-se sobretudo com a dificuldade na divulgação generalizada do questionário através de plataformas digitais.

Poderá ser útil no futuro aplicar novo questionário tentando atingir um número mais significativo de MF de modo a poder corroborar a importância da criação de formação obrigatória durante o internato de MGF.

Também como limitações deste estudo o facto de ter sido feita uma análise principalmente descritiva tendo sido apenas aplicado testes estatísticos em relação em alguns pontos considerados mais relevantes.

Por outro lado, não foi usado um questionário pré-existente e validado. Para contornar esta situação foi construído um questionário partindo daquele que foi utilizado na dissertação de mestrado de Gaspar B (2019). Foi realizado também um pré-teste para avaliar a compreensão do questionário.

Neste estudo também não foi abordado que temas/necessidades formativas é que os MF considerariam mais relevantes num curso curricular, o que também poderá ser interessante de avaliar em estudos futuros.

5. CONCLUSÕES

Considera-se que foram atingidos os objetivos deste estudo, tendo sido mostrado que os MF apresentam um grau elevado de concordância (88,3%) com a existência de formação curricular obrigatória em CPAL. Esta concordância é transversal, não dependendo de outras variáveis. Este estudo mostrou também que os MF apresentam níveis elevados de motivação para a formação em CPAL e que prestariam mais CPAL se tivessem mais formação.

A maioria dos MF considera mais útil a realização de formação teórico-prática (curso teórico de 30-59 horas) e estágio prático em ECSCP e/ou UCP entre 4-8 semanas.

Os autores propõem uma revisão do programa de formação especializada em MGF e a integração de formação teórico-prática (curso curricular com 30-59 horas) e um estágio prático em ECSCP e/ou UCP com duração mínima de 4 semanas.

6. PUBLICAÇÕES RELEVANTES

1. Castro RF, Esteves AC, Gouveia M, Reis-Pina P. Why is Palliative Care Training During the Portuguese Family Medicine Residency Program Not Mandatory? Acta Médica Port. 2022;35:87–8.
2. Gouveia M, Reis-Pina P. A atuação do Médico de Família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. Rev Port Med Geral Fam 2023;39(1):84-90.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Lei n.o52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República 1a Série. 172, 2012.
2. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos, Biénio 2019-2020. [cited 2020 May 5]; Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf
3. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Eur J Palliat Care. 2009;16:278–89.
4. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde, 2018.
5. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson I. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013; Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2
6. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martínez-Muñoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia World Health Organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. J Pain Symptom Manage. 2012;43:783–94.
7. Higginson IJ, Daveson BA, Morrison RS, Yi D, Meier D, Smith M, et al. Social and clinical determinants of preferences and their achievement at the end of life: prospective cohort study of older adults receiving palliative care in three countries. BMC Geriatr. 2017;17:271.
8. Gomes B, Sarmento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Epidemiological study of place of death in Portugal in 2010 and comparison with the preferences of the Portuguese population. Acta Med Port. 2013;26:327–34.
9. Ferreira RF de C da C. Morte no domicílio em Portugal : a congruência entre preferência e realidade e as características associadas [Internet] [masterThesis]. 2018 [cited 2023 Jan 15]. Available from: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32314?mode=full
10. EURACT. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar – versão reduzida. 2005.

11. Rebelo L. O médico de família do futuro: três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais. Rev Port Med Geral E Fam. 2001;17:159–62.

12. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Rev Port Med Geral Fam. 2005;21:511–6.

13. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. [Internet]. 2011. Available from: https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

14. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1989.

15. Ramanayake RPJC, Dilanka GVA, Premasiri LWSS. Palliative care; role of family physicians. J Fam Med Prim Care. 2016;5:234.

16. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodriguez NC. The role of the family doctor in the palliative care of chronic and terminally ill patients. Semergen. 2019;45:349–55.

17. Le B, Eastman P, Vij S, McCormack F, Duong C, Philip J. Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. Aust Fam Physician. 2017;46:51–5.

18. Thoonsen B, Gerritzen S, Vissers K, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: secondary outcomes of an RCT. BMJ Support Palliat Care. 2019;9:e18.

19. Schwill S, Reith D, Walter T, Engeser P, Wensing M, Flum E, et al. How to ensure basic competencies in end of life care - a mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. BMC Palliat Care. 2020;19:36.

20. Gold Standard Framework - PIG - Proactive Identification Guidance Registration Form [Internet]. [cited 2020 Mar 14]. Available from: http://www.goldstandardsframework.org.uk/pig

21. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ. 2010;341:c4863.

22. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013;3:300–8.

23. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for PAlliative Care Needs (RADPAC). Br J Gen Pract. 2012;62:e625–31.

24. SPICT-PTTM [Internet]. SPICT. 2019 [cited 2020 May 4]. Available from: https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/

25. André P, Reis Pina P. Prevalência e características das pessoas com necessidades paliativas internadas em serviços hospitalares generalizados : contributo para a tradução e validação da ferramenta NECPAL-CCOMS-ICO© para a população portuguesa. 2018 [cited 2020 May 4]; Available from: https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37857

26. Murray SA, Sheikh A. Care for all at the end of life. BMJ. 2008;336:958–9.

27. Vleminck AD, Pardon K, Beernaert K, Deschepper R, Houttekier D, Audenhove CV, et al. Barriers to Advance Care Planning in Cancer, Heart Failure and Dementia Patients: A Focus Group Study on General Practitioners' Views and Experiences. PLOS ONE. 2014;9:e84905.

28. Burt J, Shipman C, White P, Addington-Hall J. Roles, service knowledge and priorities in the provision of palliative care: a postal survey of London GPs. Palliat Med. 2006;20:487–92.

29. Peter S, Volkert AM, Pfaff H, Radbruch L, Rolke R, Voltz R, et al. General Practitioners' Perspectives on General and Specialized Palliative Home Care in North Rhine, Germany: An Explorative Focus Group Study. Am J Hosp Palliat Care. 2020;1049909120920541.

30. Kjellstadli C, Allore H, Husebo BS, Flo E, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners' provision of end-of-life care and associations with dying at home: a registry-based longitudinal study. Fam Pract. 2020;

31. Gaspar DBP. Motivação profissional para a prestação de cuidados paliativos: a experiência dos médicos de família. Lisb Port Fac Med Universidade Lisb [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 17]; Available from: https://repositorio.ul.pt/handle/10451/39638

32. Portaria no 125/2019 de 30 de abril (Portugal). Diário da República no 83/2019, Série I [Internet]. [cited 2020 Aug 16]. Available from: https://dre.pt/application/conteudo/122195237

33. Castro RF, Esteves AC, Gouveia M, Reis-Pina P. Why is Palliative Care Training During the Portuguese Family Medicine Residency Program Not Mandatory? Acta Médica Port. 2022;35:87–8.

34. Estatísticas Nacionais – Ordem dos Médicos [Internet]. [cited 2023 Jan 22]. Available from: https://ordemdosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/#1505070622822-9e31b1b1-6d1a

35. Gouveia M, Reis-Pina P. A atuação do médico de família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. Rev Port Med Geral E Fam. 2023;39:84–90.

36. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. Postgrad Med J. 2016;92:466–70.

37. Barbosa A, Reis Pina P, Tavares F, Galriça Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 3a Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.

38. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.

39. Alexander JA, Hearld LR, Mittler JN, Harvey J. Patient–Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness. Health Serv Res. 2012;47:1201–23.

40. Código Deontológico, Ordem dos Médicos, Regulamento n.o 14/2009. Diário da República, 2.a série - N.o 8 - 13 de Janeiro de 2009, Artigo 58.o.

41. Romero I. “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. Med Interna [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 22];25. Available from: http://revista.spmi.pt/site/

42. Ewing G, Rogers M, Barclay S, McCabe J, Martin A, Campbell M, et al. Palliative care in primary care: a study to determine whether patients and professionals agree on symptoms. Br J Gen Pract. 2006;56:27–34.

43. Edmonds P, Karlsen S, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. Palliat Med. 2001;15:287–95.

44. Michiels E, Deschepper R, Van Der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander Stichele R, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. Palliat Med. 2007;21:409–15.

45. Advance care planning and advance directives - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives

46. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-832.e1.

47. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance Care Planning in the Elderly. Med Clin North Am. 2015;99:391–403.

48. Lei n.o 25/2012 de 16 de Julho. Diário da República, 1.a série. 136, 2012.

8. APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Instrumento de colheita de dados

Formação curricular em cuidados paliativos no internato de Medicina Geral e Familiar

Para médicos internos e especialistas em Medicina Geral e Familiar:

No âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, gostaríamos de pedir a sua participação no estudo intitulado "Formação curricular em Cuidados Paliativos no internato de Medicina Geral e Familiar", a ser desenvolvido pela aluna Maria Gouveia.

Este estudo tem como objetivos principais saber se os médicos internos e especialistas em Medicina Geral e Familiar consideram importante a existência de formação curricular obrigatória em Cuidados Paliativos durante o internato e se estão motivados para a sua concretização. Assim, contamos com a colaboração dos colegas médicos de Medicina Geral e Familiar que estejam a exercer em Portugal.

A sua participação é totalmente voluntária e consiste no preenchimento de um breve questionário online com uma duração aproximada de 5 minutos. Não existem respostas certas nem erradas, o nosso objetivo é conhecer a sua opinião.

Este estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa e do Departamento de Investigação da APMGF.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e os resultados deste estudo serão posteriormente submetidos a revistas científicas com revisão por pares.

Caso já tenha recebido ou venha a receber convites para participar neste estudo através das redes sociais, ou por outros canais, não deverá participar mais de uma vez.

O questionário estará disponível até ao dia 18/12/2022, e não aceitará mais respostas a partir dessa altura.

Se desejar algum esclarecimento adicional, por favor envie email para mariagouveia@edu.ulisboa.pt.

A sua participação é muito importante. Agradecemos a sua colaboração.

Maria Gouveia
(Investigadora principal)
Faculdade de Medicina de Lisboa
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Caso aceite participar neste estudo e consinta a utilização da informação recolhida neste questionário no âmbito do projeto acima referido, assinale em baixo.

*Obrigatório

1. Aceita participar: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim

PARTE I - Caracterização profissional

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ < 30
- ◯ 30-39
- ◯ 40-49
- ◯ 50-59
- ◯ ≥ 60

3. Género: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Feminino
- ◯ Masculino
- ◯ Outra: _____

4. Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Portuguesa
- ◯ Outra: _____

5. Qual a sua situação atual enquanto profissional de Medicina Geral e Familiar (MGF): *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Interno Formação Específica
- ◯ Assistente
- ◯ Assistente Graduado
- ◯ Assistente Graduado Sénior

6. Está neste momento a exercer a profissão de MGF em Portugal: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

7. Qual a região onde exerce: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Norte
- ◯ Centro
- ◯ Lisboa e Vale do Tejo
- ◯ Alentejo
- ◯ Algarve
- ◯ Região Autónoma dos Açores
- ◯ Região Autónoma da Madeira
- ◯ Outra: _____

8. Local que mais se adequa à sua prática: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Urbano
- ◯ Rural

9. Em que tipo de prática se enquadra: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Isolada (extensão de saúde, consultório privado, outros)
- ◯ Prática em grupo (UCSP/USF, outro tipo de prática que considere ser em grupo)

10. Fez ou está a fazer a sua formação em MGF em Portugal *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

11. Quantos anos tem de experiência em MGF: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ < 5
- ◯ 5-9
- ◯ 10-19
- ◯ 20-29
- ◯ ≥ 30

PARTE II - Importância da formação em Cuidados Paliativos

12. Concorda com a existência de formação curricular obrigatória em cuidados paliativos no internato de MGF? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

13. Considera importante que um médico de família tenha conhecimentos em Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

14. Existindo formação obrigatória no internato, qual o seu grau de motivação para a realização de curso/estágio nesta área? Caso já seja especialista qual o grau de motivação que acha que teria enquanto interno? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Muito motivado
- ◯ Moderadamente motivado
- ◯ Pouco motivado
- ◯ Nada motivado

15. Caso existisse formação obrigatória em Cuidados Paliativos, considera que prestaria mais vezes Cuidados Paliativos aos seus utentes? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

16. Não existindo formação obrigatória, pondera realizar formação opcional em Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Já realizei

PARTE III - Programa de formação em Cuidados Paliativos

17. Que tipo de formação em Cuidados Paliativos considera que seria mais útil? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Teórica (curso curricular)
- ◯ Prática (estágio)
- ◯ Teórico-prática (curso e estágio)

18. Qual o local de estágio que considera que seria mais útil para realizar a formação prática? (pode selecionar mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- ☐ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- ☐ Unidade de Cuidados Paliativos

19. No caso de existir um curso curricular, quantas horas considera que deveria ter o curso? *

_____

20. No caso de existir estágio em Cuidados Paliativos durante o internato, quanto tempo em semanas, considera que deveria ter? *

_____

21. Em que programa de internato considera que deveria haver formação em Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ MGF1 (1º ano)
- ◯ MGF2 (2º e 3º anos)
- ◯ MGF3 (4º ano)

22. Em relação a formação em Cuidados Paliativos Pediátricos, considera que seria útil haver formação obrigatória? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo 1 – Aprovação pela Comissão de Ética do CAML

CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA

Presidente
Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Vice-Presidente
Profª. Doutora Helena Cortez-Pinto

Membros
Profª. Doutora Ana Isabel Lopes
Doutora Carla Fonseca
Profª. Doutora Claudia Sofia Oliveira Dias Monge
Prof. Doutor Daniel Caldeira
Profª Doutora Dulce Brito
Mestre Enfermeira. Graça Reldão
Prof. Doutor João Lavinha
Dra. Laura Silva Dias
Profª. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Exma. Senhora

Dra. Maria Freire Brinco Folque de Gouveia

UCSP Alcântara

ACES - Lisboa Ocidental e Oeiras.

Lisboa, 17 de Fevereiro de 2022

Nossa Refª. Nº 399/21

Assunto: Projeto "Formação curricular em cuidados paliativos no Internato de Medicina Geral e Familiar"

Relator: *Mestre Enfermeira Graça Reldão*

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião ocorrida em 4 de Fevereiro de 2022, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamente (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

COMISSÃO DE ÉTICA DO CAML
AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA
TEL. - 21 780 56 05; FAX - 21 780 56 90
ana.pimentel@chln.min-saude.pt

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo 2 – Regressão logística entre a variável "formação obrigatória" e as restantes variáveis

formacao_obrigatoria	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf. Interva
idade					
2	.4627127	.3149761	-1.13	0.258	.1218666 1.7568
3	.2056902	.2294219	-1.42	0.156	.0231102 1.8307
4	.0403665	.0965297	-1.34	0.180	.000372 4.3805
5	1	(empty)			
2.sexo	.3180537	.2059461	-1.77	0.077	.0893985 1.1315
situacao					
2	3.530657	3.666183	1.21	0.224	.4612966 27.022
3	4.357233	9.283075	0.69	0.490	.0669465 283.59
4	1	(empty)			
regiao					
2	.1372865	.1850648	-1.47	0.141	.0097767 1.9278
3	.3147623	.3768183	-0.97	0.334	.0301276 3.2885
4	1	(empty)			
5	1	(empty)			
6	.3404754	.5447053	-0.67	0.501	.0148014 7.831
2.local	1.296873	1.008254	0.33	0.738	.2825734 5.9520
2.pratica	1	(empty)			
experiencia					
2	2.443263	3.274559	0.67	0.505	.1766671 33.789
3	.9856238	1.506824	-0.01	0.992	.0492484 19.725
4	1	(omitted)			
5	1	(empty)			
1.realizou	1.070865	.5958128	0.12	0.902	.359865 3.1866
_cons	28.01566	35.77827	2.61	0.009	2.292702 342.33