

LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Perceção de Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal
acerca das suas Competências em Cuidados Paliativos**

Ana Carolina Chehuan de Barros Silva

Orientador: Prof. Doutor Miguel Barbosa

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

2021

Faculdade de Medicina Lisboa

Dissertação Original - Mestrado em Cuidados Paliativos

**Perceção de Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal
acerca das suas Competências em Cuidados Paliativos**

Ana Carolina Chehuan de Barros Silva

Orientador: Prof. Doutor Miguel Barbosa

2021

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa, em Reunião de 23 de fevereiro de 2021”.

Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos colegas médicos que disponibilizaram o seu tempo a responder à pesquisa que norteou esse trabalho.

Posteriormente, ao meu orientador Professor Doutor Miguel Barbosa, que sempre esteve disponível e colaborativo com minhas dúvidas e demandas.

Também devo referir as minhas colegas de turma de mestrado, Rita Abelho, Catarina Esparteiro, Rita Massapina, Deolinda Silva, Rita Ribeiro e Graça Patrício. Com elas compartilhei almoços, estudos, angústias e aprendi importantes conceitos da cultura médica portuguesa, informações de suma importância para uma brasileira a viver em Portugal.

Aos meus pais, que com amor infinito, cada um à sua maneira, me fazem sentir ser uma pessoa especial no mundo diariamente.

Agradeço também o apoio incondicional, nos momentos críticos desta pesquisa, de Ana Helena Figueiredo, Thaina Miranda e Rosa Maria Marcusso. São profissionais admiráveis e realmente inspiradoras.

Por fim, não posso deixar de dedicar essa dissertação ao meu marido, Diego Guerra, meu companheiro de vida. Com o seu olhar extremamente crítico, faz-me crescer, desafiando-me a ser sempre uma pessoa e profissional melhor.

RESUMO

Objetivo: Medicina Geral e Familiar (MGF) e Cuidados Paliativos (CP) são duas áreas do conhecimento médico que estão altamente interligadas. Tendo em vista a alta resolutividade esperada dos Cuidados de Saúde Primários e o incremento no número de doentes com necessidades paliativas, é esperado que os internos de MGF findem a formação específica sentindo-se seguros em gerir a maior parte das necessidades paliativas dos seus doentes ou que saibam o momento adequado para referenciá-los para as equipas especializadas em CP. O presente estudo tem como objetivo avaliar as perceções dos internos de MGF de Portugal sobre o seu grau de preparação em Ações Paliativas e CP Gerais.

Método: Os internos da especialização em MGF, em 2019, foram convidados a responder um questionário online com 22 itens, sendo os 6 primeiros referentes a questões sociodemográficas; 14 itens sobre Gestão de Sintomas, Nutrição Paliativa, Avaliação de Prognóstico, Comunicação, Luto e Trabalho em Equipa; e 2 itens sobre a formação em CP.

Resultados: Obteve-se amostra de 109 internos. A média global da autoperceção do grau de preparação em CP foi de 2,72. O Luto ($M = 3,52$) foi a área em que se verificou o maior grau de preparação, seguido do Trabalho em Equipa ($M = 2,88$), Comunicação ($M = 2,87$), Gestão de Sintomas ($M = 2,71$), Avaliação de Prognóstico ($M = 1,86$) e Nutrição Paliativa ($M = 1,80$). Para 95,4% da amostra, a área dos CP é total ou parcialmente relevante na formação do médico de família. No entanto, 76,1% dos participantes não realizaram nenhuma disciplina ou estágio em CP durante a formação pré-graduada, 11,0% tiveram CP como disciplina ou estágios obrigatórios e 12,9% como disciplina ou estágios opcionais. No que concerne a formação específica em MGF, 51,4% dos participantes nunca realizaram disciplinas ou estágios em CP, 3,7% tiveram como disciplina ou estágios obrigatórios e 45,0% tiveram como disciplina ou estágios opcionais. Observou-se diferenças significativas em algumas temáticas ao se comparar as 5 regiões de Portugal, além de um aumento das médias da autoperceção de conhecimentos em CP ao longo dos 4 anos de internato, assim como daqueles que realizaram estágios em CP em relação aos que não realizaram. Para 87,2% dos participantes, o momento ideal para obter formação específica em CP é na formação pré-graduada e específica em MGF.

Conclusões: Os internos de MGF demonstraram uma autoperceção de conhecimentos insuficiente em CP. Muito embora a grande maioria considere relevante o contacto com os CP durante a formação pré e pós-graduada, os resultados indicam que apenas uma minoria frequentou disciplinas ou estágios em CP na formação pré-graduada, enquanto o índice de contacto obrigatório com CP durante a formação específica em MGF foi baixo. Os resultados

indicam que os CP constituem uma lacuna na formação médica em Portugal, e em particular dos médicos de família, apesar da sua elevada relevância prática na atualidade.

Palavras-chave: Internato; Medicina Geral e Familiar; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: General and family medicine (GFM) and Palliative Care (PC) are two areas of medical knowledge that are highly interconnected. In view of the expected high resolvability of Primary Health Care and the increase in the numbers of patients with palliative needs, it is expected that GFM residents will complete their specific training feeling confident in handling the majority of their patients' palliative demands or knowing the adequate moment to refer them to the teams specialized in PC. Thus, the present study has as its main objective to evaluate the perceptions of GFM residents in Portugal regarding their level of preparation in PC Approach and General PC.

Method: Residents of the GFM specialization in 2019 were invited to answer an online questionnaire with 22 items, the first 6 referring to sociodemographic questions; 14 items were assessments using the Likert scale, with 5 points addressing the themes of Symptom Management, Palliative Nutrition, Prognosis Assessment, Communication, Grief and Teamwork; and 2 items about PC training.

Results: The sample was of 109 residents. The global average of self-perceived level of preparation in PC was 2.72. Grief ($M = 3.52$) was the topic with highest level of preparation, followed by Teamwork ($M = 2.88$), Communication ($M = 2.87$), Symptom Management ($M = 2.71$), Prognosis Assessment ($M = 1.86$) and Palliative Nutrition ($M = 1.80$). For 95.4% of the sample, PC is totally or partially relevant in the training of family doctors. However, 76.1% of participants claimed not to have taken any classes or internships in PC during their undergraduate training, while 11.0% had PC as a mandatory class or internship and 12.9% as an optional class or internship. In GFM specific training, 51.4% indicated they had no classes or internships in PC, 3.7% had mandatory classes or internships, and 45.0% optional classes or internships. Significant differences were observed in some themes when comparing the 5 regions of Portugal, in addition to an increase in the means of self-perceived knowledge in PC over the 4 years of internship, as well as those who did internships in PC compared to those who did not performed. For 89.7% of the participants, the ideal moment to study PC is during both undergraduate and specific training in FGM.

Conclusions: FGM residents showed insufficient self-perceived level of preparation in PC. Although the vast majority considered contact with PC during under and postgraduate training to be relevant, the questionnaire revealed that only a minority had classes or internships in PC during undergraduate training, while the percentage of mandatory contact with PC during

the FGM specialization was low. The results indicate that PC are a gap in medical training in Portugal, and in particular for family doctors, despite its high practical relevance today.

Keywords: Internship; General and Family Medicine; Palliative Care.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Relação entre região do país e ano do internato	12
Tabela 2 – Relação entre o ano do internato e a formação específica	14
Tabela 3 – Autopercepção do grau de preparação em CP	14
Tabela 4 – Média da autopercepção do grau de preparação por tema.....	16
Tabela 5 – Autopercepção do grau de preparação em CP por tema e região do país.....	16
Tabela 6 – Autopercepção do grau de preparação em CP por tema e ano do internato	17
Tabela 7 – Autopercepção do grau de preparação em CP por tema e formação pré-graduada..	17
Tabela 8 – Autopercepção de conhecimentos em CP por temática de conhecimento e formação específica em MGF.....	18

SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária em Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CP – Cuidados Paliativos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

MF - Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPICT - Supportive and Palliative Care Indicators Tool

WONCA - *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*

SUMÁRIO

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1 Medicina Geral e Familiar	1
1.2. Cuidados Paliativos.....	2
1.3. Os Cuidados Paliativos e a Medicina Geral e Familiar	3
1.4. Os Cuidados Paliativos na Formação Médica e de Medicina Geral e Familiar	6
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	8
2.1 Problemática, questões e objetivos do estudo.....	8
2.2 População Alvo e Amostra	9
2.3 Tipo de Estudo	9
2.4 Instrumento de Recolha de Dados	9
2.5 Procedimento	10
2.6 Tratamento de Dados	10
2.7 Aspetos Éticos.....	10
3 RESULTADOS	12
3.1 Apresentação dos Resultados.....	12
3.1.1 Dados sociodemográficos	12
3.1.2 Autoperceção do grau de preparação	14
3.1.3 Formação Médica.....	18
3.2 Discussão	19
3.3 Limitações, implicações e futuros estudos	23
3.4 Conclusão.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO I - Consentimento Informado	30
ANEXO II - Questionário	32
ANEXO III - Autorizações.....	47
Anexo 3.1.....	47
Anexo 3.2.....	49
Anexo 3.3.....	50
Anexo 3.4.....	51
Anexo 3.5.....	52

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Medicina Geral e Familiar

A última definição europeia de Medicina Geral e Familiar (MGF) acrescenta à definição anterior que

Médicos de Família ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços” (WONCA Europa, 2002:11).

Ainda nesta temática, o WONCA Europa descreve as seguintes atribuições do Médico de Família:

- a) ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;
- c) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- d) ter um processo de Consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva;
- e) ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente;
- f) possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- g) gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;
- h) gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;
- i) promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas.
- j) ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.
- k) lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (WONCA Europa, 2002:6).

Quando se observa sistemas de saúde baseados em cuidados de saúde primários efetivos, com Médicos de Família bem treinados e atuando ativamente na comunidade, é possível identificar uma prestação de cuidados mais produtiva clinicamente, assim como mais

económica, se comparada com sistemas pouco orientados para os cuidados primários (Starfield, 1998).

1.2. Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares face aos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de avaliação completa, controlo da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado é guiado pela qualidade de vida definida pelo indivíduo, biopsicossocial e espiritualmente (WHO, 1990).

Segundo as normas da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (Radbruch & Payne, 2009), existem três tipos possíveis de assistência paliativa:

1- Ações Paliativas: correspondem a cuidados que integram métodos e procedimentos em ambientes não especializados em cuidado paliativo. Incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo dos sintomas, a comunicação eficaz com o doente, família e com outros profissionais de saúde, assim como a tomada de decisão e a definição de metas de acordo com os princípios dos Cuidados Paliativos;

2- Cuidados Paliativos Gerais: são fornecidos por profissionais de saúde primários e especialistas que tratam doentes com doenças que os colocam em risco de vida, como geriatras e oncologistas, detentores de bons conhecimentos e competências em cuidados paliativos básicos, mas cujo principal foco de seu trabalho não envolve os CP;

3- Cuidados Paliativos Especializados: são fornecidos por serviços especializados a pessoas com doenças progressivas incuráveis, que tratam proativamente os sintomas e os efeitos dos mesmos sobre os doentes e as suas famílias/ seus cuidadores. Os serviços de cuidados paliativos especializados requerem uma abordagem em equipa, combinando atenção multiprofissional e abordagem interdisciplinar de trabalho. Os membros da equipa devem ser altamente qualificados e considerar os CP como o foco principal de trabalho.

A temática central dos CP torna-se, assim, o cuidar. Os seus objetivos principais são: o controlo sintomático eficaz; a prestação de apoio psicológico, social e espiritual; visão da morte como um processo natural da vida; prática preferencial de ortotanásia; estímulo à construção de rede de apoio para uma vida tão ativa quanto possível; e fornecimento de apoio familiar durante o processo de doença, morte e luto. Estes objetivos visam proporcionar à pessoa com doença grave, avançada e incurável e à sua família um apoio total e integral, tendo como pilares

a Comunicação, o Trabalho em Equipa, o Controlo de Sintomas e o Apoio Familiar (Radbruch & Payne, 2009).

1.3. Os Cuidados Paliativos e a Medicina Geral e Familiar

Ao analisar-se as perspetivas de cuidados disponibilizados pelos Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Paliativos, observamos importantes pontos de aproximação entre os mesmos, como a avaliação biopsicossocial, comunicação eficaz, respeito pela autonomia do indivíduo e valorização da família. É possível perceber também uma importante relação dos CSP com a prática dos CP Gerais, frequentemente observada no contexto das visitas domiciliárias dos médicos de família.

A abordagem biopsicossocial permite não só a gestão de sintomas, como também o tratamento de problemas psíquicos, sociais, culturais e espirituais. O cuidado domiciliar pode propiciar dignidade no processo de morte, ao permitir maior conforto, segurança e contacto com a família. Pela sua forma de atuação integrada com os demais serviços de saúde, o médico de família tem, portanto, a capacidade de coordenar o cuidado do doente em CP, de forma a garantir acesso, orientação, proximidade e segurança durante o processo da doença, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Hennemann-Krause, et al., 2016).

Os médicos de família devem certificar-se do estado psicológico dos doentes paliativos e cuidadores, o que pode ser feito à beira do leito, comunicando efetivamente enquanto mostra suas preocupações, tocando o doente quando apropriado e ouvindo ativamente os medos, frustrações, esperanças e necessidades do mesmo. Os doentes devem ter esperança quando for possível, para que possam viver o resto de suas vidas com boa saúde psicológica. Por isso, os médicos dos CSP podem tranquilizar o paciente e deixá-lo confortável. Na verdade, algumas famílias chegam mesmo a considerar o seu médico de família como um amigo (Ramanayake et al., 2016).

No século passado, o MF era o profissional naturalmente encarregado de aliviar o sofrimento dos utentes com doença terminal. O lar era o lugar para morrer de causas naturais. No entanto, com o aumento da complexidade do binómio tratamentos/ sintomas e uma negação geral nas sociedades ocidentais da inevitabilidade da morte, os CP foram, até certo ponto, institucionalizados e especializados. Enquanto os CSP têm um grande potencial para aceder e fornecer CP eficazes aos doentes, uma vez que podem atingir utentes com todas as doenças potencialmente fatais, os CP devem ter início no momento do diagnóstico, atendendo a todas as dimensões da necessidade - física, social, psicológica e espiritual. Os CSP são praticados em

clínicas, lares e em casas, evitando admissões hospitalares desnecessárias, apoiando os cuidadores familiares e fornecendo apoio em situação de luto (Brogaard et al., 2016).

Reymond et al. (2018) listaram importantes processos clínicos, com objetivo de sintetizarem e sistematizarem um modelo coeso de cuidados paliativos domiciliares de alta qualidade disponibilizados pelos médicos de família. Tais processos incluem a identificação precoce do risco de deterioração e morte, e o desenvolvimento de um plano de cuidados ao doente, conforme se desenrole a evolução natural de sua doença.

Kubi et al. (2020) revelaram que 90% dos atendimentos aos doentes nos últimos 12 meses de vida ocorrem em casa e com o apoio dos médicos e enfermeiros de família. Num momento em que muitas pessoas têm uma esperança de vida maior e, simultaneamente, possuem com uma carga crescente de doenças, mais utentes precisarão de cuidados paliativos primários e secundários. Por outro lado, adicionar outra equipa especializada à comunidade para lidar com todo o sofrimento de um doente paliativo pode, ainda que involuntariamente, prejudicar os relacionamentos terapêuticos benéficos já existentes (Quill & Abernethy, 2013).

Como já referido, as necessidades médicas tornam-se cada vez mais frequentes com o avançar das doenças crónicas sem perspectivas de cura. Plat et al. (2018) constataram que a maioria dos médicos de família holandeses estão pessoalmente disponíveis para consultas por telefone e / ou dispostos a fornecer cuidados paliativos para seus próprios pacientes fora do horário de expediente. Na verdade, a continuidade dos cuidados é importante para pacientes paliativos no final de vida.

Ao realizar uma análise temática da literatura sobre o papel dos profissionais de CSP em cuidados paliativos, Silva (2013) identificou oito pontos em que a sua participação é essencial:

- 1) Possibilitar o cuidado domiciliar;
- 2) Garantir assistência com integralidade;
- 3) Utilizar a longitudinalidade como ferramenta de cuidado;
- 4) Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família;
- 5) Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos;
- 6) Viabilizar a coordenação do cuidado;
- 7) Facilitar o acesso do paciente a cuidados paliativos e sua família;
- 8) Trabalhar em parcerias dentro e fora da APS (Silva, 2013: 48).

O médico de família desempenha um papel crítico num modelo integrado de cuidados paliativos, pois costuma conhecer bem o paciente, além de, muitas vezes, ser também o médico do cuidador, especialista em atendimento generalista e ciente dos serviços formais e informais de saúde, e dos serviços sociais disponíveis na comunidade. Esta é uma realidade infrequente dos serviços especializados em cuidados paliativos, os quais têm capacidade insuficiente para atender às demandas de cuidar de todos os indivíduos em fim de vida, o que resulta em

iniquidade de prestação de serviços, com diversas populações sub-representadas, nomeadamente as provenientes de zonas rurais (Carmont et al., 2018).

Michell (2002), na sua revisão sistemática, concluiu que, de modo geral, os utentes apreciam a contribuição do MF para os CP, especialmente se o MF estiver acessível, tiver tempo para ouvir, permitir que o paciente e o cuidador expressem seus sentimentos e se perceberem que o MF se esforça na procura de um alívio dos sintomas. No entanto, relatos de parentes enlutados sugerem que os CP são executados de forma menos eficaz na comunidade do que noutros ambientes. Na verdade, os médicos de família expressam desconforto sobre a sua competência para realizar os CP de forma adequada. Assim, tendem a perder os sintomas que não são tratáveis pelos mesmos ou que são menos comuns. No entanto, com apoio especializado e instalações adequadas, os médicos de família demonstram cuidados sólidos e eficazes. Além disso, as equipas dos CSP podem tornar menos difícil o momento da morte em casa, acomodando os desejos da maioria dos doentes paliativos (Neergaard et al., 2009).

Nesse sentido, quanto maior for a preparação de médicos de família no que concerne Ações Paliativas e Cuidados Paliativos Gerais, e quanto melhor for a comunicação dos CSP com os serviços especializados em CP, mais eficientes e equânimes serão os sistemas de saúde. Carmont et al. (2018) salientam que o envolvimento do MF na prática paliativa dos atendimentos de serviços secundários especializados é eficaz na redução de readmissões hospitalares, assim com no próprio encurtamento das estadias, além de otimizar a gestão da dor, o controlo de outros sintomas e o status funcional dos doentes.

Manter linhas claras de comunicação entre hospitais e MFs é importante, mas tal nem sempre é efetuado de forma correta. Desta forma, quando os pacientes recebem alta do tratamento curativo, os MFs precisam de ser informados e as suas responsabilidades têm de estar bem delineadas. A transferência direta de pacientes para unidades de CP sem manter os MFs informados e sem lhes atribuir uma função definida transmite a mensagem de que estes não são valorizados neste cenário. Neste contexto, as conferências de caso no momento de transferência podem ser úteis. Além disso, oferecer aos MFs responsabilidade durante o planeamento dos cuidados e procurar o seu envolvimento na vigilância de rotina dos doentes durante a fase pré-paliativa (com protocolos claros em vigor) pode facilitar o seu envolvimento quando os doentes entram na fase paliativa da doença (G. K. Mitchell et al., 2004).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde levou a cabo a sua primeira resolução sobre cuidados paliativos, definindo que todos os países membros deveriam integrar os cuidados paliativos nos serviços de saúde em todos os ambientes, especialmente na comunidade, por meio de Cuidados de Saúde Primários (World Health Assembly, 2014).

1.4. Os Cuidados Paliativos na Formação Médica e de Medicina Geral e Familiar

São obtidos potenciais ganhos com o ensino eficaz dos CP na formação dos médicos de família. Todavia, tanto no contexto de formação em Medicina quanto no de especialização em MGF, espera-se que sejam aplicados os preceitos da Andragogia - a arte e a ciência destinada a auxiliar os adultos a aprender e a compreender o processo de aprendizagem (Knowles, 1986). O ensino precisa de atender à procura por conhecimentos, levando em consideração a necessidade do aprendente, a experiência de vida acumulada e o objetivo da aprendizagem.

Dada a relevância dos CP para a atuação do MGF, o ensino eficaz, de acordo com os preceitos da Andragogia, deve proporcionar o contacto e experiência prática com CP, bem como permitir o uso crítico do conhecimento acumulado pela experiência prévia de vida e de trabalho do médico, através de estágios, dinâmicas em grupo, simulações, *feedbacks*, entre outros (Ende, 1983).

Os cuidados paliativos são reconhecidos como uma componente essencial dos currículos dos estudantes de medicina. No entanto, o ensino é variável dentro das escolas médicas. Recorrendo à literatura atual, Boland et al. (2019) delinearam doze posicionamentos com o objetivo de facilitar o desenvolvimento e a oferta do ensino de CP. Os principais pontos por destacados pelos autores são: exposição clínica a doentes com necessidades paliativas e em fim de vida, sendo obrigatórios (e integrados) ao longo do curso; exposição dos principais objetivos de aprendizagem e competências a se desenvolver; avaliações sumativas e formativas para incentivar a aprendizagem; garantia de visitas em unidades de cuidados paliativos; ênfase na aprendizagem baseada na clínica; ensino realizado por especialistas em cuidados paliativos, bem como por médicos de família; métodos de ensino variados, como consultas gravadas com doentes, ensino baseado em casos clínicos, tutoriais interativos, simulações, doentes virtuais; e aprendizagem multiprofissional como importante ferramenta para desenvolver o ensino.

Borgstrom et al. (2016) partilham a experiência da Escola de Medicina Clínica da Universidade de Cambridge, a qual propõe aos alunos escreverem ensaios reflexivos após conhecerem doentes que se aproximam do fim da vida. Em geral, os alunos relatam que o ensino de cuidados paliativos é valioso e destacam o bom tempo dedicado aos doentes; aprendizagem sobre elementos mais amplos de tratamentos sintomáticos e cuidados holísticos; e a oportunidade de praticar competências de comunicação.

Uma formação médica adequada pode refletir na eficácia do médico de família, de quem se espera a capacidade de suprir as necessidades dos CSP em 80% (Starfield, 2002). Desta percentagem, espera-se ainda que somente entre 3 e 5% dos casos sejam encaminhados. Desta

forma, uma formação profissional qualificada se faz contributiva para a satisfação pessoal entre médicos e pacientes, serviços de saúde primários, secundário e terciários.

Relativamente a esta temática educacional, encontramos o exemplo da Austrália, que executou uma revolução na prática clínica de Cuidados Paliativos Gerais entre médicos de família. Constatou-se que a maioria dos australianos desejavam morrer em casa, sugerindo que os MFs teriam um papel crucial em ajudar a facilitar esse desejo. No entanto, até 2004, um quarto dos MFs não se sentiam aptos a fornecer CP. A resposta a esta aparente disparidade entre o desejo do utente e a provisão dos MFs incluiu uma expansão da educação e da formação em CP para todos os MFs. Desta forma, o Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) delineou uma série de requisitos básicos de educação, incluindo aspetos físicos e psicológicos do cuidado, questões socioculturais e apoio ao cuidador. Os CP evoluíram de uma função marginal para um papel de responsabilidade chave na disciplina de MGF, num período relativamente curto. Felizmente, há evidências de que essa abordagem é útil, pois investigações recentes descobriram que os MFs agora se veem como membros importantes da equipa de cuidados paliativos (Margolis, 2018).

Neste caminho, encontramos também a Política Nacional de Saúde da Índia (NHP), que recomendou, de forma clara, em 2017, uma política de formação de médicos dos CSP e que se incluía como matéria obrigatória os CP na licenciatura em Medicina e na formação em MGF. A Índia ocupa a 67ª posição, no total de 80 países, no que diz respeito à qualidade da morte (Jeba et al., 2018).

Segundo dados do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, de 133 planos de estudo analisados e acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, apenas 17% incluíam a unidade curricular de CP, referentes a cursos de Medicina e Enfermagem. Três dos oito planos de estudo de Medicina analisados (37,5%) incluíam uma unidade curricular de CP opcional (OPSS, 2016). Em 2017, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa iniciou uma unidade curricular de Medicina Paliativa de frequência obrigatória.

Já o Manual de Formação em MGF (CIMGF, 2018) descreve que o internato médico decorre ao longo de 4 anos, considerando 11 meses efetivos de formação. Tal período é dividido em estágios obrigatórios (38 meses), opcionais (6 meses) e curtos (de 30 a 180 horas dentro de MGF 4). Os estágios obrigatórios dividem-se em 30 meses de MGF 1, MGF 2, MGF 3 e MGF 4, e 8 meses de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Serviço de Urgência. Os estágios opcionais são definidos por cada interno e os curtos são destinados à aquisição de

competências em procedimentos específicos. Para além dos estágios, são promovidos cursos curriculares obrigatórios e opcionais.

Esta estratégia fomenta técnicas de comunicação nos 4 estágios em MGF. O estágio MGF 3 tem como um dos objetivos gerais de desempenho a promoção de reabilitação ou palição e o estágio MGF 4 o conhecimento dos cuidados continuados e paliativos. Para além do manual, sabe-se também que em 2017 houve um curso opcional de CP promovido pela Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, que não se repetiu em 2018. Não se sabe se as restantes Administrações Regionais de Saúde (ARS) do país também o promovem regularmente.

Kam-Margruder et al. (2018) identificaram que o uso de um currículo clínico multiprofissional e multiespecializado – em consonância com os princípios da Andragogia-para ensinar cuidados geriátricos e paliativos - melhorou o conhecimento e a confiança de internos de MGF autoavaliados, bem como a eficácia do ensino. Para além dos benefícios encontrados pela ótica dos internos, a pesquisa também evidenciou uma maior satisfação dos utentes em relação aos cuidados recebidos.

Em suma, provedores de educação, serviços especializados em cuidados paliativos, governos e os próprios médicos de família podem desempenhar um reforço do papel central dos MFs nos CP. Definir um conjunto mínimo de habilidades em CP a serem ensinados a todos os médicos em nível de licenciatura e internato em MGF garantiria que todos os MFs tivessem o conhecimento e a confiança para gerir os problemas mais comuns em CP (G. K. Mitchell et al., 2004).

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1 Problemática, questões e objetivos do estudo

Considerando os gastos limitados do Serviço Nacional de Saúde, a resolatividade esperada dos CSP e o aumento da procura de CP no contexto atual, surge a pergunta central desta pesquisa: será que os internos de MGF de Portugal se sentem realmente preparados para gerir a maioria das situações complexas que envolvem os CP dos seus doentes?

Este estudo teve como objetivo principal avaliar as perceções dos internos de MGF em Portugal acerca da sua preparação profissional para atender os seus doentes que necessitem de Ações Paliativas e Cuidados Paliativos Gerais.

Tem como objetivos secundários verificar se existem diferenças na preparação profissional dos internos das cinco regiões do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo,

Alentejo e Algarve), assim como entre cada um dos quatro anos de formação específica, e identificar necessidades na formação médica geral e especializada, sobretudo entre os internatos médicos em MGF.

2.2 População Alvo e Amostra

A população alvo do estudo é composta por todos os internos do curso de especialização em MGF promovidos pelas 5 ARS portuguesas. O único critério de exclusão foi o ano a ser estudado. Os internos deveriam encontrar-se a frequentar o internato de MGF, obrigatoriamente no ano de 2019.

Segundo dados da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, a população aproximada seria de 1932 internos (APMGF, 2018) - 648 de Lisboa e Vale do Tejo, 324 do Centro, 72 do Alentejo, 632 do Norte e 256 do Algarve (ARS Norte, 2018).

2.3 Tipo de Estudo

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e observacional (Fortin, 2003).

2.4 Instrumento de Recolha de Dados

Foi distribuído um questionário on-line desenvolvido pela autora, e testado previamente às aplicações, junto a colegas do Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade de Lisboa. Após os testes, foram feitos ajustes no texto de algumas perguntas, com o objetivo de deixá-lo mais claro, rápido e objetivo, evitando ambiguidades. Itens complexos foram separados entre duas ou mais questões. O tempo médio de preenchimento durante a fase de pré-teste foi de 5 minutos. O questionário, com 22 itens, foi dividido em 3 partes.

A primeira parte, com 6 itens, avalia dados sociodemográficos como sexo, idade, ARS, ano do internato, lecionação de conteúdos na área dos CP nos contextos de licenciatura em Medicina e especialização em MGF.

A segunda parte analisa a perceção dos internos, por meio de 14 itens distribuídos nas seguintes áreas do conhecimento dos CP Gerais que se interligam com a MGF: Gestão de Sintomas (4); Nutrição Paliativa (1); Avaliação de Prognóstico (1); Comunicação (6); Luto (1) e Trabalho em Equipa (1). Tais itens foram avaliados através de escala tipo Likert com 5 pontos

(5 - Concordo Totalmente, 4 - Concordo Parcialmente, 3 - Nem Concordo Nem Discordo, 2 - Discordo Parcialmente e 1 - Discordo Totalmente).

Uma pontuação alta indica a percepção de um maior grau de segurança ao atuar nas respetivas áreas. Uma pontuação global foi calculada através da média da pontuação dos 14 itens de conhecimento dos CP Gerais, e pontuações temáticas foram calculadas pela média das respostas para as perguntas relacionadas com cada tema. Com o valor mínimo de 1 e máximo de 5, a escala possui uma amplitude de 4 pontos. Considerou-se como autopercepção positiva as notas acima de 3, o que configura a opção “neutra”.

A terceira parte é composta por 2 itens sobre a Formação Médica, um respondido através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, e o outro através de uma resposta de escolha múltipla.

2.5 Procedimento

O questionário foi enviado via correio eletrónico para as cinco ARS de Portugal. Solicitava-se que tais instituições encaminhassem aos seus respetivos internos de MGF inscritos no ano de 2019. Quando solicitado, o questionário também foi enviado para as Comissões de Ética das ARS, como foi o caso das regiões Centro, Algarve e Lisboa e Vale do Tejo.

Posteriormente, um esforço para aumento da amostra foi realizado através de nova frente de contacto através da rede social Facebook. Solicitou-se ainda a grupos de internos de MGF que divulgassem a pesquisa.

2.6 Tratamento de Dados

As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 25 (SPSS Inc). O teste Anova One-Way e o Test Post Hoc Tukey foram utilizados para comparar variáveis categóricas e ordinais. Foram utilizados Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) de 95% para quantificar a força destas associações. Todos os testes foram 2-tailed, e $p < .05$ foi considerado significativo.

2.7 Aspetos Éticos

Ao longo da presente investigação, as considerações éticas nomeadas na Lei nº 12/2005 de 26 de janeiro foram integralmente preservadas.

Após a aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 31 de janeiro de 2019 (Anexo 3.1), procurou-se a aprovação da Comissão de Ética

do Centro Académico de Medicina de Lisboa, como foi sugerido pelo referido conselho científico, obtendo-se parecer favorável em 19 de junho de 2019 (Anexo 3.2).

O estudo teve o parecer favorável por quatro Comissões de Ética, a saber: Comissão de Ética do CHULN e CAML (anexo 3.2), Comissão de Ética para Saúde da ARSLVT (anexo 3.3), Comissão de Ética e da Saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve (anexo 3.4) e Comissão de Ética para Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (anexo 3.5).

Cada participante preencheu o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo 1) e somente após ler e concordar com o mesmo, teve acesso às perguntas da investigação.

Em nenhum momento da pesquisa a autora recebeu pedido de maiores esclarecimentos acerca da mesma por parte dos entrevistados, seja por e-mail ou por mensagens no Facebook.

Foi garantida a proteção do anonimato e da confidencialidade dos dados. A não participação da investigação não decorreu qualquer prejuízo ou punição aos investigados.

3 RESULTADOS

3.1 Apresentação dos Resultados

A amostra alcançada foi de 109 participantes.

3.1.1 Dados sociodemográficos

A pesquisa obteve 281 acessos. 109 internos (38,65 %) chegaram ao final do inquérito e 170 (60,28%) acederam ao questionário, mas não deram seguimento à pesquisa. Duas respostas completas (1,07%) foram excluídas do estudo, pois fizeram parte do período pré teste, em que a própria autora respondeu ao inquérito.

Dos 109 internos de MGF que participaram do estudo 89 eram do sexo feminino (81,7%) e 20 do sexo masculino (18,3%).

A idade média dos participantes foi de 30,17 anos e a mediana de 29,0 (com um mínimo de 25 anos e um máximo de 45 anos) e desvio padrão de 4,36. A faixa etária predominante foi dos 26 aos 31 anos (n=71).

Em relação à região do país que cada interno integrava, 45 eram do Norte (41,3%), 45 de Lisboa e Vale do Tejo (41,3%), 10 do Algarve (9,2%), 6 do Centro (5,5%) e 3 do Alentejo (2,8%).

Seguindo o estudo sociodemográfico, alcançamos os anos correspondentes de curso por cada participante em 2019: 41 entrevistados estavam no quarto ano do internato médico em MGF, o que representa 37,6% da amostra; 25 no terceiro ano, representando 22,9% da amostra; 28 eram do segundo ano (25,7%) e, por fim, 15 do primeiro ano, o que corresponde a 13,8% do total.

A Tabela 1 compara as respostas à pergunta 3 (P.3 – “Região do país”) e à pergunta 4 (P.4 – “Em que ano se encontra no internato de MGF?”), o que permite visualizar a distribuição regional e a cada ano do internato em MGF dos participantes do estudo.

Tabela 1

Relação entre região do país e ano do internato

		Em que ano se encontra no internato de MGF?				Total
		1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	
Norte	Respostas	10	11	14	10	45
	% P.3	22,22%	24,44%	31,11%	22,22%	100,00%
	% P.4	66,67%	39,29%	56,00%	24,39%	41,28%
	% do Total	9,17%	10,09%	12,84%	9,17%	41,28%

Centro	Respostas	0	1	0	5	6
	% P.3	0,00%	16,67%	0,00%	83,33%	100,00%
	% P.4	0,00%	3,57%	0,00%	12,20%	5,50%
	% do Total	0,00%	0,92%	0,00%	4,59%	5,50%
Lisboa e Vale do Tejo	Respostas	5	12	10	18	45
	% P.3	11,11%	26,67%	22,22%	40,00%	100,00%
	% P.4	33,33%	42,86%	40,00%	43,90%	41,28%
	% do Total	4,59%	11,01%	9,17%	16,51%	41,28%
Alentejo	Respostas	0	0	1	2	3
	% P.3	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	100,00%
	% P.4	0,00%	0,00%	4,00%	4,88%	2,75%
	% do Total	0,00%	0,00%	0,92%	1,83%	2,75%
Algarve	Respostas	0	4	0	6	10
	% P.3	0,00%	40,00%	0,00%	60,00%	100,00%
	% P.4	0,00%	14,29%	0,00%	14,63%	9,17%
	% do Total	0,00%	3,67%	0,00%	5,50%	9,17%
Total	Respostas	15	28	25	41	109
	% P.3	13,76%	25,69%	22,94%	37,61%	100,00%
	% P.4	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% do Total	13,76%	25,69%	22,94%	37,61%	100,00%

Verificou-se que 76,1% (83) dos internos nunca frequentaram uma disciplina ou estágio em CP durante a formação em Medicina; 7,3% (8) referem ter tido como disciplina obrigatória; 3,7% (4) realizaram estágio obrigatório em CP; 4,6% (5) referiram ter tido como disciplina opcional e 8,3% (9) realizaram estágio opcional.

A nível de formação específica, verificou-se que 51,4% (56) dos internos nunca frequentaram disciplinas ou estágios em CP durante a formação em MGF; 2,8% (3) referem ter tido como disciplina obrigatória; 0,9% (1) realizou estágio obrigatório em CP; 8,3% (9) referiram ter tido como disciplina opcional e 36,7% realizaram estágio opcional (40).

A Tabela 2 relaciona as respostas à pergunta 6 (P.6 – “Teve alguma disciplina ou estágio em Cuidados Paliativos durante o seu internato em Medicina Geral e Familiar?”) e à pergunta 4 (P.4 – “Em que ano se encontra no internato de MGF?”).

Tabela 2

Relação entre o ano do internato e a formação específica

		P.6 - Teve alguma disciplina ou estágio em CP durante o seu internato em MGF?					Total
P.4 – Em que ano se encontra no internato de MGF?		Não teve	Estágio opcional	Disciplina opcional	Estágio obrigatório	Disciplina obrigatória	
1º ano	Respostas	13	2	0	0	0	15
	% P.4	86,67%	13,33%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% P.6	23,21%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	13,76%
	% do Total	11,93%	1,83%	0,00%	0,00%	0,00%	13,76%
2º ano	Respostas	19	4	5	0	0	28
	% P.4	67,86%	14,29%	17,86%	0,00%	0,00%	100,00%
	% P.6	33,93%	10,00%	55,56%	0,00%	0,00%	25,69%
	% do Total	17,43%	3,67%	4,59%	0,00%	0,00%	25,69%
3º ano	Respostas	11	13	1	0	0	25
	% P.4	44,00%	52,00%	4,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% P.6	19,64%	32,50%	11,11%	0,00%	0,00%	22,94%
	% do Total	10,09%	11,93%	0,92%	0,00%	0,00%	22,94%
4º ano	Respostas	13	21	3	1	3	41
	% P.4	31,71%	51,22%	7,32%	2,44%	7,32%	100,00%
	% P.6	23,21%	52,50%	33,33%	100,00%	100,00%	37,61%
	% do Total	11,93%	19,27%	2,75%	0,92%	2,75%	37,61%
Total	Respostas	56	40	9	1	3	109
	% P.4	51,38%	36,70%	8,26%	0,92%	2,75%	100,00%
	% P.6	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% do Total	51,38%	36,70%	8,26%	0,92%	2,75%	100,00%

3.1.2 Autoperceção do grau de preparação

A Tabela 3 apresenta os percentuais das respostas da escala Likert para cada pergunta desta secção do questionário. Recorda-se que a escala Likert vai de Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (5).

Tabela 3

Autoperceção do grau de preparação em CP

Pergunta		1	2	3	4	5
7	Sinto-me adequadamente preparado para iniciar fármacos (por exemplo soro, morfina, butilescopolamina, tramadol, dexametasona, haloperidol e metoclopramida) por vias terapêuticas menos invasivas, como a subcutânea, durante uma visita domiciliária.	42,2%	32,1%	8,3%	12,8%	4,6%

Pergunta		1	2	3	4	5
8	Sinto-me adequadamente preparado para prescrever as diferentes apresentações de fármacos opióides de ação rápida e ultrarrápida (sublingual, transmucoso, solução oral) em situações de dor irruptiva ou incidental.	24,8%	27,5%	9,2%	31,2%	7,3%
9	Sinto-me adequadamente preparado para prescrever as diferentes apresentações de fármacos opióides de ação prolongada (comprimido, cápsula, solução oral, adesivo transdérmico, comprimido orodispersível, supositório) em situações de dor crónica.	13,8%	13,8%	5,5%	48,6%	18,3%
10	Sinto-me adequadamente preparado para gerir sintomas comuns em doentes em fim de vida como dispneia, náuseas e vômitos, xerostomia, obstipação, astenia, delirium, depressão e ansiedade.	21,1%	33,9%	11,0%	27,5%	6,4%
11	Sinto-me adequadamente preparado para diferenciar um doente desnutrido de um caquético e, assim, sei indicar a terapêutica nutricional mais adequada aos distintos diagnósticos.	50,5%	33,9%	4,6%	7,3%	3,7%
12	Sinto-me adequadamente preparado para aplicar escalas de prognóstico (por exemplo SPICT, NECPAL, PPS e KPS) e assim identificar quais os doentes que necessitam de Cuidados Paliativos.	51,4%	26,6%	10,1%	8,3%	3,7%
13	Sinto-me adequadamente preparado para falar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade com os meus doentes.	24,8%	35,8%	17,4%	17,4%	3,7%
14	Sinto-me adequadamente preparado para comunicar más notícias (por exemplo diagnóstico de doenças com tratamentos complexos e ou prognóstico limitado) aos meus doentes.	2,8%	16,5%	15,6%	53,2%	11,9%
15	Sinto-me adequadamente preparado para gerir situações de conspiração de silêncio.	23,9%	20,2%	28,4%	21,1%	6,4%
16	Sinto-me adequadamente preparado para realizar conferências familiares.	19,3%	36,7%	14,7%	23,9%	5,5%
17	Sinto-me adequadamente preparado para conversar sobre a morte com doentes portadores de doenças crónicas não curáveis.	16,5%	31,2%	12,8%	32,1%	7,3%
18	Sinto-me adequadamente preparado para conversar sobre temas subjetivos como desejos, preocupações e espiritualidade com os meus doentes.	10,1%	23,9%	11,9%	39,4%	14,7%
19	Sinto-me adequadamente preparado para identificar familiares com luto patológico.	6,4%	15,6%	10,1%	55,0%	12,8%
20	Sinto-me adequadamente confortável em trabalhar com uma equipa multidisciplinar na gestão de doentes complexos, como em cuidados paliativos.	15,6%	32,1%	12,8%	27,5%	11,9%

A Tabela 4 apresenta as principais estatísticas descritivas da autoperceção do grau de preparação dos internos, tanto para os conhecimentos gerais (todas as perguntas) como por cada tema.

Tabela 4
Média da auto percepção do grau de preparação por tema

	Conhecimento (geral)	Gestão de sintomas	Nutrição paliativa	Avaliação prognóstico	Comunicação	Luto	Trabalho em equipa
Média	2,72	2,71	1,80	1,86	2,87	3,52	2,88
Mediana	2,71	2,75	1,00	1,00	2,83	4,00	3,00
Desvio Padrão	0,86	1,07	1,06	1,12	0,92	1,10	1,30
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Em relação ao Gestão de Sintomas, observa-se maior domínio nas seguintes áreas: prescrição de fármacos opióides de ação prolongada (comprimido, cápsula, solução oral, adesivo transdérmico, comprimido orodispersível, supositório) em situações de dor crónica ($M = 3,4$); prescrição das diferentes apresentações de fármacos opióides de ação rápida e ultrarápida (sublingual, transmucoso, solução oral) em situações de dor irruptiva ou incidental ($M = 2,7$); gestão de sintomas comuns em doentes em fim de vida como dispneia, náuseas e vômitos, xerostomia, obstipação, astenia, *delirium*, depressão e ansiedade ($M = 2,6$); e por último, iniciar fármacos (por exemplo soro, morfina, butilescopolamina, tramadol, dexametasona, haloperidol e metoclopramida) por vias terapêuticas menos invasivas como a subcutânea durante uma visita domiciliária ($M = 2,1$).

Dentro da área da Comunicação, os temas em destaque, por ordem decrescente, foram: comunicar más notícias, por exemplo diagnóstico de doenças com tratamentos complexos e ou prognóstico limitado ($M = 3,6$); conversar sobre temas subjetivos como desejos, preocupações e espiritualidade ($M = 3,2$); conversar sobre a morte com doentes portadores de doenças crónicas não curáveis ($M = 2,8$); gerir situações de conspiração de silêncio ($M = 2,7$) e realizar conferências familiares ($M = 2,6$); por fim, falar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade ($M = 2,4$).

A Tabela 5 relaciona as percepções dos temas em CP com as regiões do país.

Tabela 5
Auto percepção do grau de preparação em CP por tema e região do país

Região do País	Norte (n=45) M(SD)	Centro (n=6) M(SD)	L&VT (n=45) M(SD)	Alentejo (n=3) M(SD)	Algarve (n=10) M(SD)	F	p
Percepções Gerais	2.59 (.80)	2.64 (.88)	2.73 (.92)	3.41 (.49)	3.14 (.92)	1.35	.256
Gestão de sintomas	2.59 (1.03)	2.71 (.89)	2.75 (1.12)	3.25 (1.09)	2.88 (1.24)	.40	.809

Nutrição paliativa	1.58 a (0.84)	2.00 (1.10)	1.87 (1.12)	3.33 b (2.08)	1.90 (1.20)	2.24	.069
Avaliação de prognóstico	1.56 a (1.01)	1.67 (1.21)	1.93 (1.03)	2.67 (1.53)	2.80 b (1.40)	3.30	.014
Comunicação	2.75 (0.86)	2.67 (1.10)	2.86 (.97)	3.50 (.44)	3.42 (.88)	1.50	.208
Luto	3.53 (1.04)	3.17 (.98)	3.47 (1.20)	3.67 (.58)	3.90 (1.20)	.48	.748
Trabalho em equipa	2.69 (1.24)	3.33 (1.03)	2.84 (1.40)	4.00 (.00)	3.30 (1.34)	1.26	.292

Ao se aplicar a ANOVA, chega-se, então, à hipótese de que pelo menos umas das médias se difere das demais. Na temática de Nutrição Paliativa, os internos do Alentejo foram superiores aos do Norte; em Avaliação de Prognóstico, o Algarve foi superior ao Norte.

De seguida, efetuou-se comparação por Post Hoc, utilizando o teste Tukey.

A Tabela 6 relaciona as perceções dos temas em CP ao ano do internato.

Tabela 6

Autoperceção do grau de preparação em CP por tema e ano do internato

Em que ano se encontra no internato de MGF?	1º Ano (n=15) M(SD)	2º Ano (n=28) M(SD)	3º Ano (n=25) M(SD)	4º Ano (n=41) M(SD)	F	p
Perceções Gerais	2.07 ^a (.61)	2.60 (.88)	2.72 (.84)	3.04 ^b (.81)	5.53	.001
Gestão de sintomas	1.70 ^a (.75)	2.55 ^b (1.10)	2.74 ^b (1.12)	3.16 ^b (.86)	8.49	≤.001
Nutrição paliativa	1.33 (.49)	1.79 (1.26)	1.68 (.80)	2.05 (1.18)	1.84	.145
Avaliação de prognóstico	1.20 ^b (.41)	1.57 ^b (1.03)	1.88 (1.17)	2.29 ^a (1.19)	4.81	.004
Comunicação	2.36 ^a (.78)	2.79 (.94)	2.85 (.91)	3.14 ^b (.92)	2.91	.038
Luto	3.07 (1.16)	3.32 (1.19)	3.68 (1.03)	3.73 (1.03)	1.87	.139
Trabalho em equipa	2.47 (1.25)	2.82 (1.28)	2.88 (1.36)	3.07 (1.31)	.82	.487

A Tabela 7 relaciona as perceções dos temas em CP com a realização de disciplina ou estágio durante a formação pré-graduada.

Tabela 7

Autoperceção do grau de preparação em CP por tema e formação pré-graduada

Teve alguma disciplina ou estágio em Cuidados Paliativos durante a sua formação pré-graduada?	Não teve (n=83) M(SD)	Estágio opcional (n=9) M(SD)	Disciplina opcional (n=5) M(SD)	Estágio obrigatório (n=4) M(SD)	Disciplina obrigatória (n=8) M(SD)	F	p
Perceções Gerais	2.64 (.84)	2.94 (0.92)	3.37 (.82)	2.86 (1.06)	2.90 (1.01)	1.17	.328
Gestão de sintomas	2.65 (1,03)	2.83 (1.44)	3.65 (.52)	2.81 (1.07)	2.53 (1.24)	1.13	.347

Nutrição paliativa	1.72 (1.00)	2.00 (1.23)	2.40 (1.67)	2.00 (1.41)	1.88 (1.13)	.62	.652
Avaliação de prognóstico	1.82 (1.08)	2.11 (1.45)	1.80 (.84)	2.25 (1.50)	1.88 (1.36)	.26	.906
Comunicação	2.76 (.90)	3.17 (.76)	3.53 (1.12)	3.00 (.89)	3.27 (1.18)	1.60	.181
Luto	3.42 (1.11)	3.67 (.71)	4.00 (1.23)	3.50 (1.73)	4.13 (.99)	1.05	.387
Trabalho em equipa	2.82 (1.33)	3.11 (1.05)	3.20 (1.64)	3.00 (1.83)	3.00 (1.07)	.21	.932

A Tabela 8 relaciona as percepções dos temas em CP à realização de disciplina ou estágio durante a formação especializada em MGF.

Tabela 8

Autopercepção de conhecimentos em CP por temática de conhecimento e formação específica em MGF

Teve alguma disciplina ou estágio em Cuidados Paliativos durante o seu internato em Medicina Geral e Familiar?	Não teve (n=56) M(SD)	Estágio opcional (n=39) M(SD)	Disciplina opcional (n=9) M(SD)	Estágio obrigatório (n=2) M(SD)	Disciplina obrigatória (n=3) M(SD)	F	p
Percepções Gerais	2.37 ^a (.76)	3.12 ^b (.82)	2.96 (.84)	2.79 (1.41)	3.35 (.58)	5.91	≤.001
Gestão de sintomas	2.33 ^a (1.06)	3.15 ^b (.97)	2.89 (.79)	2.88 (1.24)	3.17 (1.28)	3.99	.005
Nutrição paliativa	1.45 ^a (.74)	2.18 ^b (1.23)	2.11 (1.17)	3.00 (2.83)	1.67 (.58)	3.98	.005
Avaliação de prognóstico	1.46 ^a (.81)	2.33 ^b (1.33)	2.11 (1.27)	2.00 (1.41)	2.33 (.58)	4.13	.004
Comunicação	2.52 ^a (.82)	3.25 ^b (.87)	3.17 (1.05)	3.00 (1.18)	3.72 (.79)	5.22	.001
Luto	3.34 (1.12)	3.79 ^a (.98)	3.44 (1.13)	2.00 ^b (1.41)	4.67 (.58)	2.96	.023
Trabalho em equipa	2.50 ^a (1.29)	3.33 ^b (1.20)	3.22 (1.09)	2.50 (2.12)	3.33 (1.53)	2.84	.028

3.1.3 Formação Médica

85,3% (93) dos participantes concordam totalmente que a área dos CP é relevante na formação do médico de família; 10,1% (11) concordam parcialmente e 0,9% (1) nem concorda nem discorda, 2,8 % (3) discordam parcialmente e 0,9% (1) discordam totalmente.

Relativamente à percepção do momento ideal para aprofundar os conhecimentos em CP, 87,2% (95) consideram tanto na formação pré-graduada, como na especializada em MGF. Para 9,2% (10) seria apenas na formação especializada em MGF, para 2,8% (3) dos entrevistados seria apenas durante a formação avançada, como no mestrado em CP, e para 0,9% (1) seria apenas na formação pré-graduada. Nenhum dos participantes julgou irrelevante aprofundar os conhecimentos em CP.

3.2 Discussão

Este estudo procurou perceber as perceções dos internos de MGF em Portugal acerca da sua preparação profissional, para atender os seus doentes que necessitem de Ações Paliativas e Cuidados Paliativos Gerais.

A perceção sobre a preparação das principais temáticas de CP entre os internos de MGF de Portugal no ano de 2019 revelou que a média de 2,72 foi inferior a 3,00, o que é considerado um resultado negativo, evidenciando a relativa falta de preparação dos internos de MGF com os CP. A única temática que conseguiu atingir uma média superior foi a relativa ao Luto, com $M = 3,52$.

Tal observação também foi encontrada noutros países. Uma pesquisa realizada em Itália, que tinha como objetivo investigar o conhecimento, opiniões e atividades dos médicos de família em relação aos cuidados paliativos, também revelou muitas incertezas dos italianos em relação a diversas temáticas paliativas, mas também uma grande vontade de se integrarem em equipas multiprofissionais de CP (Beccaro et al., 2013).

Na Tailândia, numa pesquisa também de autoperceção, os internos de MGF revelaram sentir-se mal preparados para atuar em ambulatórios de cuidados paliativos e para lidar com utentes considerados difíceis (Lertrattananon et al., 2019).

Magee e Koffman (2016) identificaram que a confiança nas competências-chave em CP está gravemente em falta entre médicos de família no Reino Unido. Também identificaram que os mesmos MF desejavam qualificar -se mais por meio de abordagens e-learning.

Por outro lado, uma análise de conhecimentos em relação aos cuidados no fim da vida de MFs alemãs evidenciou que as respostas não revelaram lacunas graves de conhecimento, com 88% dos entrevistados respondendo corretamente às questões propostas (Ammer et al., 2019). O mesmo se verificou na Austrália, em que a maioria dos MFs estava, pelo menos, moderadamente satisfeita com o cuidado que eram capazes de dar aos seus doentes terminais, embora um número substancial relatasse dificuldades na dor e no controlo de outros sintomas, lidando com o sofrimento emocional dos parentes e atendendo às necessidades psicossociais dos doentes (Wakefield et al., 1993).

A Nutrição Paliativa foi a área em que se verificou uma menor preparação, o que reflete a insegurança em diferenciar um doente desnutrido de um caquético e, assim, saber indicar a terapêutica nutricional mais adequada aos distintos diagnósticos. Esta é uma observação também relevante para possíveis tentativas fúteis de nutrir pacientes com doenças avançadas,

em que a qualidade de vida pode, inclusive, ser afetada negativamente por tal prática (Pina, 2016).

Relativamente à Avaliação de Prognóstico, a mesma revelou um resultado especialmente importante se considerarmos que o Médico de Família, ainda que não precise de ser um especialista em CP, inevitavelmente deparar-se-á com doentes paliativos e, espera-se, deve estar preparado para referenciar o doente para cuidados específicos. Thoonsen et al. (2015) identificaram que doentes adequadamente identificados como necessitando de cuidados paliativos por parte dos MFs tiveram mais contactos com seu médico de família, menos hospitalizações e morreram com mais frequência em casa do que os que não foram prognosticados dessa forma.

Tendo em conta a relativa falta de preparação dos internos de MGF com um tópico tão importante como a Avaliação de Prognóstico, – afinal, além de disponibilizar tratamento, é fundamental saber quando referenciar doentes para cuidados específicos – é possível identificar potenciais soluções práticas para auxílio da rotina médica dos internos e demais médicos de família. A menos dispendiosa e de fácil implementação é a utilização de aplicações que auxiliam na realização de escalas de prognósticos.

Refira-se, por exemplo, a aplicação “SPICT” (Noel Chidwick, 2018), cuja utilização é capaz de orientar uma revisão adequada dos cuidados em CP e planear as decisões futuras, pactuando-se com doentes e famílias. Existe ainda a aplicação “Cuidados Paliativos” (Gustavo Lessa, 2018), que contempla conteúdos práticos e teóricos (Scores; Procedimentos; Conceitos; Medicamentos) que facilitam as tomadas de decisão de forma rápida.

A utilização de aplicações de saúde em telemóveis, no contexto de visitas domiciliárias, pode ser uma estratégia barata, prática e eficaz no gestão de doentes complexos. Para Muñoz (2010), para reduzir as disparidades de saúde, são necessárias intervenções que podem ser usadas repetidamente sem perder o seu poder terapêutico, tendo a capacidade de alcançar as pessoas mesmo se os sistemas de saúde locais não lhes fornecem os cuidados de saúde necessários. Estas intervenções podem ser partilhadas globalmente, sem retirar recursos das populações onde foram desenvolvidas.

A Gestão de Sintomas é uma temática crucial dentro dos CP. De facto, aliviar o sofrimento físico dos doentes deveria ser obrigatório para todos os médicos, em especial médicos de família. Na verdade, uma gestão adequada evita hospitalizações desnecessárias e contribui para harmonização das relações doente-cuidador e doente-família (Chen et al., 2019).

Quanto à temática da Comunicação, em particular a pergunta sobre Diretivas Antecipadas de Vontade apresentou a menor média ($M = 2,4$) dentro deste tema, o que pode

refletir uma maior falta no conhecimento de um documento que reflete um direito do cidadão português ou estrangeiro residente em Portugal e o dever de orientação de preenchimento por parte de todo profissional de saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2014). Saber comunicar eficazmente não depende de competências inatas, mas de uma formação ativa, uma vez que aprimorar as competências da comunicação deve fazer parte da formação de qualquer profissional de saúde (Querido et al., 2016).

Na sua maioria, os internos relataram não se sentirem confortáveis nem especialmente desconfortáveis em trabalhar com uma equipa multidisciplinar na gestão de doentes complexos. Mitchell (2002) já havia constatado que médicos de família se sentem mais confortáveis a trabalhar com CP quanto maior for a sua exposição a este tipo de gestão de doentes, sobretudo no contexto de uma equipa especializada multidisciplinar. Os resultados sugerem que os participantes deste estudo não se sentem suficientemente preparados para este tipo de trabalho em equipa, embora esta seja uma ferramenta notadamente importante para bons cuidados clínicos e para o processo de aprendizado do médico de família.

Por fim, a área do luto foi aquela em que se verificou uma maior preparação referida. Este resultado é positivo, tendo em vista a importância do papel do médico em oferecer apoio ao paciente e à família, bem como em desenvolver estratégias para enfrentar o luto (Fernandes et al., 2015).

Outras secções do questionário aplicado ajudam-nos a identificar possíveis causas para estas deficiências de grau de preparação autorreportadas – a mais clara das mesmas diz respeito à formação médica. Afinal, embora a grande maioria dos participantes considere relevante o estudo dos CP em ambos momentos de formação (pré-graduada e especializada), a maior parte também indicou não ter realizado qualquer disciplina ou estágio em CP durante a sua formação pré-graduada, enquanto um baixo percentual teve uma disciplina ou estágio obrigatório mesmo durante o internato em MGF. A maior parte dos internos que tiveram algum contacto com CP durante a sua formação pré-graduada ou especializada, fê-lo por meio de disciplinas ou estágios que eram apenas opcionais, o que evidencia a possibilidade de formação de Médicos de Família com pouquíssimo ou nenhum conhecimento específico em CP.

Os resultados tendem a indicar um incremento maior na confiança reportada por internos que tenham frequentado o estágio (obrigatório ou opcional) em CP, em comparação com aqueles que tiveram apenas disciplinas específicas. Embora não seja possível alcançar conclusões definitivas por questões de amostra, este é um caminho a ser explorado como solução para preencher esta lacuna na preparação dos internos de MGF, isto é, a adoção de mais estágios em CP como uma ferramenta para uma efetiva preparação dos Médicos de Família. De

facto, um percentual expressivo da amostra procurou um estágio opcional em CP durante a sua formação específica, revelando um interesse significativo por essa área de formação.

Estas observações seguem um caminho semelhante ao de outros estudos realizados à redor do mundo. Centeno e Rodríguez-Nuñez (2015), por exemplo, encontraram indícios indiretos de que o ensino de CP na formação médica resulta num melhor tratamento clínico dos doentes – de particular interesse para a nossa análise é a sugestão de que diferentes métodos de aprendizagem experiencial, até mesmo experiências de curta duração que colocam alunos em contacto com doentes ou casos clínicos de CP, levam a resultados mais satisfatórios. Essa observação é consistente com o elevado valor dos estágios opcionais ou obrigatórios em CP aqui identificados.

De forma mais geral, Lloyd-Williams e Macleod (2004) apontaram uma falta de consistência no ensino médico pré-graduado no que diz respeito aos CP, apontando o ensino como fragmentado, ad-hoc e pouco coordenado, e que os CP são raramente formalmente lecionados e avaliados, o que, como constatamos, é a realidade para a grande maioria dos médicos em formação em Portugal.

Por outro lado, existem experiências positivas, como na América, em que von Gunten et al. (2017) afirmam que após 5 anos de implementação do Currículo de Educação para Médicos em Cuidados no Fim da Vida (EPEC), se observou um impacto significativo nas medidas de conhecimento, confiança e preocupação em CP, entre os internos de Medicina Interna e MGF, os quais experimentaram formação teórica, prática e participativa em CP. Destaca-se aqui a utilização de vídeogravações, discussões de casos, reflexões, aulas online e estágios em unidades de cuidados paliativos. Aqui é possível fazer um paralelo com o presente estudo, em que todos os internos que realizaram estágio opcional em CP apresentaram médias significativamente maiores ($p < .05$) às dos que não vivenciaram nenhum estágio, tanto de forma geral quanto de forma específica, nas 6 temáticas propostas pelo estudo.

O EPEC, desenvolvido pela *The American Medical Association*, é um método que qualquer programa de internato pode facilmente vir a usar, estando, inclusive, disponível online. Os 2 principais elementos que um programa de internato precisa para implementar este currículo são o tempo do corpo docente para o ensinar e um centro de CP que deseje envolver-se na formação dos internos.

A avaliação das pontuações por ano do internato em MGF indicou maior média de autoavaliação entre os alunos do 4º ano de internato, a segunda maior média com os internos do 3º ano, a terceira com os alunos do 2º ano e, por último, os internos do 1º ano. Com $p < 0,05$ encontramos: o 4º ano superior ao 1º ano, nas Perceções Gerais; 4º, 3º, 2º anos superiores ao 1º

ano, na Gestão de Sintomas; 4º ano superior aos 1º e 2º anos, em Avaliação de Prognóstico; 4º ano superior ao 1º ano, em Comunicação. Estes resultados parecem refletir que a maior experiência acumulada com o passar dos anos faz com que os estudantes em geral se sintam mais confiantes na área em formação.

Observou-se que a maior parte dos internos não vivenciaram experiências práticas e teóricas em CP durante a sua formação médica e específica. Todavia, durante o internato em MGF, a procura por estágios opcionais foi uma crescente ao longo dos 4 anos curriculares.

O uso da tecnologia pode ser especialmente útil para o ensino dos Cuidados Paliativos, tal como proposto por Pelayo, Cebrián e Areosa (2011). Ao avaliar o ensino online de CP e ao compará-lo com métodos tradicionais de ensino, os investigadores encontraram evidências de uma significativa evolução do conhecimento, bem como altos índices de satisfação entre os estudantes. Estes resultados têm particular relevância nos dias atuais, dados os impactos da pandemia do Covid-19 na oferta de formação.

3.3 Limitações, implicações e futuros estudos

Se, por um lado, não ter acesso ao correio eletrónico dos participantes garantiu o anonimato total dos participantes da pesquisa, por outro perdeu-se a gestão e a periodicidade na divulgação do estudo, o que resultou numa amostra reduzida face ao seu potencial.

Os primeiros internos que receberam a pesquisa foram os do Norte, em novembro de 2019, enquanto os últimos foram os de LVT, em outubro de 2020. A não uniformidade na conduta das ARS também foi outro fator limitante no pleno acesso à população alvo do estudo. O baixo número de respostas pode refletir um viés de resposta e a natureza opcional da avaliação.

Observa-se que a amostra foi composta por uma maioria de internos da região Norte e por Lisboa e Vale do Tejo (41,3%), seguidos pelas zonas do Algarve (9,2%), Centro (5,5%) e Alentejo (2,8%), não refletindo, portanto, a proporcionalidade da população de internos de Lisboa e Vale do Tejo, que corresponde a 33,54% do total, Norte 32,71% e Centro 16,77%. As exceções ficam com Algarve (13,25%) e Alentejo (3,73%), que apresentaram percentagens semelhantes.

A maior parte da amostra é composta por internos do 4º ano (37,6%) e a minoria por internos do 1º ano (13,8%), o que pode ser encarado como algo positivo no que se refere à avaliação da segunda parte da pesquisa, que é a autoperceção dos conhecimentos em CP, pois essa amostra teve mais tempo para frequentar formação em CP no internato, de modo

compulsório ou eletivo. Os alunos do 4º foram a maioria em todas as regiões, exceto no Norte, onde predominaram os internos do 3º ano.

Muito embora a amostra tenha sido muito menor ao que se esperava, a verdade é que não se sabe ao certo a proporção da população alvo que foi realmente convidada a participar da pesquisa.

Todavia, o estudo representa o primeiro esforço de avaliar a percepção dos internos de MGF em Portugal quanto aos seus conhecimentos em CP. Poderá, assim, configurar um ponto de partida para outros estudos no âmbito da formação ampla em Medicina e em MGF dos médicos portugueses, resultando em intervenções que tendam a melhorar a prática clínica dos mesmos.

Futuras investigações devem replicar este estudo em Portugal, procurando-se obter uma amostra maior e avaliar ao longo dos anos. Dessa forma, será possível avaliar se há progressão ou regressão na formação dos médicos de família portugueses ao longo do tempo, no que diz respeito aos CP.

Outra possibilidade de continuação desta investigação é a ampliação do estudo para outros países, nomeadamente no Brasil, de forma a possibilitar comparações e identificar lições a serem aprendidas de cada lado. Esta comparação torna-se pertinente tendo em conta a proximidade histórica e cultural entre os países, bem como a universalidade dos seus respetivos sistemas públicos de saúde e da oferta de Cuidados de Saúde Primários. Em especial, Oliveira, Ferreira e Rezende (2013), ao avaliarem o ensino da Bioética e Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras, apontaram que os responsáveis pela elaboração dos currículos de ensino “pareciam não se preocupar com o conhecimento dessas áreas” – uma afirmação que pode ser investigada mais a fundo, com estudos quantitativos e observacionais.

3.4 Conclusão

De forma geral, os internos de MGF demonstraram uma autopercepção de preparação insuficiente em CP, nomeadamente nas áreas de Gestão de Sintomas, Nutrição Paliativa, Trabalho em Equipa, Avaliação de Prognóstico e Comunicação. A exceção foi a temática do Luto, que apresentou uma elevada autopercepção de preparação. Muito embora a grande maioria considere relevante o contacto com os CP durante a formação pré e pós-graduada, os resultados indicam que apenas uma minoria teve disciplinas ou estágios em CP na formação pré-graduada, enquanto o índice de contacto obrigatório com CP durante a formação específica em MGF foi baixo. Observou-se diferenças significativas em algumas temáticas ao comparar-se as médias

dos internos provenientes das 5 regiões de Portugal, além de um aumento das médias da autopercepção de conhecimentos em CP ao longo dos 4 anos de internato, assim como daqueles que realizaram estágios em CP em relação aos que não realizaram.

Os resultados indicam que os CP são uma lacuna na formação médica em Portugal, em particular dos médicos de família, apesar da sua elevada relevância prática na atualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammer, A., Linde, K., Borasio, G. D., & Schneider, A. (2019). Palliative care knowledge among german family physicians – a nationwide survey. *Zeitschrift Fur Allgemeinmedizin*, 2019(6), 267–273. <https://doi.org/10.3238/zfa.2019.0267–0273>
- APMGF. (2018, March 7). *473 novos internos ingressam na especialidade*. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. <https://apmgf.pt/2018/03/07/473-novos-internos-ingressam-na-especialidade/>
- ARS Norte. (2018, January 2). *Região de Saúde do Norte recebe 174 novos Internos de Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública*. Administração Regional de Saúde Do Norte. <http://www.arsnorte.min-saude.pt/noticias/174-novos-internos-de-mgf-e-sp/>
- Beccaro, M., Aprile, P. L., Scaccabarozzi, G., Cancian, M., & Costantini, M. (2013). Survey of Italian general practitioners: Knowledge, opinions, and activities of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 335–344. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.08.020>
- Boland, J. W., Barclay, S., & Gibbins, J. (2019). Twelve tips for developing palliative care teaching in an undergraduate curriculum for medical students. *Medical Teacher*, 41(12), 1359–1365. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1533243>
- Borgstrom, E., Morris, R., Wood, D., Cohn, S., & Barclay, S. (2016). Learning to care: medical students' reported value and evaluation of palliative care teaching involving meeting patients and reflective writing. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0827-6>
- Brogaard, T., Neergaard, M. A., & Murray, S. A. (2016). Promoting palliative care in the community: A toolkit to improve and develop primary palliative care throughout Europe. In *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (Vol. 34, Issue 1, pp. 3–4). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1152092>
- Centeno, C., & Rodríguez-Núñez, A. (2015). The contribution of undergraduate palliative care education: Does it influence the clinical patient's care? In *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* (Vol. 9, Issue 4, pp. 375–391). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000169>
- Chen, E. K., Ahluwalia, S. C., Shetty, K., Pillemer, F., Etchegaray, J. M., Walling, A., Kim, A., Martineau, M., Phillips, J., Farmer, C. M., & Ast, K. (2019). *Development of Palliative Care Quality Measures for Outpatients in a Clinic-Based Setting: A Report on Information Gathering Activities*. www.rand.org/t/RR4273
- CIMGF. (2018). Manual de Formação. In *Guião para a Aprendizagem Reflexiva na Prática Clínica em Medicina Geral e Familiar* (p. 26). Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar Lisboa e Vale do Tejo. http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/5282/Manual_de_Formac_a_o_2018-a.pdf
- Ende, J. (1983). Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 250(6), 777–781. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340060055026>

- Fernandes, M. A., Platel, I. C. dos S., Costa, S. F. G. da, Santos, F. S., Zaccara, A. A. L., & Duarte, M. C. S. (2015). Palliative care and mourning: the understanding of medical residents. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1808. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1808-1819>
- Fortin, M.-F. (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização. In *Lusociência* (3rd ed.). Lusociência. <https://doi.org/10.1017/S1049096506060264>
- Gustavo Lessa. (2018). *Cuidados Paliativos* (2.0.3). Apple Store.
- Hennemann-Krause, L., Freitas, L. A., & Daflon, P. M. N. (2016). Cuidados paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 15(3). <https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.30644>
- Jeba, J., Atreya, S., Chakraborty, S., Pease, N., Thyle, A., Ganesh, A., Palat, G., Matthew, L., Anbarasi, S., Kumar, R., Muckaden, M., Barnard, A., Leng, M., Munday, D., & Murray, S. (2018). Joint position statement Indian association of palliative care and academy of family physicians of India – The way forward for developing community-based palliative care program throughout India: Policy, education, and service delivery considerations. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 291. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_99_18
- Kam-Magruder, J., Ackerman, L., Derthick, A., & Lesage, K. (2018). An Interprofessional Residency Clinic Curriculum for Geriatrics and Palliative Care. *PRiMER*, 2. <https://doi.org/10.22454/primer.2018.183282>
- Knowles, M. S. and A. (1986). Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Learning. *Canadian Journal of Communication*, 12(1), 77–80.
- Kubi, B., Enumah, Z. O., Lee, K. T., Freund, K. M., Smith, T. J., Cooper, L. A., Owczarzak, J. T., & Johnston, F. M. (2020). Theory-Based Development of an Implementation Intervention Using Community Health Workers to Increase Palliative Care Use. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.009>
- Leeuwenhorst Group. (1974). *A statement by the working party appointed*.
- Lertrattananon, D., Limsawart, W., Dellow, A., & Pugsley, H. (2019). Does medical training in Thailand prepare doctors for work in community hospitals? An analysis of critical incidents. *Human Resources for Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0399-8>
- Lloyd-Williams, M., & Macleod, R. (2004). A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 26(8), 683–690. <https://doi.org/10.1080/01421590400019575>
- Magee, C., & Koffman, J. (2016). Out-of-hours palliative care: What are the educational needs and preferences of general practitioners? *BMJ Supportive and Palliative Care*, 6(3), 362–368. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000764>
- Margolis, S. A. (2018). Education is the key to the provision of quality palliative care. In *Australian Journal of General Practice* (Vol. 47, Issue 11). Royal Australian College of

- General Practitioners. <https://doi.org/10.31128/AJGP-11-18-1234E>
- Mitchell, G. (2002). How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliative Medicine*, 16(6), 457–464. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216302pm573oa>
- Mitchell, G. K., Reymond, E. J., & McGrath, B. P. M. (2004). Palliative care: Promoting general practice participation. In *Medical Journal of Australia* (Vol. 180, Issue 5, pp. 207–208). Australasian Medical Publishing Co. Ltd. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05885.x>
- Muñoz, R. F. (2010). Using evidence-based Internet interventions to reduce health disparities worldwide. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.1463>
- Neergaard, M. A., Vedsted, P., Olesen, F., Sokolowski, I., Jensen, A. B., & Søndergaard, J. (2009). Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care. *British Journal of General Practice*, 59(566), 671–677. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X454133>
- Noel Chidwick. (2018). SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)-App. In *BMJ supportive & palliative care* (1.8; Vol. 4, Issue 3, p.). Apple Store. www.spict.org.uk/spictapp
- OPSS. (2016). Os Cuidados Paliativos em Portugal Relatório Primavera. *Observatório Português de Sistemas de Saúde*, 119–124. http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf
- Pelayo, M., Cebrián, D., Areosa, A., Agra, Y., Izquierdo, J. V., & Buendía, F. (2011). Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. *BMC Family Practice*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-37>
- Pina, P. (2016). A Síndrome da Anorexia-Caquexia. In *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª, pp. 185–203). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Plat, F. M., Peters, Y. A. S., Giesen, P., & Smits, M. (2018). Availability of dutch general practitioners for after-hours palliative care. *Journal of Palliative Care*, 33(3), 182–186. <https://doi.org/10.1177/0825859718766947>
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2016). Comunicação. In *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª, pp. 815–830). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/nejmp1215620>
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Ramanayake, R. P. J. C., Dilanka, G. V. A., & Premasiri, L. W. S. S. (2016). Palliative care; role of family physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 234. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192356>

- Reymond, L., Parker, G., Gilles, L., & Cooper, K. (2018). Home-based palliative care. *Australian Journal of General Practice*, 47(11), 747–752. <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-18-4607>
- Ricardo De Oliveira, J., Amauri, I., & Ferreira, C. (2013). Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil The Teaching of Bioethics and Palliative Care in Brazilian Medical Schools. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2). https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000200017&script=sci_arttext&tlng=pt
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2014). RENTEV. In *Circular Informativa nº 05/2014 dos SPMS*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/rentev-circular-pdf.aspx>
- Silva, M. L. dos S. R. (2013). O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(30), 45–53. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)
- Starfield, B. (1998). Primary care: balancing health needs, services and technology. *Oxford University*.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia. In *Ministério da Saúde*. UNESCO. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- Thoonsen, B., Vissers, K., Verhagen, S., Prins, J., Bor, H., Van Weel, C., Groot, M., & Engels, Y. (2015). Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: A randomized controlled trial Clinical presentation, diagnosis, and management. *BMC Family Practice*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0342-6>
- von Gunten, C. F., Mullan, P. B., Nelesen, R., Garman, K., McNeal, H., Savoia, M., Muchmore, E., Ikeda, T., Amundson, S., McKennett, M., Diamant, J., Pepper, P., Gray, C., & Weissman, D. (2017). Primary Care Residents Improve Knowledge, Skills, Attitudes, and Practice After a Clinical Curriculum With a Hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(8), 713–720. <https://doi.org/10.1177/1049909116655767>
- Wakefield, M. A., Beilby, J., & Ashby, M. A. (1993). General practitioners and palliative care. *Palliative Medicine*, 7(2), 117–126. <https://doi.org/10.1177/026921639300700205>
- WHO. (1990). WHO definition of palliative care. In *Cancer WHO Definition of Palliative Care*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1152ed>
- WONCA Europa. (2002). A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). In *OMS Europa* (p.). Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European Definition in Portuguese.pdf>
- World Health Assembly. (2014, May 24). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. *Sixty-Seventh World Health Assembly*.

ANEXO I - Consentimento Informado

Questionário de pesquisa para dissertação de mestrado “Percepção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado Dr.,

O Sr. está a ser convidado a participar da investigação: **“Percepção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos”** que tem por objetivo principal avaliar as percepções dos internos de MGF em Portugal acerca da sua preparação profissional para atender seus doentes que necessitam de Ações Paliativas e Cuidados Paliativos Gerais.

Essa pesquisa será realizada com internos de MGF de todo o país, do primeiro ao quarto ano do programa de internato de MGF de 2019.

Sua participação no estudo consistirá em responder 22 itens objetivos, via questionário eletrónico, com **duração média de 5 minutos**.

O Dr. tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a **garantia do sigilo das suas informações**. O Sr. não terá **nenhuma despesa** e não há compensação financeira relacionada à sua participação na investigação.

Caso tenha **alguma dúvida** o Sr. poderá entrar em contato com a investigadora responsável pelo estudo, no âmbito de sua **dissertação do Mestrado** em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Formação Avançada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ana Carolina Silva, através do correio eletrónico **caarolchehuan@icloud.com**.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para identificação das necessidades na formação médica geral e especializada, sobretudo entre os internatos médicos em MGF.

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li acerca da pesquisa Percepção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas”.

Ao INICIAR PESQUISA AGORA estará a concordar voluntariamente em participar deste estudo.

INICIAR PESQUISA AGORA

ANEXO II - Questionário

1. Sexo*

Selecione uma resposta

Feminino

Masculino

2. Idade*

Escreva uma ou algumas palavras...

500

3. Região do país*

Selecione uma resposta

Norte

Centro

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo

Algarve

4. Em que ano encontra-se no internato de MGF?*

Selecione uma resposta

Primeiro ano

Segundo ano

Terceiro ano

Quarto ano

5. Teve alguma disciplina ou estágio em Cuidados Paliativos durante sua formação pré-graduada?*

Selecione uma resposta

Sim, como disciplina obrigatória

Sim, como estágio obrigatório

Sim, como disciplina opcional

Sim, como estágio opcional

Não tive

6. Teve alguma disciplina ou estágio em Cuidados Paliativos durante seu internato em Medicina Geral e Familiar?*

Selecione uma resposta

Sim, como disciplina obrigatória

Sim, como estágio obrigatório

Sim, como disciplina opcional

Sim, como estágio opcional

Não tive

A seguir encontrará algumas situações relevantes na prática dos cuidados paliativos. Por favor, marque a afirmação que melhor corresponde a si.

7. Sinto-me adequadamente preparado para iniciar fármacos (por exemplo soro, morfina, butilescopolamina, tramadol, dexametasona, haloperidol e metoclopramida) por vias terapêuticas menos invasivas como a subcutânea durante uma visita domiciliária.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

8. Sinto-me adequadamente preparado para prescrever as diferentes apresentações de fármacos opióides de ação rápida e ultra-rápida (sublingual, transmucoso, solução oral) em situações de dor irruptiva ou incidental.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

9. Sinto-me adequadamente preparado para prescrever as diferentes apresentações de fármacos opióides de ação prolongada (comprimido, cápsula, solução oral, adesivo transdérmico, comprimido orodispersível, supositório) em situações de dor crónica.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

10. Sinto-me adequadamente preparado para gerir sintomas comuns em doentes em fim de vida como dispneia, náuseas e vómitos, xerostomia, obstipação, astenia, delirium, depressão e ansiedade.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

11. Sinto-me adequadamente preparado para diferenciar um doente desnutrido de um caquético e, assim, sei indicar a terapêutica nutricional mais adequada aos distintos diagnósticos.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

12. Sinto-me adequadamente preparado para aplicar escalas de prognóstico (por exemplo SPICT, NECPAL, PPS e KPS) e assim identificar quais os doentes que necessitam de Cuidados Paliativos.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

13. Sinto-me adequadamente preparado para falar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade com os meus doentes.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

14. Sinto-me adequadamente preparado para comunicar más notícias (por exemplo diagnóstico de doenças com tratamentos complexos e ou prognóstico limitado) aos meus doentes.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

15. Sinto-me adequadamente preparado para gerir situações de conspiração de silêncio.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

16. Sinto-me adequadamente preparado para realizar conferências familiares.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

17. Sinto-me adequadamente preparado para conversar sobre a morte com doentes portadores de doenças crónicas não curáveis.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

18. Sinto-me adequadamente preparado para conversar sobre temas subjetivos como desejos, preocupações e espiritualidade com meus doentes.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

19. Sinto-me adequadamente preparado para identificar familiares com luto patológico.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

20. Sinto-me adequadamente confortável em trabalhar com uma equipa multidisciplinar na gestão de doentes complexos, como os em cuidados paliativos.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

21. Considero a área dos Cuidados Paliativos relevante na formação do médico de família.*

Selecione uma resposta

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Nem Concordo Nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

22. Se pudesse escolher o momento ideal de aprofundar meus conhecimentos em Cuidados Paliativos seria:*

Selecione uma resposta

Apenas durante a formação pré-graduada

Apenas durante a formação especializada em MGF

Durante a formação pré-graduada e a especializada em MGF

Apenas durante a formação avançada, como o mestrado em CP

Não julgo relevante aprofundar conhecimentos em CP

ANEXO III - Autorizações

Anexo 3.1



Exma. Senhora
Ana Carolina Chehuan de Barros Silva
Rua General Tamagnini de Abreu, casa
7.
2765-560 Cascais

N/Ref: IFA-M/2019 Data: 31/01/2019

Assunto: Aprovação do projeto de dissertação.

Cumpre-nos informar que o Conselho Científico da FMUL na reunião de 15 de janeiro de 2019, com base na apreciação positiva do Conselho de Mestrado, aprovou o projeto de dissertação intitulado "Perceção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em cuidados paliativos" sob a orientação de Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa, no âmbito do curso de mestrado em Cuidados Paliativos.

Foram sugeridas algumas recomendações a ter em conta no desenvolvimento do seu trabalho.

Recordo a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor António Vaz Carneiro
Diretor executivo do Instituto de Formação Avançada

Cc:
Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA • Av. Prof. Egas Moniz • 1649-028 Lisboa • Portugal
+351 217 985 100 • fmul@medicina.ulisboa.pt

1

Conselho Oficial do Ordenamento de S. Tiago de Espada | Medalha de Serviço Doutor Crau "Quir" do Município de Évora



N/Ref#: IFA-M/2019

Data: 31/01/2019

Parecer

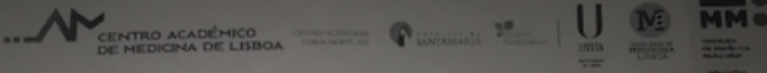
"O inquérito deve ser validado previamente em amostra prévia. Deve ter um parecer de uma Comissão de Ética"

Aprovação do projeto de dissertação da aluna Ana Carolina Chehuan de Barros Silva do mestrado de Cuidados Paliativos.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA • Av. Prof. Egas Moniz • 1649-028 Lisboa • Portugal
+351 217 985 100 • fmul@medicina.ulisboa.pt

2

Anexo 3.2



MEMBROS
 Prof. Doutor José Luís B. Duda Soares (CHULN e CAML)

SECRETARIA
 Prof. Doutora Maria Luísa Figueira (CAML)

MEMBROS
 Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHULN)
 Prof. Doutora Ana Isabel Lopes (CHULN)
 Prof. Doutora Maria do Céu Rauf (CAML)
 Pedro Francisco Santiago (CHULN)
 Mestre Dr.º Graça Ramos (CHULN)
 Prof. Doutor João Fajal Lacerda (CAML)
 Prof. Doutor João Leitão (CAML)
 Prof. Doutora Mariana Vilela (CAML)
 Prof. Doutor Mário Miguel Raia (CHULN)
 Dra. Patrícia Trindade Gonçalves (CHULN)

Exma. Senhora
 Dra. Ana Carolina Chetuan de Barros Silva
 Rua General Tamagnon de Abreu, Casa 7
 2785-660 SÃO PEDRO DO ESTORIL

Lisboa, 19 de Junho de 2019

Nossa Ref.º Nº 115/19

Assunto: Projeto "Perceção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos"

Relator - Dra. Patrícia Trindade Gonçalves


Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, em Junho de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundamentam 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. A presente decisão será ratificada na reunião agendada para o dia 2 de Julho de 2019, para registo em Ata.

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 do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei de investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 196-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nos diversos vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do CHULN, com idóneo desígnios, das convenções, declarações e direitos internacionais, a Comissão de Ética aprovou o estudo, que deverá 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 tendo como desígnio 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, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Salienta-se a necessidade de obtenção da anuência / colaboração da ARS como entidade provedora dos endereços eletrónicos da população alvo do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHULN e CAML

 Prof. Doutor José Luís B. Duda Soares

COMISSÃO DE
 ÉTICA DO CHULN E DO CAML
 ALameda Professor Egas Moniz
 1649-016 LISBOA
 TEL. - 21 790 54 00 FAX - 21 790 56 30
 ANUALMENTE@CHULN.MDCC.PT

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
 2785-001 SÃO PEDRO DO ESTORIL
 TEL 217 545 000 - Fax 217 545 215
 www.cem.pt

Anexo 3.3



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora
Dr.ª Ana Chehuan
carolchehuan@hotmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		10779/CES/2019	

Assunto: Percepções de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epigrafe, na sua reunião da secção de investigação do dia 6.12.2019 e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

M^o Conselho Directivo

 LUÍS PISCO
 Presidente do Conselho Directivo da
 ARSLVT, I.P.

Anexo 3.4



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Ex. Sr. ^a
Dr.^a Ana Carolina Chehuan
carolchehuan@hotmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º CES Junho/2020 PROC. N.º: #09/2020	08/07/2020

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética e da Saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP - processo n.º 09/2020 – “Perceção de Médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos”

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer **Positivo** por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, IP, em 05 de junho de 2020, e autorização do Conselho Diretivo em reunião de 18 de junho de 2020.







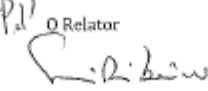
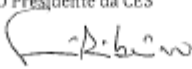
Ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, solicita-se que dê conhecimento à CE da ARS do Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,


Nuno Murcho
Presidente da CES da ARS do Algarve, IP

Anexo 3.5

	
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
PARECER FINAL: DESFAVORÁVEL FAVORÁVEL	DESPACHO:  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.  Dr. João Reis Morais Presidente  Dr. João Rodrigues Vice-Presidente
ASSUNTO:	Estudo 119/2020 - Percepção de médicos internos de Medicina Geral e Familiar de Portugal acerca das suas competências em Cuidados Paliativos
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">  Dr. Maria Rizzo Vogel, Vogal </div> <p>Trabalho que pretende avaliar a percepção dos internos de MGF relativamente à sua preparação profissional para atender doentes com necessidades de CP.</p> <p>Utilizará questionário online enviado a 1939 pessoas "através das ARS".</p> <p>Não é referido se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Será toda a população elegível ou uma amostra, e, neste caso, como será obtida a amostra 2. De que modo será feita "através das ARS" 3. O questionário será anonimizado e como <p>Vitor Rodrigues</p> <p><u>Favorável após envio de esclarecimentos adequados</u></p> <p>Coimbra, 28/Julho de 2020</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  O Relator (Prof. Doutor Vitor Rodrigues) </div> <div style="text-align: center;">  O Presidente da CES (Prof. Doutor Fontes Ribeiro) </div> </div>	