**Colégio de Competência de Medicina Paliativa**

**Requisitos Obrigatórios para atribuição da Competência**

**pela Ordem dos Médicos**

1- Ser médico inscrito na Ordem dos Médicos e estar em pleno gozo dos seus direitos estatutários.

2- Frequência com aproveitamento de ações de formação reconhecidas pela Ordem dos Médicos e organizadas por entidades idóneas, que cumpram critérios de formação avançada (mínimo de 400 horas de contacto ou 60 ECTS de trabalho global).

3- Formação prática com duração total igual ou superior a 810 h\* em Equipa(s) de Cuidados Paliativos (CP), orientada por médico com Competência em Medicina Paliativa que exerça atividade regular na equipa pelo menos 20 h por semana.

4- O estágio prático referido no ponto 3 deve realizar-se nas diferentes vertentes assistenciais dos CP (Unidade de internamento - UCP, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte com consulta externa – EIHSCP e Equipa Comunitária / Domiciliária - ECSCP), sendo obrigatória a realização de pelo menos 160 horas de estágio em EIHSCP com consulta externa e 160 horas em ECSCP.

\* Poderão ser creditadas as horas / ECTS de prática efetuada em contexto de formação académica.

5- Apresentação de pelo menos três trabalhos na área da Medicina Paliativa, como primeiro autor. Serão consideradas apresentações em reuniões científicas de âmbito nacional ou internacional, publicações em revistas científicas e, eventualmente uma formação ministrada no âmbito de cursos de Cuidados Paliativos de nível intermédio ou avançado.

Os requerentes deverão ainda apresentar a seguinte documentação:

1. Documento comprovativo de inscrição Ordem dos Médicos e de como se encontra no pleno gozo dos seus direitos estatutários.
2. Documentos comprovativos da realização da formação pós-graduada e dos estágios em instituições idóneas, com referência ao número de horas de formação e ao nome do médico orientador do estágio realizado em cada instituição.
3. Documentos comprovativos da apresentação em reuniões científicas e/ou publicação de trabalhos na área da Medicina Paliativa.
4. *Curriculum vitae*, até ao máximo de três páginas, em que conste: nome, n° de Cédula Profissional, data de nascimento, ano de licenciatura, instituições responsáveis pela formação, local atual de trabalho, concursos, trabalhos publicados e apresentados em reuniões científicas e outros elementos biográficos considerados importantes pelo candidato, incluindo ações de formação frequentadas.

Sempre que entendido como necessário, o júri de avaliação pode solicitar o fornecimento de dados específicos ou esclarecimentos adicionais sobre os itens referidos.

**Objetivos Curriculares - Currículo Específico de Medicina Paliativa**

(adaptado das recomendações da EAPC, pela direção Colégio de Medicina Paliativa em junho/2017)

**Programa Curricular (resumo)**

**1. Introdução aos Cuidados Paliativos**

1.1 História, filosofia e definições

1.2 Qualidades pessoais e atributos dos médicos de Medicina Paliativa

1.3 Comunicação entre serviços

**2. Cuidados Físicos e Tratamento**

2.1 Gestão da doença progressiva e com prognóstico reservado

2.2 Processos específicos de doença, oncológica e não oncológica

2.3 Princípios gerais do controlo sintomático

2.4 Avaliação e tratamento da Dor

2.5 Avaliação e tratamento de outros sintomas e problemas clínicos

2.6 Emergências em Cuidados Paliativos

2.7 Procedimentos Práticos / Competências

2.8 Farmacologia e terapêutica

2.9 Reabilitação

2.10 Cuidados ao doente nos últimos dias de vida (agonia) e à sua família

**3. Cuidados e intervenções psicossociais**

3.1 Relações sociais e familiares

3.2 Comunicação com doentes e famílias

3.3 Respostaspsicológicas nas doenças graves, que ameaçam a vida, e na perda

3.4 Atitudes e reações dos médicos e de outros profissionais

3.5 Luto

3.6 Aspetos financeiros no doente e família

**4. Cultura, Linguagem, Religião e Espiritualidade**

4.1 Cultura e etnicidade

4.2 Religião e espiritualidade

**5. Ética**

5.1 Ética Teórica

5.2 Ética aplicada à prática clínica em Cuidados Paliativos

**6. Enquadramento jurídico**

6.1 Morte

6.2 Terapêutica

6.3 Relação médico /doente

**7. Trabalho de equipa**

**8. Formação (aprendizagem e ensino)**

8.1 Aprendizagem

8.2 Ensino

**9. Investigação**

**10. Gestão**

10.1 Recursos humanos

10.1.1 Recrutamento

10.1.2 Desenvolvimento do pessoal

10.2 Competências de liderança

10.3 Competências de gestão

10.4 Gestão da informação

10.5 Sistemas de cuidados de saúde relacionados com os cuidados paliativos

10.6 Auditorias

**Programa Curricular Detalhado**

**1. Introdução aos Cuidados Paliativos**

**1.1 História, filosofia e definições**

* História dos Cuidados Paliativos
* Definição de: Cuidados paliativos; Medicina Paliativa; cuidados de conforto (“*supportive care*”); “*hospice*”; unidade especializada de cuidados paliativos; unidades de longa duração
* Natureza evolutiva dos cuidados paliativos ao longo da progressão da doença, incluindo a integração com o tratamento ativo (cuidados partilhados) e o significado dos pontos de transição ao longo da doença
* Readaptação e reabilitação
* Expectativas e perceções sociais na doença progressiva e avançada, e na morte
* Conceitos diferentes sobre o que constitui a qualidade de vida (incluindo a sua medição) e sobre uma boa morte
* Desenvolvimento e estado da Arte dos Cuidados Paliativos num contexto internacional

**1.2 Qualidades pessoais e atributos dos médicos de Medicina Paliativa**

* Os requisitos para uma boa prática médica incluem:
  + Empatia, respeito e preocupação pelos doentes e suas famílias
  + Autoconfiança apropriada, temperada por autoavaliação crítica e reconhecimento das limitações próprias
* O desenvolvimento aprofundado dos seguintes aspetos de boa prática médica, particularmente pertinentes para o exercício de cuidados paliativos:
  + Trabalho em Equipa
  + Avaliação e balanço dos benefícios e contras dos tratamentos a utilizar (frequentemente de contornos subtis)
  + Cooperação com outras equipas multiprofissionais
  + Juízo crítico acerca de quando agir prontamente
  + Autoconsciência para observar as estratégias próprias de *coping* e estilo de gestão/ liderança
  + Capacidades de ensino flexível e efetivo
  + Prática reflexiva
  + Respeito por valores e práticas sociais e religiosas diferentes das do próprio
  + Consciência das restrições e diferentes formas de trabalhar em ambientes diferentes
* Comunicar de forma efetiva e apropriada

**1.3 Comunicação entre serviços**

* Reconhecimento da necessidade duma comunicação clara e atempada entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, de forma a permitir uma continuidade dos cuidados para o doente entre as diferentes instituições, nomeadamente, domicílio/unidades de cuidados paliativos/hospital/unidades de crónicos
* Cuidados partilhados com outras equipas multiprofissionais, em que os Cuidados Paliativos especializados assumem um papel de liderança ou um papel de suporte, tanto no hospital como nas outras instituições

**2. Cuidados Físicos e Tratamento**

**2.1 Gestão da doença grave, progressiva e com prognóstico reservado**

* Avaliação inicial – história detalhada e exame objetivo; avaliação do impacto da situação no doente e família
* Complexidade da formulação de prognósticos
* Consideração duma larga gama de opções de manejo/tratamento das doenças
* Juízo crítico dos benefícios e malefícios das investigações, tratamentos e da não-intervenção
* Admitir a necessidade de e ter competências na reavaliação e revisão clínica
* Antecipação e prevenção dos problemas expectáveis (ver item 2.6)
* Reconhecimento dos pontos de transição durante a evolução da doença
* Reconhecimento do processo de morrer e do fim de vida
* Gestão de crise
* Cuidados partilhados com outras especialidades – benefícios, dificuldades, facilitação
* Reconhecimento das limitações do conhecimento e experiência individuais

**2.2 Processos específicos de doença**

* Os princípios da terapêutica oncológica, incluindo quimio e radioterapia paliativa
* A apresentação, vias de metastização e terapêutica atual de todas as neoplasias malignas mais frequentes
* A apresentação, evolução usual e terapêutica atual de outras doenças graves, incuráveis e progressivas tratadas no âmbito dos Cuidados Paliativos

**2.3 Princípios gerais do controlo sintomático**

* Sintomas como uma experiência física, psicológica, social e espiritual
* Importância da anamnese e exame objetivo apropriado no controlo sintomático – incluindo a utilização das tecnologias de diagnóstico modernas, como RMN, PET scan, procedimentos invasivos, etc.
* Necessidade de correto diagnóstico da fisiopatologia dum sintoma (seja devido a doenças concomitantes e respetivo tratamento, seja por etiologias relacionadas com o cancro ou outra doença causal)
* O leque de opções terapêuticas – tratamentos dirigidos à doença e tratamentos para controlo sintomático (cirurgia paliativa, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, terapia hormonal, outros fármacos, fisioterapia, intervenções psicológicas, terapias complementares)
* Escolha adequada entre tratamento ou não-tratamento, considerando prós e contras de todas as opções
* Controlo dos efeitos adversos do tratamento
* Necessidade da reavaliação regular da resposta sintomática
* Métodos de avaliação da resposta sintomática
* Controlo de sintomas intratáveis – reconhecimento e oferta de suporte emocional para doentes, cuidadores, equipas multiprofissionais e para o próprio médico
* Referenciação a outras Equipas, quando necessário

**2.4 Avaliação e Tratamento da Dor**

* A Dor como experiência física, psicológica, social e espiritual
* Fisiologia da Dor
* História clínica, exame objetivo e outros exames para a avaliação da Dor
* Instrumentos de avaliação da Dor – clínicos e de investigação
* Diferentes tipos de Dor – nociceptiva, neuropática, irruptiva
* Síndromes dolorosas mais comuns e reconhecidos
* Tratamento Farmacológico da Dor – escada analgésica da OMS e utilização apropriada de fármacos adjuvantes
* Indicações e benefícios relativos dos diferentes opioides
* Indicações para a apropriada utilização da rotação de opioides
* Controlo dos efeitos secundários dos tratamentos farmacológicos
* Avaliação dos prós e contras dos tratamentos, incluindo radioterapia e quimioterapia
* Tratamentos não farmacológicos – TENS (Estimulação Elétrica Transcutânea), Acupunctura, Fisioterapia
* Bloqueio de nervos mais comuns e outros procedimentos neurocirúrgicos
* Princípios da administração de analgésicos por via espinal
* Apoio e intervenções psicológicas no controlo da Dor
* Referenciação apropriada para e cuidados partilhados com unidades de tratamento da Dor

**2.5 Avaliação e Tratamento de outros sintomas e problemas clínicos**

* Boca seca e mucosite
* Náuseas e vómitos
* Disfagia e alterações da deglutição
* Obstipação/Impactação fecal
* Diarreia
* Tenesmo
* Ascite
* Obstrução Intestinal
* Icterícia
* Prurido
* Dispneia
* Tosse
* Soluços
* Obstrução das vias aéreas
* Derrame pleural e pericárdico
* Hemoptise
* Espasmo da bexiga
* Obstruções urinárias
* Problemas sexuais
* Linfedema
* Fístulas
* Deiscência de feridas
* Lesões hemorrágicas/ulcerativas
* Odores
* Úlceras de pressão
* Fraturas patológicas
* Anorexia, caquexia
* Astenia, adinamia
* Alterações hidro-electrolíticas como hipercalcémia, hiponatrémia, hipomagnesémia
* Síndromes Paraneoplásicos, incluindo secreção inapropriada de HAD
* Neuropatias
* Pressão intracraniana aumentada
* Depressão e outras alterações do humor
* Ansiedade e medo
* Insónia
* Estados confusionais / Delirium
* Alucinações
* Toxicodependência pré-existente
* Nutrição e hidratação
* Sintomas induzidos pelos tratamentos – radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, associados a utilização de fármacos
* Sintomas que ocorrem nos últimos dias de vida

**2.6 Emergências em Cuidados Paliativos**

* Dor e sofrimento extremos
* Obstrução da veia cava superior
* Hipercalcémia
* Compressão medular
* Tamponamento cardíaco
* Fraturas patológicas
* Delirium / agitação terminal
* Paragem cardiopulmonar
* Hemorragia massiva
* Crise Epilética
* Anafilaxia
* Estados confusionais agudos
* O doente violento
* Ideação suicida aguda
* Sobredosagem
* Síndrome de abstinência alcoólica e de drogas
* Hipoglicémia
* Crises de distonia aguda, oculogíricas e serotonérgicas
* Síndroma maligno associado ao uso dos neuroléticos
* Retenção urinária aguda
* Pneumotórax
* Tromboembolismo pulmonar
* Estridor
* Broncospasmo
* Insuficiência cardíaca congestiva aguda
* Insuficiência renal aguda
* Complicações previsíveis de intervenções terapêuticas ou de outros procedimentos, incluindo suporte avançado de vida (se tal for apropriado no contexto clínico)

**2.7 Procedimentos Práticos / Competências**

* Anamnese e Exame Objetivo dos doentes com doença avançada
* Manuseamento das complicações com:
  + estomas
  + traqueostomia
  + PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea)
  + Sondas nasogástricas
  + Ventilação não invasiva
* Toracocentese
* Paracentese
* Seringas infusoras
* Câmaras para nebulização
* Manuseamento de catéteres epidurais/intratecais e perfusões contínuas (utilizando guidelines locais)

**2.8 Farmacologia e terapêutica**

* Princípios gerais da farmacodinâmica e farmacocinética
* Farmacogenética
* Necessidade de ajuste de dose nos doentes frágeis, idosos e crianças
* Necessidade de ajuste de dose nos casos de metabolismo alterado, progressão de doença, insuficiência de órgão e últimos dias de vida
* O papel das farmácias hospitalares e comunitárias
* Formulários terapêuticos em Cuidados Paliativos
* Gestão dum orçamento de farmácia: aspetos de custos versus benefícios
* Prescrição - aspetos legais relacionados com a prescrição de fármacos de prescrição controlada
* Utilização de fármacos segundo uma lógica individual de cada doente
* Utilização de fármacos para além das licenças do respetivo produto
* Utilização de fármacos em ensaios clínicos
* Problemas da polifarmácia
* Ajudar doentes e cuidadores a compreender indicações e a gerir medicação
* Relatar reações farmacológicas adversas ao Infarmed
* Recomendações, guidelines e protocolos – redação, implementação e utilização
* Adesão e não-adesão aos tratamentos – razões para não-adesão e formas de aumentar adesão
* Princípios da homeopatia, incluindo indicações e potenciais efeitos secundários
* Princípios das terapias complementares, incluindo indicações e possíveis complicações

Relativamente aos fármacos mais frequentes utilizados na medicina paliativa ou usualmente tomados por doentes que recorrem aos cuidados paliativos, conhecer:

* Vias de administração
* Absorção, metabolismo, excreção
* Semi-vida, frequência habitual de administração
* Efeitos adversos e seu controlo
* Utilização de fármacos em seringas infusoras, estabilidade e miscibilidade dos mesmos
* Interações com outros fármacos
* Possibilidade de tolerância, dependência, adição e síndromes de abstinência
* Disponibilidade de fármacos na comunidade

**2.9 Reabilitação**

* Treino físico – incluindo fisioterapia, etc.
* Princípios da reabilitação relacionada com as doenças associadas a dependência gradual e progressiva
* Conceito de manutenção de função através do exercício e terapias
* Reconhecimento da mudança de objetivos ao longo da evolução de uma doença
* Lidar com os conflitos do paciente/família decorrentes de expectativas irrealistas
* Equipamentos disponíveis para reabilitação
* Competências específicas de outros profissionais de saúde, por exemplo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional
* Serviços de apoio disponíveis no domicílio

**2.10 Cuidados ao doente nos últimos dias de vida (agonia) e à sua família**

* Reconhecimento da fase da agonia
* Avaliação inicial do moribundo
* Prestar cuidados a doentes moribundos e às suas famílias
* Avaliação da medicação requerida
* Reconhecimento de quando suspender ou não iniciar investigações e tratamentos adicionais
* Gestão dos sintomas na fase de agonia
* Cuidados psicológicos à família
* Conhecimento das práticas culturais e religiosas mais relevantes que se relacionam com a prática médica, a morte e o luto
* Compreensão dos dilemas éticos na fase de agonia
* Compreensão das medidas farmacológicas nos doentes agónicos, incluindo o uso de uma seringa infusora
* Compreensão do papel dos fluxogramas e protocolos de cuidados na melhoria dos cuidados aos moribundos
* Sedação paliativa – indicações e contraindicações

**3. Cuidados e intervenções psicossociais**

**3.1 As relações sociais e familiares**

* Valorização do doente na relação com a sua família, com o trabalho e as circunstâncias sociais
* Impacto da doença nas relações interpessoais
* Impacto da doença na imagem do corpo, na sexualidade e no desempenho
* Construção e utilização de genogramas
* Avaliação da resposta à doença e expectativas entre os membros da família
* Quando e como realizar as conferências familiares
* Formas de integrar as necessidades dos parceiros e das famílias na prestação de cuidados paliativos, tanto em ambiente hospitalar, como em ambiente domiciliário
* Prestação de cuidados paliativos aos sem-abrigo e aos presos
* Compreensão dos conceitos de ressonância, guiões familiares, homeostase nas famílias e do impacto da doença e das perdas no sistema familiar
* Consciência das transferências e contratransferências nas relações profissionais com os doentes e familiares

**3.2 Comunicação com os doentes e familiares**

* Habilidades em escutar com empatia e falar de forma aberta:
* sobre as preocupações nos domínios físico, psicológico, social e espiritual
* sobre o conhecimento da doença e do seu prognóstico
* Barreiras comuns à comunicação tanto para os doentes como para os profissionais
* Gestão da transmissão de más notícias, de perguntas difíceis e da informação, dada com sensibilidade e de forma apropriada, de acordo com os desejos e as necessidades do indivíduo
* Facilitação da tomada de decisões e promoção da autonomia do doente
* Reconhecimento e gestão de conflitos entre a confidencialidade e a necessidade de compartilhar as informações com outros
* Problemas/limitações comuns de comunicação: dificuldades de expressão, surdez e dificuldades de aprendizagem (ver também secção 4)
* Teorias e fundamentos baseados na evidência da prática da comunicação
* Conhecimento e prática de uma variedade de estruturas e de estilos de realizar consultas
* Avaliação crítica das competências pessoais de realizar consulta

**3.3 Respostas psicológicas nas doenças graves, que ameaçam a vida, e na perda**

* Reconhecimento das diferentes respostas e emoções expressas pelo doente e por outras pessoas, incluindo medo, culpa, raiva, tristeza e desespero
* O impacto psicológico da dor e dos sintomas de difícil controlo
* As respostas às incertezas e perdas nas diferentes fases da doença
* A doença em pessoas com demência ou problemas psicológicos ou psiquiátricos pré-existentes
* Identificação de respostas psicológicas como uma fonte de problemas adicionais para a família do doente e como formas potenciais de dificultar os objetivos dos cuidados
* Lidar com:
  + a raiva e as emoções fortes
  + a perturbação ansiosa
  + a transferência
  + o conluio e a conspiração de silêncio
  + a negação
* As respostas e as necessidades das crianças (incluindo os irmãos) em diferentes estágios de desenvolvimento
* As respostas e as necessidades de crianças e adultos com dificuldades de aprendizagem
* A distinção entre tristeza e depressão clínica
* O conhecimento e a aplicação de intervenções terapêuticas, incluindo:
  + o aconselhamento
  + a terapia comportamental
  + a terapia cognitiva
  + as atividades de grupo/grupos autoajuda
* Papel do relaxamento / hipnoterapia, observação de imagens e visualização, terapias criativas
* O papel e a disponibilidade dos serviços especializados de apoio psicológico e psiquiátricos e as indicações para a referenciação
* Lidar com indivíduos violentos e potencialmente suicidas; aplicação de tratamentos compulsivos

**3.4 Atitudes e reações de médicos e outros profissionais**

* Consciencialização dos valores pessoais e sistemas de crenças, e como estes influenciam os julgamentos e comportamentos dos profissionais
* Consciencialização das suas próprias habilidades e limitações e do efeito das dificuldades ou perdas pessoais
* Capacidade para pedir ajuda aos outros quando necessário
* As fontes potenciais de conflito na relação médico-doente e como lidar com estes, incluindo:
* o sobre-envolvimento
* a identificação pessoal
* os sentimentos negativos e o choque de personalidade
* os pedidos que não podem ser satisfeitos
* Reconhecimento e gestão do impacto emocional e psicológico dos cuidados paliativos em si mesmo, na equipe e nos outros colegas
* Ser um colega de apoio a outros membros da equipa
* Reconhecimento dos indivíduos que estão a ter dificuldades, e consciência de quando e como agir, se isso afeta negativamente os cuidados ao doente
* Reconhecimento das vias de apoio que podem ser oferecidas aos profissionais
* Avaliação da segurança pessoal e dos membros da equipe quando realizam visitas na comunidade

**3.5 Luto**

* Teorias sobre luto, incluindo o processo de luto, a adaptação à perda e o modelo social de luto
* Dor e luto em crianças
* Reconhecimento do efeito de múltiplas perdas sobre o indivíduo
* Preparação de cuidadores de crianças para o luto
* Suporte do indivíduo ou da família em situação aguda de luto
* Antecipação e identificação de luto anormal e complicado em adultos
* Conhecimento sobre o luto, sobre o sistema de suporte e organização de serviços de apoio
* Identificação do suporte apropriado no luto para um indivíduo ou família
* O impacto epidemiológico do luto
* Fatores de risco para ocorrência de luto patológico

**3.6 Aspetos financeiros no doente e família**

* Avaliação financeira do individuo e família
* Acesso a benefícios, subsídios e prémios disponíveis para os doentes e familiares
* O papel do assistente social e / ou do gabinete de apoio social

**4. Cultura, linguagem, religião e espiritualidade**

**4.1 Cultura e etnicidade**

* Reconhecimento das influências culturais sobre o significado da doença para doente e família
* Reconhecimento e integração das diferenças de crença e prática, por forma a garantir uma avaliação minuciosa das necessidades e cuidados aceitáveis
* Uso e apoio de intérpretes no caso de dificuldades de comunicação
* Consciencialização sobre as crenças e os comportamentos pessoais e a importância de não os impor aos outros
* Capacidade para reconhecer e lidar com conflitos de crenças e valores dentro da equipa

**4.2 Religião e espiritualidade**

* Capacidade para distinguir as diferenças entre a espiritualidade de um indivíduo e as suas necessidades religiosas
* Capacidade para detetar, de forma apropriada e integrada no processo de avaliação, as preocupações espirituais
* Questões de espiritualidade relacionadas com doenças graves, que põem a vida em risco, e o papel da assistência espiritual
* Reconhecimento da importância da esperança e da capacidade de promover a esperança em cuidados paliativos
* Capacidade de reconhecer e responder à angústia espiritual, incluindo o encaminhamento para outros profissionais/elementos
* Conhecer os sistemas pastorais de diferentes grupos religiosos e trabalhar com os seus representantes dentro da equipe multidisciplinar
* Conhecer as práticas culturais e religiosas mais relevantes que se relacionam com a prática médica, a morte e o luto

**5. Ética**

**5.1 Ética teórica**

* História da Ética Médica dando ênfase à evolução filosófica e códigos de prática/conduta
* Análise crítica das abordagens teóricas atuais à ética médica, incluindo os quatro princípios da ética principialista (beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia)

**5.2 Ética aplicada à prática clínica dos cuidados paliativos**

* Reconhecimento das questões éticas decorrentes da prática clínica diária e do trabalho em equipa
* Consentimento informado
* Dar informação
* Confidencialidade
* Competência para tomada de decisões específicas
* Indivíduos não-autónomos ou incompetentes
* Juízos no melhor interesse do doente
* Tratamento apropriado e futilidade diagnóstica/terapêutica
* Conflitos de interesses entre doentes e familiares
* Responsabilidade das decisões (de médicos, doentes e equipas)
* Afetação de recursos (incluindo o próprio médico)
* Abstenção ou suspensão de tratamentos (incluindo hidratação/não-hidratação)
* Eutanásia
* Suicídio medicamente assistido
* Princípio do duplo efeito
* Decisões sobre reanimação cardio-respiratória
* Investigação/Ensaios clínicos

**6. Enquadramento jurídico**

* Conhecimento da legislação sobre os cuidados médicos em fim de vida, incluindo as questões sobre eutanásia e o suicídio medicamente assistido
* Conhecimento das “linhas orientadoras”/”guidelines” elaboradas pela EAPC e organizações nacionais de cuidados paliativos

**6.1 Morte**

* Procedimentos para certificação do óbito, incluindo a sua definição e processos para confirmação da morte cerebral
* Regulamentos sobre cremação
* Procedimentos a ter face aos familiares após o óbito
* O papel do agente funerário
* Procedimentos no “post-mortem”

**6.2 Terapêutica**

* Definições de tratamento
* Direito a recusa de tratamento por parte dos doentes
* Aspetos legais da prescrição de opioides
* Responsabilidades do médico prescritor/ farmacêutico/ enfermeiro
* Armazenamento de fármacos controlados
* Uso de fármacos não-licenciados
* Suspensão/ abstenção de tratamento em doentes competentes e incompetentes
* Obrigações de tratar e “não tratar”
* Linhas orientadoras da reanimação/”Guidelines” de reanimação

**6.3 Relação médico/doente**

* Consentimento
* Doentes autónomos/parcialmente autónomos/ não-autónomos
* Capacidade/competência
* Procuração /poder de representação
* Registo clínico e acesso do doente a este
* Confidencialidade e seus limites
* Agressão / maus tratos físicos / homicídio aplicados à Medicina
* Assistência aos menores (crianças)
* Planificação antecipada de cuidados
* Testamento e diretivas antecipadas de vontade

**7. Trabalho de Equipa**

* Experiência de trabalho em pelo menos dois serviços de cuidados paliativos
* Capacidade de trabalhar em equipa multiprofissional
* Teorias do trabalho em equipa (psicológicas, psicodinâmicas, de gestão)
* Posicionamento do próprio em relação a estes diferentes modelos teóricos do trabalho em equipa
* Papel e responsabilidade dos médicos nas equipas multidisciplinares
* Competências e contributos dos outros membros da equipa multidisciplinar
* Natureza dos papéis nas equipas: alguma sobreposição, outros profissionalmente distintos, com limites pouco claros
* O papel dos voluntários nos serviços de cuidados paliativos
* Dinâmicas de grupo em situações diferentes e ao longo do tempo
* Formas de apoio/suporte da equipa
* Estratégias que facilitam o funcionamento das equipas e as que o dificultam
* A inevitabilidade de conflito numa equipa e estratégias para a sua resolução/manejo
* Combinação de competências numa equipa, especialmente face à entrada de novos membros
* Presidência/direção das reuniões de equipa
* Como equilibrar as necessidades de diferentes equipas, concorrentes/sobrepostas a que o mesmo médico possa pertencer em diferentes momentos
* Aplicação alargada do trabalho em equipa de modo a que inclua todos os profissionais e organizações envolvidos no cuidado de um doente, como enfermeiras especialistas, organizações legais ou de voluntários
* O impacto nos doentes e cuidadores do número de profissionais que possam estar envolvidos nos cuidados

**8. Formação (aprendizagem e ensino)**

**8.1 Aprendizagem**

* Princípios da formação contínua e de adultos, estilo pessoal de aprendizagem e prática reflexiva
* Papéis e responsabilidades do formando e do formador
* Papel da supervisão, tutoria, contratos de aprendizagem, avaliação da crítica e *feedback*, aprendizagem experiencial.
* Planear objetivos, métodos e metas de aprendizagem
* Conceito de desenvolvimento profissional contínuo
* Medicina baseada na evidência, incluindo o recurso a bases de dados eletrónicas e da web
* Análise crítica da literatura, incluindo investigação qualitativa e quantitativa
* Aplicação da evidência nos cuidados ao doente

**8.2 Ensino**

* Contextos de formação (grande / pequeno grupo, pré /pós-graduada, médica / não médica, multi-profissional).
* Métodos e formas de ensino, incluindo palestras, aprendizagem baseada na resolução de problemas, *role play* e ensino à cabeceira do doente
* Seleção, preparação e apresentação de materiais de ensino.
* Técnicas de apresentação
* Métodos de avaliação, incluindo exame clínico objetivo estruturado, observação de casos, perguntas de desenvolvimento, relatórios de projetos e estudos de caso.

**9. Investigação**

* Bases científicas da medicina e suas limitações/especificidades na área dos cuidados paliativos
* Temas e tendências da investigação em medicina paliativa e disciplinas afins, como por exemplo, oncologia, medicina da dor e reabilitação
* Dimensões éticas e legais da investigação, incluindo normas como a Declaração de Helsínquia e diretrizes para a industria farmacêutica
* Ética da investigação, métodos de conceção de estudos no contexto específico dos Cuidados Paliativos
* Conhecimento do método de investigação.
  + Formulação de questões originais de investigação
  + Desenvolvimento de ideias através da leitura e recurso a peritos locais e supervisão adequada da investigação
  + Aplicação de modelos de estudo adequados, tais como ensaios clínicos randomizados, técnicas qualitativas, estudos uni e multicêntricos.
  + Utilização adequada e limitações dos estudos-piloto
  + Análise estatística planeada, adequada à questão de investigação
  + Elaboração supervisionada de protocolos
  + Fontes de financiamento e de escrita supervisionada de pedidos de subvenção
  + Informação para o doente e consentimento informado
  + Segurança do doente e medidas a tomar se surgirem efeitos adversos
  + Pedido de autorização para investigação à comissão de ética
  + Capacidade de trabalho em grupos de investigação colaborativos
  + Análise de dados
  + Apresentação dos resultados de investigação num formato relevante, por exemplo, escrever uma revisão crítica, escrever um artigo científico original para um jornal com revisores, apresentação de um póster ou comunicação oral numa reunião científica

**10. Gestão**

**10.1 Recursos Humanos**

**10.1.1 Recrutamento**

* Escrever uma descrição da sua atividade profissional, incluindo aspetos de especificação pessoal
* Competências de escuta e entrevista
* Escrever uma carta de referência

**10.1.2 Desenvolvimento do pessoal**

* Competências de mentor
* Avaliação
* Avaliação de formandos / internos

**10.2 Competências de liderança**

* Motivar e liderar uma equipa
* Estilos de gestão
* Estabelecimento de metas
* Consciencialização da necessidade de ajuda e orientação
* Dirigir e delegar

**10.3 Competências de gestão**

* Gestão do tempo
* Trabalhar com um secretário
* Planear, executar e avaliar mudanças

**10.4 Gestão da informação**

* Colheita de dados do doente
* Proteção de dados, incluindo direitos de acesso à informação pelos doentes
* Utilização da informática médica e conhecimento do papel da telemedicina

**10.5 Sistemas de cuidados de saúde relacionados com os cuidados paliativos**

* Avaliação e acreditação de Serviços de cuidados paliativos
* Avaliação de resultados e indicadores de produção

**10.6 Auditoria**

* Auditoria clínica, organizacional e multiprofissional
* Colheita de dados da atividade
* Conhecer padrões de referência (*standards*) relacionados com a prática dos cuidados paliativos
* Métodos de auditoria da estrutura, processo e resultados aplicados aos cuidados paliativos

Nota: este texto não respeita as regras do acordo ortográfico

**Bibliografia:**

1- WHO Regional Office for Europe. The Solid facts: Palliative Care. Ed: Davies E, Higginson I. Copenhaga 2004.

2- Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, et al Palliative Care in the European Union, Brussels: European Parliament, Policy Department Economic and Scientific Policy (PE 404.899) May 2008, Acedido em: <http://www.europarl.europa.eu/activities/commitees/studies/download.do?file=21412>

3- Clark D, [Armstrong M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Armstrong%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24637342), [Allan A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Allan%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24637342), [Graham F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Graham%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24637342), [Carnon A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Carnon%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24637342), [Isles C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Isles%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24637342). ; Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study; Pall Med 2014; 17; 28(6):474-479

4- Toscani F, Giulio PD, Brunnelli C et al on behalf of the End-of-Life Observatory Group: How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study. J Pain Symptom Manage (2005) 30;1: 33-40

5- Patrícia Howell Monteiro, Maria João Nunes da Silva, Maria Fraga, Catarina Mota, Ana Suarez, Cristina Ponte *et all*;,Necessidade de Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna; RPMI, VOL.20 | Nº 1 | JAN/MAR 2013

6- Conselho da Europa, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, 2003. Acedido em: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

7- Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Eng J Med (1993) 328:1092-1096

8- Parker MH, Catwright, CM,Williams, GM Impact of specialty on attitudes of Australian medical practitioners to end-of-life decisions. MJA (2008) 188:450-456

9 - Taylor R, Chadwick S; Palliative care in hospital: Why is it so difficult?; Pall Med 2015; Oct; 29(9):770-3

10- Sigurdardottir KR, Haugen DG Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. BMC Palliative Care (2008) 7:16

11- Saunders C: Into the Valley of the Shadow of Death: a personal therapeutic journey, BMJ (1996) 313:1599-1601

12- Brooksbank M. Palliative Care: Where we come from and where are we going? Pain (2009) 144:233-235

13- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative care: the World Health Organization’s global perspective. J Pain Symptom Manage (2002) 24:91-96

14- Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C et al:Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: a Systematic Review. J Pain Symptom Manage (2007) 34;1: 94-104

15- Solano JP, Higginson IJ A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage (2006); 31:58-69

16- Kelley AS, Morrison AS; Palliative Care for the Seriously Ill; NEJM 2015; 373:747-55.

17- Zimmermann C, Riechelmann R, Kryzanowska M, et al Effectiveness of specialized palliative care. A systematic review. JAMA (2008) 299:1698-1709

18- Morrison RS, Penrod JD, Cassel B et al Cost Savings With US Hospital Palliative Care Consultation Programs Arch Intern Med (2008) 168; 16: 1783-1790

19- Gomes B.; Palliative Care: If It Makes a Difference, Why Wait?; JCO, 33, 2015

20- Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for Hospice and palliative care in Europe: part 2 Recommendations from the European Association for Palliative Care, EJPC, (2010) 17:1; 22-33

21- Marques AL, Gonçalves E, Salazar H et al O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, Patient Care (2009) Outubro: 32-38

22- Capelas MLV Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal, Cadernos de Saúde (2009) 2;1:51-57

23- Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C et al on behalf of the international working group convened by the European School of Oncology; A new international framework for palliative care EJC (2004) 40: 2192-2200

24- Elsner F, Centeno C, De Conno F et al Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el desarrollo de la Especialidade n Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica. Med Pal (Madrid) (2010)17: 2; 103-117

25- Parliamentary Assembly, Resolution 1649 (2009)1 Palliative Care: a model for innovative health and social policies. Acedido em : <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta09/eres1649.htm>

26- Direcção Geral de Saúde Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2004

27- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biénio 2017-2018 Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-3.pdf

28- European Association for Palliative Care Task Force on Medical Education: Recommendation of the European Association for Palliative Care for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools. EAPC, 2013. [www.eapcnet.eu/](http://www.eapcnet.eu/); linkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3d&tabid=1717.

**Modelo de Requerimento**

Ao Conselho Nacional da Ordem dos Médicos

[NOME], médico com a cédula profissional n.º [CÉDULA], residente em [MORADA], vem requerer a V. Exas. a admissão à competência de Medicina Paliativa, nos termos do Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidade e dos critérios de admissão em vigor, que me foram entregues.

[LOCAL], [DATA]

Pede deferimento,

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHECK-LIST**

1. Documento comprovativo de inscrição na Ordem dos Médicos e de como se encontra no pleno gozo dos seus direitos estatutários.
2. Documentos comprovativos da realização da formação pós-graduada e dos estágios práticos orientados por médico com Competência em Medicina Paliativa, com a respectiva carga horária
3. 3 exemplares do *Curriculum vitae*, (1 em papel e 2 em formato digital), até ao máximo de três páginas, em que conste: nome, n° de Cédula Profissional, data de nascimento, ano de licenciatura, instituições responsáveis pela formação, local atual de trabalho, concursos, trabalhos publicados e apresentados em reuniões científicas e outros elementos biográficos considerados importantes pelo candidato, incluindo ações de formação frequentadas,

Sempre que entendido como necessário, o júri de avaliação pode solicitar o fornecimento de dados específicos ou esclarecimentos adicionais sobre os itens referidos.