UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

Gisele dos Santos

Instrumento Tipo Likert para avaliação de autopercepção de desenvolvimento de competências em Cuidados Paliativos em Medicina de Família e Comunidade

Produto de Intervenção construído a partir da pesquisa **"FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: visão dos preceptores e residentes"**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2017

Gisele dos Santos

PRODUTO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Instrumento Tipo Likert para avaliação de autopercepção de desenvolvimento de competências em Cuidados Paliativos em Medicina de Família e Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo
2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 FINALIDADE 4

3 POPULAÇÃO 5

4 PERCURSO DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO 5

4.1 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO 5

4.2 METODOLOGIA DE VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA 6

5 O INSTRUMENTO 7

5.1 COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS 7

5.2 AUMENTO DE CONFORTO AO LONGO DA DOENÇA, INCLUSIVE NA FASE TERMINAL 8

5.3 EMERGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS 10

5.4 ASSISTÊNCIA AO FIM DA VIDA 11

5.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO INSTRUMENTO 11

6 O INSTRUMENTO COMPLETO PARA APLICAÇÃO 12

7 REFERÊNCIAS 15

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade e ao invés de se envelhecer saudáveis e funcionais, envelhece-se com doenças crônicas e suas sequelas. Nesse processo, muitos precisarão de acompanhamento em Cuidados Paliativos (CP).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, aproximadamente, 40 milhões de pessoas, por ano, precisem de Cuidados Paliativos, dos quais 78% se encontram nos países de baixo e médio desenvolvimento econômico e, apenas, 14% tenha acesso aos CP. Para modificar esse panorama, a Organização Mundial de Saúde propõe a inclusão dos CP na APS, bem como o treinamento de profissionais em Cuidados Paliativos (WHO, 2017).

No Brasil, com base nas declarações de óbito, calcula-se que em torno de 57,2% das pessoas, falecidas no ano de 2014 (por doença cardiovascular, doença respiratória e diabetes), beneficiaram-se do acompanhamento em Cuidados Paliativos. (SANTOS *et al.*, 2017).

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em consonância com a proposta da OMS de treinamento dos profissionais em CP e sua inclusão na APS, considerou os CP como uma competência necessária ao MFC (SBMFC, 2015). Para elaborar o plano de ensino, é importante identificar tanto as competências prévias em CP dos residentes quanto a evolução do seu aprendizado no decurso da sua formação.

2 FINALIDADE

- Identificar a autopercepção do residente sobre o desenvolvimento de suas competências em CP para Medicina de Família e Comunidade.
- Acompanhar o desenvolvimento do residente relativo às competências em CP no decorrer do seu processo formativo.
- Identificar pontos a serem melhorados no processo de ensino-aprendizagem dos CP no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

3 POPULAÇÃO

O instrumento foi elaborado e validado para a aplicação em médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade.

4 PERCURSO DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

4.1 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO

Para a elaboração do instrumento tipo *Likert*, foram consideradas dez competências em CP, propostas pela SBMFC no documento “Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade”.

As competências foram organizadas em quatro dimensões: Comunicação em Cuidados Paliativos, Aumento do Conforto ao longo da doença (inclusive na fase terminal); Emergências em Cuidados Paliativos; e Assistência ao fim da vida.

Para cada competência, foram elaboradas assertivas que as representam, totalizando 37 assertivas. Os seguintes documentos foram utilizados como bases teóricas: *Supplemental digital content for Comprehensive and Essential Palliative Care Competencies for Medical Students and Internal Medicine/Family Medicine Residents* (SCHAEFER *et al.*, 2014); o livro MOC-Residentes (LOHMANN *et al.*, 2015); o *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine* (BRUERA e YENNURAJALINGAM, 2011); e o *Competence in palliative and end of life care — general surgery and family medicine residencies* (CELSO *et al.*, 2010)

Para identificar a autopercepção do residente, acerca do desenvolvimento das suas competências em CP, optou-se por utilizar escala atitudinal tipo Likert de quatro pontos, adaptada da escala utilizada por Celso *et al*. (2010) (CELSO *et al.*, 2010). Para cada assertiva, o residente teve de classificar a sua autopercepção como: (1) não capacitado, (2) parcialmente, capacitado, mas necessito de muita formação, (3) parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação, (4) capacitado.

4.2 METODOLOGIA DE VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA

Para a sua validação estatística, foi associada a escala numérica de intervalo constante 1, 2, 3, 4, para possibilitar a aplicação de estatística, para cálculo das médias e dos coeficientes de correlação linear (r).

A validação estatística do questionário foi realizada conforme o percurso metodológico de validação de conteúdo e estatística, descrito a seguir: validação da fraseologia, validação do instrumento e validação das asserções, por meio de correlação linear e de confiabilidade com a fórmula de Spearman-Brown.

A análise de validade das asserções foi realizada com base na metodologia Moraes *et al.* (2012) que utiliza o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear (r).

O coeficiente de correlação linear (r) compara a resposta do respondente com a asserção em análise e a pontuação total do respondente no instrumento. O objetivo é o de identificar a dispersão mínima de respostas, entre os respondentes, em relação à escala atitudinal proposta, bem como o de verificar a consistência entre a pontuação baixa na asserção e a pontuação total baixa no instrumento e vice-versa.

Para o cálculo da correlação linear (r), utilizou-se a seguinte fórmula:

$$r = 1 – (6 . \sum di2) / (n3 – n),$$

em que “n” representa o número de observações e “d” a distância entre dois postos.

De acordo com a metodologia de Moraes et al, 2012, considera-se, como linha de corte, a correlação linear superior a 0,3 em primeira análise e superior a 0,2 em segunda análise e se descartam as assertivas com valor inferior a esses. (MORAES *et al.*, 2012). Para essa metodologia, considera-se, como aceitável, a não validação de 30-40% das assertivas.

Na primeira análise do questionário utilizado nesse estudo, foram descartadas três assertivas (Q37, Q38, Q41) e, em uma segunda análise, não foram descartadas assertivas. Essa perda representa 8% das asserções, o que se considera aceitável.

As assertivas Q37, Q38 e Q41, descartadas na primeira análise de correlação linear, foram consideradas nos resultados e discussões, devido à sua importância no contexto geral.

A análise de confiabilidade foi efetuada, aplicando-se o método alternativo de “split-half”, conforme descritas por (STEVENSON, 1986) e Ritz (2000). De acordo com esses autores, deve-se aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento. A seguir se procede o cálculo do coeficiente de correlação linear (r) entre os valores mencionados que envolve todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calcula-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento, por meio da fórmula de *Spearman-Brown* (SCHMIDTI, 1975), com o objetivo de se conhecer qual a percentagem do grupo responderia, da mesma maneira, o instrumento, em que o critério de aceitação seria um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior que 0,80.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de *Spearman-Brown*, como segue:

A partir do valor calculado da correlação linear de todas as assertivas do instrumento (r) = 0,858, pode-se calcular o coeficiente de confiabilidade final (R) pela fórmula de *Spearman-Brown*, como segue:

$$R = 2 \times rXY / (1 + rXY) = 2 \times 0{,}724 / (1 + 0{,}724) = 0{,}924$$

No presente estudo, o coeficiente de *Spearman-Brown* (R) foi de 0,92 – sendo superior ao nível de aceitação mínima 0,80 - e a dispersão, demonstrada pela correlação linear “r”, foi adequada, o que impacta, positivamente, na confiabilidade do instrumento.

5 O INSTRUMENTO

5.1 COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A comunicação é considerada a competência central em Cuidados Paliativos, pela *European Association for Palliative Care*, uma vez que é frequente a necessidade de comunicar ao paciente e aos familiares a progressão da doença, a falência terapêutica, bem como realizar o planejamento antecipado de cuidados (definirá quais procedimentos médicos a pessoa deseja receber, caso esteja em fim

de vida, o que é uma vida com qualidade para ela, o que realmente importa naquele momento). Para que a comunicação seja efetiva e terapêutica, deve-se utilizar uma linguagem acessível ao paciente e aos familiares, oferecer a informação de acordo com o desejo do paciente e respeitar seus valores culturais e religiosos. (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013)

Esse modelo de comunicação é também conhecido como a comunicação centrada na pessoa. Nesta, o processo de comunicação é horizontal e o plano de cuidados é estabelecido, de maneira conjunta, entre o médico e o paciente. (LOPES, 2012)

Competências (SBMF, 2015)	Assertivas	
Demonstrar habilidades de comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícia.	Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida.	Q9
	Avisar o falecimento do paciente aos familiares.	Q10
	Realizar a comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitar quais informações ele deseja e em que momento ele deseja recebê-las.	Q11
	Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares.	Q12
	Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação.	Q13
Preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências, relacionadas à morte.	Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida.	Q14
	Responder a questionamentos sobre a morte.	Q15

5.2 AUMENTO DE CONFORTO AO LONGO DA DOENÇA, INCLUSIVE NA FASE TERMINAL

O controle adequado da dor e de outros sintomas (sociais, espirituais e psicológicos) é um dos princípios dos Cuidados Paliativos e competência central em Cuidados Paliativos. Deve ser prevenido, identificado precocemente e controlado adequadamente. (CARVALHO e PARSONS, 2012; GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013)

Competências (SBMF, 2015)	Assertivas	
Manejar intercorrências comuns no paciente em Cuidado Paliativo. Manejar situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais).	Avaliar componentes psicossociais dos sintomas físicos apresentados.	Q16
	Avaliar sofrimento espiritual.	Q17
	Manejar insônia.	Q18
	Elaborar plano de intervenção para controle de náusea e vômitos.	Q19
	Manejar a constipação induzida por opioide.	Q20
	Elaborar plano de intervenção para controle de constipação.	Q21
	Identificar os componentes etiológicos da dispneia.	Q22
	Manejar delirium terminal.	Q23
	Realizar sedação paliativa no paciente terminal.	Q24
	Descrever os sintomas que ocorrem, comumente, na fase terminal.	Q25
	Diagnosticar quando a pessoa está em processo de morte.	Q26
Maneja úlceras de pressão/decúbito.	Definir um plano de tratamento da úlcera por pressão / decúbito.	Q27
	Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito.	Q28
	Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito.	Q29
Realiza manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal.	Utilizar a escada analgésica da OMS, para definir o plano de intervenção para controle da dor.	Q30
	Identificar o tipo de dor apresentado pelo paciente.	Q31
	Avaliar a dor no paciente que não verbaliza.	Q32
	Prescrever opioide forte (morfina / metadona).	Q33
	Prescrever fármacos adjuvantes (antidepressivo, anticonvulsivo) para o tratamento da dor.	Q34
Maneja nutrição no paciente terminal.	Definir se há indicação para uso de sondas alimentar na doença avançada.	Q35
	Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente.	Q36

5.3 EMERGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Define-se como ‘emergência’, os agravos à saúde que coloquem a vida em risco ou que gerem sofrimento intenso, tornando-se necessário uma intervenção médica imediata.

Essa temática tem muita relevância, principalmente, ao se considerar que os Cuidados Paliativos devem ter início por ocasião do diagnóstico de uma doença crônica que ameace a continuidade da vida, bem como devem ser mantidos até após a morte do paciente, por meio do acompanhamento dos familiares em seu período de luto (AZEVEDO, TOMMASO, *et al.*, 2015). Desse modo, caso a emergência não for adequadamente conduzida, pode gerar sofrimento e até mesmo a morte precoce do paciente.

Competências (SBMF, 2015)	Assertivas	
Reconhecer situações urgentes no Cuidado Paliativo e saber encaminhá-las.	Identificar o paciente com hipercalcemia.	Q37
	Identificar o paciente com Síndrome de Veia Cava Superior.	Q38
	Identificar o paciente que apresenta compressão medular.	Q39
	Manejar o paciente com intoxicação opioide.	Q40
	Realizar manejo da oclusão intestinal maligna.	Q41
	Manejar o paciente com neutropenia febril.	Q42

5.4 ASSISTÊNCIA AO FIM DA VIDA

Para a realização do cuidado efetivo no fim de vida, necessita-se desenvolver competências: em comunicação (item 5.1); em controle de sintomas (item 5.2); em identificação e abordagem do luto; e nas questões práticas como o preenchimento da declaração de óbito e a preparação do paciente e dos familiares para a morte.

Nesse item, busca-se o reconhecimento da autopercepção de desenvolvimento de competências, relativo à identificação do luto patológico, ao preparo dos pacientes e dos familiares para a morte e ao preenchimento de declaração de óbito.

Competências (SBMFC, 2015)	Assertivas	
Saber fazer a abordagem do luto.	Identificar luto patológico.	Q43
	Preparar o paciente e familiares para a morte.	Q44
Saber fornecer um atestado de óbito.	Preencher o atestado de óbito.	Q45

5.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO INSTRUMENTO

Para realizar a análise da escala tipo Likert, consideram-se três intervalos de pontuação:

- zona de perigo, de 1 a 1,99 pontos -> a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas,
- zona de alerta, de 2,00 a 2,99 pontos -> a percepção revela aspectos a serem melhorados, exigindo medidas a médio prazo,
- zona de conforto, de 3,00 a 4,00 pontos -> a percepção é positiva e pode ser potencializada, mas, a princípio, o objeto ou situação pesquisada se encontra numa zona de conforto.

6 O INSTRUMENTO COMPLETO PARA APLICAÇÃO

COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS				
A Comunicação é um dos elementos centrais para a prática do Cuidado Paliativos, uma vez que o profissional deve informar ao paciente e aos familiares sobre o diagnóstico, prognóstico, trajetória da doença, possibilidades de tratamento, efeitos adversos do tratamento, entre outros. Também deve auxiliar na elaboração de um plano de cuidados que esteja de acordo com os valores e objetivos do paciente. Relativo a essa temática, como você se considera para conduzir as situações descritas abaixo:	não capacitado	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de muita formação	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação	sinto-me capacitado
Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida.				
Avisar aos familiares o falecimento do paciente				
Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida				
Responder à questionamentos sobre a morte.				
Realizar comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitando quais informações ele deseja e em que momento ele deseja recebê-las				
Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares				
Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação.				
Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente				

AUMENTO DO CONFORTO AO LONGO DA DOENÇA (INCLUSIVE TERMINALIDADE)				
O Cuidado Paliativo é uma abordagem que busca promover aumento do conforto do paciente e seus familiares ao longo de toda trajetória da doença, inclusive no período do luto dos familiares. Para tal, necessita identificação e intervenção precoce para o controle e prevenção de problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Relativo a essa temática, como você se considera para conduzir as situações descritas abaixo:	não capacitado	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de muita formação	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação	sinto-me capacitado
Avaliar componentes psicossociais dos sintomas físicos apresentados				
Avaliar sofrimento espiritual				
Manejar insônia				
Elaborar plano de intervenção para controle de naúsea e vômitos				
Elaborar plano de intervenção para controle de constipação				
Identificar os componentes etiológicos da dispneia				
Manejar delirium terminal				
Realizar sedação paliativa no paciente terminal				
Descrever os sintomas que ocorrem, comumente, na fase terminal.				
Diagnosticar quando a pessoa está em processo de morte.				
Utilizar a escada analgésica da OMS para definir o plano de intervenção para controle da dor.				
Identificar o tipo de dor apresentado pelo paciente.				
Avaliar a dor no paciente que não verbaliza				
Prescrever opióide forte (morfina / metadona)				
Prescrever fármacos adjuvantes (antidepressivo, anti-convulsivo) para o tratamento da dor				
Manejar a constipação induzida por opioide				
Definir um plano de tratamento da úlcera por pressão / decúbito				
Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito.				
Definir se há indicação para uso de sondas alimentar na doença avançada.				
Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito				

EMERGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS				
Define-se como emergência os agravos à saúde que coloquem a vida em risco ou que gerem sofrimento, intenso, sendo necessário intervenção médica imediata. Relativo as situações de emergência em cuidados paliativos, como você se considera para conduzir as situações descritas abaixo:	não capacitado	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de muita formação	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação	sinto-me capacitado
Identificar o paciente com hipercalcemia				
Identificar o paciente com Síndrome de Veia Cava Superior				
Identificar o paciente que apresenta compressão medular				
Manejar o paciente com intoxicação opioide				
Realizar manejo da oclusão intestinal maligna				
Manejar o paciente com neutropenia febril				

ASSISTÊNCIA AO FIM DA VIDA				
Os últimos dias de vida, apresentam desafios próprios que devem ser cuidados ativamente para prover o aumento do conforto do paciente e seus familiares. Relativo a essa temática, como você se considera para conduzir as situações descritas abaixo:	não capacitado	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de muita formação	sinto-me parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação	sinto-me capacitado
Identificar luto patológico				
Preparar o paciente e familiares para a morte				
Preencher atestado de óbito				

7 REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. *et al.* Vamos Falar Sobre Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Sociedadade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

BRUERA, E.; YENNURAJALINGAM, S. Oxfor American Handbook of Hospice anda Palliative Medicine. Inglaterra: Oxford University Press, 2011.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Segunda. ed. São Paulo: [s.n.], 2012.

CELSO, B. G. *et al.* Competence in palliative and end of life care — general surgery and family medicine residencies. Adv Pall Med, 9, 2010. 3-8.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos. European Journal of Palliative Care, 20 (3), 2013. 140-145. Disponivel em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azI=>. Acesso em: 04 fev. 2015. Encarnação, Paula; Macedo, Ermelinda; Macedo, João (tradutores).

LOHMANN, A. E. *et al.* Emergência em Oncologia. In: PEIXOTO, R. D., *et al.* Manual de Oncologia Clínica - Residentes. 13. ed. São Paulo: [s.n.], 2015.

LOPES, J. M. C. Consulta e Abordagem Centrada na Pessoa. In: LOPES, J. M. C.; GUSSO, G. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Riode Janeiro: Artmed, v. II, 2012. Cap. 13, p. 113-123.

MORAES, S. G. *et al.* Development and validation of a strategy to assess teaching methods in undergraduate disciplines. In: NATA, R. V. Progress in Education. New York: Nova Science Publishers, 2012. p. 81-108.

SANTOS, C. E. D. *et al.* Palliative care in Brazil: with a view of future needs. International Archives of Medicine, 10 (148), 2017. 1-9.

SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 1. ed. Riode Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. 66 p. Disponivel em: <http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

SCHAEFER, K. G. *et al.* Supplemental digital content for Raising the bar for the Care of seriously Ill Patients: Results of a National Survey to Define Essential Palliative Care. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 89 (7), 2014a. 7-9.

STEVENSON, W. J. Estatítica Aplicada a Administração. São Pualo: HARRA, 1986.

WHO. Palliative Care Fact Sheet. World Health Organization, 2017. Disponivel em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Acesso em: 02 out. 2017.