

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

**FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA RESIDÊNCIA MÉDICA
EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE:
visão dos preceptores e residentes**

São Paulo
2017

GISELE DOS SANTOS

**FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA RESIDÊNCIA MÉDICA
EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE:
visão dos preceptores e residentes**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Unifesp para
obtenção do título de Mestre Profissional
em Ensino em Ciências da Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo
2017

Santos, Gisele

Formação em Cuidados Paliativos na residência médica em medicina da família e comunidade: visão dos preceptores e residentes/ Gisele dos Santos. – São Paulo, 2017.

154 páginas

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Palliative Care training in medical residency in family medicine: a view of preceptors and residents

Palavras chave: 1. Cuidados Paliativos. 2. Internato e Residência. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Educação Médica

Gisele dos Santos

**FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA RESIDÊNCIA MÉDICA
EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE:
visão dos preceptores e residentes**

São Paulo, novembro de 2017

Prof. Dr. Nildo Alves Batista
Orientador

Profa. Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

Prof. Dr. Hugo Macedo Ferraz e Souza Junior

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios, por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Sempre que eu lia uma dissertação ou tese, deparava-me com os agradecimentos e ficava pensando: “Quanta ‘rasgação’ de seda... para que tudo isso?”. Pois bem, hoje sou eu que me faço presente na finalização de minha dissertação e com a compreensão e a certeza de que ela não é minha e, sim, nossa.

Sou grata às energias do universo que conspiraram para que eu estivesse nessa trajetória. Foram elas que me guiaram pelas estradas da medicina até os Cuidados Paliativos, que me fizeram perceber o quanto as pessoas sofrem, demasiada e desnecessariamente, nos momentos finais de suas vidas. Foram essas mesmas energias que permitiram que tantas pessoas estivessem ao meu lado nessa caminhada, sempre me ensinando, me guiando e me apoiando.

Sou, imensamente, grata a minha mãe, Juçara, que, apesar de todas as intempéries da vida, sempre me apoiou para que os meus sonhos se tornassem reais e que suportou as diversas crises de ansiedade no decorrer desse longo processo. Essa mesma gratidão se estende ao meu pai, Edson, que, com toda a certeza, do lugar em que ele se encontra, manda-nos forças para enfrentar todos os desafios do percurso.

E o que dizer para os meus irmãos Leonidas, Michele e Thais? Quantas vezes vocês me deram força para continuar e me mostraram que eu sou capaz? Quantas vezes me levaram para sair, mudar os ares, “arejar a cabeça”? Só posso dizer “Valeu aí, por me suportar” e contem sempre comigo.

Agradeço muito pelos lares que me acolheram em São Paulo, para que eu cumprisse os créditos e orientações. Leonidas, Letícia, Ana, Lucy e Douglas.

Cristiano e Bernadete, vocês foram essenciais nessa caminhada. Muito obrigada por sempre estarem disponíveis a passar os meus e-mails e recados para o professor Nildo.

Vitor, meu mentor, gratidão por me guiar, desde o início da faculdade, sem jamais ferir meus processos e minha autonomia. Foi pelas suas mãos que eu encontrei o caminho do ensino, cheguei ao mestrado em ensino e tive o privilégio, único, de ser aluna do grande mestre Nildo Batista.

Luiz Fernando, meu companheiro de jornada, gratidão por você ter entrado na minha vida nesse último ano, ter me apoiado nos momentos de estresse e por ter tabulado todos os meus dados.

Gratidão eterna ao professor, Nildo, e todos os professores que eu já tive, sem vocês nada disso seria possível.

RESUMO

Introdução: Vivencia-se no Brasil, a transição demográfica em paralelo à transição epidemiológica, caracterizada por tripla carga de doença. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, devido ao envelhecimento populacional e a cronicidade das doenças, existe uma elevada demanda de Cuidados Paliativos (CP) e para resolver essa questão, existe a proposta para implantar os CP na atenção primária em saúde (APS) que é o pilar do Sistema Único de Saúde no Brasil e um dos locais de atuação do Médico de Família e Comunidade (MFC). **Objetivo geral:** Analisar o ensino de Cuidados Paliativos nas residências em Medicina da Família e Comunidade de Curitiba e Região Metropolitana. **Objetivos específicos:** Caracterizar a inserção do ensino de Cuidados Paliativos nas residências de MFC de Curitiba e região metropolitana; Identificar as estratégias pedagógicas utilizadas para esse ensino; Identificar, na visão dos preceptores dos programas, as competências que têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos; Apreender as percepções dos residentes acerca das competências em Cuidados Paliativos, desenvolvidas no decorrer da residência médica em MFC. **Metodologia:** Estudo transversal, exploratório, descritivo, qualitativo/quantitativo pela triangulação de métodos. Participaram do estudo quatro Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, dos quais dois de Curitiba e dois da região metropolitana. Foram entrevistados seis preceptores e aplicado questionário a 43 residentes (89,53% dos residentes). Foi realizada a entrevista semiestruturada com preceptores para identificar a existência de ensino de CP, as competências em CP desenvolvidas, as estratégias e os espaços de ensino e aprendizagem utilizados. Aos residentes foi aplicado um questionário, constituído por questões fechadas (para caracterizar os sujeitos da pesquisa e identificar os temas em CP sugeridos pelos os residentes), uma questão aberta (para identificar se existe ensino de CP) e um instrumento tipo Likert de auto percepção de desenvolvimento de competências em CP, desenvolvido pelos autores e validado estatisticamente. A análise das entrevistas / questão aberta foi realizada pela análise de conteúdo modalidade temática e a escala tipo likert por análise estatística descritiva, Teste da Correlação Linear (r), Gráfico de Barras e teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Identificou-se que ao ensino de CP ocorre de maneira não estruturada no currículo oculto e por meio da inserção pontual da

temática. Na percepção de um preceptor, o ensino é ausente e se justifica pela falta de capacitação do preceptor, pelo pouco tempo de contato com o paciente terminal na APS e pela ausência de protocolo institucional. Os espaços de ensino e aprendizagem citados foram: a unidade de saúde, o atendimento em domicílio e a sala de aula. As estratégias pedagógicas citadas foram: a aula teórica, a discussão de caso clínico, o estudo dirigido e o caso clínico simulado. Quanto às competências desenvolvidas, os residentes se consideraram em zona de alerta (necessidade de intervenção a médio prazo) para: “demonstrar habilidade de comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias” (média 2,77), preparar e orientar familiares e paciente quanto às providências “relacionadas à morte” (média 2,72), “manejo de Intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo e de situações terminais de doenças crônicas” (média 2,47), “manejo de úlcera por pressão / decúbito” (média 2,4), manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal (média 2,36), “manejo da nutrição no paciente terminal” (média 2,47), saber fazer abordagem do luto (média 2,92) e saber fornecer atestado de óbito (2,74). A única competência na qual os residentes se consideraram em zona de perigo é “reconhecer situações urgentes em CP”, com a média de 1,65. **Conclusão:** No decurso da residência de Medicina de Família e Comunidade, o ensino de CP ocorre no currículo oculto e de maneira não planejada e é, provavelmente, a consequência das similaridades entre os princípios dos CP e da MFC. Por meio de instrumento aplicado aos residentes, identificou-se a autopercepção de desenvolvimento de 10 competências, propostas pela SBMFC. Os residentes se consideraram em zona de alerta para nove dessas competências e se consideraram em zona de perigo, para uma delas. Com base na pesquisa realizada, sugere-se a estruturação do ensino de CP na residência de MFC, para que se possa formar profissionais com capacitação plena para conduzir os pacientes com necessidades de CP.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Internato e Residência. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Currently, Brazil lives a demographic transition in parallel to the epidemiological transition characterized by triple burden of disease. According to the World Health Organization, due to population aging and chronicity of diseases, there is a high demand for Palliative Care (PC) and to solve this, there is a proposal to implement PC in Primary Health Care (PHC) which is the pillar of Unified Health System in Brazil and one of the places of work of the Family Physician (FP). **General objective:** analyze the teaching of Palliative Care in residences in Family Medicine (FM) of Curitiba and the metropolitan region. **Specific objectives:** characterize the insertion of the Palliative Care teaching in the FM residences of Curitiba and metropolitan region; identify the pedagogical strategies used for this teaching; identify, in the view of program preceptors, the skills that have been developed during the residency in Palliative Care; assimilate the residents' perceptions of Palliative Care competencies, developed throughout medical residency in FM. **Methodology:** a cross-sectional, exploratory, descriptive, qualitative / quantitative study by the triangulation of methods. The study included 04 Residency Programs in Family Medicine, two of Curitiba and two in the metropolitan region. We interviewed 06 preceptors and applied a questionnaire to 43 residents (89.53% of residents). A semi-structured interview with preceptors was carried out in order to identify if there is PC teaching, PC competencies developed, strategies, teaching and learning spaces used. Residents were given a questionnaire consisting of closed-ended questions (to characterize the subjects of the research and identify PC themes suggested by the residents) an open-ended question (to identify if there is PC teaching) and a kind of Likert-type scale of self-perception of competences development created by the authors and statistically validated. The analysis of the interviews / open-ended question was performed by the thematic modality content analysis, a Likert-type scale and by descriptive statistical analysis, Linear Correlation Test (r), Bar Graph and Mann-Whitney test. **Results:** We identified that the teaching of PC occurs in an unstructured way in the hidden curriculum and through the punctual insertion of the thematic. According to a preceptor's perception, there is an absence of teaching and is justified by the lack of training of the preceptor, by the short time of contact with the terminal patient in the PHC and by the absence of institutional protocol. The teaching and learning spaces cited were health unit, home care and the classroom. The

pedagogical strategies cited were theoretical class, clinical case discussion, directed study and simulated clinical case. Regarding the competencies developed, residents considered themselves to be in alert zones (need for medium-term intervention) “to demonstrate communication skills with the patient, with their caregivers and with their family, especially when communicating bad news” (mean 2,77), “to prepare and orient family members and patients concerning death-related providences” (mean 2.72), "management of common intercurrents in patients in palliative care and in terminal situations of chronic diseases" (mean 2.47) , "management of pressure and decubitus ulcer" (mean 2.4), “management of oncological and non-oncological pain in terminal patient (mean 2.36), "management of nutrition in the terminal patient" (mean 2.47), to know how to make an approach to grief (mean 2.92) and to know how to provide a death certificate (2.74). The only competence in which residents consider themselves to be in danger zones is to "recognize urgent situations in PC" (mean 1.65). **Conclusion:** PC teaching occurs throughout the Family Medicine residency in the hidden curriculum and in an unplanned way and is probably the consequence of similarities between the principles of PC and FM. Through an instrument applied to the residents, we identified the self-perception of the development of 10 competences, proposed by SBMFC. Residents consider themselves in an alert zone for nine of these competences and consider themselves in danger zone for one of them. Based on the research carried out, we suggest structuring the teaching of PC in the FM residency so that we can train professionals with full capacity to lead patients with PC needs.

Keywords: Palliative Care. Internship and Residency. Family Medicine. Primary Health Care. Medical Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
EB	Executive Board
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EAPC	European Academy for Palliative Care
KPS	Karnofsky Performance Scale
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	Problem Based Learning
PPS	Palliative Performance Scale
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization
WHA	World Health Assembly

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Portarias do Ministério da Saúde sobre Cuidados Paliativos	38
Quadro 2 - Competências Centrais em Cuidados Paliativos EAPC	47
Quadro 3 - Competências em Cuidados Paliativos para a Medicina de Família e Comunidade	48
Quadro 4 - Contexto da pesquisa: natureza da instituição, vagas ofertadas e preenchidas por ano, localidade.....	52
Quadro 5 - Objetivo específico de pesquisa x instrumento de coleta de dados	56
Quadro 6 - Objetivo específico x Questão da entrevista	57
Quadro 7 - Relação entre as dimensões, as competências em Cuidados Paliativos, propostas pela SBMFC e os itens.....	60
Quadro 8 - Objetivo Específico da pesquisa x Núcleo direcionador da análise x Subcapítulos de resultados	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil da População de Preceptores entrevistados	54
Tabela 2 - Perfil dos residentes de MFC dos programas de MFC de Curitiba e região metropolitana.....	55

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Metodologia da análise de conteúdo na modalidade temática	63
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01** - Respostas dos residentes de MFC para a questão: “Quais os temas de CP você considera que deveriam ser abordados durante a residência médica?” 84
- Gráfico 02** - Percepção do residente sobre a sua capacitação em comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e com a sua família, com ênfase na comunicação de más notícia. Habilidades: “Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida” “Avisar o falecimento do paciente aos familiares” e “Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação” 88
- Gráfico 03** - Percepção do residente sobre a sua capacitação em comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e com a sua família, com ênfase na comunicação de más notícia. Habilidades: *“Realizar comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitar quais informações ele deseja e em que momento” e “Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares”* 90
- Gráfico 04** - Percepção do residente sobre a sua capacitação em preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte. Habilidades: “Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida” e “ Responder a questionamentos sobre a morte” 91
- Gráfico 05** - Médias da autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: avaliar de componentes psicossociais dos sintomas apresentados, avaliar do sofrimento espiritual, manejar de insônia, manejo de náusea e vômitos, manejar de constipação, manejar da constipação induzida por opioide. 94
- Gráfico 06** - Médias da autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: manejo da constipação induzida por opioide, avaliação de dispneia, manejo de delirium terminal, sedação paliativa, descrever os sintomas que ocorrem na fase terminal e identificação do processo de morte. 95

Gráfico 07 - Distribuição das respostas, em percentuais, relativa à autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: avaliação de componentes psicossociais dos sintomas apresentados, avaliação do sofrimento espiritual, manejo de insônia, manejo de náusea e vômitos, manejo de constipação induzida por opióide.....	95
Gráfico 08 - Distribuição das respostas, em percentuais, relativa à autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: elaborar plano de intervenção para controle da constipação, avaliação de dispneia, manejo de delirium terminal, sedação paliativa, descrever os sintomas que ocorrem na fase terminal e identificação do processo de morte.	96
Gráfico 09 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em Manejar úlceras de pressão/decúbito. Habilidades: “ Definir um plano de tratamento da úlcera por pressão / decúbito”, “Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito” e “Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito”.....	98
Gráfico 10 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em manejo de dor oncológica e não oncológica. Habilidades: “Utilizar a escada analgésica da OMS para definir o plano de intervenção para o controle da dor”, “Identificar o tipo de dor apresentado pelo paciente” e “Avaliar a dor no paciente que não a verbaliza”.....	100
Gráfico 11 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em manejo de dor oncológica e não oncológica. Habilidades: “Prescrever fármacos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivos) para o tratamento da dor” e “prescrever opioide forte (morfina / metadona) ”.	101
Gráfico 12 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em Manejo da nutrição em paciente terminal. Habilidades: “Definir se existe a indicação para uso de sonda alimentar na doença avançada” e “Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente”.....	102
Gráfico 13 - Percepção do Residente sobre o desenvolvimento, no decorrer da residência, da Competência: “Reconhecer situações urgentes no Cuidado Paliativo e sabe encaminhá-las”.....	105
Gráfico 14 - Médias da percepção do Residente sobre o desenvolvimento, no decorrer da residência, da Competência: “Reconhecer situações urgentes no Cuidado Paliativo e sabe encaminhá-las”.....	105

Gráfico 15 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em saber fazer a abordagem do luto. Habilidades: “identificar o luto patológico” e “preparar o paciente e familiares para a morte”..... 106

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral:.....	27
2.2 Objetivos específicos:	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 Cuidados Paliativos: contextualização histórica	29
3.2 Cuidados Paliativos na Atenção Primária em Saúde no Brasil	35
3.3 Ensino de Cuidados Paliativos	42
4 PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1 Fundamentação metodológica	51
4.2 O contexto da pesquisa.....	51
4.3 A população de estudo.....	53
4.4 Procedimento de coleta de dados	56
4.4.1 Entrevista	56
4.4.2 Questionário.....	58
4.4.3 Análise dos dados	62
5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	64
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
6.1 O ensino de CP na Residência Médica de MFC.....	68
6.2 As competências desenvolvidas durante o programa de residência médica, sob a ótica dos preceptores e dos residentes	85
6.2.1 As competências desenvolvidas na dimensão Comunicação em Cuidados Paliativos	87
6.2.2 As competências desenvolvidas na dimensão Aumento do Conforto ao longo da doença, inclusive na terminalidade.	93
6.2.3 As competências desenvolvidas na dimensão Emergência em Cuidados Paliativos	104
6.2.4 As competências desenvolvidas na dimensão Assistência no fim de vida.....	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	114
ANEXOS	128
APÊNDICES	133

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Após concluir a graduação em medicina, a especialização em clínica médica e em geriatria, iniciei minhas atividades profissionais que consistiam no acompanhamento de pacientes crônicos em ambulatório, em domicílio e em instituição de longa permanência. Lidava, diariamente, com a terminalidade, a morte e o sofrimento dos pacientes e de seus familiares.

A intensidade emocional dessas vivências gerou muita angústia tanto pela minha falta de conhecimento, de como lidar com a pessoa que vivencia o processo da morte, quanto pela carência de uma orientação adequada. Lembro-me, claramente, de alguns comentários de residentes mais adiantados em sua formação: “vai lá e pergunte se a família quer que intube”... Não havia uma orientação de como abordar assuntos relacionados ao término de uma vida. Sinto pelas famílias que, muitas vezes, tiveram sua dor ampliada pela nossa falta de preparo.

O meu conhecimento, acerca dos Cuidados Paliativos, nasceu da necessidade de lapidar minha formação profissional. Interessei-me, por essa área, durante a formação em geriatria e, antes mesmo de conhecê-la formalmente, percebia que já fazia parte de mim. Fiz, então, a especialização em Cuidados Paliativos para assistir melhor os pacientes que estavam próximos ao fim da vida.

Desde 2013, trabalho com Cuidados Paliativos clínicos e oncológicos e exerço minhas atividades em ambiente de enfermagem e ambulatório. Em Curitiba, fui preceptora da especialização em Geriatria no Hospital Nossa Senhora das Graças, no período de 2012 a 2014. Atualmente, sou parte integrante da disciplina de saúde comunitária à graduação em Medicina da Universidade Positivo e sou responsável por ensinar os conceitos de Cuidados Paliativos aos alunos do internato¹.

No início de minha carreira profissional, deparei-me com a grande dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde: lidar com a pessoa que adoece e seus familiares. Tinha o conhecimento de que essa situação poderia resultar na obstinação terapêutica, no padecimento dos familiares e da equipe, mas,

¹ O período de internato ou estágio curricular obrigatório é a última etapa da graduação em medicina, na qual os alunos se dedicam às atividades práticas sob supervisão.

principalmente, no isolamento e sofrimento do paciente, uma vez que a maioria das pessoas tem dificuldade de encarar a condição de um paciente terminal.

Surgem, então, os questionamentos: Como mudar essa realidade? Como resgatar o antigo princípio da Medicina “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”? Como saber o momento de usar a tecnologia e o momento certo de abandoná-la? Como seguir o pensamento de Rubens Alves: “sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir”?

Possivelmente, o caminho, para se encontrar as respostas a esses questionamentos, esteja no campo fecundo da educação. O ensinamento sobre a morte e o morrer deveria ter o seu início dentro de casa, continuar na educação básica e seguir até o ensino superior, principalmente, nas áreas da saúde. Acredito que o conhecimento e a aceitação da morte oferece a possibilidade às pessoas de viverem melhor, e os momentos de finitude serão momentos de passagem e não mais momentos de desespero dos familiares e dos profissionais da área da saúde que acabam por lutar contra o inevitável fim.

Diversos artigos, publicações e debates, em eventos científicos, relatam a importância da inserção da disciplina sobre os Cuidados Paliativos e finitude no currículo da área da saúde. Entretanto, depara-se com alguns problemas: poucos profissionais com formação adequada e específica para lecionar sobre o tema; o tempo que um aluno levará para chegar ao mercado de trabalho e o ensino desconectado da prática, em módulos e sem continuidade. Ademais, é importante que se tenha o conhecimento de que os profissionais que se encontram no mercado de trabalho não estão, suficientemente, preparados para receberem aqueles alunos, cujas dúvidas e questionamentos não serão adequadamente esclarecidos.

Nesse cenário, surge a figura do médico residente como potencial transformador, pois além de lidar, diariamente, com as situações que demandam conhecimentos em Cuidados Paliativos, está próximo do mercado de trabalho e poderá atuar, em um futuro próximo, como preceptor e professor tanto da graduação quanto da pós-graduação.

Existem diversas especialidades médicas que lidam, frequentemente, com a morte e o morrer. Todavia, ao observar o cenário da saúde brasileira, identifica-se que os especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) assistem uma

grande parcela da população e acompanham, rotineiramente, pessoas que convivem com doenças crônicas ou que experienciam a última etapa do ciclo vital: “a morte”. Com base nessa constatação, entendo ser de grande relevância, a investigação do cenário atual do ensino de Cuidados Paliativos nas residências médicas de Medicina de Família e Comunidade.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico tem propiciado a transição demográfica e epidemiológica, ou seja, devido ao desenvolvimento das ciências, a população está com uma expectativa de vida maior e se evidencia, conseqüentemente, a mudança no perfil de prevalência das doenças que passaram de infectocontagiosas para as doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2011a). De acordo com os dados do Ministério da Saúde, estima-se que em 2060, haverá cerca de 58,4 milhões de pessoas idosas, o que representa 26,7% da população brasileira (PORTAL BRASIL, 2014).

Durante o processo de envelhecimento, o indivíduo manifesta, tanto física quanto psicologicamente, os eventos que vivenciou ao longo de sua trajetória. Alguns envelhecem sem qualidade e se aproximam da etapa final do ciclo vital com perda de funcionalidade e de autonomia. Tornam-se dependentes de seus familiares e da sociedade (OMS, 2015).

Na área da saúde, o emprego da tecnologia, no fim da vida, posterga a morte inevitável, é uma morte ainda em vida. A pessoa fica isolada, abandonada com seus sintomas físicos não controlados adequadamente e, muitas vezes, com as suas questões psicossociais e espirituais não abordadas (BURLÁ e PY, 2014). Esses questionamentos, acerca da qualidade de vida, do envelhecimento ativo e da qualidade de morte, são objetos de discussão nas comunidades científicas.

O que se pretende dizer com “qualidade de morte”? Esse tópico está em discussão desde a década de 60 quando a psiquiatra Sueca, radicada nos Estados Unidos, Elizabeth Klubber Ross publicou o livro “Sobre a morte e o morrer” e a inglesa Dame Cicely Saunders, enfermeira, médica e assistente social, liderou o renascimento dos Cuidados Paliativos (CP) quando da inauguração do Hospital-escola *Saint Christopher Hospice* (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012). Os CP são definidos como um conjunto de atos multiprofissionais e interdisciplinares, com a finalidade de prevenir, de aliviar e de controlar os problemas do corpo, da mente, do espírito e do social do paciente e de seus familiares, de maneira antecipatória e implacável. Problemas, esses, que afligem o homem na sua finitude (WHO, 2017).

Essa visão condiz com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com as novas diretrizes curriculares da graduação em Medicina, os quais advogam por uma medicina centrada na pessoa, na integralidade e no respeito ao ciclo vital (COMBINATO e MARTINS, 2012; BRASIL, 2014a).

No Brasil, a trajetória dos Cuidados Paliativos iniciou em 1979, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a implantação do “Serviço de Dor”, seguido pela implantação do “Serviço de Cuidados Paliativos” em 1983. Na graduação, as primeiras iniciativas desse ensino foram realizadas na década de 90, sob a coordenação do Dr. Marcos Túlio Figueiredo (FIGUEIREDO, 2001). A inclusão, como política do SUS, ocorre em 2002; em 2009, o “Código de Ética Médica” determina que todo o médico deve oferecer Cuidados Paliativos ao paciente terminal; e, em 2011, os CP foram definidos como área de atuação pela Associação Médica Brasileira (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012).

A despeito da trajetória de quase 35 anos de CP, o Brasil é considerado um país onde ‘não se morre bem’ (MURRAY, 2015). Um dos fatores, responsáveis por essa realidade, é a formação técnico-científica da área da saúde que aborda, principalmente, os aspectos físicos em detrimento das questões culturais, espirituais e sociais. Os profissionais dessa área são treinados para curar e “vencer” a doença e, nesse contexto, a morte significa perda, derrota e frustração (REGO e PALÁCIOS, 2006).

No intuito de modificar essa realidade, a *European Academy for Palliative Care* (EAPC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselham o investimento no ensino de CP nas graduações, nos programas de educação continuada, nas residências médicas com potenciais casos de terminalidade e na formação de especialista em Cuidados Paliativos (EAPC, 2009; WHO, 2014).

O SUS é o principal cenário do processo de ensino-aprendizagem na área da saúde brasileira e tem, como eixo central de seu funcionamento, a Estratégia de Saúde da Família que, em 2014, assistiu 56,2% da população, ou seja, 112,5 milhões de pessoas (BRASIL, 2008). Com o objetivo de ofertar atendimento de qualidade à população, o governo investe não somente na melhoria da formação, mas também no aumento do número de profissionais de saúde para o SUS, por meio de ações como o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015a) e as novas

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina (BRASIL, 2014a).

Dentre as ações do Programa Mais Médicos, está a universalização da Residência Médica, com previsão de 12,4 mil vagas até 2018. Dessas, 75% serão destinadas à Residência em Saúde da Família e Comunidade. Determinam, ainda, que o primeiro ano dessa residência seja considerado como pré-requisito para os programas de residência em: medicina interna, pediatria, ginecologia obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social (BRASIL, 2015a).

Ao refletir sobre o cenário nacional, no que concerne ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas degenerativas associadas a perda da funcionalidade e ao fato de grande parte da população ser assistida pela Estratégia de Saúde de Família, surge a preocupação com relação à formação e ao preparo de profissionais com capacidade de assistir as pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida, bem como as que se encontram na última etapa do ciclo vital.

Partiu-se da seguinte hipótese: O ensino de Cuidados Paliativos ainda não foi contemplado, de maneira planejada, no projeto pedagógico dos programas de Residência de MFC, o que prejudica o desenvolvimento de competências gerais para essa prática, na Atenção Primária em Saúde (APS).

Nesse contexto, as seguintes questões se colocam para essa pesquisa:

- O ensino de Cuidados Paliativos tem sido contemplado nas residências em Medicina de Família e Comunidade de Curitiba e Região Metropolitana?
 - Se sim: como ocorre sua inserção no projeto pedagógico dessas residências?
 - Se não: qual o motivo da ausência da abordagem do tema Cuidados Paliativos no decurso da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade?
- Que competências, na percepção dos preceptores, têm sido desenvolvidas, durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos?
- Que competências, na percepção do médico residente, têm sido desenvolvidas, durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Analisar o ensino de Cuidados Paliativos nas residências em Medicina da Família e Comunidade de Curitiba e Região Metropolitana.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a inserção do ensino de Cuidados Paliativos nas residências de MFC de Curitiba e região metropolitana;
- Identificar as estratégias pedagógicas, utilizadas para esse ensino;
- Identificar, na visão dos preceptores dos programas, as competências que têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos;
- Apreender as percepções dos residentes, acerca das competências em Cuidados Paliativos, desenvolvidas no decorrer da residência médica em MFC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cuidados Paliativos: contextualização histórica

No século XIX, o desenvolvimento das ciências e da tecnologia se ampliava rapidamente enquanto que a igreja diminuía o seu poder sobre a sociedade. Nesse contexto, surgiam os primeiros hospitais que tinham a finalidade de ensinar e desenvolver a ciência médica, com o objetivo principal de curar a doença e salvar a vida. Concomitantemente, desenvolviam-se os *Hospices* que se propunham a oferecer conforto espiritual e a preparar as pessoas para a morte próxima (FLORIANI e SCHRAMM, 2010).

Após as grandes guerras mundiais, a ciência médica apresentou grande desenvolvimento técnico-científico, o que permitiu prolongar a vida das pessoas por meio da cura ou controle de diversas patologias. No mesmo cenário, iniciaram-se as primeiras discussões sobre bioética e sobre o abandono do paciente.

Nesse momento de ebulição, na Inglaterra, Dame Cicely Saunders, enfermeira e assistente social, optou por complementar a sua formação profissional em medicina, o que proporcionou uma visibilidade acadêmica aos cuidados oferecidos nos *Hospices*. Simultaneamente, a psiquiatra Dra. Elizabeth Klueber Ross, iniciava seus estudos sobre a morte nos Estados Unidos da América e foi considerada a pioneira da Tanatologia (FIGUEIREDO, 2011).

O termo “Cuidados Paliativos” foi elaborado em 1975 pelo médico Canadense Dr. Balfour Mount (CLARK, 2007). O vocábulo “paliativo” deriva tanto do verbo latim “palliare” e significa cobrir ou dissimular, quanto do substantivo “Pallium” que significa capa. Pode-se, portanto, entender o seu significado como: utilizar uma capa para cobrir ou mascarar alguém ou alguma coisa (GONZÁLEZ e RUIZ, 2012). Na área da saúde, traduzir-se-ia como o uso de técnicas diversas e “interprofissionais” (a capa) para reduzir o sintoma / sofrimento (algo a ser mascarado), apresentado pelo paciente e/ou pela sua família.

A primeira definição de Cuidados Paliativos foi publicada pela OMS, em 1990 e revisada em 2002.

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam problema associado com uma doença que ameaça a continuidade de da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, físico, psicossociais e espirituais.” (WHO, 2002)

Em agosto de 2017, a OMS publicou uma nova revisão da definição de Cuidados Paliativos, em que reformula a definição inicial, na qual descreve os Cuidados Paliativos para ‘pessoas’. Na nova definição, ressalta a importância da inclusão dos CP tanto para as crianças e adultos, bem como para os seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida:

“ Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual ” (WHO, 2017)

No Brasil, o movimento do Cuidados Paliativos iniciou seu processo embrionário com a fundação do Asilo da Penha (Rio de Janeiro), em 1944. De acordo com Firmino (2004), citado por Floriani e Schramm (2010), o Asilo da Penha era também conhecido como “Pavilhão dos Incuráveis” ou “Asilo do Canceroso Pobre”. Tinha, por finalidade, abrigar os enfermos com doença oncológica terminal, fora de possibilidade terapêutica e que, por esse motivo, não poderiam ser atendidos no Serviço Nacional do Câncer (atual Instituto Nacional do Câncer).

Em 1968, em São Paulo, foi fundada a Clínica Tobias que tinha o propósito de assistir os enfermos com neoplasias, com as doenças hepáticas e com a Síndrome da Imunodeficiência Humana e era regida pelos princípios dos Cuidados Paliativos (MENEZES, 2004).

O primeiro serviço de Cuidados Paliativos do Brasil foi fundado pela Dra. Miriam Marteleite, em 1983, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre; seguido pela fundação do Serviço de Cuidados Paliativos da Santa Casa de São Paulo pelo Dr. Carlos de Camargo Andrade Filho; e do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica, no Hospital do Câncer II, em 1986. Em 1989, esse programa passou a ser denominado de “Suporte Terapêutico Oncológico” e ampliou suas atividades para a assistência domiciliar. Em 1998, foi inaugurada a Unidade de

Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer que, em 2004, recebeu o nome de Hospital do Câncer IV (FIGUEIREDO, 2011).

Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com a finalidade de promover a expansão dos Cuidados Paliativos em território nacional. Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) que buscava, além da expansão do ensino e da pesquisa, o reconhecimento como especialidade médica. (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012).

Em 2006, foi criada a Câmara técnica em Assistência em Cuidados Paliativos, no Ministério da Saúde e a Câmara técnica sobre terminalidade da vida e Cuidados Paliativos, do CFM (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012). Nesse mesmo período, foi publicada a Resolução N^o 1805 / 2006 que versa sobre a ortotanásia (CFM, 2006):

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (CFM, 2006)

Os Cuidados Paliativos foram citados, pela primeira vez, no Código de Ética Médica de 2009 e a eles foi feita uma referência em dois artigos do capítulo V:

“Capítulo V Relação com pacientes e familiares. É vedado ao médico:
Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados. (...)
§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para **Cuidados Paliativos**
Art 41. . Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal (...)
Parágrafo único. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, **garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas** que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal ” (CFM, 2009, p.9).

No ano de 2011, na Resolução n^o 1973 / 2011, a Medicina Paliativa foi reconhecida, pelo Conselho Federal de Medicina, como área de atuação (CFM, 2011) e teve o seu primeiro processo de certificação, em 2012 (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012). Ainda nesse ano, o governo iniciaria o Programa Melhor em Casa, com o objetivo de realizar o atendimento domiciliar dentro do SUS, o que foi

fortalecido pela publicação dos Cadernos de Atenção Domiciliar, nos anos de 2012 e 2013 (BRASIL, 2012a, 2013a).

Em 2012, o Testamento Vital foi reconhecido pelo CFM como direito do paciente (CFM, 2012):

“Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012).

Recentemente, o movimento foi fortalecido pela “Carta de Praga” que buscava promover o acesso aos CP como direito humano. O Relatório EB134/28 (WHO, 2013) e a Resolução WHA67.19 (WHO, 2014) da OMS reconhecem os CP como estratégia em saúde, a ser realizada no decurso do ciclo de vida.

O Relatório EB 134/28 de 2013 reforça que o acesso à saúde, inclusive aos Cuidados Paliativos, é considerado um direito humano e, dessa maneira, deve ser oferecido a todas as pessoas. Para que esse objetivo seja atingido, sugere que os sistemas de saúde existentes incluam os Cuidados Paliativos como componente dos cuidados no decurso do ciclo vital. Os CP devem ser integrados aos programas de prevenção, de detecção precoce e de tratamento de doenças crônicas. Desse modo, possibilita a adaptação do tratamento oferecido no decorrer da progressão da doença para a fase terminal, ou seja, aumento progressivo das ações dos Cuidados Paliativos, em detrimento dos tratamentos específicos da doença. Outrossim, sugere que a comunidade seja envolvida e se estabeleça um trabalho em conjunto, a fim de oferecer o suporte necessário a essas pessoas (WHO, 2013).

No mesmo ano, em Praga, durante o Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, uma junta de cinco organizações, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC); a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC); a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA); e o Observatório dos Direitos Humanos (HRW), lançaram a “Carta de Praga” que promovia o acesso ao cuidado paliativo como direito humano. Esse documento esteve disponível para ser assinado on-line até 2015 e as diversas organizações, que advogam em favor dos CP, fazem uso dele. (SCHMIDLIN, HAUT-LÉMAN e OLIVER, 2015).

Em 2014, a OMS publicou a Resolução WHA67.19, na qual é reforçada a importância dos Cuidados Paliativos para melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam doenças crônicas, bem como o seu custo-efetividade. Essa resolução, cita diversas medidas urgentes, dentre elas, a inclusão dos Cuidados Paliativos em todos os níveis de assistência, principalmente, na Atenção Primária em Saúde e no cuidado em domicílio (WHO, 2014).

Desde a década de 70, ocorre a expansão dos CP de modo globalizado. Contudo, em 2011, apenas 58% dos países apresentavam iniciativa em CP. Aproximadamente em 75 países, a provisão de CP era isolada e, em apenas 20 países, essa provisão estava integrada, de maneira avançada, ao Sistema Nacional de Saúde (WHO; WPCA, 2014).

Em 2010, o *The Economist* publicou a primeira edição do “*Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*”, da qual participaram 40 países. Essa edição, buscou identificar o desenvolvimento dos CP e a qualidade de morte, ao redor do globo (MURRAY, 2010). Na segunda edição, publicada em 2015, participaram 80 países, o que significava 85% da população mundial. A avaliação foi realizada por meio de 20 indicadores quantitativos e qualitativos, divididos em cinco categorias: ambiente dos CP e sistema de saúde; recursos humanos; disponibilidade de atendimento; qualidade do atendimento; e nível de envolvimento da comunidade. Dos 80 países, somente, 34 tiveram score acima da média, o que significa que, apenas 15% da população adulta dos países classificados pelo Index, têm acesso a uma “boa morte” (MURRAY, 2015).

E no Brasil, como está o desenvolvimento dos CP?

De acordo com o Index de 2015, o Brasil está na 42ª posição do ranking geral e na 10ª posição no Ranking Latino Americano de 17 países, quanto à capacidade de ofertar CP, e na 64ª posição geral, quanto ao índice que compara o número de serviços de CP disponíveis e o número de mortes. O país apresenta uma estratégia governamental para a promoção e o desenvolvimento nacional dos CP, com etapas, vagamente, delimitadas e sem metas específicas (MURRAY, 2015).

O país possui profissionais especializados em CP, mas existe a carência de médicos, de enfermeiros e de outros membros da equipe, bem como de um treinamento em CP, os quais são, geralmente, desacreditados nacionalmente. O

subsídio governamental é limitado e quando efetivo, o critério de qualificação não é claro. Ademais, os fundos e programas de financiamento são de difícil acesso, os opioides não estão disponíveis facilmente ou o acesso é restrito por leis, burocracias e preconceitos. A população possui pouca compreensão e conscientização sobre os serviços de Cuidados Paliativos e existe pouca informação sobre CP nos portais governamentais e nos mecanismos comunitários (MURRAY, 2015).

Em 2012, no país, foram identificados seis serviços do tipo *Hospice*; 24 serviços de atendimento domiciliar (17 para adultos e sete pediátricos); 16 unidades de CP que funcionam, exclusivamente, em hospital de terceiro nível; 26 equipes “multinível” (enfermaria, domicílio e ambulatório); e 21 equipes de “interconsulta”. Não foram identificados serviços de CP em hospitais de segundo nível nem em centros comunitários, apesar de estarem incluídos na lista de serviços a serem ofertados pelo SUS (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012). De acordo com Pastrana (2014) haviam, no país, 0,48 serviços de CP para 1 milhão de habitantes, em 2012 (PASTRANA, TORRES-VIGIL e LIMA, 2014).

Lynch, Connor & Clark (2013) realizaram o mapeamento global do desenvolvimento dos CP, com por base em informações relativas: ao conhecimento da população sobre CP; educação e treinamento; disponibilidade de opioides; remuneração; e a abrangência dos Cuidados Paliativos. Os países foram então divididos em: Grupo 1 (não foram identificadas estratégias em CP), Grupo 2 (potencial de desenvolvimento), Grupo 3A (provisão isolada de CP), Grupo 3B (provisão generalizada de CP), Grupo 4A (integração inicial com o sistema nacional de saúde) e Grupo 4B (integração avançada com o sistema nacional de saúde). Em conformidade com essa classificação, o Brasil se encontra no grupo 3A, ou seja, a provisão de CP é isolada; dependente de doações; com pouco acesso aos opioides; com o número de serviços limitados para o tamanho da população; e com serviços baseados, principalmente, em assistência domiciliar.

Evidencia-se que o Brasil se encontra, ainda, no início de sua caminhada pela estrada dos CP. Existe um longo trajeto a ser percorrido, até que a população brasileira tenha acesso aos CP de qualidade. Para possibilitar e acelerar o seu desenvolvimento, fazem-se necessárias diversas estratégias, dentre elas a inclusão na Atenção Primária em Saúde (APS). O próximo item tem por objetivo a revisão: das similaridades entre a Atenção Primária em Saúde e os Cuidados Paliativos, em

que a APS se constitui no cenário ideal para a implantação dos CP; das políticas nacionais / portarias do ministério da saúde existentes; e das iniciativas em CP na APS, identificadas na literatura até o presente momento.

3.2 Cuidados Paliativos na Atenção Primária em Saúde no Brasil

“...os cuidados no processo de morte caracterizam-se por cuidados na e da vida” (COMBINATO; MARTINS, 2012, p.440)

Os Cuidados Paliativos são reconhecidos como um direito humano e um dever ético, tanto dos profissionais quanto do sistema de saúde e devem ser oferecidos a todas as pessoas e famílias que enfrentam uma doença incurável. Essa oferta deve ocorrer, preferencialmente, desde o seu diagnóstico e, simultaneamente, ao tratamento curativo e adaptado no decurso da trajetória da doença, de acordo com os sintomas / sofrimentos identificados (EAPC *et al.*, 2013; WHO, 2014). Pode-se, assim, compreender que a proposta dos CP se constitui no cuidado integral da pessoa. Essa é uma característica compartilhada com os princípios que regem o SUS e a Atenção Primária em Saúde (APS) (COMBINATO e MARTINS, 2012).

No Brasil, vivencia-se a transição epidemiológica caracterizada pela tripla carga de doença (doenças infecciosas, materno-infantis, doenças crônicas degenerativas, comorbidades secundárias à violência e aos comportamentos de risco). As doenças crônicas representam, atualmente, mais de 50% dos óbitos e, aproximadamente, 80% da carga de doença (CONASS, 2015). Em 2014, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) assistiu 56,2% da população (112,5 milhões) (BRASIL, 2015b). Todos esses fatores apontam para a necessidade da implantação do modelo de Cuidados Paliativos no sistema nacional de saúde, em seus diversos níveis de complexidade, mas, principalmente, na APS e no atendimento domiciliar, conforme orientação da OMS no Relatório EB134/28 (WHO, 2013) e na resolução WHA67.19 da OMS (WHO, 2014)

Essa demanda ficou caracterizada em um estudo realizado em 14 unidades de saúde do estado de São Paulo, no qual foram selecionados 141 prontuários de pacientes, inscritos em programa de insumo para incontinência fecal e urinária. Desses, 138 foram considerados elegíveis para CP, devido a doenças crônicas

(46,3%) e por questões ligadas à atenção ao parto e à gestação (24,38%) (PAZ *et al.*, 2016).

Para entender a relevância da APS / ESF e o fato de ser estratégica para inclusão dos CP no SUS, faz-se necessário recordar os conceitos de APS / ESF e esclarecer como funcionam essas estratégias no SUS.

Em 1979, o conceito de APS foi publicado na Conferência de Alma – Ata e foi definido como:

“Os cuidados primários de saúde são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS e UNICEF, 1979 p.3).

Esse conceito influenciou a construção do SUS, na década de 80. A sua proposta era ser universal; equânime; integral; acompanhar, longitudinalmente, a população; e buscar não somente a prevenção e o tratamento de patologias, mas também a recuperação da saúde do indivíduo. Todavia, tornou-se, na prática, um sistema de saúde: voltado a responder às condições agudas ou crônicas agudizadas; fragmentado; pontual; e que não atingia o pressuposto de acompanhamento longitudinal. Para que houvesse mudança nesse panorama e mais efetividade no seu funcionamento, a partir de 2010 foi implantado, como estratégia organizadora, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CONASS, 2015; COBÔ, 2015)

As RAS são estruturas organizacionais que envolvem, democraticamente, diversos serviços de saúde e buscam, por meio de atuação conjunta, oferecer cuidado integral e contínuo à população. São caracterizadas: pela gestão de base populacional que permite elaboração de plano de ação específico para cada comunidade; pela estrutura organizacional que une os “nós” da rede e faz a conexão da APS aos serviços secundários e terciários, aos serviços de apoio (diagnóstico,

assistência farmacêutica, “teleassistência” e informação em saúde), aos serviços logísticos (registro eletrônico, transporte em saúde) e ao sistema de governança da RAS; e pelos modelos de atenção à saúde, voltados tanto para os eventos agudos quanto para o acompanhamento de casos crônicos. A coordenação das RAS é de responsabilidade da APS que, no Brasil, é representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CONASS, 2015; COBÔ, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, a APS é responsável por:

“Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais” (BRASIL, 2011b).

Andrade, Barreto e Bezerra (2006), citado por Combinato (2011), propuseram o seguinte conceito de ESF:

“um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e **Cuidados Paliativos** das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido” (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006 p 804)

Portanto, a APS / ESF é considerada estratégica para o desenvolvimento dos CP no âmbito do SUS, uma vez que abrange grande parte da população; coordena o cuidado do indivíduo, longitudinalmente, em sua integralidade; é centrada na pessoa baseada na qualidade de vida, no cuidado do binômio paciente-família; e pondera sobre os aspectos sociais, culturais, espirituais e econômicos que influenciam na saúde do indivíduo (SILVA, 2014; SAITO e ZOBOLI, 2015).

Outros pontos, que favorecem o desenvolvimento dos CP na APS / ESF, são: as equipes de ESF multiprofissionais e compostas, minimamente, por médicos generalistas ou especialistas em MFC, enfermeiros generalistas ou especialistas em MFC, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a existência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que pode ser composto por diversos profissionais, dentre eles, Médico Acupunturista, Assistente Social,

Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Homeopata, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e profissional com formação em arte e educação (arte educador); a possibilidade de realizar práticas integrativas, dentre elas, a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia entre outras; e ter, em seu escopo, a assistência multidisciplinar no âmbito domiciliar (BRASIL, 2011b; 2015d).

Apesar de não haver, no país, uma Política Nacional de Cuidados Paliativos, identifica-se a temática CP, no âmbito do SUS, em algumas portarias: Portaria 1319, de 23/07/2002 - Programa Nacional de Assistência à dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002); Portaria 963, de 27/05/2013 - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013a); e Portaria 483, de 01/04/2014 - linha de Cuidado, Prevenção e Controle do Câncer da rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014b). No Quadro 1, estão descritas as Portarias do Ministério da Saúde sobre os Cuidados Paliativos.

Quadro 1 - Portarias do Ministério da Saúde sobre Cuidados Paliativos

PORTARIAS		
nº 3535 2/09/1998. (BRASIL, 1998)	Define que todo Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), terceirizado pelo Sistema único de Saúde (SUS), deve oferecer 7 modalidades integradas e o Cuidado Paliativo é uma delas.	<p><i>“1.3 A prestação da assistência ao paciente deve abranger 7 modalidades integradas</i></p> <p>g) Cuidados Paliativos - que incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos.”</p>
nº 1.319 23/07/2002 (BRASIL, 2002)	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à dor e Cuidados Paliativos.	<p><i>“Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, (...)</i></p>
nº 2.439 08/12/2005 (BRASIL, 2005a)	Plano Nacional de Atenção Oncológica, o qual inclui os Cuidados Paliativos. Essa portaria foi revogada em 2013 e foi substituída pela Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013.	

PORTARIAS		
nº 741 19/12/2005 (BRASIL, 2005b)	Complementa a portaria anterior e conceitua as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).	“Para fins de credenciamento de hospitais como Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Cuidados Paliativos (...) devem ser prestados (...)”
nº 3150 12/12/2006 (BRASIL, 2006)	Institui a Câmara Técnica em Controle de dor e Cuidados Paliativos.	
nº 874 16/05/2013 (BRASIL, 2013)	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.	“Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo (...) e cuidados paliativo ”... “Seção V - (...) Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a (...) e os Cuidados Paliativos , que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (...)”
nº 963 27/05/2013 (BRASIL, 2013a)	Redefine a Atenção Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde.	“Seção II Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 (...), tomando-se como base as situações abaixo listadas: XII- necessidade de Cuidados Paliativos ; (...)”
nº 483 01/04/2014 (BRASIL, 2014b)	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.	“Art. 8º IV (...) garantir (...) e Cuidados Paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas” “Art. 9º II - organizar as linhas de cuidado (...) garantir o acesso (...) e Cuidados Paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas” “Art. 21.(...) II - organizar as ações que promovam os Cuidados Paliativos , (..) nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, (...)”

Fonte: elaborado pela própria autora.

Apesar de não haver CP, devidamente estruturados no âmbito do SUS, algumas iniciativas podem ser identificadas e descritas na literatura.

Uma pesquisa foi realizada com 351 profissionais das APS da região de Campinas, por meio da aplicação de um questionário sobre os cuidados no fim de vida. Foi identificado que 63% dos profissionais cuidaram de pacientes em processo de morte, na ESF. Nas entrevistas realizadas com 11 profissionais da APS, identificou-se a existência de Cuidados Paliativos na APS sem a presença de diretrizes ou protocolos específicos, mas com a preocupação em seguir o Projeto terapêutico singular, o qual é pactuado com o indivíduo e a sua família. Esse projeto busca estabelecer, com a valorização da dinâmica familiar e social, um plano terapêutico para o paciente, de acordo com a sua gravidade, risco ou vulnerabilidade. Quanto ao conhecimento técnico em CP, os profissionais mencionaram o seu desconhecimento. Alguns deles possuem uma capacitação enquanto outros não (COMBINATO e MARTINS, 2012).

Na região norte do Ceará, de janeiro a julho de 2010, foram entrevistadas 12 pessoas (04 familiares de pessoas que morreram em domicílio, 03 familiares de pessoas com doença terminal em acompanhamento pela ESF, 03 profissionais da ESF e 02 do Programa de Atenção Domiciliar do Município) na tentativa de identificar a percepção dos familiares e dos profissionais de saúde, acerca do cuidado em domicílio de pacientes terminais na APS. Os familiares abordaram temáticas relativas à alteração na estrutura familiar, às mudanças na rotina familiar, ao desgaste do cuidador, aos sentimentos relativos ao adoecimento e à estrutura de assistência em saúde insuficiente. Os profissionais de saúde, por sua vez, relataram a dificuldade em lidar com os próprios sentimentos diante da morte e da doença sem possibilidade de cura e a falta de uma formação adequada que auxilie na comunicação de notícias difíceis e no manejo do paciente terminal. Nas falas dos profissionais, pode-se identificar a possibilidade de desenvolver, na APS/ESF, o atendimento ao paciente em fim de vida. Contudo, faz-se necessário o treinamento dos profissionais; o melhoramento da comunicação entre os diversos níveis de assistência; e a disponibilização de medicamentos e materiais necessários aos cuidados, ao controle de sintomas e à melhoria da qualidade de vida. Os profissionais identificam que, atualmente, a ESF atua na articulação de internamentos, de transportes, do acolhimento ao familiar, do fornecimento de declaração de óbito e na disponibilização de alguns insumos necessários ao cuidado (sonda, curativo...) (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Em Ribeirão Preto, foi realizado um estudo em cinco Unidades de APS, nas quais se identificou que os CP são realizados, de maneira empírica, por profissionais que não possuem formação específica em CP, mas que se utilizam das ferramentas da APS para oferecer o cuidado ao paciente em fim de vida, dentro do princípio da integralidade, humanização e qualidade de vida. De acordo com Viviane de Almeida Côbo (2015), o papel da APS seria a realização da gestão dos CP na RAS, com o benefício da proximidade geográfica e do vínculo, previamente estabelecido, entre a equipe e o binômio paciente/família, como facilitador da abordagem psicossocial.

No Rio Grande do Sul, o médico especialista em MFC, Dr. Santiago Corrêa Rodriguez, iniciou o “Projeto Estar ao Seu Lado”, em novembro de 2014. Esse projeto buscava capacitar as equipes de saúde da APS por meio de encontros mensais, nos quais eram abordadas as temáticas relativas aos CP e à maneira de sensibilizar a comunidade sobre a importância e os benefícios que os CP disponibilizavam, ao serem realizados precocemente. A intervenção na comunidade era realizada por meio de reuniões abertas, de reuniões com cuidadores e da apresentação dos temas aos conselhos municipais e locais. A iniciativa foi apresentada, em 2015, durante o *4th International Conference of Public Health and Palliative Care*, em Bristol na Inglaterra (FIGUEIREDO, 2015).

Apesar de se identificarem estratégias de desenvolvimento de CP na APS, um estudo, realizado com 15 enfermeiros e 3 gestores de APS de Minas Gerais, identificou que o conceito de CP era compreendido, parcialmente, por esses atores. Eles consideravam os CP como uma alternativa a ser indicada para o paciente com neoplasia em fase de terminalidade e como uma estratégia que buscava melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Esse estudo, evidenciou que nenhum dos entrevistados fez menção ao cuidado com a família, bem como demonstrou que 02 enfermeiras e 02 gestores desconheciam o conceito de CP. Nessa pesquisa, foi reconhecida também a importância do treinamento em CP, para que se realizar CP com qualidade na APS (PEREIRA *et al.*, 2017).

Para que implantação dos CP ocorra, de maneira adequada e eficiente, faz-se necessária tanto a existência de políticas públicas, de provisão de serviços, de acesso aos opioides e do envolvimento de instituições não governamentais, como o desenvolvimento do ensino e da pesquisa (PASTRANA, CENTENO e LIMA, 2015).

Na tentativa de otimizar o ensino de CP na APS latino-americana, recomenda-se que os profissionais obtenham as seguintes capacitações básicas em CP: conhecer os critérios de referência entre os níveis de atenção; identificar, avaliar e tratar os sintomas; prevenir o sofrimento da família e do paciente; ter a capacidade de gerenciamento com as autoridades sanitárias; e ser capaz de avaliar as necessidades e recursos locais (WENK *et al.*, 2016).

A APS / ESF é o cenário ideal para inclusão dos CP e, apesar de não existir Política Nacional de Cuidados Paliativos, existem portarias do Ministério da Saúde que orientam no sentido de que se ofereçam os CP aos pacientes com doença crônica. As equipes, que trabalham com CP, têm ofertado esse serviço dentro de suas possibilidades e de seus conhecimentos.

A falta de treinamento em CP, evidente na fala dos profissionais e gestores, é uma barreira para sua implantação na APS. O próximo item se destina à revisão do panorama em que se encontra o ensino de CP no mundo e no Brasil, bem como quais são as competências centrais em CP necessárias aos profissionais de saúde e as sugeridas para os profissionais, atuantes em Medicina de Família e Comunidade.

3.3 Ensino de Cuidados Paliativos

“O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que estou avançando do mais importante para o menos importante, para o detalhe. Quando não consigo curar, tenho que aliviar. E quando nem aliviar consigo, resta-me confortar. Proceder nessa sequência fatalmente apresenta o alívio e o conforto como prêmio de consolação (para o médico) que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal” (BLASCO, 2016 p3).

Vivencia-se o momento histórico, em que se tem a compreensão de como controlar diversas doenças infectocontagiosas, no qual se desenvolvem tecnologias para o suporte de vida, em que se ampliam os conhecimentos sobre as diversas patologias e tratamentos que permitam a cura ou o seu controle. Ocorre, paralelamente, o desenvolvimento da informática que possibilita o rápido compartilhamento de novos conhecimentos e de informações ao redor do globo. Como consequência, tem-se um ensino fragmentado, com aulas ministradas por especialistas; uma especialização precoce, utilizada como subsídio para travar um

duelo diário e injusto contra a morte; e hospitais / centro de saúde que se destinam a cuidar de um órgão e não de uma pessoa (BLASCO, 2016; BRUERA e CERANA, 2016).

O modelo de ensino atual não auxilia os profissionais da saúde na compreensão e na aceitação da morte como parte do ciclo da vida; no reconhecimento e alívio do sofrimento alheio; na identificação e no respeito dos próprios sentimentos diante do sofrimento e da finitude do outro. Conseqüentemente, a morte sinaliza uma derrota, uma incompetência e caracteriza o fracasso. Para evitar esses sentimentos, por diversas ocasiões, deixa-se de assistir o paciente e sua família, no momento em que a morte se apresenta como inevitável. Para mudar esse paradigma, faz-se necessário que a filosofia dos CP se desenvolva, cientificamente, por meio do ensino e da pesquisa nas diversas áreas da saúde (BLASCO, 2016).

A primeira aproximação, com as ciências médicas, ocorreu na Inglaterra quando Dame Cicely Saunders ingressou na faculdade de medicina, obteve certa notoriedade e passou a falar a linguagem do meio médico (CENTENO, BOLOGNESI e BLASCO, 2015). A partir da década de 80, a EAPC elaborou e publicou diversos protocolos para a educação e o treinamento em CP, dentre eles: as orientações para o desenvolvimento de currículo em Cuidados Paliativos para graduação (EAPC, 2007), para pós-graduação (EAPC, 2009) e para as competências centrais em CP na área da saúde (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013). Em 2014, a *Joint Royal Colleges of Physicians Training Board* publicou o manual *Training in palliative and end-of-life care Guidance for trainees (and their trainers) in non-palliative medicine training posts* (HICKS, 2014).

Compreende-se que o ensino de CP pode ocorrer em três níveis: abordagem básica (graduação); Cuidados Paliativos gerais (pós-graduação para especialidades que lidam, com maior frequência, com doenças que ameaçam a continuidade da vida); e Cuidados Paliativos especializados (pós-graduação para os profissionais que dedicam a maior parte do tempo aos CP) (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

No que se refere à graduação, apesar da Europa ter sido o berço dos CP, no período de 2012 a 2014, dos 43 países da Região Europeia, apenas, 13 países tinham o ensino de CP incluído no currículo da graduação de todas as escolas médicas e, em 14 países, não foi identificada a existência de um currículo em CP

(CARRASCO *et al.*, 2015). Na América Central, de 33 universidades, apenas uma tem ensino obrigatório de CP e outra tem ensino optativo, ambas no 5º ano do curso (MAGÑA, CASANOVAS e SACA, 2016). Nos Estados Unidos, o ensino não é obrigatório, embora 43 de 51 escolas médicas incluam treinamento em Cuidados no Fim de Vida, em seus currículos (HOROWITZ, GRAMLING e QUILL, 2014). Na América Latina, no período de 2011 e 2012, de acordo com o item Ed1. (proporções de escolas médicas com ensino de CP / número total de escolas médicas) do Index da ALCP, Cuba e Uruguai tinham ensino de CP em todas as graduações de medicina. Os países com menores índices foram Brasil (1,11) e Bolívia. Em El Salvador, Honduras, Nicarágua e Peru não foi identificado o ensino de CP na graduação (PASTRANA, TORRES-VIGIL e LIMA, 2014).

Quanto aos programas de pós-graduação, na Europa foram identificados 13 programas, no ano de 2013 e 18, no ano de 2014. O primeiro programa foi implantado em 1987 na Inglaterra e, em seguida, pela Irlanda em 1995. Os programas são heterogêneos e diferem em diversos aspectos: na proporção de atividades prática-teórica-pesquisa, nome, duração e pré-requisitos (CENTENO, BOLOGNESI e BIASCO, 2015). Na América Central, a Costa Rica abriga 80% das pós-graduações em CP dessa região e é a única que conta com um programa de Residência Médica com 3 anos de duração (MAGÑA, CASANOVAS e SACA, 2016). Na América Latina, o México é o país com maior número de pós-graduações (07), seguido pela Argentina e Costa Rica com 04 programas (PASTRANA, TORRES-VIGIL e LIMA, 2014).

Na literatura internacional, pode ser encontrado, no período das residências médicas, o ensino em especialidades que, frequentemente, lidam com as doenças que ameaçam a continuidade da vida (segundo nível).

Na residência médica de MFC da Universidade de Toronto (Canadá), os residentes de 1º e 2º ano têm 13 blocos de 4 semanas de estágio obrigatório em CP que são divididos em 2 semanas de atividades em domicílio e 2 semanas em internamento. Em cada bloco, sempre tem um aluno do 1º e 2º ano, exceto o bloco de ética, no qual existem, apenas, os alunos do 2º ano. Em estudo realizado com 15 residentes nos anos de 2013/2014, foi identificado que a participação no estágio de CP permitiu: um maior contato com pacientes em CP; um desenvolvimento de habilidades essenciais, principalmente, no controle de sintomas, controle de dor,

comunicação com o paciente e com os familiares; e a compreensão holística do paciente, a partir do seu ponto de vista e do que é necessário para que o paciente permaneça em casa até a sua morte (MAHTANI *et al.*, 2015).

Em setembro de 2013, um estudo, conduzido em Cuba nos hospitais da Faculdade de Ciência Médica 10 de Outubro, procurou identificar que tipo de informação os residentes possuíam acerca dos Cuidados Paliativos. Todos os 63 residentes, que participaram do estudo, entendiam que o objetivo dos Cuidados Paliativos era o de reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Desses, aproximadamente 80%, reconheceram que os CP têm o objetivo de oferecer apoio para que o paciente tenha uma vida mais ativa possível até o dia da sua morte e aceitaram a importância da participação da família nesse processo. Por outro lado, 08 residentes acreditavam que o objetivo era o de postergar a morte. De acordo com Quintero (2015), existe uma formação insuficiente em Cuidados Paliativos, principalmente, para identificar as patologias que tenham indicação para CP, para a utilização da escada analgésica e para a prescrição de opioides (QUINTERO *et al.*, 2015).

Huang *et al.* (2014) observaram médicos residentes e graduandos em medicina, após vivenciarem o estágio em Cuidados Paliativos, a fim de registrarem as suas percepções sobre cuidados no fim de vida e manejo de sintomas. De acordo com os autores, eles se consideraram aptos a prescreverem opioides, entretanto sugeriram mais capacitação, no que se refere aos efeitos colaterais e ao seu manejo. Outrossim, consideraram-se aptos no reconhecimento das prioridades de cuidados para o indivíduo em terminalidade (HUANG *et al.*, 2014).

Como ocorre esse ensino no Brasil?

No Brasil, os CP foram reconhecidos como área de atuação, em 2011 e a primeira prova de título foi realizada em 2012. Em conformidade com o levantamento realizado pela Academia Latino Americana de Cuidados Paliativos, existia, no país, 180 a 188 escolas médicas, no ano de 2012 e dessas, apenas, 3 incluíam os CP como disciplina obrigatória. Diversas faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul, Acre, Minas Gerais, Salvador e São Paulo contavam com as Ligas Acadêmicas em Cuidados Paliativos e algumas faculdades contavam com cursos ou disciplinas isoladas (MELO, MACIEL e BETTEGA, 2012).

Identificou-se que os grupos e linhas de pesquisa têm aumentado, progressivamente, desde 1994, quando foi criado o primeiro grupo de pesquisa vinculado a USP e denominado "Dor, Controle de Sintomas e Cuidados Paliativos". De 1994 a 2009, foram criados 5 grupos e, logo após, houve um rápido crescimento com o surgimento, entre os anos de 2011 e 2012, de 11 grupos concentrados na região sudeste e nordeste. Essa expansão pode estar vinculada: às políticas de expansão do ensino superior; ao reconhecimento da Medicina Paliativa como área de atuação; e às resoluções do Conselho Federal de Medicina que versam sobre os Cuidados Paliativos e o testamento vital. Quanto às linhas de pesquisa, foram identificadas, em média, 5 por grupo e apresentaram, como características, as temáticas variadas e interdisciplinares (NICKEL *et al.*, 2016).

Rodrigues *et al.* (2017) realizaram um levantamento bibliográfico, acerca das publicações brasileiras, com relação à temática dos Cuidados Paliativos direcionados ao paciente oncológico, no período de 2004 a 2014. Foram identificados 27 artigos e desses, 74% foram caracterizados como artigo original, 93% indexados na base de dados Lilacs e 35% publicados na Revista Brasileira de enfermagem. O ano de maior produção foi o de 2012, com 8 publicações e a maior parte dos artigos foi conduzida na região sudestes do país (59%). Os autores consideraram ser incipiente, ainda, a produção bibliográfica brasileira e sugeriram a inclusão dos CP na formação da área da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Toledo e Priolli (2012) analisaram os currículos de 58 escolas médicas brasileiras e verificaram que somente 35,1% delas abordavam, de algum modo, o tema e que ele era optativo em quase 67% das escolas (TOLEDO e PRIOLLI, 2012).

Ademais, os estudos que investigam o conhecimento de médicos e acadêmicos, em relação aos Cuidados Paliativos e à Terminalidade, evidenciam o déficit do ensino nessa área. Em uma pesquisa conduzida por Fonseca *et al.* (2013), com 17 participantes do Congresso de Geriatria e Gerontologia, foi identificado que 06 tiveram aulas de CP no 4º e 5º ano da graduação, como disciplina isolada ou junto com as disciplinas de oncologia e geriatria. Oliveira, Ferreira & Rezende (2013) relataram a ausência da disciplina de Cuidados Paliativos nas escolas médicas e, em um estudo conduzido, os participantes relataram não ter tido contato com o tema durante a graduação e, conseqüentemente, consideravam-se despreparados para lidar com o paciente terminal.

Com relação ao ensino na pós-graduação, Pinheiros *et al.* (2012) relataram a experiência de ensino de Cuidados Paliativos como positiva e indispensável na Residência de Saúde da Família da Escola de Medicina do ABC, São Paulo (PINHEIRO *et al.*, 2012).

Para a elaboração do plano de ensino, torna-se necessário o conhecimento de quais competências o aluno deve desenvolver ao longo de sua formação.

Entende-se por ‘competência’ o conjunto de conhecimento, habilidade e atitude que define a prática do médico e que pode ser avaliada ao longo do processo ensino/aprendizagem e ser lapidada por meio de atividades formativas (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

Para a graduação, as primeiras definições das competências em CP foram publicadas na Inglaterra (1992) e no Canadá (1993). Em 2013, a EAPC publicou as competências centrais para profissionais da área da saúde na Europa (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013). No quadro 2, estão as competências centrais em CP, propostas pela EAPC.

Quadro 2 - Competências Centrais em Cuidados Paliativos EAPC

COMPETÊNCIAS	
1.	Aplicar os constituintes centrais dos Cuidados Paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias;
2.	Aumentar o conforto físico, durante as trajetórias de doença dos doentes;
3.	Atender às necessidades psicológicas dos doentes;
4.	Atender às necessidades sociais dos doentes;
5.	Atender às necessidades espirituais dos doentes;
6.	Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
7.	Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética, em Cuidados Paliativos;
8.	Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar, em todos os contextos, nos quais os Cuidados Paliativos são oferecidos;
9.	Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais, adequadas aos Cuidados Paliativos;
10.	Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Fonte: **Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos - parte 1** (GAMONDI; LARKIN; PAYNE, 2013, p.90)

Quanto ao o ensino de CP na APS latino-americana, recomenda-se que os profissionais obtenham as seguintes capacitações básicas em CP: conhecer os critérios de referência entre os níveis de atenção; identificar, avaliar e tratar os sintomas; prevenir o sofrimento da família e do paciente; ter a capacidade de gerenciamento com as autoridades sanitárias; e ser capaz de avaliar as necessidades e os recursos locais (WENK *et al.*, 2016).

Com relação às competências em Cuidados Paliativos para Medicina de Família e Comunidade, encontram-se, na literatura internacional, as definidas pela *American Academy of Family Physicians*, em 2011 (AAFP, 2011), as sugeridas por Schaeffer *et al.*, em 2014 (SCHAEFER *et al.*, 2014a) e as propostas feitas pelo *College of Family Physicians of Canada*, em 2016 (CFPC, 2016).

No Brasil, as competências em Cuidados Paliativos, para a Medicina de Família e Comunidade, foram publicadas no documento “Currículo Baseado em Competências para residência médica de MFC”, em 2015. No quadro 3, estão descritas as competências para MFC, em conformidade com a SBMFC (SBMF, 2015).

Quadro 3 - Competências em Cuidados Paliativos para a Medicina de Família e Comunidade

COMPETÊNCIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Maneja úlceras de pressão/decúbito; 2. Realiza manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal; 3. Maneja nutrição no paciente terminal; 4. Prepara e orienta familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte; 5. Maneja intercorrências comuns no paciente em Cuidado Paliativo; 6. Conhece a importância do atendimento fora do horário, para intercorrências graves e falecimento (atestado de óbito); 7. Sabe fornecer um atestado de óbito. Sabe fazer a abordagem do luto; 8. Reconhece situações urgentes no Cuidado Paliativo e sabe encaminhá-las; 9. Maneja situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais); 10. Demonstra habilidades de comunicação com o paciente, os seus cuidadores e a sua família, com ênfase na comunicação de más notícias.

Fonte: Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015, p. 50)

O ensino de CP, embora ainda incipiente, tem aumentado nos diversos países ao redor do globo. Ademais, identificam-se diversas iniciativas para a elaboração de diretrizes para o ensino de CP e de competências tanto gerais quanto específicas a serem desenvolvidas pelos profissionais.

No Brasil, embora o ensino seja mínimo, nota-se o aumento de grupos de estudos e de iniciativas isoladas. Nesse sentido, a SBMFC, ao incluir os CP como competência necessária ao MFC, pode ser considerada como umas das pioneiras no desenvolvimento do ensino de CP no país.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Fundamentação metodológica

Definir o desenho metodológico é justificar os métodos, os instrumentos de coleta e de análise dos dados que são utilizados para responder as indagações, propostas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

Para atingir os objetivos propostos nesse projeto de pesquisa, foi realizado um estudo de caráter transversal, exploratório e descritivo, construído a partir da abordagem qualitativa/quantitativa, numa perspectiva de triangulação de métodos.

Entende-se que o estudo transversal é aquele em que os dados são coletados em um breve período de tempo, em que não existe o acompanhamento posterior dos sujeitos da pesquisa e no qual se faz uma fotografia do momento. Permite descrever variáveis, identificar a prevalência e realizar associações de causa e efeito, com base nas hipóteses do pesquisador (NEWMAN *et al.*, 2008).

Parte-se, ainda, do pressuposto de que o estudo exploratório e descritivo é aquele que se propõe a descrever as características do problema da pesquisa, a inferir hipóteses de causa-efeito e, apesar de não solucionar o problema, a propor soluções (GIL, 2010).

Ao entender que o fenômeno é constituído por atributos qualitativos e quantitativos, decidiu-se pelo uso da abordagem qualitativa/quantitativa que permite a obtenção de dados mensuráveis do fenômeno, as suas significações e análises contextualizadas, bem como a compreensão simultânea de sua amplitude e intensidade (MINAYO, 2014).

Para atingir tal objetivo, optou-se por utilizar a triangulação de métodos, ou seja, o uso de diversos métodos de coleta de dados como estratégia para ampliar o estudo e a compreensão do objeto. (GOMES, 2014; MINAYO, 2014).

4.2 O contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Curitiba e região metropolitana, localizada no estado do Paraná, na região sul do Brasil. Constatou-se que, de 2015

até o presente momento, existem, em Curitiba, cinco escolas médicas, das quais, apenas, a Universidade Federal do Paraná é pública.

De acordo com o registro do Ministério da Educação de 2015, por ano, eram oferecidas na região, 70 vagas de Residência Médica em Medicina da Família. As vagas eram divididas em sete serviços: Residência Médica em Saúde da Família da Secretária de Saúde Municipal de Saúde - Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba; Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Hospital Cruz Vermelha; Centro de Estudos Superiores Positivo; Hospital do Rocio; Secretaria Municipal de Saúde de São José do Pinhais; e Autarquia Municipal de Saúde Paraná.

No presente projeto, desconsiderou-se a Residência Médica do Hospital do Rocio (com apenas 1 ano de funcionamento) e o Programa da Autarquia Municipal de Saúde do Paraná, pois não foi possível identificar a qual autarquia municipal pertence. O Centro de Estudos Superiores Positivo, apesar de cadastrado no Ministério da Educação não está em funcionamento.

Quatro instituições participaram, assim, da pesquisa. Dessas, 02 têm atuação na cidade de Curitiba e 02, na região metropolitana. Estão descritas no quadro 4, a distribuição de vagas ofertadas e preenchidas, entre 2015 e 2016, bem como a natureza da instituição.

Quadro 4 - Contexto da pesquisa: natureza da instituição, vagas ofertadas e preenchidas por ano, localidade

Programa de Residência Médica	Natureza Instituição	N Preceptor entrevistado	Vagas 2015		Vagas 2016		Localidade
			ofertadas	preenchidas	ofertadas	preenchidas	
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	Pública	02	20	04	35	16	Curitiba
Hospital de Clínica UFPR	Pública	02	20	14	20	08	Curitiba
Hospital Cruz Vermelha	Filantrópica	01	02	02	02	01	Campo Largo
Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais	Pública	01	06	02	06	01	São José dos Pinhais

Fonte: elaborado pela própria autora

4.3 A população de estudo

Uma vez que os programas de residência médica contam com grande número de preceptores, optou-se por realizar uma amostra intencional. Para tal, foi solicitado que cada coordenador do programa de residência médica indicasse preceptores para colaborarem com o projeto de pesquisa.

Foram considerados como critérios de inclusão: o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com, pelo menos, dois anos de funcionamento; ser médico residente, matriculado no Programa Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, nos anos de 2015 e 2016; e ser médico preceptor em atividade no Programa de Medicina de Família e Comunidade.

Foram considerados critérios de exclusão: não aceitar participar da pesquisa, programas de Residência Médica com menos de 2 anos de existência e não exercer preceptoria, no momento.

A população de estudo foi constituída por:

- Residentes que ingressaram nos Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) de Curitiba e Região Metropolitana, nos anos de 2015 e 2016. Participaram da pesquisa, os 43 residentes inscritos no programa (correspondente a 89,53% do número total de residentes).
- Os preceptores entrevistados foram os indicados pelos coordenadores dos Programas de Residência em MFC e estavam assim distribuídos: 02 do Hospital de Clínicas, 02 da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 01 do Hospital Cruz Vermelha e 01 de Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, num total de 06 preceptores. Existe, apenas, 01 preceptor do programa de residência do Hospital Cruz Vermelha, bem como da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais e esses foram entrevistados.

A idade média dos preceptores entrevistados foi de 38,3 anos, o tempo médio de experiência em preceptoria de 6,34 anos e 66,6% dos entrevistados eram do sexo feminino. Quanto à graduação, o tempo médio de formado foi de 12,16 anos e

66,6% cursou a graduação em faculdade pública. Relativo a residência, 50% cursou em Instituição Pública. Um dos preceptores não fez residência médica e, sim, uma pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade em instituição privada. Prestou a prova de título em MFC. O perfil da população de preceptores investigados é apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil da População de Preceptores entrevistados

Idade Média (anos)	38,33
Sexo (%)	
Feminino	66,6
Masculino	33,4
Natureza da Instituição de graduação (%)	
Pública	66,6
Privada	33,4
Tempo médio de graduado em medicina (anos)	12,16
Natureza da Instituição de Residência Médica	
Pública	50
Privada	16,7
Filantrópica	33,33
Tempo médio de preceptoria (anos)	6,34

Fonte: elaborado pela própria autora

Os residentes eram, em sua maioria, do sexo feminino (76,74%), com idade entre 26 e 28 anos (48,8%), graduados em 2014 (41,86%), com similar distribuição entre a instituição de graduação pública (48,84%) e a privada (46,51%). Quanto à residência, a maioria cursava em instituição pública (86,04%) e quanto ao ano de residência, houve distribuição similar entre o 1º (53,49%) e o 2º ano (46,51%). O perfil dos residentes se encontra descrito detalhadamente na tabela 2.

Tabela 2 - Perfil dos residentes de MFC dos programas de MFC de Curitiba e região metropolitana

Idade distribuição por faixa etária	%	N
23-25	9,3	4
26-28	48,8	21
29-31	32,6	14
32-35	2,3	1
>35	4,7	2
Desconhecido	2,3	1
Sexo	%	N
Feminino	76,74	33
Masculino	23,26	10
Ano de conclusão da graduação em medicina	%	N
Antes de 2013	11,62	05
2013	9,3	04
2014	41,86	18
2015	16,28	07
2016	6,98	03
Não informado	13,95	06
Natureza da Instituição de graduação	%	N
Pública	48,84	21
Privada	46,51	20
Não Informada	4,65	02
Ano da residência médica	%	N
Primeiro	53,49	23
Segundo	46,51	20
Natureza da instituição de residência médica	%	N
Pública	86,04	37
Privada	6,98	03
Filantrópica	6,98	03
Tema foi abordado durante a graduação	%	N
Sim	60,47	26
Não	37,21	16
Não informado	2,33	01
Realizou atividades extracurriculares sobre o tema	%	N
Sim	34,88	15
Não	62,79	27
Não informado	2,33	01

Fonte: elaborado pela própria autora

4.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos específicos que permitiram responder os objetivos da pesquisa, conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5 - Objetivo específico de pesquisa x instrumento de coleta de dados

OBJETIVO ESPECIFICO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Conhecer a inserção do ensino de Cuidados Paliativos nos projetos pedagógicos desses programas.	Entrevista “semiestruturada” Aplicação de Questionário
Identificar as estratégias pedagógicas, utilizadas para esse ensino.	
Identificar, na visão do preceptor, o motivo da ausência da abordagem do tema Cuidados Paliativos ao longo da Residência Médica em Medicina de Família e comunidade	Entrevista “semiestruturada
Identificar, na visão dos preceptores dos programas, as competências que têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos.	Entrevista “semiestruturada”
Apreender as percepções dos residentes sobre as competências em Cuidados Paliativos, desenvolvidas ao longo da residência médica em MFC.	Aplicação de questionário

Fonte: elaborado pela própria autora

4.4.1 Entrevista

A entrevista foi o instrumento elaborado para identificar, a partir do ponto de vista do entrevistado, como ele compreendia e vivenciava o objeto de estudo. Foi realizada de maneira “semiestruturada” (MINAYO, 2014).

A entrevista foi gravada, transcrita na íntegra e analisada posteriormente. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelos codinomes A, B, C, D, E, F.

Para a sua realização, o encontro foi agendado, previamente, com o preceptor e em local definido por ele. Algumas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho e outras no domicílio do preceptor.

A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro composto por perguntas norteadoras abertas e fechadas que permitiram, ao entrevistado, falar sobre o tema sem se ater, exclusivamente, à questão. Esse tipo de entrevista permitiu que o interlocutor trouxesse novos temas e questionamentos, sem que se perdesse o foco dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2014).

Os eixos temáticos fizeram parte do delineamento do objeto, de modo a responder às perguntas da pesquisa e a considerar os aspectos relevantes tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado (MINAYO, 2014).

A partir dos objetivos específicos do projeto, utilizou-se três eixos direcionadores da coleta de dados qualitativos: Inserção do Tema Cuidados Paliativos na Residência Médica; Estratégias Pedagógicas utilizadas para o ensino de Cuidados Paliativos; e Competências desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos. A relação entre as questões da entrevista e os objetivos específicos, que buscam responder, estão descritos no quadro 6 e o roteiro da entrevista se encontra no APÊNDICE A.

Quadro 6 - Objetivo específico x Questão da entrevista

OBJETIVO ESPECIFICO	QUESTÃO DA ENTREVISTA
Conhecer a inserção do ensino de Cuidados Paliativos nos projetos pedagógicos desses programas.	<p>Você considera importante a formação em Cuidados Paliativos, durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade?</p> <p>O Tema Cuidados Paliativos tem sido contemplado no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, do qual você é preceptor?</p>
Identificar as estratégias pedagógicas, utilizadas para esse ensino.	<p>Se sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em quais espaços de “ensino-aprendizagem” esse tema está inserido? • Quais as estratégias pedagógicas foram utilizadas para o ensino desse tema?
Identificar, na visão do preceptor, o motivo da ausência da abordagem do tema Cuidados Paliativos ao longo da Residência Médica em Medicina de Família e comunidade.	<p>Se não:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por qual motivo você acredita que esse tema não tem sido abordado ao longo do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade?

OBJETIVO ESPECIFICO	QUESTÃO DA ENTREVISTA
Identificar, na visão dos preceptores dos programas, as competências que têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos.	Que competências, ao seu ver, têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos?

Fonte: elaborado pela própria autora

4.4.2 Questionário

O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por um conjunto de questões, que foi respondido por escrito pelo pesquisado. Por meio dessa técnica de interrogação, buscou-se as respostas, a partir da ótica do entrevistado (GIL, 2010).

Nesse projeto, optou-se por utilizar um instrumento com perguntas fechadas e abertas e com uma escala atitudinal tipo Likert. As perguntas fechadas buscaram caracterizar os sujeitos da pesquisa e perscrutar, na visão dos residentes, quais temáticas em CP deveriam ser abordadas. A pergunta aberta buscou identificar, na percepção do aluno, se existiu algum tipo de ensino de CP durante a sua formação em MFC e, em caso positivo, quais foram as estratégias utilizadas para realizá-lo. A escala tipo Likert buscou conhecer as percepções do residente, no que concerne ao desenvolvimento de suas competências em CP, no decurso da residência em MFC.

Para a caracterização dos indivíduos, participantes da pesquisa, foram considerados os seguintes itens: idade; gênero; ano de residência médica; ano de conclusão da graduação; natureza da instituição, onde cursou a graduação; e contato prévio com o tema Cuidados Paliativos, durante a graduação ou em atividades extracurriculares.

Para a elaboração da parte da escala tipo Likert, partiu-se do pressuposto que os Cuidados Paliativos são considerados como uma competência essencial para o médico especialista em MFC (SBMF, 2015).

As competências em CP, propostas pela SBFM, no documento “Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade”, 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. (Quadro 7).

Foram elaboradas 37 assertivas utilizando os seguintes documentos como base teórica: *Supplemental digital content for Comprehensive and Essential Palliative Care Competencies for Medical Students and Internal Medicine/Family Medicine Residents* (SCHAEFER *et al.*, 2014a); 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).

Decidiu-se pela utilização da escala atitudinal tipo Likert de quatro pontos, adaptada da escala utilizada por Celso *et al.* (2010). Para cada assertiva, o residente apontou sua percepção como: não capacitado; parcialmente capacitado, mas necessito de muita formação; parcialmente capacitado, mas necessito de alguma formação; e capacitado.

Para tornar possível a validação estatística do instrumento, foi associada, a esse instrumento, a escala numérica de intervalo constante 1, 2, 3, 4, respectivamente, com o objetivo de possibilitar a aplicação de estatística, para cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r).

Foram feitas a validação da fraseologia, a validação do instrumento e a validação das asserções, por meio de correlação linear e de confiabilidade, com a fórmula de Spearman-Brown.

Na análise de correlação linear, houve perda de três assertivas (8%), o que está dentro do que se considera aceitável, ou seja, uma perda de 30-40% (MORAES *et al.*, 2012). O coeficiente de Spearman-Brown calculado, foi de 0,924, considerado superior ao nível de aceitação mínima 0,8 (STEVENSON, 1986). Esses dados demonstram a boa confiabilidade do instrumento.

As assertivas Q37, Q38 e Q41, descartadas na primeira análise de correlação linear, foram consideradas nos 'resultados e discussões', em virtude de suas importâncias no contexto do estudo realizado.

Quadro 7 - Relação entre as dimensões, as competências em Cuidados Paliativos, propostas pela SBMFC e os itens

Dimensões	Competências (SBMF, 2015)	Assertivas	
Comunicação em Cuidados Paliativos.	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
Aumento de Conforto ao longo da doença, inclusive na fase terminal.	Manejar intercorrências comuns no paciente em Cuidado Paliativo.	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
	Manejar situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais).	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	

Dimensões	Competências (SBMF, 2015)	Assertivas	
	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
Emergência em Cuidados Paliativos.	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
Assistência ao fim da vida.	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

Fonte: elaborado pela própria autora

Nessa pesquisa também foi realizada uma pergunta sobre temáticas em CP, em que existia a possibilidade de múltiplas respostas. Foi proposta, ainda, uma pergunta aberta que procurou identificar se existia o ensino de Cuidados Paliativos durante a residência médica em MFC e, em caso positivo, que estratégias / espaços de “ensino-aprendizagem” foram utilizados.

O questionário foi aplicado aos residentes que estavam no final do 1º (residentes ingressos em 2016) e do 2º (residentes ingressos em 2015) ano de residência em Medicina de Família e Comunidade, os quais foram identificados pelos codinomes alfanumérico: R1 a R43.

A aplicação foi feita no local de prática dos residentes dos Programas de Residência MFC do Hospital Cruz Vermelha e da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, exceto por um residente que teve a sua entrevista realizada em seu domicílio. Para os residentes do Programa de Residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e do Hospital de Clínicas, foi realizada em momento de atividade conjunta dos residentes.

4.4.3 *Análise dos dados*

A análise da entrevista e da questão aberta do questionário foi realizada por meio da análise qualitativa, a fim de identificar os significados compartilhados pelos sujeitos da pesquisa, e se manteve fiel ao entendimento dos dados, bem como às relativas vivências e relações sociais (MINAYO, 2014).

Partiu-se do pressuposto que toda a mensagem é constituída por sentido e significado, diretamente influenciados pelo contexto, no qual o indivíduo está inserido. Nesse contexto, foi realizada a análise das entrevistas, em conformidade com as normas da análise de conteúdo na modalidade temática, o que permitiu descrever seu conteúdo, realizar as inferências e obter as interpretações que refletem os objetivos da pesquisa (FRANCO, 2012).

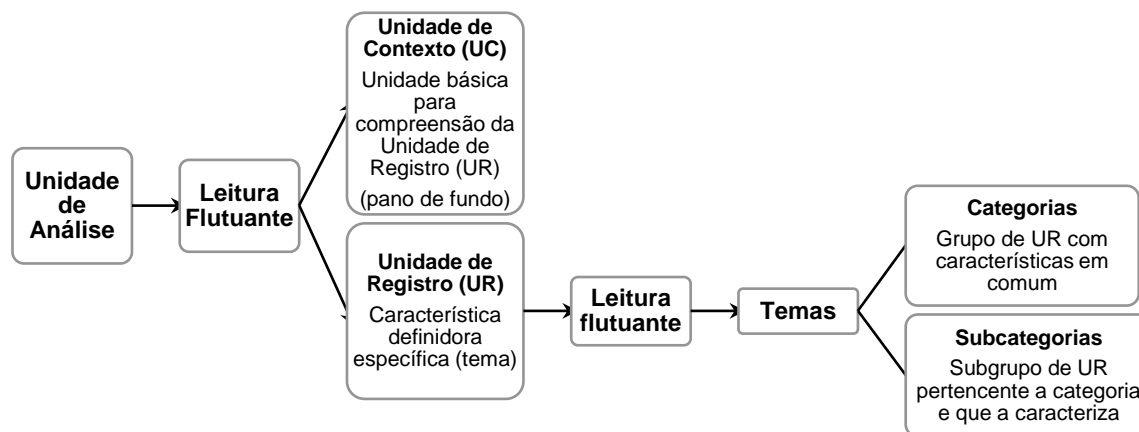
De acordo com Minayo (2014), a análise de conteúdo, na modalidade temática, consiste em:

“Descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2014, p.316)

Para realizar a análise temática, efetuou-se uma leitura “flutuante” das entrevistas transcritas, ou seja, entrou-se em contato com os materiais e se permitiu invadir por impressões, percepções e conhecimentos. Dessa maneira, foram estabelecidos, inicialmente, os núcleos de sentido. Em seguida, realizou-se uma leitura “flutuante” das unidades de contexto, na qual os temas foram detectados e identificadas as unidades de registro e esses deram origem às categorias e às subcategorias de cada núcleo de sentido (FRANCO, 2012).

Baseado em Franco, 2012, foi construída a figura 1 que apresenta os passos seguidos para a análise empreendida.

Figura 1 - Metodologia da análise de conteúdo na modalidade temática



Fonte: elaborada pela própria autora baseado em Franco (2012)

Os dados quantitativos, obtidos a partir da aplicação da escala, foram tabulados em planilha eletrônica MS-Excel (versão MS-Office 2010) e analisados pelo IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 24.0. Foram utilizados os seguintes recursos: Teste de Correlação Linear (r), Gráfico de Barras e teste de Mann-Whitney.

Adotou-se o nível de significância (p) de 5% (0,050), para a aplicação dos testes estatísticos, ou seja, quando o valor da significância calculada (p) era menor do que 5% (0,050), havia diferença, estatisticamente significativa, entre as variáveis.

A comparação entre os grupos foi realizada na aplicação do Teste de Mann-Whitney. Era considerado que se $p > 0,1$, não havia diferença significativa; entre 0,05 e 0,1, havia tendência à diferença; e $p < 0,05$, diferença estatisticamente, significativa. Assim, avaliou-se os residentes de primeiro ano x segundo ano, exposição x não exposição aos CP, na graduação; e participação x não participação em atividades extracurriculares em CP.

Foram considerados três intervalos de pontuação entre as médias: de 1 a 1,99 pontos, que indicava uma percepção negativa em relação ao item proposto (zona de perigo); de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados e se exigem medidas a médio prazo (zona de alerta); e de 3,00 a 4,00 pontos, como uma percepção positiva (zona de conforto).

5 PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e pela Comissão de Ética do Sistema CEP/CONEP, por meio do portal da Plataforma Brasil, em junho de 2016, Parecer número 1592713, conforme previsto pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2012a) (APÊNDICE D). Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, pelos participantes (APÊNDICE C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados das entrevistas com os preceptores, bem como os dados dos instrumentos aplicados aos residentes, foram analisados conjuntamente, o que permitiu uma visão mais esclarecedora acerca: da situação do ensino de Cuidados Paliativos nas residências de MFC; e das competências desenvolvidas durante o programa de residência médica e, assim, sob a ótica dos preceptores e dos residentes, responder aos objetivos da pesquisa.

A partir dos objetivos específicos da pesquisa e dos núcleos direcionadores da análise, foram definidos os subcapítulos de resultados “O ensino de Cuidados Paliativos nas residências de MFC” e “As competências desenvolvidas durante o programa de residência médica, sob a ótica dos preceptores e dos residentes”, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 - Objetivo Específico da pesquisa x Núcleo direcionador da análise x Subcapítulos de resultados

Objetivo Específico da pesquisa	Núcleo direcionador da análise	Subcapítulos Resultado
Conhecer a inserção do ensino de Cuidados Paliativos nos projetos pedagógicos desses programas.	Inserção do ensino de CP na residência de MFC.	O ensino de Cuidados Paliativos nas residências de MFC.
Identificar, na visão do preceptor, o motivo da ausência da abordagem do tema Cuidados Paliativos ao longo da Residência Médica em Medicina de Família e comunidade		
Identificar as estratégias pedagógicas, utilizadas para esse ensino.	Estratégia pedagógica / espaço de ensino aprendizagem dos CP na residência de MFC.	

Objetivo Específico da pesquisa	Núcleo direcionador da análise	Subcapítulos Resultado
Identificar, na visão dos preceptores dos programas, as competências que têm sido desenvolvidas durante a residência, no tocante aos Cuidados Paliativos.	Competências em CP desenvolvidas pelo residente, na visão do preceptor e do residente, durante a residência de MFC.	As competências desenvolvidas durante o programa de residência médica, sob a ótica dos preceptores e dos residentes.
Apreender as percepções dos residentes sobre as competências em Cuidados Paliativos, desenvolvidas ao longo da residência médica em MFC.		

Fonte: elaborado pela própria autora

6.1 O ensino de CP na Residência Médica de MFC

Para analisar o ensino de CP na Residência Médica de MFC, foram realizadas entrevistas com 06 preceptores e formulada uma questão aberta, aplicada aos residentes. Dessa análise, identificou-se 101 unidades de contexto e 159 unidades de registro.

A Inserção do ensino de CP, na Residência Médica de MFC, foi analisada a partir de três núcleos temáticos: Relevância do ensino de CP na residência; inserção, propriamente dita, desse ensino; e sugestões para o seu aprimoramento.

Os preceptores reconheceram a **Relevância do ensino de CP na residência de MFC**, o que demonstra a importância da temática no dia a dia, bem como na formação do médico:

“Sim (O ensino de Cuidados Paliativos durante a residência de MFC é importante), a gente lida com doente terminal e com doente acamado e com cuidados familiares todo dia”. Preceptor C
“(O Cuidado Paliativo) seria um ferramental que todo o médico de família tem que ter, que é saber lidar com essa situação (morte e terminalidade)... ciclo de vida, né...” Preceptor B

Esse entendimento dos preceptores, sobre a relevância do ensino de CP, está em consonância com a elevada demanda por atendimento em CP na APS. Esse fato é a consequência da transição demográfica e epidemiológica brasileira, caracterizada por um envelhecimento populacional, acompanhado por tripla carga de doença². Atualmente, as doenças crônicas representam aproximadamente 50% dos óbitos e 80% da carga de doença³ (CONASS, 2015). Ademais, em 2008, a MFC assistiu, aproximadamente, 56% da população brasileira (MALTA *et al.*, 2017).

Ainda com relação a demanda, no Brasil, a necessidade de CP foi estimada por Santos *et al.* (2017) que identificaram o aumento de 28,9% dos casos com indicação de CP, entre os anos de 2004 e 2014. De acordo com os autores, em 2014, aproximadamente 57,2% (variando de 24,6% a 85,2%) dessas pessoas teriam indicação de CP, se forem consideradas as principais causas de óbito (cardiovascular, causa externa, doenças respiratórias e diabetes) e excluídas as causas externas (SANTOS *et al.*, 2017).

Outro fato que demonstra a relevância desse ensino, é a inclusão dos CP, como competência necessária na formação do MFC, no documento “Currículo baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade” (SBMF, 2015). Essa questão está em concordância tanto com as orientações do Ministério da Saúde, para a inclusão dos CP como linha de cuidado nas doenças crônicas (BRASIL, 2014b), bem como com o posicionamento da OMS, para inclusão dos CP na APS (WHO, 2014).

Para Celso *et al.* (2010), o ensino de CP é relevante na formação do MFC, por permitir ao residente, desenvolver a consciência de como os seus sentimentos, crenças, valores pessoais e experiências prévias influenciam as suas condutas profissionais. O desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência possibilita que o residente mude a sua postura diante do paciente em sofrimento, em qualquer momento da trajetória da doença, inclusive no fim de vida. (CELSONO *et al.*, 2010).

² Considera-se como tripla carga de doença, a existência de patologias materno-infantil e infecciosa, em concomitância com o aumento de doenças crônicas e de “comorbidades” secundárias à violência e ao comportamento de risco (CONASS, 2015)

³ A carga de doença reflete o número de anos de vida perdidos, ajustado por incapacidade (CONASS, 2015, p.18).

Rego e Palácios (2006) comentaram que:

“ Não basta criar rotinas ou discutir formas eficazes de organizar os serviços se não atuamos na formação de quem estará nesses serviços. ” (REGO e PALÁCIOS, 2006, p. 1798)

No tocante à inserção, propriamente dita, do ensino de CP na residência de MFC, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- Ausência da inserção do ensino de CP na Residência de MFC (08UR).
 - Falta de capacitação do preceptor em CP;
 - Ausência de protocolo institucional em Cuidados Paliativos;
 - Pouco tempo de contato com o paciente terminal na atenção primária em saúde.
- Presença da inserção do ensino não estruturado de CP, na Residência Médica em MFC – (10 UR).
- Inserção do ensino de CP, no currículo oculto da residência Médica em MFC (29 UR).
 - Demanda de assistência, na rotina diária do MFC (20 UR);
 - Temáticas em MFC correlatas aos CP (9 UR).
- Inserção Pontual da temática CP, no decurso da Residência Médica em MFC (25 UR).

A **Ausência da inserção do ensino de CP na Residência de MFC** foi percebida no discurso tanto do preceptor quanto do residente:

“Não (o tema Cuidados Paliativos) não tem sido contemplado no programa de residência de MFC”. Preceptor A

“(O tema Cuidados Paliativos) não foi abordado (durante a residência médica)... fui ter contato durante a residência médica com paciente (com indicação de Cuidados Paliativos) e fui em busca de aprendizado de forma independente. É um tema que gosto muito e inclusive foi tema do meu TCC (trabalho de conclusão de curso)”. Residente R40

A ausência da inserção do ensino de CP no currículo, tanto na graduação quanto na pós-graduação, também foi relatada por profissionais da APS. Em uma investigação, conduzida com cinco Núcleos de Saúde de Ribeirão Preto, 13 profissionais da APS entrevistados afirmaram que não tiveram acesso a esse ensino, durante a sua formação (COBÔ, 2015).

Oliveira, Ferreira & Rezende (2013) e Saito & Zoboli (2015) enfatizaram que, pelo déficit de ensino sistematizado em CP na graduação e pós graduação, os alunos e os profissionais não se consideram capacitados a ofertar: controle de sintomas, a manejar casos de maior complexidade e a cuidar do paciente em fim de vida.

Na visão de um dos preceptores, essa ausência é justificada pela *Falta de capacitação do preceptor em CP* e pela *Ausência de protocolo institucional em Cuidados Paliativos*:

“(o tema Cuidados Paliativos não é abordado na residência de medicina de família e comunidade devido a) Falta de conhecimento do próprio médico para passar o conhecimento para os demais. A base que eu tenho é de prática que eu tive não tenho embasamento teórico para seguir, não tem protocolo nenhum” Preceptor A

Ao se verificar as funções e as responsabilidades do preceptor diante do residente e do acadêmico, constata-se a importância da capacitação desse preceptor. De acordo com Silva *et al.* (2016):

*“(...) o médico docente é o responsável pela transmissão do conhecimento, avaliação e supervisão dos residentes e estudantes (...)” (SILVA, *et al.*, 2016, p.187)*

O déficit da capacitação do preceptor, em tema correlato aos CP, foi demonstrado em um estudo que buscou identificar, quanto ao preenchimento da declaração de óbito, o conhecimento dos residentes, dos médicos e dos acadêmicos do 12º período da graduação em medicina, da Universidade Federal do Rio Grande Norte. Para Silva *et al* (2016), o conhecimento dos professores, sobre o tema, foi similar ao do acadêmico do 12º período e ambos foram inferiores ao conhecimento do residente. Uma explicação possível para esse fato, foi sugerida pelos autores que

acreditam que o residente possui uma atuação mais efetiva no dia a dia do hospital escola e, conseqüentemente, estuda mais sobre o tema. Outro ponto levantado, foi a carência de uma educação permanente para os professores, no que se refere a esse assunto (SILVA *et al.*, 2016).

A ausência de protocolo institucional e a pouca vivência em CP são consideradas por Ramanyake, Dilanka & Premasiri (2016) como um desafio a ser enfrentado pelo MFC, diante da necessidade de ofertar CP na APS (RAMANAYAKE, DILANKA e PREMASIRI, 2016).

Outro ponto, relatado para a ausência do ensino de CP na residência de MFC, é o *pouco tempo de contato com o paciente terminal na atenção primária em saúde:*

“é um paciente que às vezes está em fase terminal quando é pedida a ajuda médica e daí você fica muito pouco tempo com o paciente”. Preceptor A

Esse pouco tempo de contato com o paciente terminal na APS, por vezes, é consequência da alta hospitalar, realizada próxima aos últimos dias de vida do paciente, para que este venha a óbito em casa (seja por seu desejo ou pelo fato do profissional assistente considerar que a estrutura hospitalar esgotou as possibilidades de cura) (QUEIROZ *et al.*, 2013).

De acordo com o levantamento realizado no Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição, a mediana de tempo de acompanhamento dos pacientes, em CP na APS, foi de 22 dias (3-146 dias) e a mediana das visitas domiciliares realizadas foi 6 (1 – 34 visitas) (PILATTI *et al.*, 2017).

Identificou-se, nas falas dos preceptores, o relato da **Presença da inserção do ensino não estruturado de CP na Residência Médica em MFC**

“...então isso (o ensino de Cuidados Paliativos) flui naturalmente em algum momento da residência (...) abordar essas situações (Cuidados Paliativos) vai estar contemplado”. Preceptor B

A inclusão dos CP, como competência necessária a formação do MFC, ainda é recente, mas já se identificou, na fala de 83,33% dos preceptores e 58,14% dos

residentes, que o seu ensino ocorre de maneira não estruturada, no currículo oculto e por meio da inserção pontual da temática.

A aprendizagem, a partir de um ensino não estruturado de CP, também foi identificada na fala de 13 profissionais atuantes, na APS da região de Ribeirão Preto - SP, que relataram ter realizado assistência ao luto e oferta dos CP aos pacientes e aos seus familiares, no decurso da trajetória da doença e da terminalidade, apesar de não possuírem formação nem capacitação adequada em CP (COBÔ, 2015).

A **Inserção do ensino de CP no currículo oculto** da residência Médica em MFC foi reconhecida por preceptores e residentes. O ensino ocorre, naturalmente, devido à sua presença na *demandas de atendimento na rotina diária do MFC*:

“Então (...) a gente se apegando muito a realidades de vida das pessoas da comunidade (...) os temas assim (Cuidados Paliativos) eles fluem naturalmente, sabe? Eles vão fluindo”. Preceptor B
“(O tema Cuidados Paliativos) foi abordado durante as atividades rotineiras na unidade de saúde. Sentamos e discutimos temas relacionados, estudamos mais e aplicamos às necessidades que tivemos”. Residente R7

Essa demanda de atendimento, na rotina da MFC, foi evidenciada em estudo sobre CP na APS em 5 Núcleos de Saúde de Ribeirão Preto. De 25 pacientes com critérios de CP, 17 participaram do estudo e destes, 14 apresentavam *Palliative Performance Scale (PPS)*⁴ inferior a 50%, o que indica que a pessoa se encontra em terminalidade, e três participantes com PPS 60%, o que indica o benefício de acompanhamento em CP. Nesses pacientes, as principais patologias identificadas foram as neurológicas (47%) e as oncológicas (35%) (COBÔ, 2015).

Em outro estudo, a demanda foi identificada em 14 Unidades de Saúde de São Paulo, nas quais foram assistidos 138 indivíduos com *Karnofsky Performance Index*⁴ inferior a 70%, o que indica o benefício de acompanhamento em CP, em

⁴ Palliative Performance Scale (PPS) e o Karnofsky Performance Scale (KPS) são escalas utilizadas para avaliar a funcionalidade e o prognóstico desenvolvidos para o uso em pacientes oncológicos. No entanto, seu uso tem sido extrapolado para doenças não oncológicas. Considera-se, como paciente em terminalidade, aqueles com PPS ou KPS inferior a 50. As escalas se encontram disponíveis no site https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese_0.pdf
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf

consequência de doença crônica degenerativa e de complicações gestacionais / perinatais (PAZ *et al.*, 2016).

A inserção também ocorre, a partir da abordagem de **Temáticas em MFC correlatas aos CP:**

“...e na unidade a gente tem o nosso embasamento dentro da medicina de família e comunidade que a gente não coloca com o nome de Cuidados Paliativos, mas sim como gerenciamento da família, da pessoa, da comunidade da doença, da espiritualidade, dos anseios, das dores psíquicas, emocionais e físicas”.
Preceptor C

“Tivemos muito contato sobre abordagem no luto, paciente terminal, intervenções de acordo com a vontade do paciente”.
Residente R25

“A abordagem familiar incluindo o stress do cuidador é algo discutido de maneira informal com o preceptor da residência”.
Residente R4

Em consonância com o exposto pelos preceptores e residentes, nota-se, na literatura sobre o tema, que tanto os CP quanto a APS têm similaridades. Dentre elas, o cuidado, centrado na pessoa e na família, no decorrer da trajetória da doença; e a elaboração de um plano terapêutico singular que considere os aspectos psíquicos, espirituais, culturais, sociais e econômicos do indivíduo, com foco, principalmente, na manutenção ou na melhora da sua qualidade de vida (SILVA, 2014; SAITO e ZOBOLI, 2015).

Os temas em APS, que auxiliam na percepção sobre CP dos profissionais, são: a coordenação do cuidado, a integralidade, a humanização e a valorização da qualidade de vida. (COBÔ, 2015; SELMAN *et al.* 2017)

A inserção do ensino no currículo oculto⁵, relatado pelos preceptores e residentes, foi referida, igualmente, pelos profissionais atuantes na APS, os quais relataram ter adquirido competências em CP, diante dos desafios da demanda de

⁵ O currículo pode ser planejado ou não planejado. O primeiro é aquele que foi definido pela instituição e que os alunos deverão vivenciar obrigatoriamente. O segundo, por sua vez, abrange as atividades que o aluno busca, espontaneamente, dentro da própria instituição (currículo informal), em outros locais como estágios externos (currículo paralelo) e o compartilhamento de vivências prévias do professor e dos alunos, bem como elementos advindos das atividades práticas. Esse último denomina-se currículo oculto (MAIA, 2014).

atendimento e pela presença de temas comuns aos CP e APS. (COBÔ, 2015; SAITO e ZOBOLI, 2015)

Apontou-se, a **Inserção Pontual da temática CP ao longo da Residência Médica em MFC:**

“tem um estágio específico (Serviço de Atendimento Domiciliar) que a gente sabe o que é serviço de Cuidados Paliativos”.

Preceptor F

“(Tive) uma aula teórica e 2 práticas que não abordaram apenas o tema em questão (Cuidados Paliativos), nem em profundidade”.

Residente R41

Pinheiro *et al.* (2012) descreveram uma inserção pontual de temas relativos aos CP, demonstrada no relato de experiência do ensino de CP, em atividades ambulatoriais realizadas uma vez por semana. Essas atividades tinham a orientação do preceptor especialista em MFC, das quais tanto os residentes quanto os graduandos faziam parte. Após o ambulatório, os alunos eram estimulados a compartilharem as suas percepções e a escreverem narrativas reflexivas.

Apesar de ser identificada a presença de ensino de CP no currículo oculto e a sua inserção pontual, a fala de um preceptor relatava que, devido à diversidade de locais de estágio e de preceptores, existia o risco de o residente não vivenciar as experiências em Cuidados Paliativos:

“ Os Cuidados Paliativos fazem parte da clínica do médico de família (..), então isso em tese está garantido naqueles temas em que nós (preceptores) vamos abordar com nossos residentes durante o período em que eles estão nas unidades de saúde, porém a gente tem uma desigualdade entre os preceptores e entre as próprias unidades, então a gente não consegue garantir que isso esteja igualmente ofertado para todos os residentes”

Preceptor D2

Esse fato foi relatado, outrossim, por médicos e residentes em medicina geral na Inglaterra, os quais consideraram que o ensino de CP ocorria quando a oportunidade aparecia, ou seja, se o residente passasse em um estágio que tivesse

essa demanda e que contasse com profissionais capacitados a abordar esse tema (SELMAN *et al.*, 2017).

Por fim, identificaram-se as sugestões para o aprimoramento do ensino de CP na formação do MFC. Tanto preceptores como residentes sugeriram uma estruturação do Ensino **formal de CP na formação do MFC**, por meio da introdução de noções básicas de CP na formação do MFC:

“Porém, penso que necessitaria de uma abordagem mais aprofundada, ou um módulo de Cuidados Paliativos na residência”. Residente R16

“Pelo menos uma noção básica das coisas, (...) o que é de competência da atenção primária, o que tem que ser articulado com a atenção secundária e terciária”. Preceptor B

Necessária se faz a capacitação do residente, no que se refere aos Cuidados Paliativos no fim de vida:

“Mas do lidar com a morte, do lidar com o fim, também eu acho que tem que ser trabalhado”. Preceptor D

O ensino formal de CP é considerado como ponto fundamental para integração dessa área na APS, uma vez que, com uma capacitação insuficiente, os CP não são realizados ou são realizados de modo insuficiente (WENK *et al.*, 2016; ALDRIDGE *et al.*, 2016). Esse pensamento é compartilhado por Floriani e Schramm (2007), os quais consideraram que a formação estruturada em CP possibilita: a similaridade no discurso dos integrantes das equipes de saúde; uma diminuição nos conflitos da equipe e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma relação de confiança e de segurança com o paciente e com os seus familiares, o que possibilita uma melhor assistência ao paciente em Cuidados Paliativos na APS.

Ademais, por meio do ensino formal de CP, o paradigma “não há mais nada a ser feito” será cada vez menos prevalente e automatizado no raciocínio clínico dos integrantes da equipe de saúde (FLORIANI e SCHRAMM, 2007) e permitirá o desenvolvimento da percepção de que sempre é possível cuidar e confortar, principalmente, quando curar já não é mais possível (BLASCO, 2016).

Nesse sentido, a **Capacitação do preceptor em CP** foi uma sugestão mencionada:

“ (para melhorar a formação em Cuidados Paliativos do médico residente) Tem que começar (a capacitação) pelo preceptor”.
Preceptor A

Apesar de não se ter encontrado, até o presente momento, uma literatura específica sobre a capacitação do preceptor em CP, entende-se que ela é essencial, uma vez que a sua função é a de realizar o intermédio entre o meio acadêmico e a prática clínica, simultaneamente, ao gerenciamento do cuidado do paciente. (BOTTI e REGO, 2008; IZECKSOHN *et al.*, 2017)

Historicamente, considera-se que o profissional, com vasta experiência prática, seja um bom professor ou preceptor, o que é visto como uma premissa falsa. De acordo com a Academia Europeia de Professores de Medicina de Família (EUROACT), citada por Izecksohn *et al* (2017), o bom preceptor em MFC deve possuir excelência em sua área de especialidade, competência em docência e possuir atributos pessoais que facilitem o ensino, tais como: saber se comunicar, gostar de compartilhar conhecimentos e de estudar.

Izecksohn *et al.* (2017) relataram a experiência de capacitação em docência dos preceptores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Nesse programa de residência médica, os 50 preceptores foram subdivididos em 4 grupos que se reuniam, mensalmente por meio período, para discutirem as questões relativas à docência e participarem de oficinas com temáticas diversas, como: a comunicação, as estratégias de ensino e aprendizagem e a avaliação. Posteriormente, transformaram-se em 5 grupos, com reunião de dia inteiro, a cada 5 semanas.

Ademais, esse profissionais tiveram a oportunidade de participar de cursos de formação em preceptoria em MFC da EUROACT. A convivência, em pequenos grupos, permitiu o aprofundamento das discussões relativas às necessidades de desenvolvimento docente, bem como a troca de experiências entre os preceptores, o que culminou na produção de um material com 40 oficinas de temáticas importantes ao MFC (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

Outro fato que demonstra a importância da capacitação do preceptor é o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência em MFC, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, publicado em 2015 (BRASIL, 2015).

Uma outra sugestão de aprimoramento do ensino de CP na residência, foi a **Discussão de caso com o especialista em CP:**

“ Algumas dúvidas que a gente gostaria que fossem sanadas na prática mesmo com os pacientes que seria interessante fazer mais uma intersecção, né, com essa especialidade”. Preceptor C

A efetividade da discussão de caso com o especialista foi observada na experiência de inclusão dos CP na APS, realizada na Cataluña, a qual, em 1995, foi reconhecida, pela OMS, como o projeto piloto para integração de CP na APS (LASMARÍAS *et al.*, 2013). Para os autores, a possibilidade de entrar em contato, tanto com os especialistas em CP quanto com uma formação adequada nessa área, permite que a assistência na APS seja mais resolutiva.

Estudo realizado por MAHTANI *et al.* (2015) evidenciou que, para os médicos canadenses residentes de MFC, a discussão de um caso clínico com o especialista é considerada não só como uma alternativa para suprir seus déficits na formação em CP, mas também como uma estratégia facilitadora para a transferência do paciente da APS para o serviço especializado.

Nas falas dos preceptores e dos residentes, foi possível a identificação de três **espaços de “ensino-aprendizagem”** para o desenvolvimento de competências em CP.

Identificou-se, nas falas dos preceptores e dos residentes, que a “sala de aula” é um espaço utilizado para esse ensino:

“Eu não sei ao certo (quais as estratégias de ensino aprendizagem) pra te dizer a verdade porque eu não acompanho todas as aulas de perto né, eu sei que é um assunto que faz parte do projeto pedagógico e que os residentes vão ter aula a respeito disso”. Preceptor D

Outro espaço de ensino-aprendizagem citado, foi a Unidade Básica de Saúde (UBS), durante as atividades ambulatoriais:

“ (O ensino de Cuidados Paliativos ocorre) Nas unidades de saúde no dia a dia, então na relação residente – preceptor, na discussão dos atendimentos da unidade de saúde está presente”.

Preceptor F

“ (O tema Cuidados Paliativos foi abordado) em discussões informais na unidade de saúde”. Residente R33

Ainda na UBS, utilizam-se as visitas domiciliares como espaço de ensino de CP:

“(…) e dentro da visita domiciliar a gente abre um leque de possibilidades de continuidade e longitudinalidade do acompanhamento do paciente e a partir daí acaba caindo no tema Cuidados Paliativos”. Preceptor E

“Além disso em visita domiciliar de pacientes terminais os preceptores abordam o tema de Cuidados Paliativos com breves explicações de como manejar o caso”. Residente R1

Os espaços de ensino-aprendizagem, citados pelos preceptores e residentes, estão de acordo com as orientações do Ministério da Educação (2015), conforme as quais as atividades formativas dos residentes em MFC ocorrem em três locais: 70-80% das suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde (atendimento em ambulatório, no domicílio, dentre outros); 10-20% em aulas teóricas (sala de aula); e 10% em outros níveis de atenção (unidades de emergência, enfermaria, serviços ambulatoriais de nível secundário e terciário dentre outros) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Quanto às **estratégias pedagógicas**, preceptores e residentes identificaram o uso das seguintes: a aula teórica, a discussão de caso clínico e o estudo dirigido.

Em conformidade com a EAPC (*European Association for Palliative Care*), o ensino de CP deve ser realizado em programa teórico prático, multiprofissional que utilize estratégias pedagógicas variadas e inovadoras, não se restrinja às aulas em formato teórico, pois essas não permitem que sejam abordadas, plenamente, as demandas do paciente e de seus familiares (EAPC, 2009). Uma revisão

bibliográfica, que abrangia as publicações sobre o tema entre os anos de 2000 a 2012, evidenciou as seguintes metodologias: aula teórica, discussão clínica de briefings (revisão e reflexão pós-ação), experiência clínica, simulação e estágios (KOTTEWAR *et al.* 2014).

A aula teórica, de acordo com os preceptores e residentes é uma das estratégias pedagógicas utilizadas.

“ Durante a residência foi dada apenas uma aula sobre o assunto”. Residente R32

*“ (A estratégia de ensino de Cuidados Paliativos utilizada é) só discussão de caso por enquanto e uma aula que eles tiveram”.
Preceptor C*

O ensino, por meio de palestras e seminários, permite que o aluno adquira conhecimento sobre o assunto. Todavia, é insuficiente por estar distanciado da prática, o que dificulta o desenvolvimento de atitudes e habilidades necessárias à prática dos CP (EAPC, 2009; SELMAN *et al.*, 2017).

Em pesquisa realizada com 203 médicos generalistas ingleses, 80 consideraram a aula teórica como uma estratégia de ensino que seria a sétima, de uma lista de 10 possibilidades. Para eles, as três melhores estratégias são: *e-learning*, oficinas e discussão de caso clínico (MAGEE e KOFFMAN, 2016).

A discussão de caso clínico foi citada, pelos preceptores e residentes, como estratégia de educação utilizada para ensino de CP, durante a formação do MFC:

“(O tema Cuidados Paliativos) foi abordado durante as atividades rotineiras na unidade de saúde. Sentamos e discutimos temas relacionados (...).” Residente R7

“Olha, (O ensino de Cuidados Paliativos está inserido) na prática do acamado, em todas as orientações e todas as discussões de caso. Que nem eu falei, não com o tema com esse nome específico, mas com coisas que se aproximam ou se parecem ou causam as mesmas... os mesmos... o mesmo fim, né, a mesma conduta.” Preceptor C

A discussão de caso clínico permite a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes e de habilidades inter-relacionais (EAPC, 2009). Nessa estratégia, o aluno é estimulado a estabelecer o raciocínio clínico, baseado na narrativa do paciente que, por vezes, tem informações insuficientes. As perguntas, provenientes do caso, podem ter várias respostas, bem como definir diferentes estratégias de condução clínica. Desse modo, o aluno utiliza os seus conhecimentos prévios, os instrumentos de tecnologia (aplicativos) e discute com o grupo. Nesse processo, o residente desenvolve a capacidade de aprender, de questionar, de estar atento ao detalhe e de escutar a opinião dos colegas. O professor, por sua vez, deve estimular a discussão e ajudar os alunos a tecerem a rede do raciocínio clínico. (BOEHRER, 1990)

A discussão, sobre o caso vivenciado, pode ser utilizada também como uma estratégia para auxiliar a equipe na elaboração do luto. Um exemplo é a realização de reuniões multidisciplinares, após o óbito do paciente, conduzidas por profissional capacitado.

Em 2006, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do *Umass Memorial Medical Center* iniciou esse modelo de discussão pós óbito, denominado “*Wrap-up*” (*Wellness Recovery Action Plan*), o qual era convocado, em até 48 horas, após o falecimento e conduzido por profissional capacitado que poderia ou não ter tido contato com o paciente em questão. Durante a reunião, o condutor procurava estimular os participantes: para que narrassem a sua experiência, com foco nas questões humanísticas do cuidado no fim da vida, em detrimento das questões tecnicistas; para que identificassem as emoções, a fim de ampará-las; e para que reconhecessem e solucionassem possíveis conflitos na equipe (BATEMAN, DIXON e TROZZI, 2012).

A pesquisa, conduzida por Bateman *et al.* (2012) nesse serviço, no período de 2007 e 2010, demonstrou que, na percepção do médico residente, essa atividade permitiu que ele: percebesse que não estava sozinho, vivenciasse os seus sentimentos diante da morte, melhorasse a percepção sobre a importância do trabalho de equipe, compreendesse que a percepção de morte difere entre as pessoas, melhorasse seus conhecimentos sobre cuidados no fim de vida, desenvolvesse a empatia e compreendesse a importância da equipe cuidar da equipe.

O estudo dirigido também foi citado, tanto pelos residentes como pelos preceptores:

“Tivemos acompanhamento de um caso (de Cuidados Paliativos) na unidade de saúde e fizemos estudo teórico sobre o tema na unidade, baseado nesse caso”. Residente R10

“Então o aprendizado de Cuidados Paliativos ele se dá dessa maneira de acordo com a necessidade que o próprio residente vê com o seu paciente”. Preceptor B

O estudo dirigido é uma estratégia de ensino, na qual o professor assume o papel de “orientador” e o aluno é estimulado a “aprender a aprender”, para que se torne independente e apto para continuar aperfeiçoando os seus conhecimentos durante a vida profissional. Nesse método, existem dois momentos: o primeiro, constitui-se dos conteúdos e das discussões, trazidas pelo professor, associadas a atividades práticas que buscam sedimentar o conhecimento; e o segundo, consiste no encontro de soluções, por parte do aluno e de modo independente, para os problemas e desafios identificados no caso em estudo. (OKANE e TAKAHASHI, 2006)

Em 2007, na *University of Saskatchewan*, foi utilizado o PBL (*Problem based Learning*) interprofissional para o ensino de CP na graduação. Para a realização das atividades, foram formados grupos de 8 a 12 alunos dos diversos setores de conhecimento da área da saúde e treinados tutores em competências em CP e em condução de grupo de PBL. Os alunos relataram melhora na autopercepção sobre conhecimentos em CP e no desenvolvimento de competências, relativas ao trabalho de equipe. (MCKEE, D'EON e TRINDER, 2013).

Outra **estratégia pedagógica**, identificada na fala dos preceptores, foi o caso clínico simulado:

“(...) os residentes eles passam por simulações (...), um ator simula o paciente e daí nessas simulações eles têm a tarefa normalmente de comunicar más notícias e essa simulação é filmada. E aí depois os preceptores e os residentes juntos analisam essas filmagens tentando avaliar aquela situação, aquele comportamento”. Preceptor D

O caso clínico simulado ou *role play* permite a aquisição de conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e de atitudes. É comumente utilizado no treinamento de comunicação e de desenvolvimento de empatia. (EAPC, 2009; BAILE e WALTERS, 2013)

Também é conhecido como “sociodrama” e deriva das técnicas de psicodrama. Diferencia-se dessas, por priorizar os aspectos inter-relacionais (conflitos, comunicação) e não os aspectos pessoais (traumas). Nessa metodologia, o aluno é incentivado a assumir um “papel” que o permite se aproximar dos sentimentos e das percepções do outro e, conseqüentemente, desenvolver empatia. (BAILE e WALTERS, 2013)

Apesar de ser uma excelente estratégia de ensino, especialistas e residentes em medicina geral, na Inglaterra, afirmam estar saturados dessa metodologia e se sentem propensos a não participarem de cursos com atividades, nas quais venham a ser observados e avaliados, de acordo com o seu comportamento (SELMAN *et al.*, 2017).

O *e-learning* também é considerado, pelos médicos ingleses, como uma boa estratégia de ensino. O método possui a vantagem de flexibilidade para o estudo (o aluno define seu horário e a velocidade de estudo), de uma maior abrangência de discentes, de uma reprodutibilidade do conteúdo e de uma boa relação custo-efetividade. Por outro lado, o método requer muita disciplina do aluno, tem menos interação entre o aluno e o professor e alguns profissionais consideram que a retenção do conteúdo é menor. (WEE, 2012; MAGEE e KOFFMAN, 2016; SELMAN *et al.*, 2017)

Para os médicos generalistas ingleses, a melhor metodologia a ser usada, para o ensino de CP na APS, é o *mentoring*⁶, *apprenticeship*⁷; *peer-support*⁸, a

⁶ Mentoring – o mentor é um profissional que possui conhecimento e experiência tanto nas questões pessoais quanto nas profissionais e guia o aluno em seu desenvolvimento não só técnico, mas também pessoal, estimulando a sua autonomia, por meio da reflexão e o auxiliando a trilhar caminhos que permitam atingir os seus objetivos (Botti, 2008).

⁷ “Apprenticeship” ou “aprendiz” é o método de ensino, no qual uma pessoa que tem menos experiência em dada área, primeiramente, observa e aprende de outra que já tem mais experiência, para, posteriormente, executar e ensinar a atividade. O indivíduo deve observar, praticar e refletir sobre a atividade que está aprendendo. (Dennen & Brunner) (Botti, 2008)

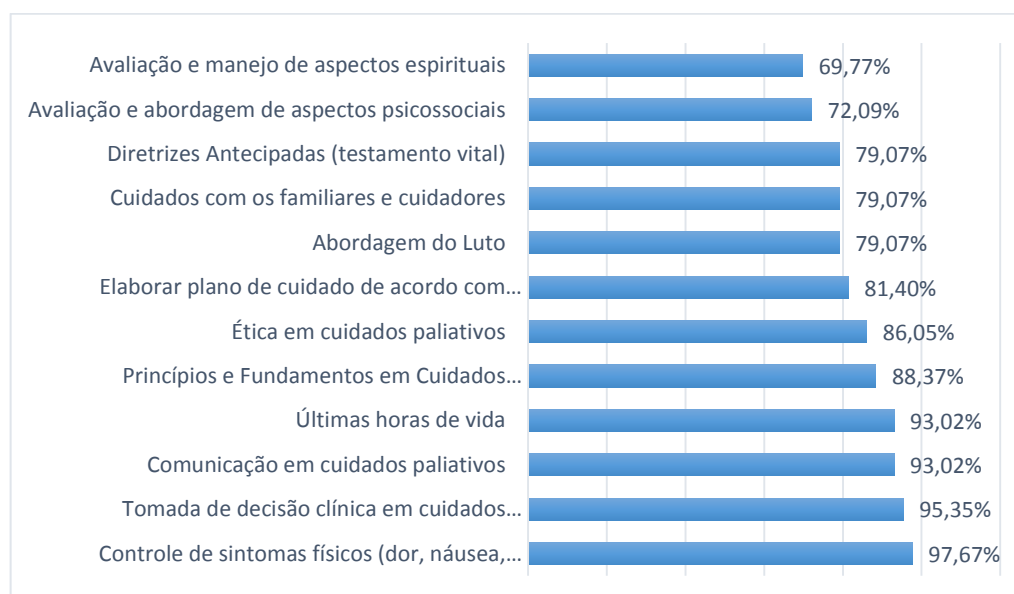
⁸ Peer-support” ou “suporte interpares” é uma metodologia originária da saúde mental, a qual considera que pessoas, que já vivenciaram e superaram uma dada situação, podem estabelecer uma relação de ajuda com as pessoas que vivenciam situações similares. (DAHL, SOUZA, *et al.*, 2017)

experiência prática com especialistas em Cuidados Paliativos e a discussão clínica com o especialista. Consideram que as atividades devem estar baseadas em “casos reais” e ocorrerem durante as reuniões planejadas, existentes em sua rotina de trabalho.(SELMAN *et al.*, 2017)

Para Magee e Koffman (2016), a melhor opção de estratégia de ensino é o *blended learning*, ou seja, um curso com atividades on-line e atividades presenciais, baseadas nas metodologias de oficina e discussão de caso clínico, direcionadas para o médico generalista e liderada por especialistas em CP, com o apoio de outras especialidades quando necessário. (MAGEE e KOFFMAN, 2016)

Por fim, no questionário respondido pelos residentes, uma das perguntas realizadas, foi: “Que temas de Cuidados Paliativos você considera que deveriam ser abordados durante o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade?”. Todas as temáticas propostas foram consideradas importantes, entretanto, foram sugeridas, por mais de 90% dos residentes, as seguintes temáticas: o controle de sintomas; a tomada de decisão em CP; a comunicação; e as últimas horas de vida. A tabulação, a partir da frequência de respostas, é apresentada no gráfico 1.

Gráfico 01 - Respostas dos residentes de MFC para a questão: “Quais os temas de CP você considera que deveriam ser abordados durante a residência médica?”



Fonte: elaborado pela própria autora

Os residentes de medicina geral e de medicina interna, na Inglaterra e nos Estados Unidos, consideraram necessária a abordagem dos seguintes temas: o controle de sintomas (avaliação e manejo de dor, manejo de delirium, manejo de dispneia, maneiras de alimentação) e as estratégias de comunicação e discussão sobre questões éticas (WEISSMAN *et al.*, 1998; JUBELIRER, WELCH, *et al.*, 2001; SELMAN *et al.*, 2017).

Os médicos generalistas ingleses (18 residentes, 10 especialistas) acrescentaram, ainda, os temas subsequentes: a identificação do paciente com indicação de CP; quando encaminhar ao especialista; a rede de suporte em CP, existente na comunidade; as funções e as responsabilidades de cada membro da equipe; como lidar com o cuidado do paciente, fora do horário normal de trabalho; os CP em doença não oncológica e em pediatria. (SELMAN *et al.*, 2017)

Em outra pesquisa, médicos generalistas ingleses, que atuam em atendimentos fora do horário (período noturno, finais de semana e feriado), sugeriram as seguintes temáticas: a emergência em Cuidados Paliativos, o controle de sintoma em doença não oncológica e o uso de hipodermóclise (MAGEE e KOFFMAN, 2016).

6.2 As competências desenvolvidas durante o programa de residência médica, sob a ótica dos preceptores e dos residentes

Aos residentes dos programas de MFC de Curitiba, foi aplicada uma escala que visava o entendimento da sua percepção, com relação às competências desenvolvidas durante a Residência, a partir de quatro dimensões: a comunicação em Cuidados Paliativos; o aumento do conforto ao longo da doença, inclusive na fase terminal; a emergência em Cuidados Paliativos; e a assistência ao final de vida.

Aos preceptores, foi feito o questionamento sobre que competências eram desenvolvidas durante a residência, no tocante a Cuidados Paliativos. A análise da fala dos preceptores permitiu identificar as competências, em relação à comunicação em Cuidados Paliativos, o aumento do conforto ao longo da doença, inclusive na fase terminal e a assistência ao final de vida, além de outras.

O tema 'Cuidados Paliativos' foi abordado durante a graduação em Medicina de 61,92% dos residentes, dos quais 35,7% realizaram atividades extra-curriculares nessa área. No entanto, a análise estatística sugere não haver diferença da auto-percepção de desenvolvimento de competências em CP, entre os residentes que tiveram atividades prévias (graduação ou extra-curriculares) e os que não tiveram. Uma única exceção se deu na assertiva "Avaliar a dor no paciente que não verbaliza", na qual a percepção dos residentes, que realizaram atividades prévias em CP, revela aspectos a serem aprimorados a médio prazo, enquanto a percepção dos demais residentes revela percepção negativa e necessidade de mudanças a curto prazo.

A presença, ainda incipiente do ensino de CP na graduação, foi demonstrada por FONSECA e GEOVANINI (2013), em pesquisa com 17 participantes do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia de 2012. Desses, 6 tiveram contato com CP: um no quinto ano, um na disciplina de oncologia, um no quarto ano e dois na disciplina de geriatria.

Oliveira *et al.* (2016) consideraram que o ensino de CP, nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, não está presente nas grades curriculares da maioria das 28 Escolas Médicas do Estado (apenas uma apresentava a disciplina de CP). Por outro lado, a entrevista, com alunos de duas dessas escolas médicas, permitiu identificar que, apesar dos CP não estarem presentes na grade curricular, eles eram discutidos, na prática clínica, durante as atividades práticas em clínica médica, em oncologia, na clínica da dor e no trabalho da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Escola. (OLIVEIRA *et al.*, 2016)

Por sua vez, os graduandos em medicina e enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei, relataram não ter a disciplina na graduação e se consideraram 'insuficientemente capacitados' para lidar com os pacientes e familiares que enfrentam o processo de fim de vida. Sugeriram a inclusão dos CP, de forma transversal, na grade curricular da graduação, com atividades práticas e teóricas (COSTA, POLES e SILVA, 2016).

Em outro estudo conduzido por Bifulco (2009), com 15 profissionais atuantes em CP na Universidade Federal de São Paulo, identificou-se que o contato com as temáticas, relativas à morte, ocorreu em cursos, palestras, reportagens, vivência pessoal e leitura bibliográfica. Quase a totalidade dos participantes (93%) referiu que

não teve a abordagem dessas temáticas, durante a graduação (BIFULCO e IOCHIDA, 2009)

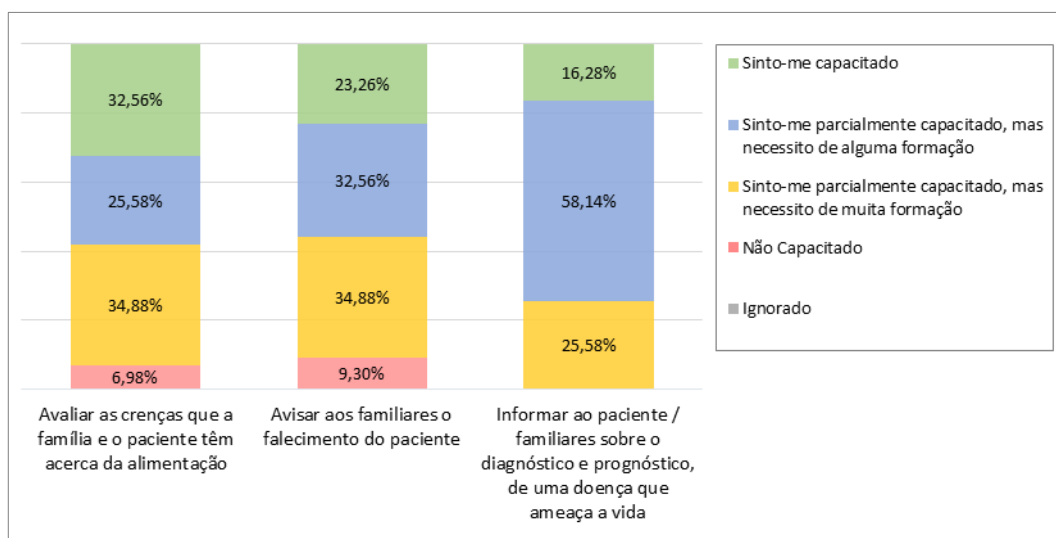
6.2.1 *As competências desenvolvidas na dimensão Comunicação em Cuidados Paliativos*

Nessa dimensão, identificou-se, tanto na visão do preceptor quanto do residente, o desenvolvimento das competências: “Demonstrar habilidade de comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias” e “Preparar e orientar familiares e paciente quanto a providências relacionadas a morte”.

Com relação à primeira competência “Demonstrar habilidade de comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias”, observa-se que, na percepção dos residentes, as médias se situam em zona de alerta (média 2,9).

Diante da assertiva “*Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida*”, a média foi de 2,91. Quanto à “*Avisar o falecimento do paciente aos familiares*”, a média foi de 2,70 e para a assertiva “*Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação*”, a média foi de 2,84. A distribuição dos dados, em percentuais, é descrita no gráfico 02.

Gráfico 02 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e com a sua família, com ênfase na comunicação de más notícia. Habilidades: “Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida” “Avisar o falecimento do paciente aos familiares” e “Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação”



Fonte: elaborado pela própria autora

A comparação, entre os residentes de primeiro e segundo ano, mostra uma diferença estatística significativa, em que as percepções dos residentes de primeiro ano revelam maior necessidade de aprimoramento (média 2,65, 2,3 e 2,39, respectivamente) do que as dos residentes de segundo ano (média de 3,20, 3,15 e 3,35, respectivamente).

A comunicação é uma competência primordial na prática dos Cuidados Paliativos e se torna, particularmente importante no momento de informar ao paciente sobre: o diagnóstico ou prognóstico ruim; a progressão da doença; a falência terapêutica; e na discussão do planejamento antecipado de cuidados (definir por manter, suspender ou não realizar determinada estratégia terapêutica). (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013)

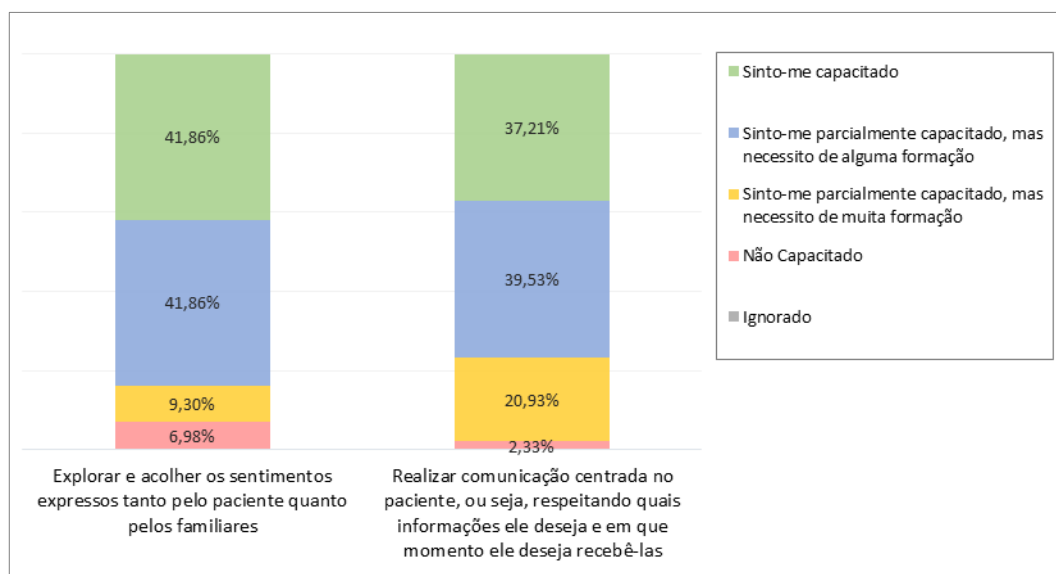
Para Gamondi, Larkin e Payne (2013), os profissionais que assistem os pacientes em Cuidados Paliativos, devem saber se comunicar com a equipe de saúde e com o paciente e seus familiares, por meio de linguagem acessível. Outrossim, devem compreender que a comunicação é uma ferramenta terapêutica, bem como estarem atentos às diversas maneiras de comunicação (verbais e não verbais) e sempre verificar a compreensão real sobre o que se conversa.

Celso *et al.* (2010) conduziram um estudo, no qual compararam os residentes de cirurgia geral e de MFC, com a aplicação da escala tipo likert “*Palliative Medicine Comfort and Confidence Survey*”. No quesito comunicação, os residentes de cirurgia geral se consideraram capacitados a dar más notícias e os residentes de MFC se consideraram capacitados a discutir a ordem de não reanimação e avaliar a capacidade do paciente em tomar as suas decisões. Ambos relataram que necessitam de mais formação em comunicação com os familiares de paciente institucionalizados e ponderaram que o tema comunicação deva ser um assunto abordado durante a residência (CELSONO *et al.*, 2010).

Weissman *et al.* (1998) fizeram uma investigação, com internos e alunos do Programa de Medicina Interna da Faculdade de Wiscossin, acerca da auto percepção de competência em comunicação. Foi identificado que os residentes se sentiam competentes para se comunicarem com os pacientes e familiares, sob alguma supervisão. Os residentes fizeram um relato, no qual explicavam que possuíam mais dificuldade para discutir a indicação de hospice com os familiares e com o próprio paciente. Os internos informaram que necessitavam de muita supervisão e de mais informações básicas (WEISSMAN *et al.*, 1998).

Para as assertivas: “*Realizar comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitar quais informações ele deseja e em que momento*” e “*Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares*”, as médias de respostas se encontram na zona de conforto (média 3,12 e 3,19, respectivamente), com as seguintes distribuições percentuais, conforme o Gráfico 03.

Gráfico 03 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em comunicação com o paciente, com os seus cuidadores e com a sua família, com ênfase na comunicação de más notícia. Habilidades: “Realizar comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitar quais informações ele deseja e em que momento” e “Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares”



Fonte: elaborado pela própria autora

A comparação entre os residentes de primeiro e do segundo ano também apresenta uma diferença estatística, na qual os residentes de primeiro ano se posicionam em zona de alerta (média 2,78 e 2,83, respectivamente) e os de segundo ano, em zona de conforto (média 3,5 e 3,6).

Os residentes em MFC se consideraram capacitados a realizar comunicação centrada na pessoa e a acolher os sentimentos. Nota-se uma tendência ao aprendizado no decorrer da residência, o que pode ser justificado pelo fato do “Cuidado Centrado na Pessoa” se constituir em um dos pilares da MFC. (RUBEN *et al.*, 2009). Nesse modelo, a comunicação é horizontal e o médico busca: identificar as queixas, as percepções e as crenças que o paciente tem, relativas ao processo de adoecimento; compreender como a doença interfere na vida do paciente; assimilar os seus valores e as suas crenças; perceber como o meio, em que está inserido, interferem no processo de saúde – doença; e elaborar um plano de cuidado compartilhado (LOPES, 2012).

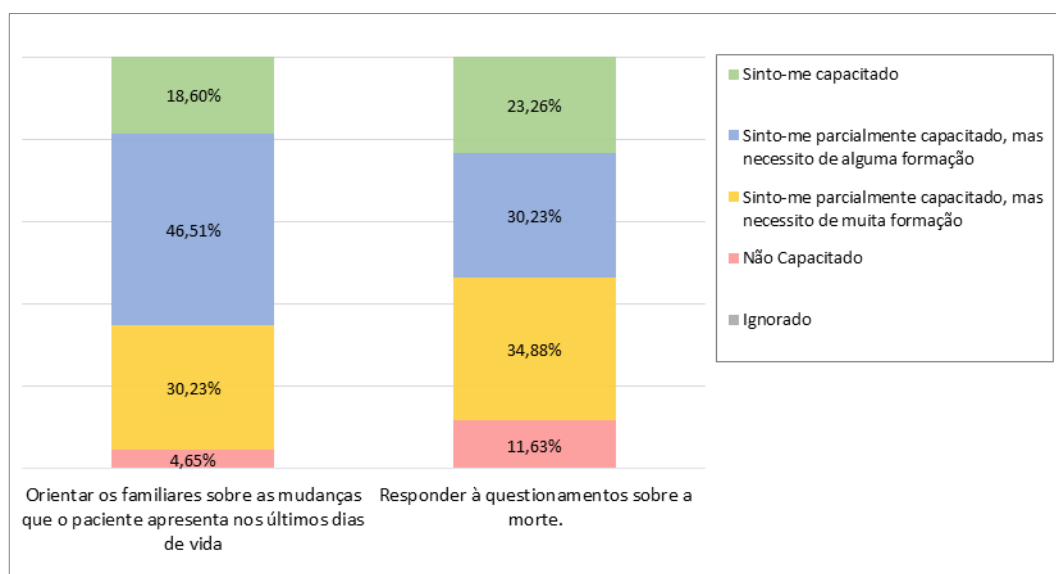
O desenvolvimento da comunicação centrada na pessoa, mesmo sem treinamento estruturado em CP, foi identificado em uma pesquisa, conduzida com médicos generalistas ingleses. Esses profissionais participaram de um curso de

Cuidados Paliativos e classificaram, em uma escala likert de 4 pontos (1- totalmente confiante a 4- não confiante), a sua autopercepção de confiança para conduzir comunicação centrada na pessoa. As médias obtidas foram: 2,06 antes do curso e 1,56 após o curso (KADLEC *et al.*, 2015).

Para Gamondi, Larkin e Payne (2013), o profissional, que cuida de pessoas com indicação de CP, deve realizar a comunicação centrada na pessoa, ou seja, oferecer a informação de acordo com os desejos e valores do paciente, respeitando como, quando, onde, com quem e quanta informação esse paciente deseja receber. Deve saber, igualmente, apoiar e auxiliar o paciente e os seus familiares no processo de tomada de decisão, promovendo, assim, uma autonomia do paciente de maneira amparada (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

A percepção dos residentes sobre “Preparar e orientar familiares e paciente quanto a providências relacionadas a morte”, por meio das assertivas “*Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida*” e “*Responder a questionamentos sobre a morte*”, aponta médias de 2,79 e 2,65, respectivamente, o que as situa em zona de alerta. A distribuição das respostas, em percentuais, é apresentada no Gráfico 04.

Gráfico 04 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte. Habilidades: “Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida” e “ Responder a questionamentos sobre a morte”.



Fonte: elaborado pela própria autora

A análise estatística sugere que existe uma diferença estatística entre os residentes de primeiro e segundo ano quanto a “Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias”, em que a média das respostas dos residentes de primeiro ano foi de 2,52 (zona de alerta) e a do segundo ano, 3,10 (zona de conforto).

Para “responder questionamentos sobre a morte”, a análise sugere tendência à diferença, porém ambos revelam necessidade de aprimoramento, com médias de 2,39 e 2,95, respectivamente.

Relacionadas com essa competência, os preceptores apontaram que:

“(Outra competência desenvolvida é) A questão de como a gente pode auxiliar o familiar nos cuidados com o doente em fase terminal (...) na verdade oferecer e estar disposto a ouvir pelo menos (...)”. Preceptor E

“Eu acho que outra coisa que entra nessas habilidades do residente é como comunicar isso para a família, né, como dizer que às vezes o melhor é não fazer, não tomar determinada conduta ou deixar de tomar porque não vale mais a pena, enfim, pode ser mais prejudicial do que bom, né, eu acho que essa habilidade de se comunicar com a família e com o cuidador é uma das coisas mais importantes, eu acho...”. Preceptor D

A necessidade de mais formação em Comunicação, identificada na percepção dos residentes, pode ser observada também em um estudo canadense, do qual participaram 289 médicos de família. Desses, apenas 24% se sentiam confortáveis a discutir sobre o planejamento antecipado de cuidados com o paciente em Cuidados Paliativos e com os seus familiares. Para conversar sobre Cuidados Paliativos, 36% se sentiam totalmente confortáveis e para discutir desejos para após a morte do paciente, 38% se consideravam capacitados (CHPCA, 2014).

A importância do desenvolvimento de competências, relativas à comunicação na formação do especialista em MFC, foi reconhecida por médicos especialistas e residentes em MFC do Reino Unido, os quais, apesar de reconhecerem que o ensino ocorria durante a especialização, sugeriram que o treinamento fosse realizado de maneira mais efetiva e que abordasse os seguintes temas: como iniciar a discussão sobre Cuidados Paliativos com pacientes e familiares; como acolher os

sentimentos presentes nesse momento; e conversar sobre a morte. (SELMAN *et al.*, 2017).

Uma possibilidade para o desenvolvimento de competências, relativas à comunicação em CP, é a participação do residente em estágios específicos de CP. De acordo com Singer & Carmel (2009), a participação dos residentes de MFC, em estágio de CP, da *Faculty of Health Science* em Beer, Israel, promoveu uma tendência à melhora na comunicação com familiares e pacientes. Os autores relataram que o estágio envolvia as seguintes atividades: cuidado domiciliar (1 visita semanal, acompanhada ou não pela equipe e pelo supervisor); disponibilidade para atender intercorrências; um plantão noturno por semana (quando ficava responsável por todos os pacientes da unidade); discussão de caso uma vez por semana com a equipe; e seminários quinzenais sobre temas relativos aos CP. (SINGER e CARMEL, 2009).

6.2.2 As competências desenvolvidas na dimensão Aumento do Conforto ao longo da doença, inclusive na terminalidade.

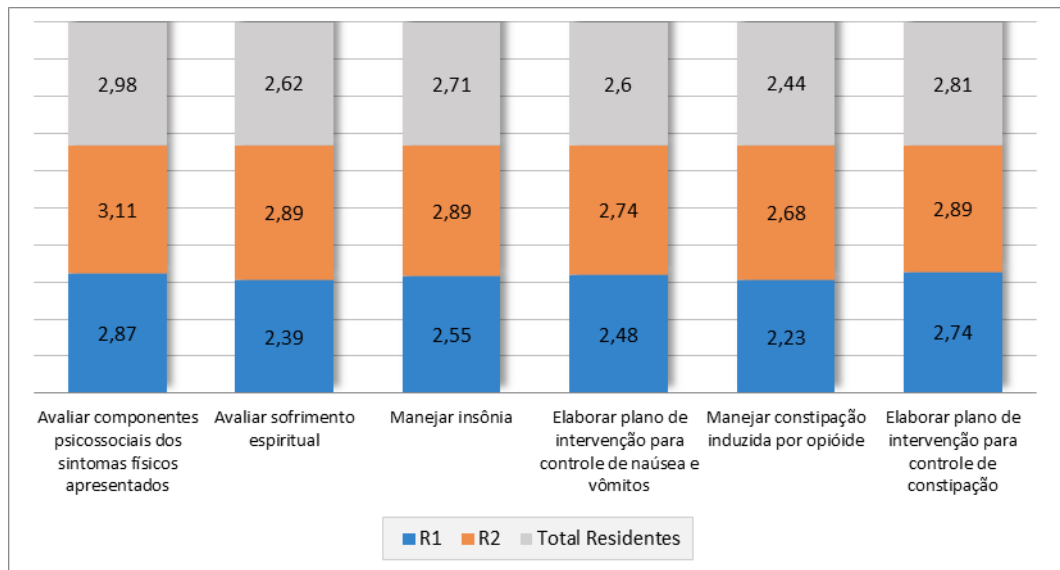
Nessa dimensão, identificou-se, na visão do preceptor e do residente, o desenvolvimento das seguintes competências: “Manejar intercorrências comuns em Cuidados Paliativos”, “Manejar situações terminais de doenças crônicas”, “Manejar Úlcera de Decúbito”, “Realizar Manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal” e “Manejar nutrição no paciente terminal”.

O Manejo de Intercorrências Comuns no Paciente em Cuidado Paliativo e de Situações Terminais de Doenças Crônicas foram investigados por diferentes assertivas que envolveram: a avaliação de componentes psicossociais dos sintomas apresentados; a avaliação do sofrimento espiritual; o manejo de insônia; o manejo de náusea e vômitos; o manejo da constipação induzida por opioide; o manejo de constipação; a avaliação de dispneia; o manejo de delirium terminal; a sedação paliativa; a descrição dos sintomas que ocorrem na fase terminal; e a identificação do processo de morte. A distribuição das médias de autopercepção são apresentadas nos Gráficos 05 e 06 e a distribuição das respostas, em percentuais, são apresentadas nos Gráficos 07 e 08.

Para essas competências, a média das respostas dos residentes foi de 2,42, o que revela aspectos a serem aprimorados. Para “*manejar delirium terminal*” e “*realizar sedação paliativa*”, as médias se encontram em zona de perigo (médias 1,93 e 1,62, respectivamente).

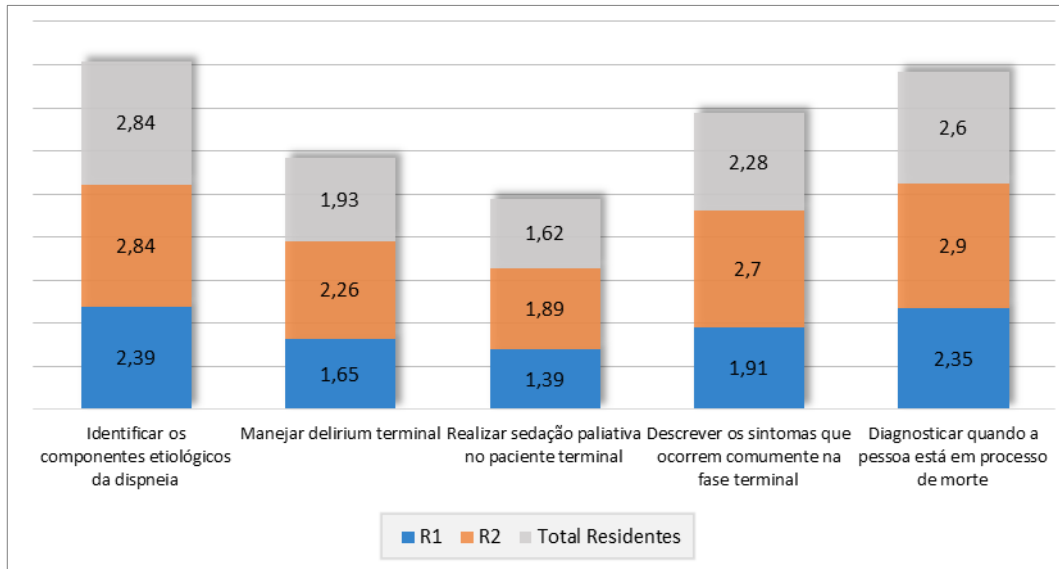
A comparação, entre os grupos de residentes, mostra diferenças estatísticas para “*descrever os sintomas que ocorrem na fase terminal*” e para “*manejar o delirium terminal*”, em que a média das respostas dos residentes do primeiro ano revela zona de perigo (1,91 e 1,65, respectivamente) e dos residentes de segundo ano, aponta para a zona de alerta (média 2,70 e 2,26, respectivamente).

Gráfico 05 - Médias da autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: avaliar de componentes psicossociais dos sintomas apresentados, avaliar do sofrimento espiritual, manejar de insônia, manejo de náusea e vômitos, manejar de constipação, manejar da constipação induzida por opioide.



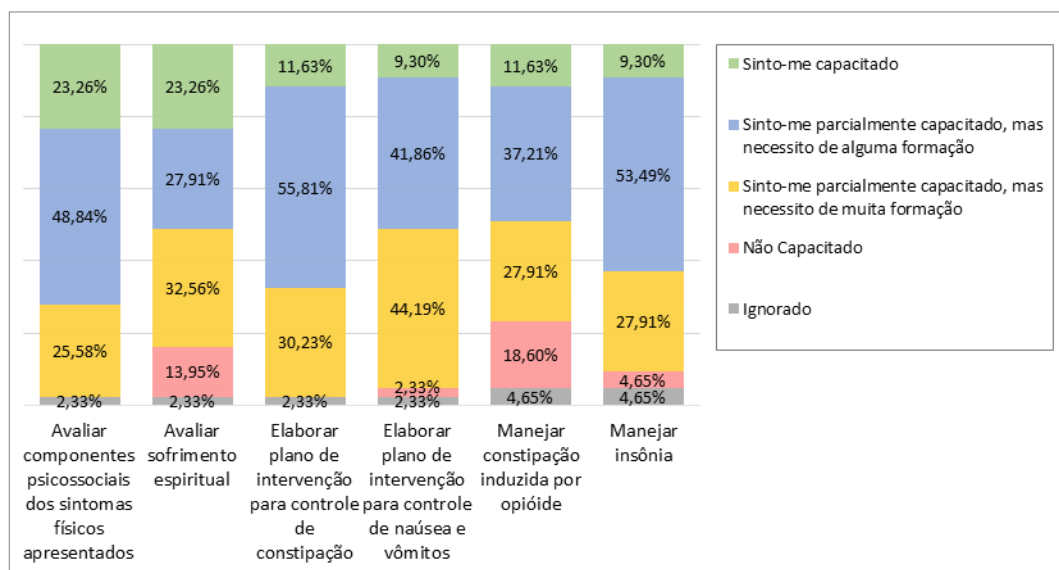
Fonte: elaborado pela própria autora

Gráfico 06 - Médias da autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: manejo da constipação induzida por opioide, avaliação de dispneia, manejo de delirium terminal, sedação paliativa, descrever os sintomas que ocorrem na fase terminal e identificação do processo de morte.



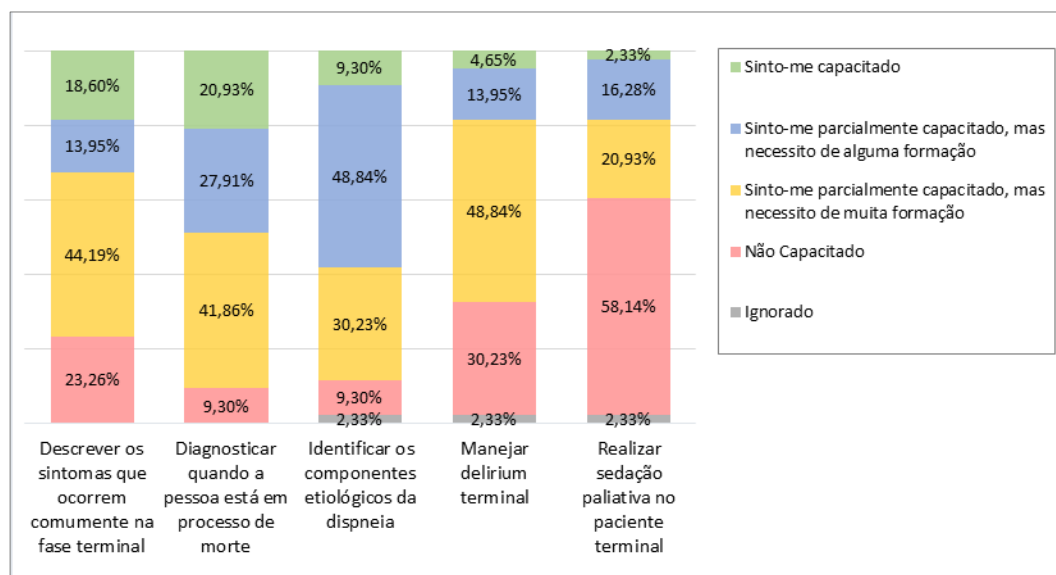
Fonte: elaborado pela própria autora

Gráfico 07 - Distribuição das respostas, em percentuais, relativa à autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: avaliação de componentes psicossociais dos sintomas apresentados, avaliação do sofrimento espiritual, manejo de insônia, manejo de náusea e vômitos, manejo de constipação induzida por opióide.



Fonte: elaborado pela própria autora

Gráfico 08 - Distribuição das respostas, em percentuais, relativa à autopercepção de capacitação dos residentes de primeiro ano, dos residentes de segundo ano e as médias do grupo de residentes, diante das assertivas: elaborar plano de intervenção para controle da constipação, avaliação de dispneia, manejo de delirium terminal, sedação paliativa, descrever os sintomas que ocorrem na fase terminal e identificação do processo de morte.



Fonte: elaborado pela própria autora

Os preceptores consideraram que as habilidades: “*manejo de dispneia*” e cuidados com a boca e os olhos são desenvolvidas na residência.

“ (A Competência em Cuidados Paliativos desenvolvidas é) principalmente o manejo da dor, a questão da respiração, alguma questão de inalação, das eliminações, se tá saliva (excessiva – sialorréia), ou na questão de se está com lábios mais secos, os olhos, de manter a umidade, a hidratação”. Preceptor D1

O “*manejo da constipação*” foi também considerado como uma habilidade desenvolvida.

“(A competência desenvolvida em Cuidados Paliativos) é, por exemplo (...) tratamento da dificuldade com as evacuações”. Preceptor C2

Outra habilidade, desenvolvida na residência, de acordo com a fala dos preceptores, foi a de “*manejar a insônia e o delirium*”:

“ (A competência desenvolvida em cuidados paliativo) (...) como melhorar o sono (...) como diminuir a agitação que às vezes aparece nas demências. Isso tem quase todo dia”. Preceptor C2

A necessidade de melhorar a formação dos médicos, quanto ao manejo de sintomas de pacientes em CP, foi relatado, por Weissman *et al.* (1998), em pesquisa conduzida com residentes do Programa de Medicina Interna da Faculdade de Wiscossin. Nessa pesquisa, os residentes consideravam necessitar de alguma supervisão para realizar essas atividades, especialmente, para o manejo de delirium e dispnéia.

Essa mesma necessidade, foi citada pelos residentes de MFC da *University of Florida Health Science Center*, os quais se consideraram capacitados, embora ainda precisassem de alguma formação para manejar a constipação e de muita supervisão para manejar a náusea, o vômito e a dispnéia terminal (CELSO *et al.*, 2010)

Para Magee & Koffmann (2016), o médico generalista inglês se considerava confiante para manejar a constipação, manejar a náusea e os vômitos. Entretanto, relataram que não se consideravam confiantes para manejar sintomas em pacientes não oncológicos (MAGEE e KOFFMAN, 2016).

Uma possibilidade para melhorar as competências necessárias para realizar plano de cuidados individualizados e com o objetivo do controle de sintomas, é a participação dos profissionais em cursos de CP. De acordo com um estudo, conduzido por Kadlec *et al.* (2015), no período de 2011 a 2013, 608 médicos generalistas participaram de curso de Cuidados Paliativos, constituído por três encontros presenciais com 4 horas de duração e 3 meses de atuação prática com apoio de profissional especialista. No início do curso, os profissionais responderam em uma escala likert de 4 pontos (de 1- muito confiante a 4- não confiante) em relação a várias competências. Para o quesito elaboração de plano de cuidados, os profissionais tiveram média de 2,48 e, após o treinamento, 93% relatavam melhora nessa competência (média de 1,65). (KADLEC *et al.*, 2015)

Relacionado ao manejo de úlcera por pressão / decúbito os preceptores se posicionaram:

“Competências específicas (Em Cuidados Paliativos)? Lidar com feridas propriamente dito (...)”. Preceptor B

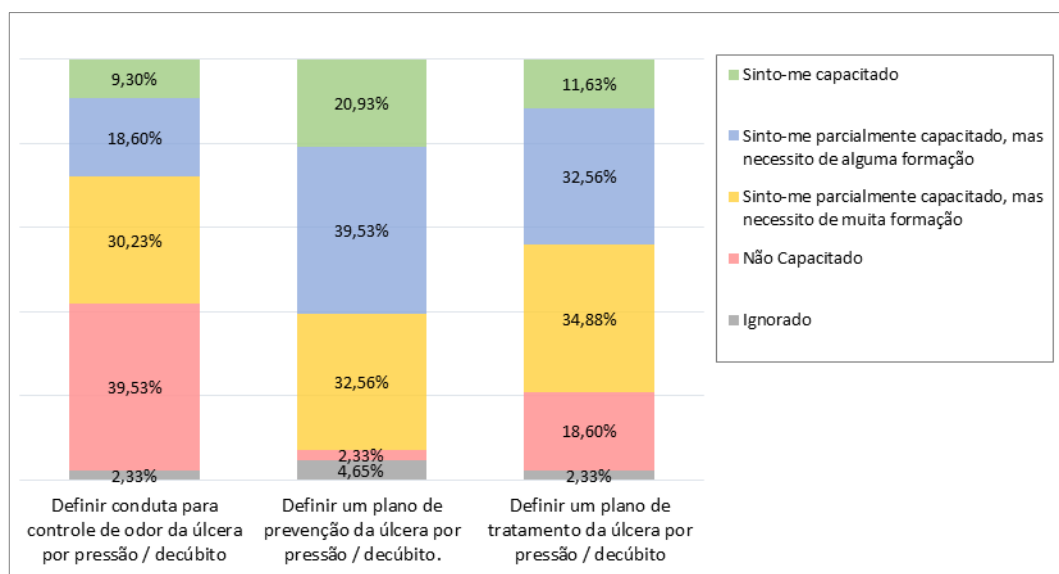
*“Ah, a prevenção de úlceras de decúbito... (é uma competência desenvolvida) mudança de decúbito, que é prevenção de úlcera”.
Preceptor D1*

Os residentes, por sua vez, consideraram-se em zona de alerta (média 2,4).

Para “definir plano de tratamento de úlcera de decúbito” e “definir plano de prevenção de úlcera de decúbito” se posicionaram em zona de alerta (médias de 2,38 no primeiro ano e 2,83 no segundo), sem diferença estatística entre os grupos.

Já para “definir conduta para controle de odor da úlcera de decúbito”, os residentes se posicionaram em zona de perigo (média 1,98), em que se identificou uma tendência à diferença estatística entre os grupos de residentes: média de 1,65, entre os residentes de primeiro ano (zona de perigo) e de 2,37, entre os de segundo ano. Os dados em percentuais são descritos no Gráfico 09.

Gráfico 09 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em Manejar úlceras de pressão/decúbito. Habilidades: “ Definir um plano de tratamento da úlcera por pressão / decúbito”, “Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito” e “Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito”.



Fonte: elaborado pela própria autora

De acordo com Kimura & Pacala (1997), o manejo de úlcera por pressão faz parte das competências a serem desenvolvidas pelos médicos especialistas em MFC. Entretanto, de 155 médicos, membros da Academia de Médicos de Família de Minnesota, 70% consideraram ter formação insuficiente no tema, necessitando de mais formação. Duas décadas após, essa necessidade pode ser, igualmente, identificada na autopercepção dos residentes de MFC de Curitiba e região metropolitana, os quais, apesar de terem contato com o tema durante a sua especialização, posicionam-se em zona de alerta.

A importância do ensino, dessa temática, é demonstrada pela experiência do Programa de Residência em MFC de Oakwood que incluiu, em 2007, o serviço de manejo de úlceras como parte do estágio em cirurgia. Nesse estágio, o residente em MFC era responsável pelo Serviço de manejo de úlcera e realizava as consultas duas vezes por semana sob supervisão do médico especialista. Os residentes referiram ter adquirido conhecimento no decorrer do estágio e se sentiram mais confiantes para realizar o manejo de úlceras (LITTLE *et al.*, 2013)

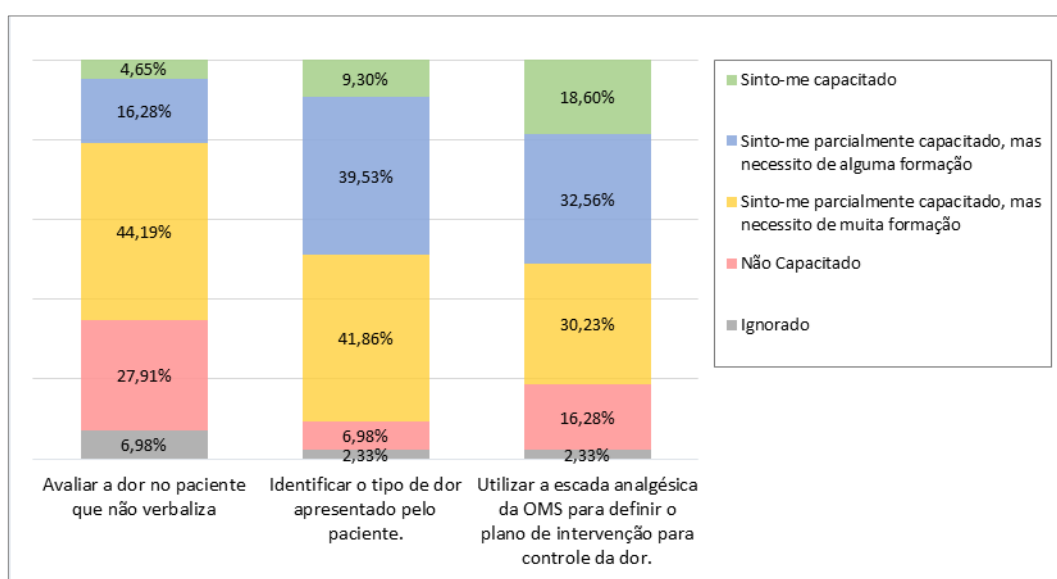
Marques e Farina (2016) realizaram uma revisão bibliográfica sobre o ensino de Manejo de úlcera por pressão durante a graduação em medicina e evidenciaram que, apesar de sua importância, o tema tem sido pouco estudado. Para os autores, esse fato ocorre como consequência do manejo de úlcera por pressão ser realizado, principalmente, pelos profissionais não médicos (MARQUES e FARINA, 2016).

Na percepção dos residentes, o manejo da dor oncológica e não oncológica, no paciente terminal, encontra-se em zona de alerta (média 2,36). A autopercepção de capacitação, nessa competência, foi investigada por meio de cinco assertivas: três que buscavam identificar a autopercepção sobre a investigação de quadros dolorosos (“*utilizar a escada analgésica da OMS*”, “*identificar o tipo de dor apresentada pelo paciente*” e “*avaliar dor no paciente que não verbaliza*”) e duas assertivas que abordavam a autopercepção sobre o tratamento farmacológico da dor (“*prescrever opioide forte*” e “*prescrever fármacos adjuvantes para o tratamento da dor*”).

Quanto à autopercepção da capacidade para realizar avaliação da dor, os residentes se encontram em zona de alerta para “*utilizar a escada analgésica da OMS*” (média 2,55) e “*identificar o tipo de dor apresentada pelo paciente*” (média 2,52).

Encontram-se em zona de perigo (média 1,98) para “avaliar a dor no paciente que não verbaliza”. Na análise comparativa, identificou-se que existem diferenças estatísticas, em que o residente de primeiro ano se encontra em zona de perigo (média 1,73) e os de segundo ano, em zona de alerta (média 2,28). Para cada assertiva, os dados, em percentuais, são expostos no gráfico 10.

Gráfico 10 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em manejo de dor oncológica e não oncológica. Habilidades: “Utilizar a escada analgésica da OMS para definir o plano de intervenção para o controle da dor”, “Identificar o tipo de dor apresentado pelo paciente” e “Avaliar a dor no paciente que não a verbaliza”.



Fonte: elaborado pela própria autora

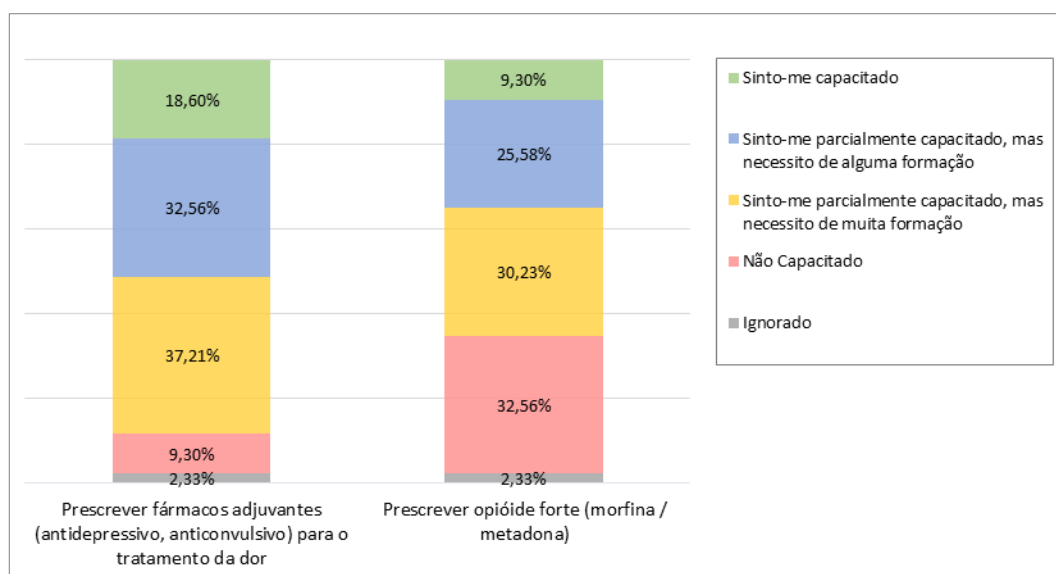
Apesar da dor ser considerada o quinto sinal vital e constituir um dos princípios dos CP, os médicos residentes de Curitiba e região metropolitana consideraram que necessitam de mais formação nessa temática. Esse fato foi observado, outrossim, com os residentes de MFC da *University of Florida Health Science Center*, os quais se consideraram capacitados a realizar a avaliação com alguma supervisão. (CELSO *et al.*, 2010)

Por sua vez, os médicos residentes do Programa de Medicina Interna da Faculdade de Wiscossin, no ano de 1995, consideravam-se aptos a realizar avaliação de dor. (WEISSMAN *et al.*, 1998)

Para realizar o tratamento farmacológico da dor, os residentes se situaram em zona de alerta (média 2,37) e sem diferença estatística entre os grupos, exceto para

assertiva “*prescrever opioides fortes*”, para a qual se observou que os residentes de primeiro ano se consideraram em zona de perigo (média 1,74) e os de segundo ano, em zona de alerta (média 2,58). Para cada assertiva, os dados podem ser observados, em percentuais, no gráfico 11.

Gráfico 11 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em manejo de dor oncológica e não oncológica. Habilidades: “Prescrever fármacos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivos) para o tratamento da dor” e “prescrever opioide forte (morfina / metadona) ”.



Fonte: elaborado pela própria autora

Nas entrevistas, os preceptores se posicionaram, de modo favorável, quanto à capacitação do residente para o manejo de dor:

“ (A competência desenvolvida em Cuidados Paliativos) é, por exemplo tratamento de dor do paciente terminal (...). Preceptor D

A necessidade de mais capacitação, para o manejo da dor na residência de MFC, foi relatada, anteriormente, por Weissman *et al.* (1998). De acordo com os autores, os residentes referiam a necessidade de mais formação para a prescrição de medicamentos adjuvantes ao tratamento da dor.

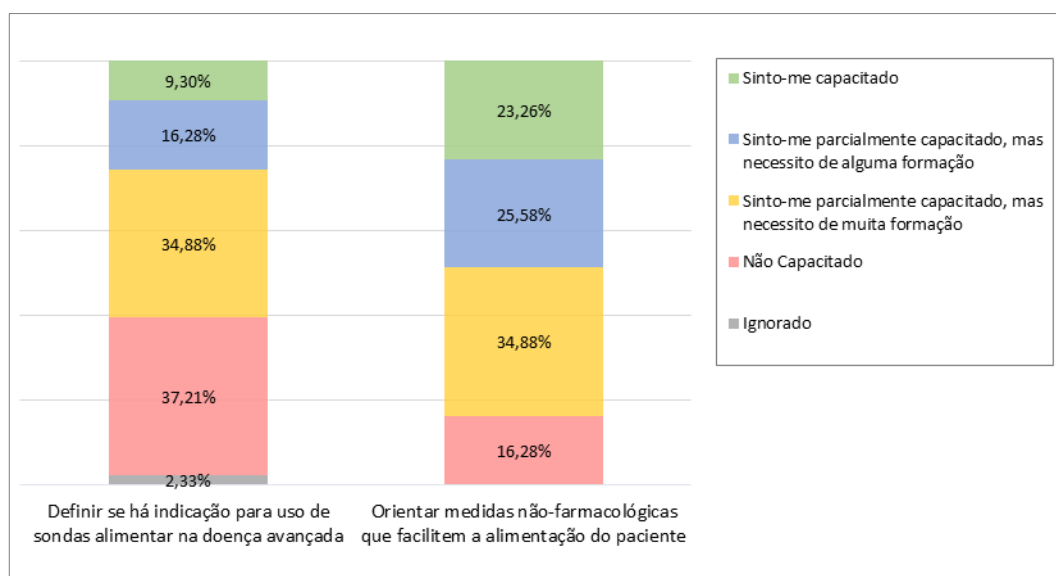
Depois de quase uma década, o problema ainda é relatado pelos residentes em MFC da *University of Florida Health Science Center*. Celso *et al.* (2010) afirmaram que os residentes consideravam necessitar de muita supervisão para: a

prescrição de medicamentos adjuvantes ao tratamento da dor, a prescrição de opioides parenterais e a prescrição de opioides orais. (CELSO *et al.*, 2010)

A insegurança para prescrição de opioides foi relatada não apenas pelos residentes, mas também pelos médicos generalistas ingleses, os quais se sentiam mais confiantes para prescrever o tratamento farmacológico da dor com medicamentos não opioides. Para Magee e Koffman (2016), de 203 médicos generalistas ingleses, 94% se sentiam confiantes para prescrever analgésico não opioide, enquanto 86% se consideravam confiantes para prescrever analgésico opioide (MAGEE e KOFFMAN, 2016).

Outra competência, desenvolvida nesse núcleo, foi o **manejo da nutrição no paciente terminal**. Os residentes se encontravam em zona de alerta (média 2,47). A autopercepção de desenvolvimento, dessa competência, foi investigada por meio das assertivas “Definir se há indicação para uso de sonda alimentar na doença avançada” e “Orientar medidas não farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente”. Para a primeira, os residentes se posicionaram em zona de perigo (média 1,98) e para a segunda, em zona de conforto (média 2,96). Os dados são demonstrados, em percentuais, no gráfico 12.

Gráfico 12 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em Manejo da nutrição em paciente terminal. Habilidades: “Definir se existe a indicação para uso de sonda alimentar na doença avançada” e “Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente”.



Fonte: elaborado pela própria autora

A comparação, entre os grupos, demonstra diferença estatística, na qual, para *indicar ou não o uso de sonda alimentar na doença avançada*, os residentes de primeiro se encontravam em zona de perigo (média 1,52) e os de segundo ano, em zona de alerta (média 2,53). Por sua vez, para *orientar medidas não farmacológicas que facilitem a alimentação*, os residentes de primeiro ano estavam em zona de alerta (média 2,13) e os de segundo ano, em zona de conforto (média 3,05).

O desenvolvimento, dessa competência, também foi identificado na fala dos preceptores:

“(A competência desenvolvida em Cuidados Paliativos) é, por exemplo tratamento de dificuldades com a alimentação (...).”
Preceptor C2

‘Alimentar-se’ significa mais do que comer e beber. Representa a possibilidade de manter a autonomia, constitui-se em um ato de carinho e em um momento de interação social. Contudo, na evolução das doença crônicas ou mesmo pelo próprio processo de morrer, a perda de apetite é frequente e leva a uma redução da alimentação, o que gera ansiedade e angústia à equipe de saúde, aos pacientes e, principalmente, aos familiares (CARVALHO e TAQUEMORI, 2012).

Para os autores, é necessário adequar a alimentação no decurso da evolução da doença. Primeiramente, é necessário manter um estado nutricional adequado para que o paciente suporte o seu tratamento e, conforme a progressão da doença, direcionar o foco da manutenção da nutrição para o conforto. Esse é o cerne da questão quando se trata do final da vida.

A alimentação enteral (sonda alimentar), no fim da vida, não traz benefícios ao paciente e pode causar malefícios. Seu uso deve ser definido pela equipe de saúde, em conjunto com o paciente e com os seus familiares. A equipe tem a função de passar todas as informações acerca das diferenças entre a alimentação (o prazer de comer, o prazer da refeição em família) e a alimentação realizada por sonda, bem como o risco x benefício de cada uma (CARVALHO e TAQUEMORI, 2012; BRASIL, 2013).

Nas respostas dos residentes de MFC de Curitiba e região metropolitana, foi relatada a dificuldade de abordagem, junto ao paciente e a seus familiares, sobre

como parar a alimentação enteral. Esse mesmo fato foi identificado em um estudo conduzido com os residentes em medicina interna de Wisconsin, os quais não se consideraram plenamente capacitados para parar a alimentação enteral e a hidratação parenteral (WEISSMAN *et al.*, 1998).

A análise da fala dos preceptores e do instrumento de autopercepção de competências, aplicado aos residentes, demonstraram que se tem abordado os temas sobre a alimentação em CP no decorrer da residência médica, uma vez que o residente, no final do segundo ano, sentia-se mais capacitado a manejar questões relativas à alimentação do paciente terminal do que o residente, no final do primeiro ano.

A importância do controle de sintomas, em pacientes em CP, pode ser observada em um estudo, realizado na região da Cataluña, que envolveu 132 equipes de APS, com o objetivo de identificar as necessidades formativas em CP. Os autores da pesquisa concluíram que as equipes consideraram, como prioritária, a formação em aspectos clínicos assistenciais (controle de sintomas). Para 75,6% dos participantes, o tema prioritário foi o manejo de dor e para 53,5%, a atenção à família (LASMARÍAS *et al.*, 2013).

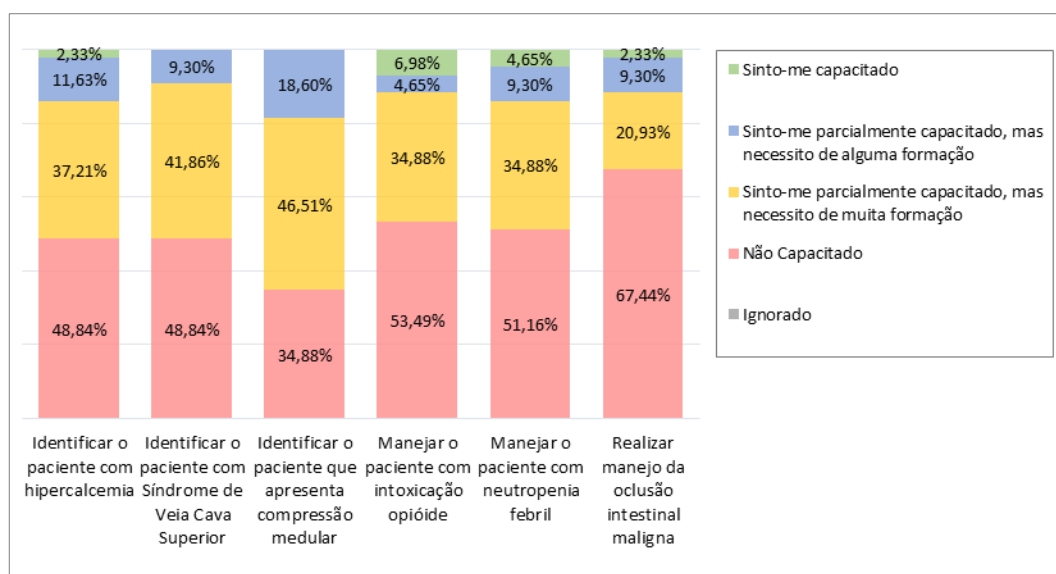
Por fim, menciona-se Gamondi, Larkin e Payne (2013) que ressaltaram que dentre as competências centrais, para profissionais que cuidam de pacientes em CP, encontra-se: promover o aumento do conforto físico psicológico, social e espiritual dos pacientes e dos familiares / cuidadores. Para tal, existe a necessidade de desenvolvimento de competências que abrangem: a avaliação adequada; a elaboração de plano terapêutico individualizado; a antecipação de necessidades (possíveis intercorrências que possam trazer sofrimento); o conhecimento das potencialidades da comunidade para o auxílio no cuidado; e o entendimento dos direitos sociais do indivíduo.

6.2.3 As competências desenvolvidas na dimensão Emergência em Cuidados Paliativos

Os residentes revelaram uma percepção negativa quanto à capacidade de reconhecer situações urgentes em Cuidados Paliativos (média 1,75). Ademais, a comparação, entre os grupos, não demonstra diferença estatística entre as

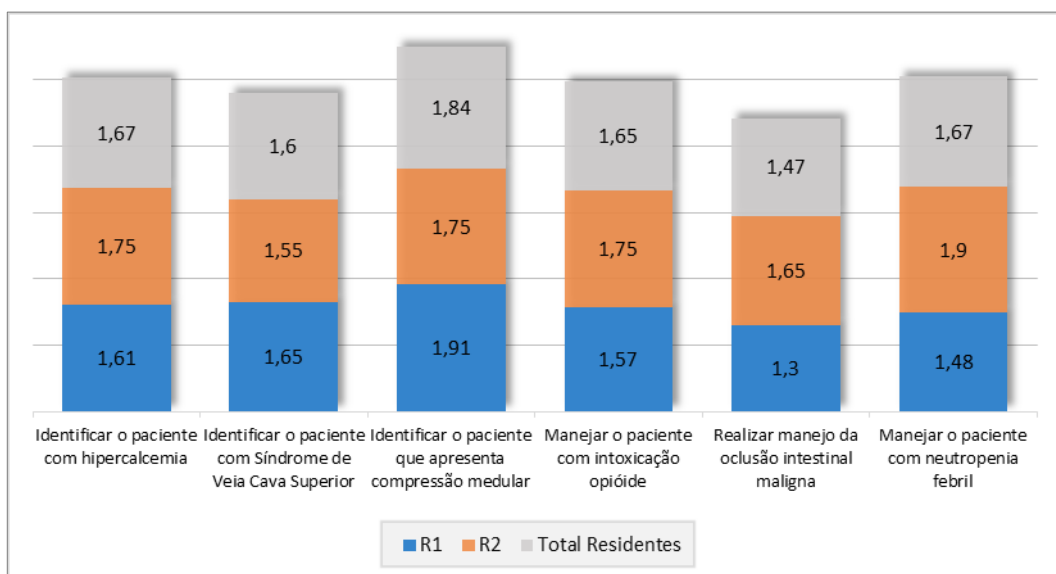
percepções dos residentes do primeiro ano e as, do segundo ano. Os dados estão descritos, em percentuais, no gráfico 13 e as médias, no gráfico 14.

Gráfico 13 - Percepção do Residente sobre o desenvolvimento, no decorrer da residência, da Competência: “Reconhecer situações urgentes no Cuidado Paliativo e sabe encaminhá-las”.



Fonte: elaborada pela própria autora

Gráfico 14 - Médias da percepção do Residente sobre o desenvolvimento, no decorrer da residência, da Competência: “Reconhecer situações urgentes no Cuidado Paliativo e sabe encaminhá-las”.



Fonte: elaborada pela própria autora

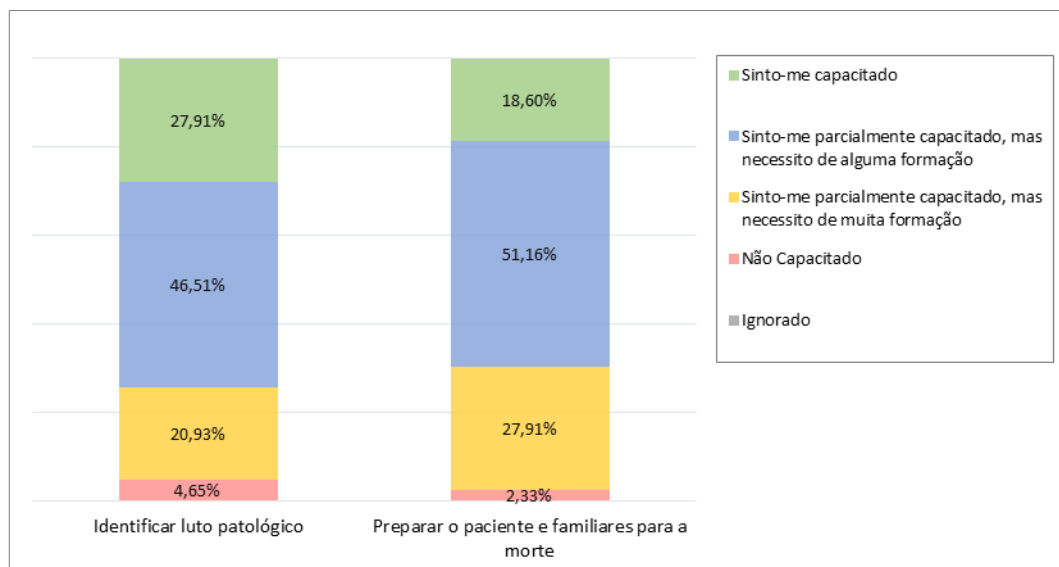
A necessidade de mais formação, quanto ao manejo de emergências em Cuidados Paliativos, foi identificada em uma pesquisa conduzida com 203 médicos generalistas ingleses. De cada 20 profissionais, apenas um se considerou não confiante em manejá-las (MAGEE e KOFFMAN, 2016).

6.2.4 As competências desenvolvidas na dimensão Assistência no fim de vida

Nessa dimensão, foram investigadas o desenvolvimento de duas competências: saber fazer abordagem do luto e saber fornecer atestado de óbito.

Quanto à abordagem do luto, os residentes se consideraram: em zona de alerta, (média 2,92), com média 2,98 para “*identificar luto patológico*” e com 2,86 para “*preparar o paciente e familiares para a morte*”. Não houve diferença estatística entre a autopercepção dos residentes de primeiro ano e do segundo. Os dados estão descritos, em percentuais, no gráfico 15.

Gráfico 15 - Percepção do residente sobre a sua capacitação em saber fazer a abordagem do luto. Habilidades: “*identificar o luto patológico*” e “*preparar o paciente e familiares para a morte*”.



Fonte: elaborado pela própria autora

Apesar de se sentirem capacitados a abordar o luto e a preparar o paciente e os seus familiares para a morte, os residentes, de acordo com a autopercepção, relataram que necessitavam, ainda, de alguma formação. Essa mesma percepção foi demonstrada em um estudo conduzido na Inglaterra, no período de 2011 a 2013, em que 608 médicos generalistas participaram de curso de Cuidados Paliativos. Para Kadlec *et al.* (2015), esses profissionais relataram melhora na autopercepção de confiança para “acolher e esclarecer os familiares durante o luto” e para “acolher e esclarecer o paciente” (KADLEC *et al.*, 2015).

O suporte ao luto do paciente e de seus familiares é indicado, pelos profissionais de APS da Cataluña, Espanha, como o ponto frágil das equipes de APS. Torna-se necessária mais capacitação para o manejo do luto, para o acolhimento das emoções dos pacientes e de seus familiares e para o cuidado com as emoções da própria equipe (LASMARIÁS *et al.*, 2013).

Para *fornecer atestado de óbito*, os residentes se encontraram em zona de alerta (média 2,74), em que 27,91% dos residentes se consideraram capacitados a fornecer declaração de óbito (27,91% necessitavam, ainda, de alguma formação; 34,88%, de muita formação; e 9,33% se consideraram não capacitados). Não foi identificada diferença estatística entre os grupos de residentes.

A necessidade de mais formação sobre ‘como realizar corretamente a declaração de óbito’ foi observada por Silva *et al.* (2016), em investigação sobre o conhecimento de estudantes do último ano de medicina, residentes e médicos do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. De acordo com o autor, o desempenho dos três grupos foi insatisfatório, principalmente, em questões consideradas essenciais para a emissão correta do documento.

Para Mendonça *et al.* (2010), 20% dos médicos relataram não ter recebido informações sobre como preencher a declaração de óbito e 40% desconheciam o Manual de Preenchimento de Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde (MENDONÇA, DRUMOND e CARDOSO, 2010)

Os preceptores não se pronunciaram a respeito das seguintes situações, apontadas pelos residentes: avaliar componentes psicossociais dos sintomas físicos apresentados; avaliar o sofrimento espiritual; descrever os sintomas que ocorrem comumente na fase terminal; diagnosticar o processo de morte; saber fazer a

abordagem do luto; saber fornecer atestado de óbito; e reconhecer situações de urgências e saber encaminhá-las.

No entanto citaram, como competências desenvolvidas, a tomada de decisão clínica centrada na pessoa e a prevenção quaternária.

“Competências específicas (Em Cuidados Paliativos)? (...) ter uma postura proativa de fazer a prevenção quaternária que a gente chama, né, que é tirar as coisas que são desnecessárias para o tratamento do paciente principalmente relativo a medicação que faz cair”. Preceptor B

“Também (é desenvolvido como competência) a questão da diferença na escolha das medicações e quais são os prognósticos do paciente, que tipo de intervenção eu tenho que fazer para proteger a saúde dele, para recuperar a saúde ou para aliviar o sofrimento e conseguir diferenciar que intervenções clínicas que seriam esperadas para o paciente não de Cuidados Paliativos e que não precisam ser feitas para esse paciente”. Preceptor D2

Desde 1997, as discussões, sobre a prevenção quaternária, são identificadas quando a OMS publica a Declaração de Jacarta, na qual alerta acerca do risco do uso excessivo de medicamentos (OMS, 1997). Sua definição, em conformidade com Jamouille & Rolland (2011) *apud* Oliveira & Reis (2012), é a prevenção de iatrogenias, causadas pelo excesso de exames realizados e de medicamentos prescritos.

O cuidado centrado na pessoa tem, como fundamento, a compreensão do processo de adoecimento na visão do paciente, uma vez que ter um diagnóstico não significa, necessariamente, sentir-se ou estar doente. Busca entender, pela ótica do indivíduo, como a doença o afeta, quais são as suas preocupações, quais são as suas necessidades, bem como definir um plano de cuidados, compartilhado entre a equipe de saúde e o paciente, que respeite os preceitos éticos da beneficência, não maleficência, da justiça e da autonomia. (BARDES, 2012; HOFFMAN e WILKES, 2014)

A prevenção quaternária e o cuidado centrado na pessoa são intrínsecos à MFC e aos CP, uma vez que: ambos têm o paciente como foco central; avaliam cuidadosamente qual a melhor conduta individualizada; e têm como um dos objetivos “prevenir o sofrimento” que o tratamento e/ou o exame podem gerar (OLIVEIRA e REIS, 2012; KAES e RISOLA, 2017). Dessa maneira, fica claro a relevância da fala dos preceptores que relataram o ensinamento desses dois preceitos aos médicos residentes em MFC.

No anexo 1, encontram-se os dados quantitativos do questionário e a tabela da análise estatística, no anexo 2.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e um problema de Saúde Pública. De acordo com a OMS (2017), aproximadamente 14 milhões de pessoas ao redor do mundo têm indicação de CP e, apenas 14% dessas, têm acesso a eles. Para ampliar o acesso aos CP, sugere-se a sua inclusão em todos os níveis de assistência; o treinamento em CP para todos os profissionais da saúde e para a população; o acesso aos medicamentos, necessários para controle de sintomas; e o desenvolvimento de políticas públicas em CP.

Em 2015, a SBMFC considerou que os CP são uma das competências a serem desenvolvidas no decurso da formação em MFC. Esse fato estimulou a realização dessa pesquisa que buscou analisar como o ensino de CP tem se desenvolvido nas residências de MFC de Curitiba e região metropolitana.

A APS / MFC se propõe a acompanhar a pessoa e os seus familiares no decorrer do ciclo vital, inclusive durante o processo de adoecimento, de morte e de luto, o que significa um potencial aumento da demanda de atendimento na área. Outro ponto que evidencia essa demanda, é o fato da APS/MFC ter uma abrangência territorial, ser a porta de entrada da rede de assistência à saúde e ter resolutividade de, aproximadamente, 80% das necessidades em saúde da população.

Para que o profissional de saúde possa ofertar CP de qualidade, necessita desenvolver competências que abrangem: o conhecimento teórico-prático sobre as doenças e sintomas; o desenvolvimento da empatia; o domínio das estratégias de comunicação; e compreender e aplicar o cuidado centrado na pessoa. Para atingir esse objetivo, deve-se, idealmente, utilizar mais de uma estratégia de ensino que envolva atividades teóricas e práticas, sempre com abordagem interprofissional.

Com base na análise das entrevistas aplicadas aos preceptores e do questionário aplicado aos residentes, concluiu-se que o ensino de CP ocorre, predominantemente, de maneira não estruturada, no currículo oculto ou por meio da inserção pontual da temática.

Os temas comuns aos CP e à MFC se realizam, pois ambos se baseiam no cuidado centrado na pessoa, ou seja, se propõem a cuidar do indivíduo e de sua

família, com respeito aos seus valores culturais, sociais e espirituais. Ademais, ambos devem atuar com trabalho de equipes interprofissionais, com vistas ao cuidado pleno do binômio paciente – família.

Os residentes, no decorrer da formação em MFC, têm uma autopercepção da necessidade de capacitação, em relação a todas as competências em CP, propostas pela SBMFC, bem como revelam a necessidade de medidas de aprimoramento no processo formativo que vivenciam.

Pela autopercepção de competência em CP, no decurso da residência, observam-se as melhores avaliações do primeiro para o segundo ano quando os residentes se consideram mais capacitados a : “Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida”; “Avisar o falecimento do paciente aos familiares”; “Realizar a comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitar 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 os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida”; “Manejar delirium terminal”; “Descrever os sintomas que ocorrem, comumente, na fase terminal”; “Diagnosticar quando a pessoa está em processo de morte”; “Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito”; “Avaliar a dor no paciente que não verbaliza”; “Prescrever opioide forte (morfina / metadona)”; “Definir se há indicação para uso de sondas alimentar na doença avançada”; e “Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente”

Quanto aos espaços e às estratégias de ensino-aprendizagem, utilizados para o ensino, identificou-se que são os mesmos empregados para o desenvolvimento das demais competências, propostas pela SBMFC. Os espaços são a sala de aula, as unidades básicas de saúde, nas atividades ambulatoriais e nas visitas domiciliares. As estratégias são a discussão de caso clínico, o estudo dirigido (estudo baseado em problema) e o caso simulado (role – play).

Apesar de se identificar o ensino de CP no decorrer da residência médica em MFC de Curitiba e região metropolitana, não se pode afirmar que todos os residentes recebem a mesma formação, pois, na visão do preceptor, a equipe de preceptoria se mostra heterogênea e nem todos têm interesse ou formação

suficientes em CP, para discutir a temática com o residente. Para alguns preceptores, esse ensino não ocorre: pela própria carência de capacitação na área, pela ausência de protocolo institucional em CP e pelo pouco tempo de contato do residente com o paciente terminal na APS.

Esse pouco tempo de atendimento do paciente terminal na APS, ainda reflete um modelo biomédico predominante na nossa sociedade, no qual todos os esforços e tecnologias são realizados no sentido de curar o indivíduo e quando não é mais possível, quando as equipes deveriam confortar e consolar o paciente e seus familiares, ele recebe alta médica para morrer em casa com as suas famílias. Nesse sentido, confirma-se a necessidade de treinamento em CP, dos profissionais atuantes nos diversos níveis da rede de atenção à saúde, bem como de uma comunicação mais efetiva entre eles. Dessa maneira, os pacientes e seus familiares receberiam, precocemente, a assistência em CP, no decurso de toda trajetória da doença, inclusive, no luto e não apenas em seus últimos momentos de vida.

Por fim, para que o ensino de CP na formação do MFC seja efetivo, sugere-se a capacitação de todos os preceptores e a sua inclusão estruturada no decorrer da residência, tanto com o envolvimento de atividades teóricas e práticas, como o uso de metodologias que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de atitudes necessários à boa prática dos CP.

Outros aspectos, que favorecem o desenvolvimento do ensino de CP nas residências médicas em MFC, são: o desenvolvimento de protocolos institucionais em CP; a comunicação adequada entre os diversos níveis de assistência em saúde; e a possibilidade de discutir os casos, atendidos na APS, com equipes de especialistas em CP.

Como limitação, essa pesquisa apresenta um estudo transversal com poucos participantes, embora se tenha, no território analisado, quase a totalidade dos médicos residentes que cursavam o programa de residência médica no final de 2015 e de 2016. Sugere-se a continuidade de investigações, acerca do ensino de CP na MFC, com a finalidade de ampliar essa amostra e acompanhar o desenvolvimento dessas competências no decurso da residência em MFC, por meio de cortes. Entende-se que, dessa maneira, pode-se contribuir para uma melhor assistência das pessoas atendidas pelas equipes de MFC, nessa área.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AAFP. **Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents: Palliative and End-of-Life Care**. American Academy of Family Physicians. Washington, p. 9. 2011. (269).

ALDRIDGE, M. D. *et al.* Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. **Palliative Medicine**, 30 (3), 2016. 224-239.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S., *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 783-836.

BAILE, W. F.; WALTERS, R. Applying sociodramatic methods in teaching transition to palliative care. **Journal of pain and symptom management**, 45 (3), 2013. 606-619. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22889858>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BARDES, C. L. Defining "Patient-Centered Medicine". **New England Journal of Medicine**, 2012. 782-783.

BATEMAN, S. T.; DIXON, R.; TROZZI, M. The Wrap-Up: A Unique Forum To Support Pediatric Residents When Faced with the Death of a Child. **JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE**, 15 (12), 2012. 1329-1334.

BLASCO, P. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica**, 2016. 11. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301127>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BOEHRER, J. A. M. L. Teaching with Cases: Learning to Question. In: SVINICK, M. D. **The Changing Face of College Teaching. New Directions for Teaching and Learning**. São Francisco: Jossey-Bass, v. 42, 1990. p. 135.

BOTTI, S. H. D. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 34 (1), 2010. 132-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100016>.

BRASIL. **Portaria 3535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 14. 1998. (Portaria 3535, de 02 de setembro de 1998).

_____. **Portaria GM/MS 1319, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 13. 2002. (Portaria GM/MS 1319, de 03 de janeiro de 2002).

_____. **Portaria 2439. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Ministério da Saúde. Brasília. 2005a. (Portaria n 2439, de 08 de dezembro de 2005).

_____. **Portaria 741, de 19 de dezembro de 2005. Complementa a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.** Ministério da Saúde. Brasília. 2005b. (Portaria 741, de 19 de dezembro de 2005).

_____. **Portaria 3150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle de Dor e Cuidados Paliativos.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 2. 2006. (Portaria 3150, de 12 de dezembro de 2006).

_____. **Painel de Indicadores do SUS N4: Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 56. 2008.

_____. **Plano Nacional de Saúde - PNS 2012-2015.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 114. 2011a.

_____. **Portaria 2488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Ministério da Saúde. Brasília. 2011b. (Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011).

_____. **Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 106. 2012a.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, p. 12. 2012a.

_____. **PNAB. Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 105. 2012b.

_____. **Portaria GM/MS 874. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Brasília, p. 12. 2013. (Portaria GM/MS 874, de 16 de maio de 2013).

_____. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 2.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 207. 2013a.

_____. **Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Brasília. 2013a. (Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013).

_____. **Portaria n 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Brasília, p. 12. 2013c. (Portaria n 874, de 16 de maio de 2013).

_____. **Resolução n3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Ministério da Educação. Brasília, p. 19. 2014a. (Resolução n3, de 20 de junho de 2014).

_____. **Portaria GM / MS n 483, de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Ministério da Saúde. Brasília. 2014b. (Portaria GM / MS n 483, de abril de 2014.).

_____. **Portaria GM / MS n 483, de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Ministério da Saúde. Brasília. 2014b. (Portaria GM / MS n 483, de abril de 2014).

_____. **Governo Federal vai formar mais profissionais para atuar nas residências. Portal da Saúde,** 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19265-governo-federal-vai-formar-mais-p>>. Acesso em: 04 setembro 2015.

_____. **83% dos que se internaram em hospitais públicos avaliam atendimento do SUS como bom ou muito bom, diz pesquisa — Palácio do Planalto. Planalto Presidência da República,** 2015b. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/noticias/2015/06/sus-e-referencia-para-a-maioria-dos-brasileiros-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 21 setembro 2015.

_____. **PNPIC. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: ATITUDE DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO.** Ministério da Saúde. Brasília, p. 96. 2015d.

BRUERA, E.; CERANA, A. Medicina paliativa: cuidando el paciente más que la enfermedad. **Medicina Paliativa,** 23 (1), 2016. 1-2.

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

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados Paliativos: Ciência e Proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (6), junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000601139&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13 out. 2017.

CARRASCO, J. M. *et al.* Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. **Journal of Pain and Symptom Management**, 50 (4), outubro 2015. 516-5223.

CARVALHO, R. D. T.; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T. D.; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. Segunda. ed. São Paulo: [s.n.], 2012. p. 483-497.

CELISO, 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.

CENTENO, C.; BOLOGNESI, D.; BIASCO, G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region The European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Physicians Specialisation in Palliative Medicine. **Journal of Pain and Symptom Management**, 49 (5), maio 2015. 861-870.

_____. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1805 / 2006**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, p. 169. 2006.

_____. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009. Código de ética Médica**. Conselho Federal de Medicina. Brasília. 2009.

_____. **Resolução CFM n1973/2011**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, p. 144-147. 2011.

_____. **Resolução 1995 / 2012. Dispões sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, p. 269-270. 2012.

CLARK, D. From margins to center: a review of the history of palliative care in cancer. **The Lancet Oncology**, 1 maio 2007. 430-8.

CÔBO, V. D. A. **Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP. Ribeirão Preto, p. 132. 2015. (Dissertação de Mestrado).

- COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária**. Tese de Doutorado Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista. Botucatu, p. 181. 2011.
- COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36 (3), 2012. 433-441. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/defesa_cuidados_paliativos_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.
- CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 127. 2015.
- EAPC. **Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education: Recommendations of the European Association for Palliative Care. Report of the EAPC Task Force on Medical Education**. European Association for Palliative Care. Milano, p. 24. 2007.
- _____. **Recommendation of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine**. European Academy of Palliative Care. Milano, p. 1-44. 2009.
- EAPC *et al.* **Carta de Praga. Palliative Care - A Human Right**. European Association for Palliative Care, Associação Internacional de Cuidados Paliativos, Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, Observatório de Direitos Humanos. Milano, p. 05. 2013.
- FIGUEIREDO, F. Projeto procura introduzir CP na atenção primária. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2015. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/2015/03/projeto-procura-introduzir-cp-na-atencao-primaria/>>. Acesso em: 15 abril 2017.
- FIGUEIREDO, M. T. D. A. Educação em cuidados paliativos – uma experiência brasileira. **Revista Prática Hospitalar**, setembro - outubro 2001. 43-48. Disponível em: <http://direitodoidoso.braslink.com/pdf/Educacao_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 02 maio 2015.
- _____. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Ciência em Saúde**, Itajubá, 1 (2), julho 2011. 1-2. Disponível em: <http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509>. Acesso em: 14 out. 2017.
- FIRMINO, F. **Lutas simbólicas das enfermeiras na implantação do centro de suporte terapêutico oncológico (CSTO) do Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2004.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, p. 192. 2009. (Tese de Doutorado).

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad.Saúde Pública**, 23 (9), 2007. 2072-2080. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000900015&script=sci_arttext>.

_____. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 17 (1), julho 2010. 165-180. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm>. Acesso em: 14 out. 2017.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 37 (1), janeiro 2013. 120-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

FRIZZO, K. *et al.* Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 7 (3), p. 367-375, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/155557/a01.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

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. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAXBB-azl=>>>. Acesso em: 04 fev. 2015. Encarnação, Paula; Macedo, Ermelinda; Macedo, João (tradutores).

GIL, A. C. Como classificar a pesquisa. In: GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 26-43.

GOMES, R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1. ed. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GONZÁLEZ, J. S.; RUIZ, M. D. C. S. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46 (4), agosto 2012. 1015-1022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/33.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

HICKS, F. **Training in palliative and end-of-life care. Guidance for trainees (and their trainers) in non palliative medicine training posts**. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. London, p. 09. 2014.

HOFFMAN, J. R.; WILKES, M. S. Don't just do something, stand there. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 10 (35), 2014. 1-2. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1051/694>>.

HOROWITZ, R.; GRAMLING, R.; QUILL, T. Palliative care education in US medical schools. **Medical Education**, 48 (1), 2014. 59-66.

HUANG, Y. *et al.* Speciality Trainees' Understanding of End-of-life Care Symptom Management and End-of-Life Care Pathway. A Quantitative and Qualitative Pilot Study. **Journal of Geriatrics and Palliative Care**, 2 (1), fevereiro 2014. 1-9. Disponível em: <<http://www.avensonline.org/wp-content/uploads/JGPC-2373-1133-02-0004.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciencia & saude coletiva**, 22 (3), 2017. 737-746. Acesso em: 31 ago. 2017.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention prévention clinique en médecine générale et de famille. **Santé conjugulée**, Bruxelles, 33, 2005. 71-77.

JUBELIRER, S. J. *et al.* Competencies and concerns in end-of-life care for medical students and residents. **he West Virginia medical journal**, 97 (2), 2001. 118-121.

KAES, L.; RISOLA, M. Palliative care, person-centered care. **Geriatric Nursing**, 38, 2017. 262-263.

KIMURA, S.; PACALA, J. T. Pressure ulcers in adults: Family physicians' knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPH guidelines. **Journal of Family Practice**, 44 (4), 1997. 361-368.

KOTTEWAR, S. A. *et al.* Residents' End-of-Life Training Experience: A Literature Review of Interventions. **Journal of Palliative Medicine**, 17 (6). 725-732.

LASMARÍAS, C. *et al.* Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. **Fundacion Educacion Medica**, 16 (3), 2013. 159-165. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v16n3/original5.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

LITTLE, S. H. *et al.* Advances in Medical Education and Practice Teaching wound care to family medicine residents on a wound care service. **Advances in medical education and practice**, 4, 2013. 137-144. Disponível em: <<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3751339/pdf/amep-4-137.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

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, P. F. **Estatística descritiva e inferencial breves notas**. Coimbra: Faculdade de economia de Coimbra, 2005.

LYNCH, T.; CONNOR, S.; CLARK, D. Mapping Levels of Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, 45, June 2013. 1094-1106.

MAGEE, C.; KOFFMAN, J. Out-of-hours palliative care: what are the educational needs and preferences of general practitioners? **BMJ Supportive & Palliative Care**, 6 (3), 2016. 362-368.

MAGÑA, M. F.; CASANOVAS, J. G.; SACA, M. L. Situación actual de la enseñanza de la medicina paliativa en las universidades de Centroamérica. **Educación Médica**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.002>>.

MAHTANI, R. *et al.* Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? **Canadian family physician Medecin de famille**, 12, dezembro 2015. e577-e582. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677961/pdf/061e577.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde**. Segunda. ed. São Paulo: SENAC, 2014. p. 99-129.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 (2), p. 327-328, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MARQUES, R.; FARINA, J. A. The Importance of Academic Medical Education in Pressure Ulcer Prevention, Treatment and Management. **Journal of Community Medicine & Health Education**, 6 (1), 2016. 4. Disponível em: <<https://www.omicsonline.org/open-access/treatment-and-management-2161-0711-1000402.php>>. Acesso em: 28 set. 2017.

MCKEE, N.; D'EON, M.; TRINDER, K. Problem-based learning for inter-professional education: evidence from an inter-professional PBL module on palliative care. **Canadian medical education journal**, 4 (1), 2013. 35-48. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26451199>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MELO, A. G. C. D.; MACIEL, M. G. S. M.; BETTEGA, R. T. D. C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP - Brasil. In: PASTRANA, T., *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP**. Houston: IAHP Press., 2012. Cap. 2, p. 51-70. Disponível em: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/06_Brasil.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte – antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2004.

MINAYO, M. C. D. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO Nº 1, DE 25 DE MAIO DE 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências**. Ministério da Educação. Brasília, p. 7. 2015.

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.

MURRAY, S. **The quality of death: Ranking end-of-life care across the world**. The Economist: Intelligence Unit. London, p. 36. 2010.

MURRAY, S. **The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the World**. The Economist: The Intelligence Unit. Londres, p. 66. 2015.

NEWMAN, T. B. *et al.* Delineando Estudos Transversais e de Caso Controle. In: HULLEY, S. B. E. A. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

NICKEL, L. *et al.* Research groups in palliative care: the brazilian reality from 1994 to 2014. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20 (1), p. 70-76, janeiro-março 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160010>>. Acesso em: 14 novembro 2016.

OKANE, E. S. H.; TAKAHASHI, R. T. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 40 (2), 2006. 160-9. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 11 set. 2017.

OLIVEIRA, C. C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 (4), 2012. 1485-1502. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4008/400838259012/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

OLIVEIRA, J. R. D.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. D. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37 (2), p. 285-290, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2015.

OMS. Declaração de Jacara sobre promoção da Saúde no Século XXI, Genebra, 1997.

_____. **Declaração de Jacarta:** sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Jacarta: World Health Organization. 1997. p. 8.

_____. Envejecimiento y ciclo de vida. **Organización Mundial de la Salud.**, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>>. Acesso em: 21 abril 2015.

OMS, UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. ALMA-ATA: OMS, UNICEF. 1979. p. 64.

PARSONS, H. A.; BRUERA, E. Cincal Decision Making. In: BRUERA, E.; YENNURAJALINGAM, S. **Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine.** Inglaterra: Oxford University Press, 2011. p. 23-30.

PASTRANA, T.; CENTENO, C.; LIMA, L. D. Palliative Care in Latin America from the Professional Perspective: A SWOT Analysis. **Journal of palliative medicine**, 18 (5), 2015. 429-437.

PASTRANA, T.; TORRES-VIGIL, I.; LIMA, L. D. Palliative care development in Latin America: an analysis using macro indicators. **Palliative Medicine**, 28 (10), dezembro 2014. 1231-1238. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4233157>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

PAZ, C. R. D. P. *et al.* New demands for primary health care in Brazil: palliative care. **Investigación y Educación en Enfermería**, 34 (1), 2016. 47-57. Disponível em: <<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/25988/20779343>>. Acesso em: 15 fevereiro 2016.

PEREIRA, D. G. *et al.* Meanings of Palliative Care in the view of nurses and managers of primary health care. **Journal of Nursing UFPE**, 3 (3), 2017. 1357-1364. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9367/pdf_>. Acesso em: 15 out. 2017.

PILATTI, P. *et al.* Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 12(39), 2017. 1-10. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1339/846>>. Acesso em: 05 set. 2017.

PINHEIRO, T. *et al.* Teaching Palliative Care in a Free Clinic : A Brazilian Experience. In: CHANG, E.; JOHNSON, A. **Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care.** [S.l.]: Intech, 2012. p. 2-10.

- PORTAL BRASIL. Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos. **Governo do Brasil**, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>>. Acesso em: 01 janeiro 2015.
- QUEIROZ, A. H. A. B. *et al.* Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (9), 2013. 2615 - 2623. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 out. 2015.
- QUINTERO, O. T. H. *et al.* Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes Level of information of palliative care found in resident physicians. **Educación Médica Superior**, 29 (1), 2015. 14-27. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem151d.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- RAMANAYAKE, R. P. J. C.; DILANKA, G. V. A.; PREMASIRI, L. W. S. S. Palliative care; role of family physicians. **Journal of family medicine and primary care**, 5, 2016. 234-237.
- REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 22 (8), 2006. 1755-1760. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 maio 2015.
- RODRIGUES, G. G. F. *et al.* Palliative Care For Oncological Patient: Bibliometric Study. **Journal of Nursing UFPE On Line**, 11 (3), 2017. 1349-1356. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/index>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- RUBEN, R. *et al.* Abordagem Centrada nas pessoas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2009. 245-259. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/162/174>>. Acesso em: 23 set. 2017.
- SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética**, v. 23 (3), p. 593-607, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 out. 2015.
- 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.
- SANTOS, M. D. F. O. D. *et al.* Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. **Rev. bioét. (Impr.)**, 22 (2), 2014. 373-379. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/837>. Acesso em: 03 out. 2015.

SBMF. **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. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(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.

_____. Raising the bar for the care of seriously ill patients: results of a national survey to define essential palliative care competencies for medical students and residents. **Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges**, 89 (7), julho 2014b. 1024-1031. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4077186&tool=pmcentrez&rendertype=>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SCHMIDLIN, E.; HAUT-LÉMAN, R. S.; OLIVER, D. Palliative care as a human right: what has the Prague Charte achieved. **European Journal of Palliative Care**, 22, n. 3, 2015. 141-143. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22%283%29Schmidlin.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SELMAN, L. *et al.* Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. **BMC Palliative Care**, 16 (1), dezembro 2017. Disponível em: <[al.com/articles/10.1186/s12904-017-0191-2](http://www.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0191-2)>. Acesso em: 07 set. 2017.

SILVA, G. D. F. **Cuidados paliativos e subjetividade : ações educativas sobre a vida e o morrer**. Tese (doutorado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Brasília, p. 236. 2015.

SILVA, M. L. D. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9 (30), p. 45-53, 2014. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718>>. Acesso em: 24 maio 2015.

SILVA, P. H. A. *et al.* Avaliação do Conhecimento de Médicos Professores, Residentes e Estudantes de Medicina acerca da Declaração de Óbito Evaluation. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 40 (2), 2016. 183-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000200183&script=sci_abstract>. Acesso em: 23 set. 2017.

SINGER, Y.; CARMEL, S. Teaching end-of-life care to family medicine residents-- what do they learn? **Medical teacher**, 31, 2009. 47-50.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, abr / jun 2012. 116-120. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/251/241>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

STEVENSON, W. J. **Estatística Aplicada à administração**. São Paulo: Harra, 1986.

TOLEDO, A. P. D.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36 (1), 2012. 109-117. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2017.

WEE, B. Can e-learning be used to teach end-of-life care? **BMJ supportive & palliative care**, 2 (4), 2012. 292-293.

WEISSMAN, D. E. *et al.* A Survey of Competencies and Concerns in End of life Care for Physician Trainees. **Journal of Pain and Symptom Management**, 15 (2), 1998. 82-89. Disponível em: <[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(98\)80005-5/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(98)80005-5/pdf)>. Acesso em: 07 set. 2017.

WENK, R. *et al.* Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. **Medicina Paliativa**, 23 (1), 2016. 42-48.

WHO. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines**. World Health Organization. Genebra, p. 181. 2002.

_____. **Definition of Palliative Care**. World Health Organization. Genebra. 2002.

_____. **EB 134/28 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course Report by the Secretariat**. World Health Organization. Genebra, p. 6. 2013.

_____. **WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course**. World Health Organization. Genebra, p. 5. 2014.

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

WHO; WPCA. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. World Health Organization. London, p. 237. 2014.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário aplicado aos residentes

Grupo Temático	Competência	Assertiva	Ignorado	não capacitado	parcialmente, muita formação	parcialmente, alguma formação	sinto-me capacitado	
Comunicação em Cuidados Paliativos	Demonstrar habilidades de comunicação com paciente, seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de mais notícia	Avaliar as crenças que a família e o paciente têm acerca da alimentação		6,98%	34,88%	25,58%	32,56%	
		Avisar aos familiares o falecimento do paciente		9,30%	34,88%	32,56%	23,26%	
	Explorar e acolher os sentimentos expressos tanto pelo paciente quanto pelos familiares	Informar ao paciente / familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, de uma doença que ameaça a vida		6,98%	9,30%	41,86%	41,86%	
		Realizar comunicação centrada no paciente, ou seja, respeitando quais informações ele deseja e em que momento.		2,33%	20,93%	39,53%	37,21%	
	Preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências relaciona.	Orientar os familiares sobre as mudanças que o paciente apresenta nos últimos dias de vida		4,65%	30,23%	46,51%	18,60%	
		Responder a questionamentos sobre a morte.		11,63%	34,88%	30,23%	23,26%	
	Aumento de Conforto ao longo da doença, inclusive na fase terminal	Manejar intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo	Avaliar componentes psicossociais dos sintomas físicos apresentados	2,33%		25,58%	48,84%	23,26%
			Avaliar sofrimento espiritual	2,33%		32,56%	27,91%	32,26%
		Manejar situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais)	Descrever os sintomas que ocorrem comumente na fase terminal		23,26%	44,19%	13,95%	18,60%
			Diagnosticar quando a pessoa está em processo de morte		9,30%	41,86%	27,91%	20,93%
Elaborar plano de intervenção para controle de constipação		Elaborar plano de intervenção para controle de náusea e vômitos		2,33%	30,23%	55,81%	11,63%	
		Identificar os componentes etiológicos da dispnéia		2,33%	44,19%	41,86%	9,30%	
Manejar constipação induzida por opióide		Manejar delirium terminal		9,30%	30,23%	48,84%	9,30%	
		Manejar insônia		18,60%	27,91%	37,21%	11,63%	
Maneja úlceras de pressão /decúbito		Realizar sedação paliativa no paciente terminal	Realizar sedação paliativa no paciente terminal	2,33%	4,65%	27,91%	13,95%	4,65%
			Definir conduta para controle de odor da úlcera por pressão / decúbito	2,33%	58,14%	20,93%	16,28%	9,30%
	Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito	Definir um plano de prevenção da úlcera por pressão / decúbito		2,33%	39,53%	30,23%	18,60%	
		Definir um plano de tratamento da úlcera por pressão / decúbito		4,65%	2,33%	32,56%	39,53%	
	Realiza manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal	Avaliar a dor no paciente que não verbaliza		2,33%	18,60%	34,88%	32,56%	
		Identificar o tipo de dor apresentado pelo paciente.		6,98%	27,91%	44,19%	16,28%	
	Prescrever fármacos adjuvantes (antidepressivo, anticonvulsivo) para o tratamento da dor	Prescrever opióide forte (morfina / metadona)		2,33%	9,30%	37,21%	32,56%	
		Utilizar a escada analgésica da OMS para definir o plano de intervenção para controle da dor.		2,33%	32,56%	30,23%	25,58%	
	Maneja nutrição no paciente terminal	Definir se há indicação para uso de sondas alimentares na doença avançada		2,33%	16,28%	30,23%	18,60%	
		Orientar medidas não-farmacológicas que facilitem a alimentação do paciente		2,33%	37,21%	34,88%	16,28%	
Emergência em Cuidados Paliativos	Reconhecer situações urgentes no cuidado paliativo e sabe encaminhá-las	Identificar o paciente com hipervolemia		16,28%	34,88%	25,58%		
		Identificar o paciente com Síndrome de Veia Cava Superior		48,84%	37,21%	11,63%		
	Identificar o paciente que apresenta compressão medular	Manejar o paciente com intoxicação opióide		48,84%	41,86%	9,30%		
		Manejar o paciente com neutropenia febril		34,88%	46,51%	18,60%		
	Realizar manejo da oclusão intestinal maligna		53,49%	34,88%	4,65%	6,98%		
Assistência ao fim da vida	Saber fazer a abordagem do luto	Identificar luto patológico		51,16%	34,88%	9,30%		
		Preparar o paciente e familiares para a morte		4,65%	20,93%	2,33%		
	Saber fornecer um atestado de óbito		67,44%	20,93%	9,30%	2,33%		
Saber fazer a abordagem do luto	Preparar o paciente e familiares para a morte	Identificar luto patológico		4,65%	20,93%	46,51%		
		Preparar o paciente e familiares para a morte		2,33%	27,91%	51,16%		
Saber fornecer um atestado de óbito	Preencher o atestado de óbito	Preencher o atestado de óbito		9,30%	34,88%	27,91%		
		Preencher o atestado de óbito		2,33%	27,91%	18,60%		

Tabela 7 - Descrição estatística e comparação, por meio da aplicação do *Teste de Mann-Whitney*, entre as categorias de R1 e R2, para as variáveis de interesse da pesquisa “Formação em Cuidados Paliativos na Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: visão dos preceptores e residentes” São Paulo, Junho 2017.

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
Q09	R1	23	2,65	0,57	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,006
	R2	20	3,20	0,62	2,00	4,00	3,00	3,00	4,00	
	Total	43	2,91	0,65	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q10	R1	23	2,30	0,88	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,004
	R2	20	3,15	0,81	2,00	4,00	2,25	3,00	4,00	
	Total	43	2,70	0,94	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q11	R1	23	2,78	0,67	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,001
	R2	20	3,50	0,83	1,00	4,00	3,00	4,00	4,00	
	Total	43	3,12	0,82	1,00	4,00	3,00	3,00	4,00	
Q12	R1	23	2,83	0,83	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,001
	R2	20	3,60	0,75	1,00	4,00	3,00	4,00	4,00	
	Total	43	3,19	0,88	1,00	4,00	3,00	3,00	4,00	
Q13	R1	23	2,39	0,89	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,001
	R2	20	3,35	0,81	2,00	4,00	3,00	4,00	4,00	
	Total	43	2,84	0,97	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
Q14	R1	23	2,52	0,73	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,025
	R2	20	3,10	0,79	2,00	4,00	2,25	3,00	4,00	
	Total	43	2,79	0,80	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q15	R1	23	2,39	0,94	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,065
	R2	20	2,95	0,95	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
	Total	43	2,65	0,97	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q16	R1	23	2,87	0,76	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,283
	R2	19	3,11	0,66	2,00	4,00	3,00	3,00	4,00	
	Total	42	2,98	0,72	2,00	4,00	2,00	3,00	3,25	
Q17	R1	23	2,39	0,94	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,109
	R2	19	2,89	1,05	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
	Total	42	2,62	1,01	1,00	4,00	2,00	3,00	3,25	
Q18	R1	22	2,55	0,74	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,160
	R2	19	2,89	0,66	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	41	2,71	0,72	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q19	R1	23	2,48	0,67	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,304
	R2	19	2,74	0,73	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,60	0,70	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q20	R1	22	2,23	0,97	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	0,124

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
	R2	19	2,68	0,89	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	41	2,44	0,95	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q21	R1	23	2,74	0,62	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,441
	R2	19	2,89	0,66	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,81	0,63	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q22	R1	23	2,39	0,72	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	0,083
	R2	19	2,84	0,83	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,60	0,80	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q23	R1	23	1,65	0,65	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,019
	R2	19	2,26	0,87	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
	Total	42	1,93	0,81	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
Q24	R1	23	1,39	0,66	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,082
	R2	19	1,89	0,99	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	
	Total	42	1,62	0,85	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
Q25	R1	23	1,91	0,90	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	0,012
	R2	20	2,70	1,03	1,00	4,00	2,00	2,50	4,00	
	Total	43	2,28	1,03	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
Q26	R1	23	2,35	0,89	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,048
	R2	20	2,90	0,91	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
	Total	43	2,60	0,93	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
Q27	R1	23	2,22	0,95	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	0,223
	R2	19	2,58	0,90	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,38	0,94	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
Q28	R1	23	2,87	0,82	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,614
	R2	18	2,78	0,81	2,00	4,00	2,00	3,00	3,25	
	Total	41	2,83	0,80	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q29	R1	23	1,65	0,83	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	0,023
	R2	19	2,37	1,07	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	
	Total	42	1,98	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	
Q30	R1	23	2,39	0,94	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,242
	R2	19	2,74	1,05	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
	Total	42	2,55	0,99	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q31	R1	23	2,43	0,66	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,382
	R2	19	2,63	0,90	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,52	0,77	1,00	4,00	2,00	2,50	3,00	
Q32	R1	22	1,73	0,77	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	0,026
	R2	18	2,28	0,83	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
	Total	40	1,98	0,83	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
Q33	R1	23	1,74	0,92	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	0,005

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
	R2	19	2,58	0,90	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,12	0,99	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	
Q34	R1	23	2,43	0,95	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	0,122
	R2	19	2,84	0,83	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
	Total	42	2,62	0,91	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q35	R1	23	1,52	0,79	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	< 0,001
	R2	19	2,53	0,91	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
	Total	42	1,98	0,98	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	
Q36	R1	23	2,13	0,97	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	0,003
	R2	20	3,05	0,89	1,00	4,00	2,25	3,00	4,00	
	Total	43	2,56	1,03	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	
Q37	R1	23	1,61	0,66	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,789
	R2	20	1,75	0,91	1,00	4,00	1,00	1,50	2,00	
	Total	43	1,67	0,78	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
Q38	R1	23	1,65	0,65	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,543
	R2	20	1,55	0,69	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	
	Total	43	1,60	0,66	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	
Q39	R1	23	1,91	0,73	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,460
	R2	20	1,75	0,72	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	
	Total	43	1,84	0,72	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	
Q40	R1	23	1,57	0,73	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	0,786
	R2	20	1,75	1,02	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
	Total	43	1,65	0,87	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
Q41	R1	23	1,30	0,56	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,233
	R2	20	1,65	0,93	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
	Total	43	1,47	0,77	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
Q42	R1	23	1,48	0,67	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,133
	R2	20	1,90	0,97	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
	Total	43	1,67	0,84	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
Q43	R1	23	2,87	0,63	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,187
	R2	20	3,10	1,02	1,00	4,00	2,25	3,00	4,00	
	Total	43	2,98	0,83	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	
Q44	R1	23	2,78	0,67	2,00	4,00	2,00	3,00	3,00	0,373
	R2	20	2,95	0,83	1,00	4,00	2,25	3,00	3,75	
	Total	43	2,86	0,74	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	
Q45	R1	23	2,78	1,00	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	0,789
	R2	20	2,70	0,98	1,00	4,00	2,00	3,00	3,75	
	Total	43	2,74	0,98	1,00	4,00	2,00	3,00	4,00	

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro da entrevista

CÓDIGO DO (A) ENTREVISTADO (A) _____

Tempo de preceptoria:

- Você considera importante a formação em Cuidados Paliativos durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade?
- O Tema Cuidados Paliativos tem sido contemplado neste Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do qual você é preceptor?
- Se sim:
 - Em quais espaços de ensino-aprendizagem este tema está inserido?
 - Quais as estratégias pedagógicas utilizadas para o ensino deste tema?
 - Que competências, ao seu ver, têm sido desenvolvidas durante a residência no tocante aos Cuidados Paliativos?
- Se não:
 - Por qual motivo você acredita que esse tema não tem sido abordado ao longo do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade?

Apêndice B: Questionário

CÓDIGO DO (A) ENTREVISTADO (A) _____

Formulário de Caracterização dos Sujeitos				
Idade				
Gênero	Feminino	()	Masculino	()
Ano de residência	Primeiro	()	Segundo	()
Ano de conclusão da graduação em medicina				
Egresso de universidade	Pública	()	Privado	()
O tema Cuidados Paliativos foi abordado na graduação em Medicina	Sim	()	Não	()
Realizou atividades extra-curriculares que abordassem o tema Cuidados Paliativos	Sim	()	Não	()

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 náusea 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, anticonvulsivo) 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				
<p>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:</p>	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				
<p>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:</p>	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				

Quais temas de Cuidados Paliativos você considera que deveriam ser abordados durante o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade?	
Princípios e Fundamentos em Cuidados Paliativos	
Avaliação e abordagem de aspectos psicossociais	
Controle de sintomas físicos (dor, náusea, vômito, constipação, delirium, dispneia...)	
Avaliação e manejo de aspectos espirituais	
Cuidados com os familiares e cuidadores	
Ética em cuidados paliativos	
Tomada de decisão clínica em cuidados paliativos	
Elaborar plano de cuidado de acordo com valores do paciente	
Diretrizes Antecipadas (testamento vital)	
Abordagem do Luto	
Últimas horas de vida	
Comunicação em cuidados paliativos	

A questão abaixo destina-se aos residentes que ingressaram no programa de Residência médica no anos de 2015 e 2016

O tema Cuidados Paliativos foi abordado durante a sua formação em Medicina de Família e Comunidade? Se sim, como foi realizada essa abordagem?

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Formação em Cuidados Paliativos na Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: visão dos preceptores e residentes

Pesquisadora: Gisele dos Santos

Orientador: Professor Doutor Nildo A. Batista

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do Projeto de Pesquisa de Mestrado, “Formação em Cuidados Paliativos na Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: visão dos preceptores e residentes”, do Programa de Mestrado Ensino em Ciência da Saúde – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). As informações contidas nessa folha, foram fornecidas pela pesquisadora Gisele dos Santos e têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntário(a) para participação na pesquisa acima referida.

Com a pesquisa pretende-se identificar se como está a formação em cuidados paliativos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Cidade de Curitiba- Paraná e Região Metropolitana.

Ao participar deste estudo você autorizará que a pesquisadora aplique um questionário anônimo e utilize os resultados obtidos para análise e futura publicação desse projeto de pesquisa.

As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente. Terão duração máxima de 60 minutos e serão realizadas individualmente no local de trabalho do entrevistado.

O questionário será aplicado no local de prática do PRMFC, tendo duração de 30 minutos.

Considera-se como possível desconforto sentir-se constrangido em responder alguma questão.

Ao participar desta pesquisa você, não terá nenhum benefício direto.

Os indivíduos serão caracterizados por número garantindo seu anonimato. Sua identidade e seus dados são sigilosos e permanecerão confidenciais, mesmo após o término da pesquisa. Apenas o pesquisador e o orientador terão acesso a elas.

Você não terá nenhuma despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago para sua participação.

Sua participação é voluntária, e você é livre para recusar e para deixar de participar da pesquisa a qualquer instante, sem que isso represente prejuízos. Poderá também solicitar informações e / ou esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa através do e-mail da pesquisadora: palliative.educ@gmail.com

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Reforçamos que se ainda tiver dúvidas a respeito do estudo não deverá assinar o documento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu.....
....., de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

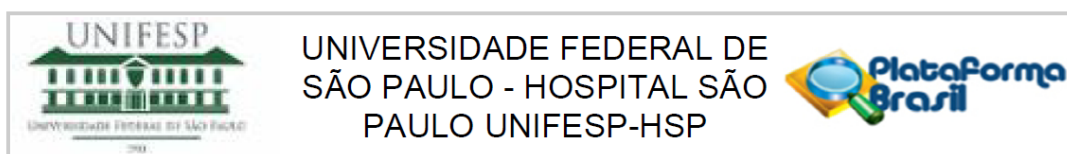
Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Curitiba,..... de de

Apêndice D: Parecer consubstanciado do CEP

Continuação do Parecer: 1.592.713

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoGiseledosSantos.docx	13/05/2016 01:20:40	GISELE DOS SANTOS	Aceito
---	-----------------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Junho de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Apêndice E: Produto do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde

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

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:

$$r = 1 - (6 \cdot \sum d_i^2) / (n^3 - n),$$

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:

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

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	
<p>Manejar intercorrências comuns no paciente em Cuidado Paliativo.</p> <p>Manejar situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais).</p>	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 náusea 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: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.
- BRUERA, E.; YENNURAJALINGAM, S. Oxford American Handbook of Hospice and 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. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azl=>>>. 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. Rio de 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. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. 66 p. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(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. Estatística Aplicada a Administração. São Paulo: HARRA, 1986.
- WHO. Palliative Care Fact Sheet. World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 02 out. 2017.