

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**  
**PAULA OHANA RODRIGUES**

**PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**  
**EM RELAÇÃO AO APRENDIZADO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**Belo Horizonte**

**2022**

**PAULA OHANA RODRIGUES**

**PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
EM RELAÇÃO AO APRENDIZADO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Ruth Borges Dias

**Belo Horizonte, MG**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Unifenas - BH

Rodrigues, Paula Ohana

Percepção dos residentes de medicina de família e comunidade em relação ao aprendizado de cuidados paliativos. [manuscrito] / Paula Ohana Rodrigues. – Belo Horizonte, 2022.

103 f.

Orientadora: Ruth Borges Dias.

Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em saúde, 2022.

1. Cuidados paliativos. 2. Educação médica. 3. Ensino universitário I. Rodrigues, Paula Ohana. II. Universidade José do Rosário Vellano. III. Título.

CDU: 616



## Certificado de Aprovação

PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
EM RELAÇÃO AO APRENDIZADO DE CUIDADOS PALIATIVOS

AUTOR: Paula Ohana Rodrigues

ORIENTADOR: Profa. Esp. Ruth Borges Dias

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.

Profa. Esp. Ruth Borges Dias

Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura

Prof. Dr. Rodrigo Pastur Alves Pereira

Belo Horizonte, 17 de agosto de 2022.

Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.  
Coordenador do Mestrado Profissional  
Em Ensino em Saúde  
UNIFENAS

A todos os residentes de medicina de família que buscam, no aprendizado, ofertar melhores cuidados a seus pacientes.

A todos os preceptores e médicos de família e comunidade que constituem bons exemplos de profissionais e inspiram jovens médicos a seguir a especialidade. Em especial ao Dr. Rodrigo Pastor, exemplo de médico de família, que me influenciou não apenas na especialidade, mas também em fazer o mestrado em Ensino em Saúde.

A todos que se dedicam aos cuidados paliativos: profissionais, cuidadores, familiares e pacientes pelo trabalho muitas vezes difícil, mas tão necessário.

Aos meus familiares e amigos que já desencarnaram, em especial, às minhas avós e à tia Preta, que tanto me ensinaram sobre espiritualidade.

Aos pacientes que se beneficiariam dos cuidados paliativos, mas por diferentes motivos ainda não o recebem, lhes dedico esse trabalho e espero que ainda encontrem um médico de família apto a lhes fornecer esse cuidado e carinho.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, como em tudo na vida, agradeço a Deus. Nos últimos dois anos, nossa relação ficou muito mais forte e, com certeza, tamanha aproximação teve influência do meu trabalho com o tema de cuidados paliativos. Obrigada, Senhor, por preparar os trajetos da minha vida com tanto carinho. Obrigada por cada encontro, por cada vivência e por todo aprendizado com que tive contato durante a execução desse trabalho!

Também agradeço a meus pais, Donizete e Jânia, aos meus irmãos, Albert e Maria Clara, e ao meu esposo, Daniel, por todo apoio e força que me deram nesse momento. Realizar e concluir mestrado e residência juntos, durante a pandemia, com diversos obstáculos no caminho só foi possível pela ajuda de vocês!

À minha orientadora, Ruth, que desde o primeiro encontro, na entrevista de admissão ao mestrado, se mostrou uma pessoa acolhedora e iluminada! Obrigada Ruth, por toda atenção, paciência, aprendizado e luz! Você tem iluminado meu caminho e te levarei como exemplo de médica, professora, conselheira e mãe.

Por fim, um agradecimento especial à Dra. Aline Salgueiro, médica paliativista que tive o imenso prazer de acompanhar durante a residência em medicina de família. Nunca me esquecerei da primeira consulta que presenciei: não apenas meus olhos se encheram de lágrimas após escutá-la explicando o que era cuidado paliativo ao paciente de forma tão afetuosa, mas minha alma foi tocada e um arrepio me cobriu o corpo. “O termo paliativo vem do latim Pallium, e palio é o nome do manto de Nossa Senhora e também do manto que os cavaleiros usavam para se proteger da tempestade. Palio significa proteção.” Obrigada por tudo e por tanto!

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para viver até o dia da sua morte.” (Cicely Saunders)

## APRESENTAÇÃO

A sugestão de escrever essa apresentação me foi feita durante a defesa do presente trabalho, e teve como fundamento os conceitos de Lévi-Strauss (1975, p. 215), uma referência em pesquisa qualitativa, que apresenta os seguintes dizeres: “Numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação”. Confesso que acatei a sugestão com muito gosto e até certo vislumbre.

Meu despertar pela pesquisa aconteceu ainda durante a graduação de Medicina, no laboratório de Psicofisiologia das Emoções sob a orientação da querida professora Gabriela Guerra. Na época, embora estivéssemos estudando emoções, para responder aos nossos propósitos, nossas pesquisas eram quantitativas. Entendi naquela época a importância dos números em validar, certificar, e entregar evidências que deveriam estar livres de viés e de interferências dos quereres dos pesquisadores. Foi a minha base para praticar medicina baseada em evidências. E também a base em pesquisa com que cheguei no mestrado.

Então, me deparei com um novo mundo que não se explicava através de números. Estudei muito sobre entrevista na pesquisa qualitativa e entendi a forma de comunicar as perguntas, como indagar, como obter respostas mais profundas advindas da reflexão própria de cada participante. Assim, me vali de uma certeza: embora a minha pesquisa envolvesse entrevistas e não questionários, para obter resultados transparentes, coesos e válidos, eu atuaria como entrevistadora de forma padronizada e clara. Sem influenciar, sem esperar, aberta a todas as possibilidades de percepção. Ainda assim, confirmei o inevitável da pesquisa qualitativa! Ser observadora estando em posições semelhantes aos objetos da pesquisa também me permitiu me auto-observar. E os frutos dessa observação é o que lhes apresento com muito gosto.

Toda essa história começou lá atrás, ainda na graduação, quando realizei uma visita domiciliar a uma paciente idosa longeva, frágil, totalmente dependente para as atividades diárias, que tinha recebido alta hospitalar há alguns dias e, naquele momento, segundo os dizeres da filha, estava em ótimo estado geral. Na época, mesmo sem ter aprendido sobre o tema de cuidados paliativos na faculdade, eu tinha certeza de que a paciente e seus familiares precisavam deles devido à terminalidade iminente e a escassez de condições psicológicas para viver o momento. Mas além da família, nem eu, nem a equipe de saúde possuíamos recursos necessários para explicar,

abordar e fornecer cuidados paliativos. Então me agarrei à esperança de que quando eu estivesse na residência de Medicina de Família e Comunidade, algo que já estava decidido por diversos motivos atrelados à especialidade, seria me ensinado tudo de cuidado paliativo que eu precisaria saber. Na época da prova e escolha do programa de residência, procurei informações, conversei com residentes e percebi que o tema não era abordado com mesma estrutura nos diversos locais. Acabei por escolher um programa que tinha estágio em setor específico de cuidados paliativos.

Além de ser médica de família e comunidade, eu também desejava ser professora. Sabia que após formada eu já poderia exercer a docência, e continuar atuando em algo que fazia desde os 8 anos - quando ensinava minhas bonecas e minha prima-irmã mais nova, Loenne. Mas eu não queria apenas ser professora, queria aprender a ser na melhor versão possível! Então, concomitantemente à residência médica, fiz Mestrado em Ensino em Saúde e me apaixonei. Por que estou dizendo tudo isso? Porque este trabalho é resultado de um questionamento pautado na junção harmônica de 3 de minhas paixões: medicina de família e comunidade, cuidado paliativo e ensino em saúde.

Aparentemente, na ausência dessa apresentação prévia, ao se lerem as próximas páginas, tem-se a impressão de este trabalho ser impessoal. Todavia, há um pouco de mim em cada capítulo e também um “muito” de cada capítulo em mim: na explicação minuciosa sobre os atributos da atenção primária e seu enlace com os cuidados paliativos. Na escassez vivida e observada sobre a falta de preparo em cuidado paliativo durante a graduação e sobre as barreiras encontradas durante a residência. Nas falas dos meus colegas que me fizeram refletir constantemente. Na descrição das atividades educacionais que tanto aprendi durante o mestrado. Na esperança de poder contribuir de forma efetiva para o ensino de cuidados paliativos para médicos de família e comunidade. Eu aprendi muito durante o trabalho e hoje não apenas ele é um fruto de minhas paixões como eu também sou fruto do que vivenciei ao fazê-lo.

Espero que gostem.

## RESUMO

Os avanços na medicina e a maior longevidade alcançada ocasionam uma maior população de idosos e maior sobrevivência com doenças crônicas debilitantes. Por consequência, geram maior demanda por cuidados paliativos: cuidados holísticos ativos direcionados a pessoas com doenças graves que têm por finalidade melhorar a qualidade de vida. Diante tal cenário, a Atenção Primária e o Médico de Família e Comunidade (MFC) devem estar capacitados para fornecerem cuidados paliativos (CP) de qualidade. Embora estejam estabelecidas quais as competências em CP esperadas do MFC após conclusão da residência, observam-se metodologias de ensino distintas entre os programas. O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade em relação ao aprendizado de cuidados paliativos. A metodologia consistiu em pesquisa qualitativa com análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com residentes de medicina de família e comunidade de instituições de residência situadas em Minas Gerais. Observou-se que, nos programas que possuem estágio em CP, o ensino ocorre predominantemente em ambulatório, por 30 dias, principalmente por meio de atendimento preceptorado e discussão de casos. A percepção dos residentes indicou que foco é maior nos pacientes oncológicos, o ensino teórico é pouco estruturado e a abordagem multidisciplinar é escassa. Nos programas que não possuem estágio em setor específico, o ensino ocorre principalmente no ambiente domiciliar e há aulas teóricas sobre o assunto. No entanto, a carga horária não é delimitada, e parte dos residentes recorrem a cursos extracurriculares para aquisição das competências sobre o tema. Os residentes dos programas com estágio relataram se sentirem mais seguros em ofertar CP do que aqueles que não participaram de estágio em setor específico. Por fim, os residentes recomendaram presença de estágio em setor específico que abranja os três cenários de ensino (ambulatorial, domiciliar e hospitalar), com duração média de dois meses, que associe diferentes metodologias ativas de ensino prático e teórico e possua avaliação estruturada condizente.

**Palavras-chave:** Aprendizagem; Cuidados Paliativos; Residência Médica; Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

Advances in medicine and the greater longevity achieved lead to a larger population of elderly people and greater survival with debilitating chronic diseases. As a result, they generate greater demand for palliative care: active holistic care aimed at people with serious illnesses that aim to improve their quality of life. In this perspective, Primary Care and Family Physicians (FP) must be able to provide quality palliative care (PC). Although the PC competences expected from the FP after completing the residency are established, different teaching methodologies are observed in the programs. The aim of the study was to analyze the perception of medicine residents regarding learning about palliative care. The methodology consisted of qualitative research with content analysis of semi-structured interviews carried out with family medicine residents of institutions located in Minas Gerais. It was observed that the programs that have internship in PC, teaching occurs predominantly in an outpatient clinic, for 30 days, mainly through tutored care and case discussion. The residents' perception indicated that the focus is greater on cancer patients, theoretical teaching is poorly structured and the multidisciplinary approach is scarce. In programs that do not have an internship in a specific sector, teaching takes place mainly in the home environment and there are theoretical classes on the subject. However, the workload is not limited, and part of the residents resort to extracurricular courses to acquire skills on the subject. Residents of programs with internships reported feeling more secure in offering PC than those who did not participate in internships in a specific sector. Finally, the residents recommended the presence of an internship in a specific sector that covers the three teaching scenarios (outpatient, home and hospital), with an average duration of two months, that associates different active methodologies of practical and theoretical teaching and has a structured evaluation that matches.

**Keywords:** Learning; Palliative care; Medical Residency; Qualitative research

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Classificação em Níveis de Atenção em Cuidados Paliativos.....	14
Quadro 1	Atributos da Atenção Primária à Saúde .....	17
Quadro 2	Competências em Cuidados Paliativos Para Residentes de Medicina de Família e Comunidade.....	23
Quadro 3	Objetivo específico x Questão da Entrevista .....	29
Figura 2	Percurso metodológico .....	32
Quadro 4	Apresentação dos resultados de acordo com os objetivos.....	34
Figura 3	Dois ciclos: Experiência e Explicação .....	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos residentes de Medicina de Família e Comunidade .....	33
Tabela 2	Distribuição das unidades de ensino referentes a estrutura do ensino de cuidados paliativos .....	36
Tabela 3	Distribuição das unidades de ensino referentes às recomendações para o ensino de cuidados paliativos na residência de MFC .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD –	Atenção Domiciliar
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANCP –	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS –	Atenção Primária à Saúde
DPOC –	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF –	Equipe de Saúde da Família
IAHPC –	Associação Internacional de Hospice e Cuidado Paliativo
MFC –	Medicina de Família e Comunidade
RAS –	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC –	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
WHO –	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Participantes da Pesquisa.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3</b>	<b>Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos para análise dos dados.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>6.1</b>	<b>Processo ensino-aprendizagem.....</b>	<b>36</b>
<b>6.2</b>	<b>Percepção dos residentes com estágio específico em cuidados paliativos.....</b>	<b>41</b>
<b>6.3</b>	<b>Percepção dos residentes sem estágio específico em cuidados paliativos.....</b>	<b>50</b>
<b>6.4</b>	<b>O esperado antes e o almejado após a residência .....</b>	<b>60</b>
<b>6.5</b>	<b>Recomendações para o ensino de Cuidados Paliativos durante residência....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>92</b>
	<b>Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>92</b>
	<b>Apêndice 2- Roteiro da entrevista.....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para melhor compreensão sobre o ensino de cuidados paliativos para residentes de medicina de família e comunidade, é proveitoso adentrarmos inicialmente nos conceitos e na evolução de cuidados paliativos, com ênfase na realidade desses cuidados em âmbito nacional. A seguir, apresentamos a relação do tema com a Atenção Primária à Saúde. Por fim, detalhamos sobre a formação do médico de família em cuidados paliativos e os aspectos educacionais envolvidos.

### 1.1 Cuidados paliativos

A definição de cuidados paliativos mais difundida foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (WHO), atualizada em 2002, e tem a seguinte descrição:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

Embora inclua o cuidado multidisciplinar e o conceito ampliado de saúde física, social, psicológica e espiritual, essa definição apresenta limitações conceituais. Ao delimitar os cuidados paliativos a problemas associados a doenças potencialmente fatais, a definição não abrange as necessidades de pacientes com condições graves, crônicas e ou complexas. Além disso, possui definição diferente para adultos e para crianças, sendo que a definição direcionada aos menores de 15 anos foi desenvolvida em 1998 e apresenta desafios semelhantes.

O cuidado paliativo é o cuidado ativo total do corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o apoio à família. Começa quando o câncer é diagnosticado e continua independentemente de a criança receber ou não tratamento direcionado à doença. Cuidados paliativos eficazes requerem uma ampla abordagem multidisciplinar que inclua a família e utilize os recursos comunitários disponíveis. (WHO, 1998, p.8)

Assim, em 2017, após publicar o relatório “Aliviando o abismo de acesso em cuidados paliativos e alívio da dor”, em que observaram que doenças potencialmente transitórias, como desnutrição, febres hemorrágicas e envenenamento por exemplo, também apresentavam carga de sofrimento intenso e se beneficiariam de cuidados paliativos, o Comitê da Lancet responsável recomendou que a definição da WHO fosse revisada para contemplar os avanços no sistema de saúde e abranger ambientes de baixa renda (KNAUL *et al.*, 2018).

Por conseguinte, em 2018, a Associação Internacional de Hospice e Cuidado Paliativo – IAHPC, em um projeto de pesquisa envolvendo 88 países, desenvolveu com base em consenso uma nova definição para cuidados paliativos para todas as idades:

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (IAHPC, 2018).

No documento que apresentam essa nova definição, destaca-se que saúde relacionada a sofrimento intenso é quando se necessita de intervenção profissional para seu alívio e quando compromete funções físicas, sociais, espirituais e ou emocionais. Além disso, conceituam que doença grave é qualquer doença, aguda ou crônica, que possa levar à debilidade ou deficiência por longo período, ou até à morte (IAHPC, 2018).

É importante ressaltar que cuidados paliativos e cuidados curativos não são excludentes. Os cuidados paliativos não devem ser implementados apenas quando não houver cuidados curativos disponíveis, pelo contrário, são oferecidos em conjunto com terapias específicas da doença, pois são aplicáveis durante todo o percurso dela, de acordo com as necessidades dos pacientes (IAHPC, 2018; WPCA; WHO, 2014).

Oferecer cuidado paliativo envolve controlar e aliviar a dor, ofertar cuidado nutricional e abordagem de feridas, garantir conforto e melhora de sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dispneia, entre outros problemas físicos. Também deve prover respeito à autonomia e poder de escolha do paciente, abordando demandas psicossociais e espirituais. Além disso, deve-se trabalhar com um sistema de apoio que tem por finalidade auxiliar as pessoas próximas do paciente a lidar com o processo de adoecimento e com o luto pós óbito (ORDONHO *et al.*, 2021).

Compreendendo o que são os cuidados paliativos e sua abrangência, é evidente o aumento da demanda por cuidados paliativos diante os avanços na medicina, uma vez que a maior longevidade alcançada proporciona não apenas uma maior população de idosos, mas também maior sobrevivência dos indivíduos com doenças crônicas debilitantes. Nesse contexto, é válido exemplificar que não apenas pacientes com doenças oncológicas são passíveis de cuidados

paliativos, mas também aqueles com insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica, portadores de demências e doenças neurológicas, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pacientes acamados e com alto grau de dependência, entre outros (AZEVEDO *et al.*, 2017) .

Entretanto, segundo Atlas Global de Cuidado Paliativo, no mundo todo apenas 14% das pessoas que precisam de cuidado paliativo o recebem, em contraste com a estimativa de que mais de 20 milhões de pessoas a cada ano precisam da assistência. Sendo que esse número total dobra ou até triplica se considerarmos os cuidadores envolvidos nos cuidados de final de vida e se os incluirmos na necessidade de cuidado paliativo, como deve ocorrer (WPCA; WHO, 2014).

O Atlas Global de Cuidado Paliativo (WPCA; WHO, 2014) ao levantar os dados sobre a oferta de cuidados paliativos no mundo, classificou e categorizou os países em níveis de assistência prestada, que podem ser explicados resumidamente conforme exposto na figura abaixo:

**Figura 1 Classificação em Níveis de Atenção em Cuidados Paliativos**

NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Grupo 1:	Países com nenhuma atividade conhecida de cuidados paliativos.
Grupo 2:	Países com capacidade para construir serviços, embora não tenham.
Grupo 3a:	Países que prestam cuidados paliativos de forma isolada.
Grupo 3b:	Países que prestam cuidados paliativos de forma generalizada.
Grupo 4a:	Países com serviços de cuidados paliativos em estágio preliminar de integração com o sistema de saúde.
Grupo 4b:	Países com serviços de cuidados paliativos em estágio avançado de integração com o sistema de saúde.

Fonte: Atlas Global de Cuidado Paliativo (WPCA; WHO, 2014)

Na ocasião, o Brasil foi classificado como Grupo 3a, caracterizado por desenvolvimento irregular de cuidados paliativos, com financiamento fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina, e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos comparado ao tamanho da população. Assim, de acordo com o Atlas, o Brasil apresentava o mesmo nível de desenvolvimento em cuidados paliativos que Congo, Irã, Moçambique e Venezuela (WPCA; WHO, 2014).

O mais recente mapeamento mundial, publicado em 2020, aponta que o país deixou a categoria 3a, caracterizada pelo oferecimento de cuidados paliativos de maneira isolada e passou a ocupar o nível 3b, em que a prestação de cuidados paliativos é generalizada. Nessa categoria, tem-se o crescimento do suporte com múltiplas fontes de financiamento, melhor disponibilidade de morfina; serviços de cuidados paliativos independente do sistema de saúde; e o fornecimento de algum treinamento e iniciativas de educação por parte das organizações. Também fazem parte do grupo 3b Colômbia, Panamá, Zâmbia, Finlândia e Arábia Saudita (CLARK *et al.*, 2020).

Nos níveis acima, estão países como Argentina, África do Sul e China (4a) e Canadá, Estados Unidos e Japão (4b), locais onde os serviços de Cuidados Paliativos estão integrados aos sistemas de saúde, em estágio preliminar e avançado respectivamente. Além de haver maior variedade de prestadores e tipos de serviço, percebe-se oferta significativa de treinamento e iniciativa de educação, há disponibilidade de morfina além de outros analgésicos fortes, cujos profissionais da saúde têm consciência sobre o assunto e a sociedade é engajada na temática (CLARK *et al.*, 2020).

Essa mudança de categoria é condizente com o aumento de serviços de cuidados paliativos no Brasil. Em 2018, o país contava com 177 serviços de Cuidados Paliativos, como mostra o documento Análise Situacional e Recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil (ANCP, 2018), e, em 2019, são mais de 190. Esse aumento merece comemoração, mas considerando a dimensão continental do país e sua população, ainda há um grande caminho a ser percorrido para alcançarmos a oferta de serviços de cuidados paliativos em estágio avançado de integração com o sistema de saúde (SANTOS; FERREIRA; PRADO, 2020).

Embora não existam no Brasil parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde afirma que essa necessidade pode ser avaliada a partir do perfil de mortalidade de uma população, pois, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% seriam passíveis de cuidados paliativos, considerando-se todos os diagnósticos (MACIEL, 2012). Isso significa que pelo menos 583.000 pessoas podem se beneficiar com cuidados paliativos no Brasil, considerando o número de 1.165.905 óbitos ocorridos por causa natural em 2018 (BRASIL, 2019).

A demanda é alta, a oferta limitada. Ainda de acordo com o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil de 2019, embora a maior parte da oferta de serviços de cuidados paliativos seja centrada em hospitais, ao considerar os 2500 hospitais brasileiros com número igual ou superior a 50 leitos, observa-se que apenas 5% contam com uma equipe de cuidados paliativos. Cenário bem diferente dos Estados Unidos, em que segundo levantamento de 2016 havia 1.831 equipes de cuidados paliativos cobrindo mais de 90% dos hospitais com mais de 50 leitos (SANTOS; FERREIRA; PRADO, 2020).

Diante o número insuficiente de serviços de cuidados paliativos e a crescente demanda, destaca-se a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para melhorar a oferta, o acesso e a qualidade dos cuidados paliativos, representando a estratégia de menor custo e maior impacto na saúde da população.

## **1.2 Atenção Primária a Saúde e cuidados paliativos**

Em termos de organização, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro pode ser dividida em três níveis: i) a Atenção Primária, que constitui o acesso próximo, livre e contínuo da população; ii) a Atenção Secundária, formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, de média densidade; iii) e a Atenção terciária, conjunto de terapias e procedimentos de elevada densidade (BRASIL, 2010).

A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Engloba diversas estratégias governamentais, sendo a principal a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que disponibiliza serviços multidisciplinares no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL., 2012).

Apresenta-se como serviço de alta complexidade, isto é, detém muito conhecimento, porém apresenta baixa densidade, ou seja, equipamentos tecnológicos reduzidos, o que lhe confere três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A primeira função diz respeito a atuar de forma resolutiva e capacitada, o que a permite atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação é a base para coordenar os fluxos e contrafluxos dentro da RAS. E a responsabilização refere-se tanto ao atendimento da população adscrita quanto ao âmbito econômico e sanitário associados à sua prática (MENDES, 2011).

Além de compactuar com os princípios éticos do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e ser condizente com os princípios organizacionais (descentralização da saúde, participação social e regionalização e hierarquização), a APS apresenta seus próprios atributos (STARFIELD, 2002) elencados no quadro 1:

**Quadro 1 Atributos da Atenção Primária à Saúde**

ATRIBUTOS DA APS	
Atributos nucleares	Atributos derivados
Atenção ao primeiro contato/acesso Longitudinalidade Coordenação Integralidade	Centralização na Família Orientação Comunitária Competência Cultural

Fonte: Responsabilidade na Atenção Primária. In: Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia (STARFIELD, 2002)

Conhecendo seus atributos, torna-se evidente que a APS é o serviço adequado à prestação dos cuidados paliativos. A APS é a base da RAS e possui elevado grau de descentralização e capilarização. Isto é, para facilitar o acesso da população, as UBS são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL., 2012). A localização próxima somada ao fato de ser porta de entrada – não necessitar encaminhamento e acolher demandas espontâneas, permite acesso livre para o usuário e família recorrer tanto na urgência quanto no momento eletivo (STARFIELD, 2002). Essa acessibilidade é de extrema importância para os usuários aptos a cuidados paliativos, que além do acompanhamento habitual, muitas vezes apresentam queixas agudas com possibilidade de resolução pela própria equipe da ESF, sem necessidade de se dirigirem a prontos socorros ou pontos mais complexos da RAS.

A APS permite também que a relação entre profissionais e comunidade seja longitudinal, fortalecendo vínculo, atuando em prevenção, diminuindo hospitalizações, e ofertando manejo adequado (STARFIELD, 2002). O vínculo é fundamental para o paciente em cuidados paliativos: conhecer o paciente, seu contexto familiar e social, seu histórico de saúde e estado atual, seus valores e preferências, seus medos e sua cultura. Da mesma forma, ao acompanhar o paciente é possível prevenir agravos e evitar iatrogenias, fornecer melhor controle das doenças de base e reduzir necessidade de internações. Quando uma equipe de atenção primária oferece cuidados paliativos específicos em vez de apenas o cuidado usual, há menos admissões em

serviços de emergência, menor tempo de permanência hospitalar, melhor controle de sintomas e qualidade de vida (BRÄNNSTRÖM; BOMAN, 2014; WONG *et al.*, 2016).

A APS é o nível de atenção propício para coordenar o cuidado do paciente, ao receber contrarreferência compartilhada pelos outros pontos de atenção e reconhecer a trajetória do usuário pela rede (STARFIELD, 2002). Assim, considerando que os pacientes com doenças graves muitas vezes terão acompanhamento com outros especialistas – cardiologistas, infectologistas, oncologistas, neurologistas, entre outros, ou necessitarão de internação hospitalar durante a evolução da doença, é importante que haja coordenação desse cuidado e quem está preparada para esse papel é a equipe de saúde da APS.

O atributo da integralidade se refere ao cuidado abrangente, de reconhecer a variedade das necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordar essas necessidades (GUSSO; LOPES, 2018). A abordagem integral do paciente em cuidados paliativos está relacionada em acolher demandas e prover cuidados em todas as esferas: física, social, emocional e espiritual. Garantindo olhar amplo que vá além do diagnóstico ao mesmo tempo em que abrange o indivíduo como um todo.

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (STARFIELD, 2002). O adoecimento, definido como experiência individual diante a doença, assim como o entendimento sobre saúde e a forma como se lida com a morte são influenciados pela cultura em que o paciente e família se inserem, logo reconhecer e saber atuar levando em consideração os aspectos culturais é imprescindível quando se trata de pacientes em cuidados paliativos.

Outro princípio da APS é o enfoque na abordagem familiar: compreender sua estrutura, sua influência e seu sofrimento no processo saúde-doença (STARFIELD, 2002). Princípio esse que estreita mais o laço entre cuidados paliativos e a equipe de saúde da família. Uma vez que é necessário fornecer também cuidado a família do paciente em cuidados paliativos, desde o diagnóstico, perpassando pelo cuidado e no momento de luto, o vínculo e acolhimento que a APS disponibiliza através das equipes de saúde da família se mostra de enorme valor.

E por fim, a orientação comunitária está presente na utilização de habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas de forma complementar para ajustar os programas que atendam às necessidades de saúde específicas da população (SHIMAZAKI, 2009). Relacionado à provisão de cuidados paliativos, podemos citar o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, instituído pela Portaria nº 19 de janeiro de 2002, que visa ampliar a inserção dos cuidados paliativos no SUS e também o Programa Melhor em Casa, que visa fortalecer o atendimento domiciliar pelas equipes de Atenção Primária (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Ainda que esteja no escopo de outros serviços, a maior parte da Atenção Domiciliar (AD) no SUS é realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) e também se apresenta como um cenário importante para a prática de cuidados paliativos. A AD realizada pela APS permite oferecer assistência mais humanizada à medida que o paciente com dificuldades para se apresentar na UBS passa a receber os cuidados em seu próprio domicílio. Esses cuidados também geram resolutividade e redução de internações hospitalares, visto a possibilidade de procedimentos no ambiente domiciliar como: aspiração de vias aéreas, troca de sondas e bolsas de ostomia, paracentese, medicações venosas, entre outros. A AD também envolve o reconhecimento do cuidador como sujeito que demanda atenção e cuidado da equipe, uma vez que ele deve cuidar de famílias e não apenas de indivíduos (BRASIL, 2020).

Dessa forma a equipe de atenção primária se encontra em uma posição privilegiada para realizar a abordagem inicial e dar continuidade aos cuidados das pessoas com doenças relacionadas a sofrimento intenso e que ameaçam a vida.

Em relação à formação da equipe, a ESF deve ser composta por, no mínimo, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, e médico, preferencialmente especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade (BRASIL, 2012). Por isso, diante o trabalho do Médico de Família e Comunidade na APS é de fundamental importância que este profissional tenha formação que o habilite a atuar em Cuidados Paliativos.

### 1.3 A formação do médico de família e comunidade em cuidados paliativos

O médico de família e comunidade deve se pautar no método clínico centrado na pessoa, devendo realizar abordagem integrada, sensível e apropriada, demonstrando empatia e favorecendo o vínculo. É essencial que conheça profundamente os problemas de saúde que mais frequentemente acometem as pessoas no cenário da APS (GUSSO; LOPES, 2018). Portanto, o médico de família e comunidade é o especialista com formação para atender na APS e desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados paliativos. Por conhecerem a história biológica e biográfica dos sujeitos, realizam avaliação integral: abordam os problemas físicos, sociais, sofrimento psicológico e espiritual, tanto do paciente quanto dos familiares. Possuem disponibilidade para visitas domiciliares, coordenam o cuidado com especialistas e promovem a autonomia. Além de utilizarem de forma eficiente os escassos recursos e trabalharem em equipes multidisciplinares (BARROS; CUNHA; MATTOS, 2018).

Para isso, além dos cuidados habituais, é preciso que os profissionais da APS tenham conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para prática dos cuidados paliativos gerais. Isso engloba avaliar e manejar sintomas físicos, dentre eles dor, náuseas, vômitos, dispepsia, lesões por pressão, diarreia, constipação e xerostomia, além do conhecimento necessário para manejo correto de opioides. Inclui também abordar e cuidar dos sintomas psíquicos, possuir habilidade de comunicação para falar sobre diagnóstico, prognósticos e objetivos de cuidado de forma sincera e empática, assim como competência para oferecer conforto durante o processo ativo de morte (ANCP, 2018).

Entretanto, em estudo realizado por Ribeiro e Poles (2019) sobre a prática de cuidados paliativos pelos médicos das ESF na cidade de Lavras-MG, foi identificado que além de possuírem conhecimento incipiente sobre o conceito de cuidados paliativos, os profissionais apresentam dificuldade para abordarem os pacientes de maneira holística, o que atribuem, principalmente, à deficiência na formação acadêmica. Já na pesquisa realizada com os médicos das ESF na cidade de Vassouras-RJ, 58% relataram se sentir aptos a se responsabilizarem pelos cuidados paliativos e apenas 33% disseram ter sido satisfatório o aprendizado de ferramentas de comunicação e postura médica para dar más notícias durante a graduação, de forma que 42% informaram busca por atualização profissional no tema (ALVES JUNIOR *et al.*, 2020).

Esses achados se repetem no estudo realizado por Mattos e Derech (2020), em que 87 médicos de 34 cidades brasileiras responderam questionário com objetivo de caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária. O estudo concluiu que embora exista certa provisão de cuidados paliativos na APS brasileira eles são disponibilizados com insuficiência e um dos motivos são as dificuldades na formação médica: 92% dos médicos entrevistados relataram que não tiveram uma disciplina de cuidados paliativos na graduação.

Parte dessa ausência de abordagem durante a graduação poderia ser atribuída ao fato de que somente em 2011 os cuidados paliativos foram reconhecidos como uma subespecialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, tornando-se uma área de especialização possível principalmente para as seguintes especialidades: oncologia, medicina de família e comunidade, anestesia, geriatria, pediatria e clínica médica (CFM, 2011). Porém, antes de ser instituída a especialidade Medicina Paliativa, as condições incuráveis e a morte sempre foram presentes na atuação médica, e ainda assim observa-se escassa abordagem sobre os cuidados no fim da vida durante a formação.

Em sua maioria, os profissionais têm a formação na perspectiva da cura, o que não os torna preparados para lidar com questões como a finitude da vida. Quando ocorre a morte, essa é muitas vezes vista como uma falha, um insucesso (COSTA *et al.*, 2016). Essa cobrança imposta aos médicos no meio acadêmico e na sociedade como um todo exige do médico direcionar todos os esforços para evitar a morte do paciente, evidenciando muitas vezes as dificuldades no cuidado a pacientes com sequelas graves e definitivas (AREDES; MODESTO, 2016).

Em pesquisa realizada em 2012 com 58 coordenadores de cursos de medicina no Brasil, com objetivo de avaliar o ensino de cuidados no fim da vida, não exatamente cuidados paliativos, foi identificado que apenas 35% dos cursos apresentavam disciplina em que o tema era o foco principal e parte dessas disciplinas era eletiva. Além disso, embora 96,6% dos coordenadores tenham considerado muito importante o ensino dos cuidados no fim da vida, o estudo concluiu que esse ensino é limitado e tem pouca prioridade na graduação (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

Pouco tempo depois, em 2014, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina aprovadas pelo Ministério da Educação se atentaram em promover melhor formação humanística, crítica e ampla dos egressos, levando em consideração a necessidade de incorporar

conteúdo sobre o acompanhamento do processo de morte como parte integrante da formação médica (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, as escolas de medicina se viram impelidas a rever seus currículos, retomando disciplinas e organizando intervenções para a retomada do humanismo na prática médica, porém o processo tem ocorrido de forma lenta e gradual. Em revisão sistemática sobre o ensino do humanismo no período de 2010 a 2016, embora tenham encontrado evidências de que as escolas médicas estão desenvolvendo ações para implementarem o humanismo no ensino, poucos estudos foram encontrados e esses demonstravam que a abrangência das medidas ainda é pequena, considerando-se o universo dos cursos de Medicina (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018).

O cenário se assemelha ao ensino específico de cuidados paliativos, que permanece tímido nos currículos de graduação em medicina. Em 2014, ao pesquisar o ensino de cuidados paliativos na graduação em escolas médicas de Minas Gerais, Oliveira (2014) encontrou que o conhecimento de bioética com ênfase em cuidados paliativos e a formação de médicos que atendam às necessidades emergentes da área não estavam suficientemente aplicados. Sete anos depois, em uma pesquisa que avaliou o ensino de bioética e cuidados paliativos na graduação médica de uma faculdade em Brasília, os alunos, em sua maioria, declararam falta de habilidade de comunicação e incômodo para se comunicar com familiares de pacientes no fim da vida, despreparo para comunicar e vivenciar a morte de paciente em serviço de urgência e insegurança sobre o conhecimento do Código de Ética Médica (MENDES; PEREIRA; BARROS, 2021).

Observa-se que mesmo quando ofertados, os cuidados paliativos são internalizados como parte de disciplinas maiores, sem a devida padronização formal de conteúdos, com carga horária insuficiente e sem horizontalidade, impedindo a aquisição pelo estudante de conhecimentos minimamente necessários para desenvolver competências e habilidades (FREITAS, 2017). Os principais obstáculos da abordagem durante a graduação são a falta de contexto clínico para a educação, falta de tempo curricular diante da demanda, baixo apoio e estrutura, falta de professores qualificados, ensino fragmentado e ausência formal nos currículos (CASTRO *et al.*, 2021).

Diante da escassez do ensino oferecido pelos cursos de medicina, além de reforçar que os cuidados paliativos devem ser ensinados de forma sistemática durante a graduação, a ANCP ressalta que a aquisição dos conhecimentos em cuidados paliativos gerais pode ocorrer também por meio de cursos específicos de curta duração, em pós-graduação *latu sensu*, e, tratando-se especificamente dos Médicos de Família e Comunidade, o ensino deve ser ofertado durante a especialização ou residência em medicina de família e comunidade (ANCP, 2018).

De acordo, a Comissão Nacional de Residência Médica, por meio da Resolução Nº 1 de 25 de maio de 2015 que objetiva regulamentar os requisitos mínimos dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade, instituiu que cuidado paliativo é uma das áreas de competência clínica a serem desenvolvidas ainda no primeiro ano do programa de residência médica (CNRM, 2015).

Em consonância, em seu Currículo Baseado em Competências, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) explicita as competências que todo residente deve saber ao fim de seu processo de formação como especialista com uma sessão específica para as competências almejadas em cuidados paliativos. No quadro 2 estão descritas as competências essenciais segundo a SBMFC (SBMFC, 2015):

#### Quadro 2 Competências em Cuidados Paliativos Para Residentes de Medicina de Família e Comunidade

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maneja úlceras de pressão/decúbito.</li> <li>2. Realiza manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal.</li> <li>3. Maneja nutrição no paciente terminal.</li> <li>4. Prepara e orienta familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte.</li> <li>5. Maneja intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo.</li> <li>6. Conhece a importância do atendimento fora do horário para intercorrências graves e falecimento (atestado de óbito).</li> <li>7. Sabe fornecer um atestado de óbito.</li> <li>8. Sabe fazer a abordagem do luto.</li> <li>9. Reconhece situações urgentes no cuidado paliativo e sabe encaminhá-las.10</li> <li>10. Maneja situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais).</li> <li>11. Demonstra habilidades de comunicação com paciente, seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias</li> </ol>

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

Contudo, o currículo apenas norteia os programas de residências quanto às competências de cuidados paliativos necessárias, ele não descreve o arcabouço curricular ideal, a se estipular como modelo, no que tange as ferramentas de ensino a serem utilizadas, metodologias docentes,

e instrumentos avaliativos. Também não estabelece critérios específicos em relação à estrutura, aos cenários de aprendizagem, e à carga horária a ser disponibilizada para o ensino dos cuidados paliativos dentro da residência de medicina de família e comunidade.

Em estudo realizado com quatro programas de residência de medicina de família e comunidade em Curitiba, identificou-se que o ensino de cuidados paliativos ocorre de maneira não estruturada no currículo oculto e por meio da inserção pontual da temática. Ao aplicarem questionário para avaliar a autopercepção dos residentes quanto às competências propostas pela SBMFC, encontraram que os residentes se consideram na zona de perigo sobre “reconhecer situações urgentes em cuidados paliativos”, e em todas as demais competências se consideram na zona de alerta (SANTOS, 2017).

Assim, embora a residência de medicina de família e comunidade seja o ambiente propício para o aprendizado de cuidados paliativos, o que se observa é que diante a ausência dessas recomendações, os programas de residência oferecem estruturas de ensino diferentes. Verificou-se que em alguns os residentes frequentam estágios em setores específicos de cuidados paliativos, em outros, o ensino ocorre majoritariamente dentro do contexto geral da atenção primária.

Até mesmo a presença de estágio em setor específico de cuidados paliativos por si só pode não ser suficiente para o aprendizado se não for bem estruturado. Uma pesquisa canadense, com residentes de medicina de família e comunidade que passaram por um rodízio de 4 semanas em centro especializado de cuidados paliativos, demonstrou que apesar dos residentes se sentirem mais confiantes no controle da dor e dos sintomas e na discussão sobre os objetivos do tratamento dos pacientes, eles se sentiam desconfortáveis em praticar cuidados paliativos devido habilidades insuficientes e buscariam desenvolvimento profissional complementar para se sentirem competentes (MAHTANI *et al.*, 2015)

Observa-se também que, além da estruturação curricular ser individual a cada programa de residência, é escasso o número de publicações que retratem e compartilhem experiências sobre o ensino de cuidados paliativos para residentes de medicina de família e comunidade no Brasil.

Pinheiro, Benedetto e Blasco (2011) relataram uma experiência positiva de ensino em um Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos na Residência de Saúde da Família da Escola de

Medicina do ABC. Os autores atuaram como observadores participantes e foram anotando em um diário o que fosse relevante em relação ao aprendizado dos residentes. Retrataram aspectos positivos sobre atendimento centrado no paciente, relacionamento com familiares e contato com a morte. Os residentes realizaram narrativas reflexivas sobre as consultas, mas não houve abordagem sobre as suas perspectivas em relação ao ensino ofertado ou sobre as competências adquiridas.

Conclui-se que explorar as perspectivas dos residentes em relação ao aprendizado de cuidados paliativos dentro dos programas de residências é fundamental para a solidificação de ensino de qualidade, que almeja formar profissionais com as competências essenciais para prestarem atendimento integral aos pacientes durante e no final de suas vidas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade (MFC) em relação ao aprendizado de cuidados paliativos

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as metodologias de ensino utilizadas para o aprendizado de cuidados paliativos durante a residência.
- Explorar as percepções dos residentes de MFC em relação aos processos de ensino-aprendizagem de cuidados paliativos, na presença e na ausência de estágio em serviço especializado.
- Comparar as expectativas dos dois grupos acerca do ensino e a percepção de autoeficácia para prover cuidados paliativos após conclusão da residência.
- Conhecer as recomendações dos residentes de MFC para o ensino de cuidados paliativos durante o programa.

### 3 JUSTIFICATIVA

Os avanços na medicina e a maior longevidade alcançada ocasionam não apenas uma população maior de idosos, mas também permitem que os pacientes vivam mais tempo com doenças crônicas debilitantes. Embora a cura não seja possível, há uma enorme gama de assistência e cuidado que podem e devem ser fornecidos para esses pacientes e suas famílias, a fim de promover alívio e melhorar a qualidade de vida. Diante escassez de serviços especializados em cuidados paliativos no país, a Atenção Primária à Saúde ganha destaque pelo potencial de ampliar a oferta e facilitar o acesso à assistência paliativa de qualidade. A abordagem centrada na pessoa, o foco na família, a continuidade do cuidado e a ênfase sobre a qualidade de vida são características importantes, que tornam o Médico de Família e Comunidade profissional adequado para prestar cuidados paliativos. Por consequência, a residência de medicina de família e comunidade é o ambiente propício para o aprendizado de cuidados paliativos por esses profissionais. Entretanto, na ausência de recomendações que orientem as ferramentas de ensino a serem utilizadas, metodologias docentes, carga horária, e instrumentos avaliativos, os programas de residência oferecem estruturas de ensino diferentes. Verificou-se que em alguns os residentes frequentam estágios em setores específicos de cuidados paliativos, em outros, o ensino ocorre majoritariamente dentro do contexto geral da atenção primária. Para melhor compreensão do processo de aprendizagem, da aquisição de competências, e do impacto do ensino sobre o fornecimento de cuidados paliativos por esses profissionais após formação, é fundamental entender a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade diante do aprendizado ofertado. Além disso, para que o aprendizado seja centrado no aluno, é necessário incorporá-los ao processo de construção do ensino, dando destaque as suas contribuições, uma vez que são os protagonistas do processo. Dessa forma, considerando e comparando a ótica dos residentes no contexto de ensino dos dois cenários (residentes com estágio curricular em serviço especializado de cuidados paliativos, e residentes inseridos em programas sem o estágio no setor específico) também pretende-se explorar subsídios que contribuam para a organização do processo de ensino aprendizagem de cuidados paliativos dentro dos programas de residência de medicina de família e comunidade.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

O percurso metodológico baseou-se na abordagem qualitativa, buscando analisar a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade em relação ao aprendizado de cuidados paliativos durante o programa de residência. A percepção é o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente (DAVIDOFF, 1983).

Para tanto, foi utilizado como recurso metodológico entrevistas semiestruturadas com os residentes participantes. A entrevista semiestruturada é conduzida com base no tópico guia apresentado por meio da combinação de perguntas previamente formuladas e perguntas abertas. Dessa forma é permitido ao entrevistado liberdade para refletir e discorrer sobre os tópicos abordados. Além disso, por ser uma entrevista guiada, permite ao entrevistador maior controle sobre o que se deseja saber e apresenta como vantagem a possibilidade de estimativa do tempo necessário para sua execução (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos influencia o agir, o pensar e o interpretar do ser humano, produção essa que dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011).

Tratando-se de pesquisa sobre educação, a pesquisa qualitativa apresenta-se como metodologia ímpar ao possibilitar a compreensão dos fenômenos envolvidos nas ações, pensamentos e interpretações dos estudantes acerca do processo de aprendizagem.

### **4.2 Participantes da pesquisa**

Segundo levantamento do Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM), no ano de 2020, os 26 programas de residência médica em MFC de Minas Gerais contavam com um total de 248 residentes matriculados, sendo que 103 eram residentes no segundo ano, e estavam distribuídos em 18 programas.

Através de mídias sociais e contato com residentes de MFC em Minas Gerais, conhecidos previamente e também por meio do Grupo Aberto de Residentes brasileiros de MFC no *Telegram*®, foram identificados alunos de 3 programas de residência de MFC em Minas Gerais que contavam com estágio em serviços de cuidados paliativos.

Dessa forma, nesse estudo a amostra foi intencional e composta por residentes de medicina e família em duas categorias: residentes com estágio curricular em serviço especializado em cuidados paliativos, e residentes inseridos em programas sem o estágio no setor específico.

Essa divisão a priori foi implementada pois ao se abordar grupos sociais deve ser levado em consideração suas condições estruturais específicas. Ao passo que, na pesquisa qualitativa não se pressupõe se há ou quais diferenças, e sim investiga-se de modo receptivo e atento a todas possibilidades que emergirem.

O recrutamento ocorreu por meio de mídias sociais e foi direcionado aos residentes de medicina de família e comunidade participantes de programas de residência do estado de Minas Gerais, que sabidamente faziam parte de uma das duas categorias citadas, segundo informações coletadas e confirmadas no trabalho de campo.

O convite para a participação no estudo foi feito por *e-mail* ou por mídias sociais, com posterior agendamento da data e horário da entrevista, realizada via chamada de vídeo através da plataforma *Google Meet*®, com gravação do áudio.

Segundo Minayo (2017), “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.” Entretanto, na tentativa de estabelecer algum critério quantitativo para abordagem dos participantes, Cresswell (1998) propõe que, se tratando de pesquisas de cunho fenomenológico, seja realizado no máximo 25 e no mínimo cinco entrevistas.

Neste projeto, pretendeu-se recrutar participantes até obter-se a saturação dos dados, ou seja, se suspendeu a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar certa repetição. Dessa forma, ressalta-se a procura pela qualidade do estudo, de forma a se

buscar conciliar riqueza de dados com volume adequado para compreensão do objetivo proposto, não focando apenas no alcance numérico estimado.

Os critérios de inclusão englobaram todo residente de medicina de família e comunidade que desde o início da residência manteve-se em único programa, e para ampliação da população acessível, foram aceitos recém-concluintes com até um ano da formação na residência, isto é, aqueles que se formaram em 2020 ou 2021 puderam participar.

Ao passo que foram excluídos os residentes que estavam no primeiro ano de residência e residentes que trabalham ou já trabalharam, fora do contexto da residência, em setor específico de cuidados paliativos previamente.

#### **4.3 Instrumento de coleta de dados**

Utilizamos um roteiro previamente testado em estudo piloto (Apêndice 2) com perguntas objetivas sobre dados demográficos, formação e experiência profissional, e questões semiabertas sobre percepção do ensino de cuidados paliativos durante a residência, sobre conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridas, sobre suas expectativas e recomendações em relação ao ensino, e por fim, sobre suas perspectivas no fornecimento de cuidados paliativos no futuro profissional.

Ao seguir um roteiro com perguntas norteadoras, a entrevista semiestruturada permite ao participante falar sobre o tema de forma livre, ao mesmo tempo em que permite ao pesquisador trazer à tona novos questionamentos, sem que se perca o foco dos objetivos da pesquisa. Dessa forma, por meio da fala dos interlocutores conhecemos o sistema de valores de seu grupo social e revelam se suas condições estruturais. Assim, a entrevista transmite as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2014).

O delineamento das perguntas norteadoras foi baseado nos objetivos específicos do projeto, de modo a responder às perguntas da pesquisa, levando em consideração os aspectos relevantes para o pesquisador e também para os participantes. A relação entre as questões da entrevista e os objetivos específicos está descrita no quadro 3.

Quadro 3 Objetivo específico x Questão da Entrevista

OBJETIVO ESPECÍFICO	QUESTÃO DA ENTREVISTA
<p><b>Explorar as percepções dos residentes de MFC em relação ao processo de ensino-aprendizagem de cuidados paliativos na presença e na ausência de estágio específico.</b></p>	<p>1. Como você define cuidados paliativos?            2. Você acredita que exista relação dos cuidados paliativos com a sua especialidade? Por quê?            3. Poderia falar-me de que forma são ensinados cuidados paliativos na sua residência?</p>
<p><b>Identificar as metodologias de ensino utilizadas para o aprendizado de cuidados paliativos durante a residência.</b></p>	<p>3. Poderia falar-me de que forma são ensinados cuidados paliativos na sua residência?</p>
<p><b>Comparar as expectativas acerca do ensino e a percepção de autoeficácia para prover cuidados paliativos após conclusão da residência.</b></p>	<p>4. Quais eram suas expectativas quanto ao aprendizado de cuidados paliativos durante a residência?            5. O que vem à mente quando se imagina formado atendendo pacientes aptos a cuidados paliativos?</p>
<p><b>Conhecer suas recomendações para o ensino durante o programa.</b></p>	<p>6. Se você for convidado para assumir a coordenação do programa de residência de medicina de família e comunidade. Você acha necessário estágio em cuidados paliativos?            6.1 Se sim como estruturaria esse estágio?            6.2 Se não, como acha que os cuidados paliativos devem ser estruturados dentro da residência?</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2022

Os áudios das entrevistas foram gravados com consentimento dos entrevistados e transcritos em seguida. A análise dos dados ocorreu à medida que foram coletados, de forma que consideramos a amostra satisfatória após a percepção de que seus conteúdos apresentavam tamanha riqueza de dados que não era necessário aumentarmos o seu volume.

#### 4.4 Procedimentos para análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados conforme a proposta de análise de conteúdo. Essa abordagem consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações. Primeiramente, atua-se na ordenação e organização do material empírico, a fim de se impregnar das

informações e observações obtidas no trabalho de campo. É preciso investir na compreensão do material trazido do campo, dando-lhe valor, ênfase, espaço e tempo (MINAYO, 2012).

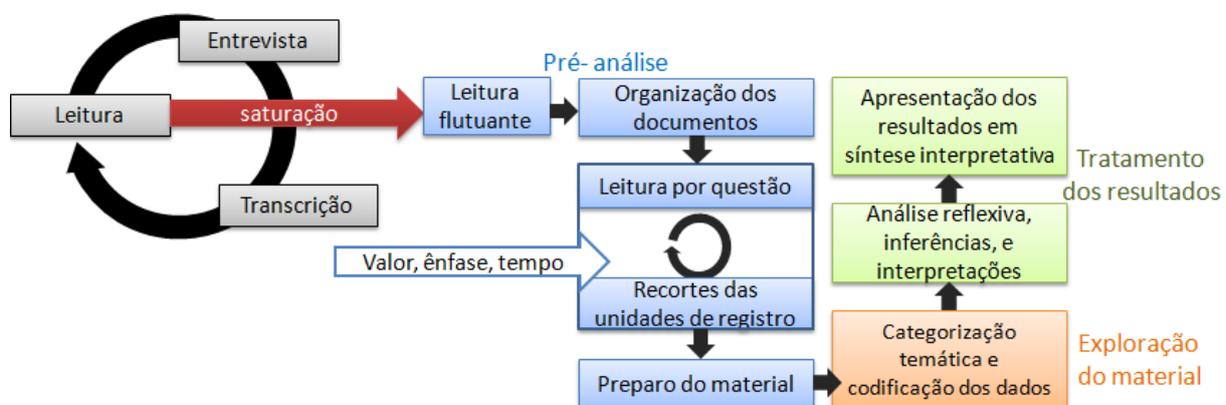
Primeiramente, as entrevistas foram transcritas e lidas cada uma de forma integral, passo que ocorreu durante o processo, enquanto outras entrevistas eram agendadas e realizadas. Isso contribuiu para o enriquecimento dos diálogos e para a observação da saturação das respostas. Após término da coleta do material, todas as entrevistas foram relidas de forma flutuante. Em seguida, foram divididas entre presença e ausência de estágio em setor de cuidados paliativos. Então, dividiu-se a leitura por questão: primeiramente foi lido todas as questões número 1 do grupo “com estágio” e, em seguida, ocorreu nova leitura com marcação das unidades de registro, estruturas relevantes e recorrentes dessa questão. Esse passo se repetia para a questão de número 1 do outro grupo, “sem estágio”, e depois foi realizado sucessivamente nas demais questões. Essa primeira etapa é o que Bardin (2006) definiu como pré-análise e se refere a organização dos dados.

A segunda etapa constitui a exploração do material (BARDIN, 2006). Baseado na teoria e nas circunstâncias observadas, na leitura e releitura, na imersão profunda das falas transcritas, nesse momento, a partir das unidades de registro definiu-se a categorização temática ou codificação para registro dos dados, além da seleção das unidades de contexto, textos específicos que enfatizam as estruturas de relevância apontadas no estudo de campo. O conteúdo gerado foi amplo e rico, portanto, levando em consideração os cinco objetivos específicos que o trabalho pretende alcançar, optou-se pela utilização de categorias apriorísticas para facilitar a correspondência entre os núcleos de sentido com os objetivos do estudo.

Por fim, na terceira etapa, denominada como tratamento dos resultados obtidos, foi realizada análise reflexiva com produção de inferências e interpretação do material, além de organização da forma de apresentação dos resultados, em que se elaborou uma síntese interpretativa a fim de responder aos questionamentos do estudo. Dessa forma, a intenção é abordar cada objetivo, apresentando as análises, inferências e unidades de contexto advindos do material de campo e, somado a uma nova revisão da literatura, o conjunto de falas e observações foi enriquecido com elementos históricos e contextuais (MINAYO, 2012)

A figura 2 ilustra o percurso metodológico utilizado de forma esquemática.

Figura 2 Percurso metodológico



Fonte: elaborado pela autora, 2022

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi desenvolvido considerando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José Rosário Vellano / UNIFENAS. Parecer número 4.594.748/ CAE 39447120.1.0000.5143.

Após contato para agendamento da pesquisa, foi enviado ao participante link do *Google Forms*® para leitura e aceite do Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (Apêndice 1). O participante pode ler com calma, esclarecer possíveis dúvidas, salvar e/ou imprimir o TCLE. Apenas após concordar e acusar aceite do TCLE no formulário, prosseguimos para a entrevista.

O material coletado nas entrevistas foi de uso exclusivo do pesquisador e equipe, com a única finalidade de fornecer elementos para a realização desta pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem, e foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes.

Não houve ônus financeiros, ou investimentos de recursos de qualquer natureza por parte dos participantes. O pesquisador assumiu a responsabilidade por todos os investimentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, provendo recursos próprios.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo foi constituída por 16 residentes de medicina de família e comunidade, em formação ou recém-formados, de 7 programas de residência diferentes situados no estado de Minas Gerais. Os residentes eram, na sua maioria, do sexo feminino (81,25%), com idade média de 28 anos (DP: 1,84), com predominância de recém-formados (62,5%) em relação aos que estavam no segundo ano de formação (37,5%). Quanto à residência, três instituições pertenciam a região Metropolitana de Belo Horizonte e as demais situavam-se em cidades no interior do Estado. Três (42,8%) eram vinculadas a hospital, três (42,8%) a universidades, e uma (14,3%) a secretarias de saúde do município. Três possuíam estágio no setor de cuidados paliativo e quatro não, sendo que, em termos de participantes, 8 passaram pelo estágio e 8 não. O perfil dos residentes se encontra descrito detalhadamente na tabela 1.

**Tabela 1 Perfil dos residentes de Medicina de Família e Comunidade**

	Estágio de Cuidados Paliativos	
	Presença (8)	Ausência (8)
<b>Sexo</b>	N	N
Feminino	5	8
Masculino	3	0
<b>Ano da residência médica</b>		
Segundo	1	5
Formado em 2021	4	1
Formado em 2020	3	2
<b>Localização da residência médica</b>		
Região metropolitana de Belo Horizonte	1	2
Interior de Minas Gerais	7	6
<b>Natureza da instituição da residência</b>		
Vinculado ao Hospital	8	1
Vinculado à Universidade	0	6
Vinculado à Secretaria de saúde	0	1

Fonte: elaborada pela autora, 2022

Levando em consideração os objetivos específicos da pesquisa, foram geradas 5 categorias apriorísticas para apresentação dos resultados, sendo que suas subcategorias foram definidas a partir dos núcleos temáticos frutos da análise. A descrição das categorias e subcategorias, bem como sua relação com os objetivos está apresentada no quadro 4.

Para manter confidencialidade das falas obtidas nas entrevistas, e para facilitar a compreensão do texto, os trechos apresentados serão codificados pela letra P ou N seguido do número da entrevista, em que P representa os participantes que participaram de estágio em cuidados paliativos e N os participantes que não participaram. Também será indicado o sexo, por meio das letras F (feminino) ou M (masculino).

**Quadro 4 Apresentação dos resultados de acordo com os objetivos**

Objetivo específico da pesquisa	Categoria Apriorística	Subcategorias
Identificar as metodologias de ensino utilizadas para o aprendizado de cuidados paliativos durante a residência.	6.1 Processo ensino-aprendizado	A. Cenários de ensino B. Carga horária C. Ferramentas de ensino D. Avaliações
Explorar as percepções dos residentes de MFC em relação ao processo de ensino-aprendizagem de cuidados paliativos na presença e na ausência de estágio em serviço especializado.	6.2 Percepção dos residentes que participaram do estágio	A. Abordagem com foco oncológico B. Importância do ensino fora do estágio C. Teoria insuficiente D. Competências adquiridas, mas abordagem multidisciplinar a desejar.
	6.3 Percepção dos residentes sem estágio em setor de cuidado paliativo	A. Ensino prático não estruturado B. Ensino extracurricular C. Conteúdo teórico insuficiente, competências não adquiridas
Comparar as expectativas dos dois grupos acerca do ensino e percepção de autoeficácia para prover cuidados paliativos após conclusão da residência.	6.4 O esperado antes e o almejado após a residência	A. Expectativas: do nada ao muito B. Necessidade de aperfeiçoamento versus necessidade de aprendizado
Conhecer suas recomendações para o ensino durante o programa.	6.5 Recomendações para o ensino de Cuidados Paliativos durante residência	A. Quanto ao estágio B. Quanto ao cenário e preceptores C. Quanto à carga horária D. Quanto às ferramentas de ensino E. Quanto à avaliação

### 6.1 Processo ensino-aprendizagem

Com base principalmente na questão de número 3 (Poderia falar-me de que forma são ensinados cuidados paliativos na sua residência?), foi possível identificar características do processo de ensino-aprendizagem de cuidados paliativos dentro das residências. Abaixo estão listados, categorizados e quantificados os núcleos de sentidos que emergiram nas falas dos participantes. Convém lembrar que durante a análise é possível ter vários núcleos de determinada categoria na fala do mesmo entrevistado. Por exemplo, há a possibilidade de se retratar mais de um cenário de ensino vivenciado.

Tabela 2 Distribuição das unidades de sentido referentes a estrutura do ensino de cuidados paliativos

	<b>PRESEÇA DE ESTÁGIO DE CP</b> N(8)	<b>AUSÊNCIA DE ESTÁGIO DE CP</b> N(8)		
<b>Cenário de ensino</b>	Ambulatório de CP	7	CP prestados em domicílio	6
	CP prestados em domicílio	4	Atendimentos na Atenção Primária	5
	Atendimentos na Atenção Primária	3	Estágio hospitalar em Clínica Médica	1
	CP na internação hospitalar	2	Estágio em Geriatria	1
	CP pediátricos na internação hospitalar	1	Cursos e congressos (extracurriculares)	2
	Outros estágios	4		
<b>Carga horária</b>	8 a 15h semanais por 30 dias	2	Atribuída a Atenção domiciliar: 4-6h semanais por 30 dias	1
	20-32h semanais por 30 dias	2	Atribuída a parte teórica: 16h	1
	3 vezes na semana por um mês	2	4h	1
	4h semanais por 2 meses	1	Não tem carga horária definida	5
	90 dias	1		
<b>Ferramentas de ensino</b>	Atendimento preceptorado	7	Aula teórica	7
	Discussão dos casos	7	Discussão dos casos	4
	Envio de protocolos e artigos	6	Preceptoria ombro-a-ombro	1
	Observação/acompanhamento	3	Reunião com outras equipes/especialistas	1
	Preceptoria ombro-a-ombro	2		
	Briefing e debriefing	1		
	Reunião multidisciplinar	1		
	Presença de aulas teóricas	1		
<b>Instrumentos avaliativos</b>	Feedback	2	Feedback	1
	Integrada na avaliação objetiva final	1	Autoavaliação	1
	Avaliação 360°	1	Possibilidade na videoavaliação de optar por consulta de CP	1
CP: Cuidados Paliativos				

Fonte: elaborada pela autora, 2022

Sobre os cenários de ensino, a principal diferença entre os dois grupos é a existência de ambulatórios de cuidados paliativos como base do ensino de cuidados paliativos nos programas de residência que contam com estágio em setor específico. Em ambos grupos foram relatados ensino de cuidados paliativos na atenção domiciliar e também na própria atenção primária. Alguns participantes, em maior frequência os que tinham estágio de cuidado paliativo, também perceberam abordagem do tema em outros estágios do programa de residência. Por fim, no grupo sem estágio, houve relatos de ensino durante congressos e cursos extracurriculares. Essas

impressões serão mais aprofundadas nos próximos tópicos, que tratam das percepções de cada grupo frente ao ensino.

Condizente com o esperado, as falas sobre carga horária retrataram que os programas com estágio apresentam maior número de horas disponibilizadas ao ensino de cuidados paliativos. Os programas sem estágio não possuem carga horária definida para o tema, à exceção de quando se contabiliza as aulas teóricas relacionadas ou a carga horária da atenção domiciliar. Conforme exposto, a SBMFC estipula quais são as competências esperadas de cuidados paliativos dos residentes de MFC, mas não determina a metodologia a ser empregada para o ensino, resultando em programas com apresentações diversas. E mesmo dentre os que apresentam estágio em setor específico, a carga horária atribuída ao estágio não é uniforme.

A respeito das ferramentas de ensino, observa-se maior variedade de metodologias dentre os relatos dos participantes com estágio específico, sendo as mais frequentes o atendimento preceptorado e discussão de casos. Vale destacar que houve número significativo de falas registrando a ausência de aula teórica no grupo com estágio de forma a contrastar com o outro grupo, em que a presença de aulas teóricas foi a ferramenta de ensino mais retratada. Assim, a fim de responder os objetivos do estudo de forma organizada, e frente a importância dos relatos acerca dessas ferramentas, retornaremos a discutir sobre a percepção dos residentes em relação as aulas teóricas adiante.

Em contrapartida as divergências relatadas quanto cenário, carga horária e ferramentas de ensino entre os dois grupos, observa-se que os relatos sobre instrumentos avaliativos convergem entre eles: em ambos, a maioria das unidades de sentido revelam ausência de avaliação estruturada, com 6 registros de fala em cada grupo .

“Sobre instrumento avaliativo, nesse estágio pelo que eu saiba não teve não. Até mesmo avaliação prática assim de atendimento, também não. Se ela (médica paliativista) fez, não fiquei sabendo.” (P1, M)

“A gente tem provas teóricas e tem também a avaliação do programa de residência, o que que a gente gostou e o que a gente não gostou. A avaliação teórica poderia ter tido algo sobre cuidados paliativos, mas não teve, eles escolheram outros assuntos, mas há o espaço para avaliar nosso conhecimento sobre isso” (N5, F)

“Não tem avaliação, feedback, nem escrita, que aborde cuidado paliativo não. Na minha residência tem avaliação, como eu acredito que tenha nas outras, mas o cuidado paliativo dentro de uma avaliação formal da residência não.” (N4, F)

O termo *feedback* refere-se à informação dada ao aluno que descreve e discute seu desempenho em determinada situação ou atividade (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007). É uma estratégia adequada para o ensino médico, pois permite avaliação construtiva que engloba conhecimento, habilidades técnicas e atitudinais. Os alunos consideram o feedback uma importante ferramenta de aprendizagem e valorizam os professores que sabem fornecê-lo de maneira eficaz (ROTENBERG *et al.*, 2000).

“Não teve nenhum instrumento avaliativo, só feedback direto mesmo, não teve nenhuma ferramenta, nenhuma discussão mais assim... não foi utilizado nenhuma técnica específica não, foi mais uma conversa no final mesmo, de despedida, pessoal... não tem um feedback estruturado.” (P8, F)

Apesar de sabidamente valiosa para o aprendizado, não tem sido uma estratégia pedagógica utilizada de forma estruturada nas residências médicas. Em estudo com preceptores de uma residência em pediatria, foi encontrado que os métodos avaliativos aplicados possuem apenas foco cognitivo: nenhum deles utiliza avaliação sistematizada de habilidades clínicas, psicomotoras ou afetivas do residente, nem fornece feedback (AUTO *et al.*, 2020). Em outro trabalho, ao abordar tanto os preceptores quanto os residentes de clínica médica, Toso, Souza e Ribeiro (2019) também encontraram um processo avaliativo frágil, com inexistência de regras claras em que os residentes não percebem de que forma são avaliados e não recebem retorno sobre o modo como são avaliados.

Em termos de legislação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) preconiza na resolução nº 02/2006, a avaliação periódica do residente, no mínimo a cada trimestre, seja por prova oral, escrita, prática, ou escala de atitudes (CNRM, 2006). Para isso, o planejamento das atividades por parte dos preceptores é um dos nós a serem desatados, com evidência pelos estudos da necessidade de capacitação didática como solução (COSTA; BARRETO; COSTA, 2021). De forma condizente, trabalhos têm sido elaborados com objetivo de fomentar e instituir métodos avaliativos estruturados nos programas de residência médica.

BASTOS *et al.* (2019) relataram uma experiência de sucesso na implementação da avaliação 360 graus em um programa de residência de ginecologia e obstetrícia após realizarem treinamento com os preceptores envolvidos. A avaliação 360° consiste na obtenção de informações sobre o desempenho do residente em diferentes tarefas, e recebe esse nome pois é feita por múltiplas fontes que circundam o residente: preceptores diversos, equipe

multidisciplinar, pares, autoavaliação ou até mesmo pacientes. Ao final da avaliação de cada residente, o preceptor realiza um feedback de modo a permitir ajustes necessários na aprendizagem, corroborando para uma melhor capacitação do residente (FABRICIO, 2017).

Assim, para o método avaliativo ser eficaz, além de corresponder aos objetivos de aprendizado, deve ser bem estruturado e bem aplicado pelos preceptores, assim como, explicado aos residentes. Caso contrário sua utilização não terá aplicabilidade em termos de aprendizado para os alunos, como no relato de um dos residentes que realizou avaliação 360 graus no estágio de cuidados paliativos:

“Tinha uma avaliação 360, mas que eu achava ela muito complexa[...] Na minha opinião, como a gente já estava mais voltado para as nomenclaturas, para as escalas, para essas coisas, então fazia muito mais sentido ter outros instrumentos avaliativos, do que essa avaliação 360, eu achava ela muito complexa e muitas vezes ruim, tanto para a gente, quanto para o avaliador que fazia.” (P6, M)

A avaliação 360° é assim denominada porque obtém as informações de quatro fontes: autoavaliação, avaliação por pares, avaliação pelo preceptor e pelos pacientes. No método os aspectos avaliados são: anamnese, exame clínico, habilidades clínicas, raciocínio clínico, humanismo, explicações e orientações, organização e eficiência, respeito, trabalho em equipe, pontualidade e assiduidade (COSTA; BARRETO; COSTA, 2021).

Porém em consonância com o exposto pelo participante, estudos mostraram dificuldade em aplicação e baixa aceitação do método como forma de avaliação. Em um trabalho que desenvolveu a aplicação da avaliação 360° para residentes de ginecologia e obstetrícia, observou-se que o maior desafio foi a necessidade de uma capacitação permanente de todos os participantes para a aplicação em maior qualidade da mesma (BASTOS *et al.*, 2019). E em um estudo inglês que abordou as necessidades educacionais dos médicos da atenção primária e suas preferências de aprendizagem sobre o fim da vida, constataram que em relação aos métodos avaliativos, os profissionais relatavam que as avaliações 360° eram imprecisas (SELMAN *et al.*, 2017).

Retomando as características da andragogia, o adulto necessita de um retorno de como está sendo o seu desempenho. Ele precisa que lhe digam se ele está certo ou errado para dar sequência em seu aprendizado (PAZIN FILHO, 2007). Logo, atividade avaliativas claras, bem definidas, que vão de encontro aos objetivos de estudo, sejam imediatas através de feedbacks

estruturados ou avaliações tradicionais formativas e certificativas, são importantes meios para solidificação do conhecimento.

Em síntese, nos programas que possuem estágio em setor específico de cuidados paliativos, o ensino ocorre predominantemente em ambulatório de cuidados paliativos, por 30 dias, principalmente por meio de atendimento preceptorado e discussão de casos. Nos programas que não possuem estágio em setor específico, o ensino de cuidados paliativos ocorre principalmente no ambiente domiciliar e em atendimentos na atenção primária. Não há carga horária delimitada, sendo o tema abordado principalmente por meio de aulas teóricas. Em ambos grupos não são aplicados instrumentos avaliativos estruturados a respeito do tema.

## **6.2 Percepção dos residentes com estágio específico em cuidados paliativos**

### **A. Abordagem com foco oncológico**

Os programas de residência dos quais os entrevistados fazem parte, que possuem o estágio em cuidados paliativos, o oferece ou no ambiente hospitalar, vinculado ao serviço de oncologia, ou no ambiente domiciliar, vinculado ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Apenas uma das participantes realizou rodízio nos dois tipos de serviço durante o estágio de cuidados paliativos, os demais realizaram somente no ambiente hospitalar.

Independentemente de onde realizaram o estágio, os residentes consideram que os cuidados paliativos devam ser fornecidos não apenas para pacientes oncológicos, mas também para os que apresentam doenças crônicas, e inclusive, atribuem a essa característica a relação entre cuidados paliativos e medicina de família e comunidade:

“O paliar vem de dar condições, apoio, cuidado ao paciente para ele lidar com a condição crônica que ele possui. Às vezes tem a visão de que cuidado paliativo é só para paciente oncológico, paciente terminal, mas toda condição crônica exige um cuidado paliativo.” (P2, F)

“Na nossa especialidade a gente vê o paciente como um todo. A nossa intenção é acompanhar o paciente de uma forma longitudinal e isso não se encerra mesmo se a doença ou o problema que ele tiver, não tiver uma cura específica, for algo crônico, [...] a gente vai estar lá para dar conforto, manejo, aliviar os sintomas, dá o suporte familiar, social. [...]é muito essencial para todas as especialidades, mas para a nossa principalmente, já que a gente é generalista, então a gente abrange tudo.” (P8, F)

Essa compreensão é importante e vai de encontro tanto com a definição de cuidados paliativos quanto com o papel do médico de família e comunidade. Porém, esse entendimento evidencia o descontentamento dos residentes em relação ao estágio ser restrito a pacientes oncológicos:

“Na residência o cuidado paliativo foi abordado com foco oncológico: a gente fez acompanhamento ambulatorial dos pacientes em cuidado paliativo apenas oncológico.” (P1, M)

“(cuidados paliativos são ensinados) na forma de um estágio, que é feito no ambulatório específico de cuidados paliativos e aí nós acompanhamos uma médica que é especializada em cuidados paliativos e aborda principalmente pacientes oncológicos.” (P8, F)

“Durante a residência tive ambulatório de cuidados paliativos e a médica inclusive deixou isso bem claro, que o cuidado paliativo se aplica a qualquer condição crônica e não só ao paciente em terminalidade, com condições desfavoráveis mesmo, às vezes oncológicos. Porém o serviço que eu acompanhei era de cuidados paliativos para pacientes oncológicos que estavam ali na terminalidade.” (P2, F)

Esse embate entre cuidados paliativos oncológicos e cuidados paliativos gerais se amplia quando, em uma das vivências, o ambulatório do estágio passou a ser gerido pelo setor da oncologia:

“[.]a médica anterior era paliativista mesmo, ela saiu do hospital, então no meu estágio quem estava no cuidado paliativo era o pessoal da oncologia. Por isso eu sempre discutia com eles que não era só câncer, que eu queria também aprender a tratar insuficiência cardíaca na fase final [...], doença pulmonar avançada, fibrose pulmonar... tudo isso se encaixa nos cuidados paliativos e aqui não tinha no serviço. Eu sempre questionava isso porque eu acho que faz parte também, não só oncologia, porque o foco aqui é oncologia.” (P4, F)

Retomando às definições de cuidados paliativos e à epidemiologia, o descontentamento além de válido também pode ser disseminado para as demais instituições do país e do mundo, uma vez que se observa que os serviços de cuidados paliativos são, em sua maioria, voltados para os pacientes oncológicos (ANCP, 2018). Em contrapartida, os pacientes não oncológicos apresentam dificuldades para acessarem serviços especializados (O’LEARY; TIERNAN, 2008), recebem menos cuidados paliativos (BEERNAERT *et al.*, 2015), e quando o recebem, acontece de forma tardia: já apresentam sobrecarga de sintomas ou encontram-se nos seus últimos dias de vida (KOZLOV *et al.*, 2015; OUCHI *et al.*, 2014; ROSENWAX *et al.*, 2005).

Somado a essa dificuldade referente ao ensino de cuidados paliativos não oncológicos dentro do ambulatório, há também a preocupação dos residentes em ter que ofertar cuidados paliativos

em cenários que não o da instituição, onde não contarão com o apoio do serviço especializado em cuidados paliativos:

“Então tem o paciente oncológico ou o paciente com diversas doenças que não tem cura, mas você tem o manejo clínico. Ainda mais no SUS que não é todo serviço que tem cuidado paliativo. [...] Agora que eu to trabalhando no SUS eu to vendo mais paciente em cuidado paliativo.” (P3, M)

“E às vezes, as realidades são diferentes. Dependendo de onde você está você não vai precisar disso, você tem estrutura e você vai encaminhar. Mas vai ter lugares que você não tem essa estrutura. E o residente, eu penso que ele deve ser formado pra ser médico de família em qualquer lugar, não apenas na instituição onde ele formou. Então pensar que essa pessoa deve precisar de conhecimento que ali no serviço talvez não seja necessário, mas que na vida ela vai precisar [...] se a gente tivesse olhar de cuidado paliativo para todo crônico, a abordagem, eu acredito, que seria diferente.” (P2, F)

Em um estudo canadense que investigou se os residentes de medicina de família são adequadamente treinados para prestar cuidados paliativos, foi encontrado que o modo de abordagem do ensino durante o estágio na área foi um desencorajador. Observaram que o estágio no programa especializado pode reforçar a noção de que os cuidados paliativos são mais bem oferecidos por especialistas. No estudo, muitos residentes relataram se sentir obrigados a encaminhar seus pacientes para os serviços específicos ao invés de prover o cuidado paliativo, pois atribuíam ao serviço melhores cuidados devido a maior experiência e infraestrutura adequada (MAHTANI *et al.*, 2015).

Percebe-se que mesmo no Canadá, que já se encontra no nível 4b com oferta de cuidados paliativos no estágio mais avançado, há preocupação em relação à formação dos médicos de família e comunidade e à oferta de cuidados paliativos por eles, inclusive as expectativas do College of Family Physicians of Canada, instituto equivalente à SBMFC, são que todos os médicos de família se sintam confortáveis fornecendo cuidados paliativos gerais (CFPC, 2013).

Em contrapartida, os residentes participantes do presente estudo reconhecem a escassez de setores especializados em cuidados paliativos no Brasil e a potência do médico de família e comunidade em ampliar esse acesso e oferta, não apenas para os pacientes oncológicos, mas também para os pacientes com doenças crônicas diversas que possuem ainda mais dificuldade para receber os devidos cuidados. Por isso, a importância da residência como um momento oportuno para o ensino dos cuidados paliativos gerais.

Até esse momento, todas as falas e reflexões discutidas são decorrentes do início da entrevista. As inferências apresentadas acima estão relacionadas principalmente as respostas das questões 1,2 e 3, sendo essa última uma pergunta livre: “Poderia falar-me de que forma são ensinados cuidados paliativos na sua residência?” Sabendo disso, sigamos para a próxima subcategoria.

## **B. Importância do ensino fora do estágio**

Após a pergunta de número 3, a questão 3.1 (Apêndice 2) trouxe reflexões para os residentes e, conseqüentemente, interpretações ricas para o estudo. O item consistia em expor um quadro adaptado com as competências de cuidados paliativos sugeridas pela SBMFC e solicitar aos participantes que dissessem o nível de abordagem de cada uma delas durante a residência.

Com exceção do manejo de dor, que especifica sobre dor oncológica e não oncológica, as competências apresentadas são relacionadas a cuidados paliativos gerais e envolvem, por exemplo, manejo de lesões de pressão e de intercorrências comuns, habilidades de comunicação, preparo familiar e abordagem do luto, reconhecimento de situações urgentes e manejo de situações terminais de doença crônica. Ao apresenta-las aos residentes surgiram discursos relacionando o aprendizado de parte dessas competências a momentos externos ao estágio.

Alguns associaram a prática das competências a vivências de cuidados paliativos com pacientes idosos, ou dentro da atenção primária, relacionada principalmente ao atendimento de idosos em visita domiciliar, ou no ambulatório de geriatria:

“A gente conseguiu focar mais na atenção primária nos idosos, aqueles de visita que a gente abordava mesmo na família para trazer mais conforto e evitar medidas desnecessárias.” (P5, F)

“(O manejo de úlceras de pressão) foi abordado em um contexto prático e também em um contexto teórico, mas foi um *plus* da residência. Quem era residente fazia um curso associado de saúde do idoso e lá que tinha essa abordagem. No estágio de paliativos não, mas na minha residência, associada a essa parceria teve.” (P6, M)

Houve também relato de abordagem do tema do luto durante estágio na psiquiatria:

“Na residência foi uma coisa que eu pratiquei (abordagem do luto), principalmente no estágio de saúde mental. No estágio de paliativos, como os pacientes encontravam-se internados, eu não tinha muito contato com os familiares, então era mais aquele luto que o paciente tinha daquela vida que ele vivia antes do contexto, mas abordagem dos familiares não.” (P6, M)

E apesar de terem se queixado sobre a abordagem do estágio com foco em pacientes oncológicos, todos indicaram que executaram manejo de situações terminais de doenças crônicas durante a residência, o que advém principalmente do aprendizado na atenção primária e nos demais estágios:

“Acaba que a gente vê isso diluído nos estágios, e no atendimento do primeiro ano de residência quando a gente faz atenção primária mesmo. A gente tem contato com o cuidado paliativo, mas não é estruturado não” (P1, M)

“Nos outros ambulatórios, como cardiologia e nefrologia também foram abordados algo de cuidado paliativo” (P4, F)

Percebe-se que até serem expostos às competências durante a entrevista, parte delas não eram, conscientemente, tidas como cuidados paliativos. Pois por mais que as tenham praticado em outros momentos, por estarem fora do contexto do estágio, os residentes não se lembraram desses momentos ao serem questionados sobre a forma como eram ensinados cuidados paliativos durante a residência.

“No primeiro ano, era mais diluído nos atendimentos, não tinha aquele momento de abordar o cuidado paliativo, inclusive não me lembro de nenhuma aula teórica que tivesse abordado o cuidado paliativo. Era mais no dia a dia mesmo e às vezes algum caso de paciente ser acamado, domiciliar, e acaba vindo à tona essa questão do cuidado paliativo [...], mas eu não percebia essa visão do cuidado paliativo no paciente em geral não.” (P2, F)

“Então às vezes você tá fazendo cuidado paliativo, mas você não identifica. Você não para pra pensar que está fazendo cuidado paliativo, mas você faz.” (P1, M)

Considerando-se o conjunto dessas falas, inferimos que a não consciência do praticar cuidados paliativos nos momentos externos ao estágio pode estar relacionado à estrutura dos programas, ou melhor, à não estruturação do ensino ao não se guiar pelos objetivos de aprendizagem, e assim, ferir um dos princípios da andragogia.

Se a pedagogia se refere ao o ensino de crianças, a andragogia pode ser definida como a arte de ajudar os adultos a aprender (CARVALHO *et al.*, 2010; KNOWLES, 2005) levando em consideração sua tendência à autonomia e à autoinstrução. Dispõe de diretrizes de aprendizagem e um de seus princípios é incitar os alunos a identificar os recursos necessários para que atinjam os objetivos de aprendizado. Esse princípio estabelece a ligação entre as necessidades, os recursos e os objetivos finais da aprendizagem (CARVALHO *et al.*, 2010; KAUFMANN, 2000). Logo, para atuação condizente com esse princípio, é premissa ter

conhecimento de quais são os objetivos de aprendizado, geralmente elaborados com base nas competências esperadas.

Diante o exposto, inferimos que a não consciência sobre o ato de estar realizando cuidados paliativos é decorrente da falta de estruturação do seu ensino durante a residência. Mesmo nos locais com estágio específico, não parece ser apresentado aos residentes e aos médicos que lhes receberão quais os objetivos de aprendizado e as competências que serão trabalhadas. Há certa dispersão dessas competências durante os estágios, o que por si já dificulta o reconhecimento sobre o ofertar cuidados paliativos. Em somatório, o aprendizado eminentemente observacional e prático, sem teoria que o enlace, fundamente e exponha, contribui para tal dificuldade.

### **C. Teoria insuficiente**

Sobre as metodologias de ensino propriamente ditas, percebe-se que os estágios de cuidados paliativos são compostos em quase sua totalidade por carga horária prática. A maioria relatou a ausência de momentos teóricos estruturados, atribuindo a teoria à presença de discussões ocasionais sobre temas da medicina paliativa no ambulatório de prática durante e entre as consultas.

“O ensino foi eminentemente prático, principalmente prático. Ela até forneceu material teórico, mas não teve aula expositiva ou explicativa.” (P3, M)

“Em relação à parte teórica era mais entregar material e discussão mesmo entre os pacientes. (A médica paliativista) quem me orientou mesmo, quais eram as diretrizes e protocolos: tratamento de dor, de constipação, nutrição...” (P5, F)

Na ausência de carga teórica durante o horário do estágio, o estudo referencial era feito em domicílio, com base no envio de materiais ou indicação de bibliografia para leitura:

“No geral foi só coisa prática, não teve teoria. No entanto eu peguei o contato da médica paliativista e, quando eu pedia, ela me mandava artigo e alguma coisa, mas só quando eu pedia, não teve aula ou teoria.” (P4, F)

“O que a gente tinha de teoria era estudo em casa. Tinha momentos de troca de ideia, uma discussão, uma dica ou outra. Também teve estudo direcionado, alguns materiais que foram passados pra gente ler, mas não vou te dizer que foi a maioria não.” (P1, M)

Adultos buscam aprender o que terá aplicação prática na vida diária, o que resolverá os problemas encontrados no cenário real. Dessa forma, a experiência é uma rica fonte de

aprendizagem, principalmente se for trabalhada através da discussão e da solução de problemas em grupos (CARVALHO *et al.*, 2010). Em concordância, a Comissão Nacional de Residência Médica definiu que os programas devem ter 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, e 10 a 20% para atividades teórico-complementares. Essas últimas representadas por: sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários (CNRM, 2006).

Assim, a maior parte do aprendizado durante a residência deve realmente ser ofertada em treinamento prático. Porém a ausência dos 10 a 20% que deveriam ser reservados a carga teórica tem sido motivo de queixa entre os residentes.

Em estudo realizado com residentes de anesthesiologia, um dos motivos apresentados de insatisfação com o programa de residência é oriundo de deficiências na área acadêmica, com queixa de carga teórica insuficiente para a discussão de temas relevantes à especialidade (NASCIMENTO; TRAMONTINI; GARANHANI, 2011). Ao abordar a percepção de residentes de pediatria o achado foi semelhante: dentre as dificuldades da residência, todos os residentes trazem queixa quanto à parte teórica e acreditam que há necessidade de mais aulas teóricas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021). Por fim, em estudo com 58 residentes de um hospital universitário, cerca de 70,0% relataram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o número de atividades teóricas, com o incentivo ao desenvolvimento de trabalhos científicos e com a participação em eventos científicos (VELHO *et al.*, 2012).

Houve apenas um residente que participou de estágio em cuidados paliativos que relatou aula teórica estruturada e de encontro com o presenciado na prática:

“Era uma aula teórica voltada para um problema encontrado no momento do estágio. Essas aulas eram feitas uma vez na semana, a gente discutia um caso e em cima desse caso a gente discutia o que tinha de novidade e de evidência” (P6, M)

Em um estudo de coorte, as habilidades em comunicação e multidisciplinaridade em cuidados paliativos foram melhor desempenhadas pelo grupo de alunos que recebeu treinamento teórico e prático, do que nos grupos que receberam apenas teoria ou apenas praticaram durante internato (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Assim, embora não seja a abordagem com recomendação majoritária, faz-se necessário maior organização do tempo disponibilizado ao aprendizado teórico sobre cuidados paliativos, visto a sua importância para consolidação do conhecimento do adulto e eficácia em melhorar o desempenho em habilidades de cuidados paliativos quando realizado em conjunto com aprendizado prático.

#### **D. Competências adquiridas, mas abordagem multidisciplinar a desejar**

O último núcleo de sentido obtido da percepção dos residentes que fizeram estágio em cuidados paliativos diz respeito ao bom nível de alcance das competências orientadas pela SBMFC, com exceção daquelas dependentes de abordagem da equipe multidisciplinar.

Os residentes relataram execução com supervisão e até mesmo execução sem supervisão da maioria das atividades: manejo de dor, de intercorrências comuns e de situações terminais, preparo e orientação familiar, habilidade de comunicação, abordagem de más notícias e do luto, e reconhecimento e encaminhamento de situações urgente. Nesse momento, já considerando o ensino em outros momentos da residência além do estágio em cuidados paliativos, como descrito acima.

Por outro lado, as seguintes atividades, que dependiam mais de uma abordagem multiprofissional, tiveram menor nível de execução, sendo relatada apenas observação pela maioria dos residentes: manejo de úlceras de pressão/decúbito e manejo de nutrição no paciente terminal. Além dessas, a realização de procedimentos domiciliares incluindo hipodermóclise teve como resposta predominante não ter sido abordada pela residência.

Convém esclarecer que a competência “Realização de procedimentos domiciliares incluindo hipodermóclise” aparece no Currículo Baseado em Competências da SBMFC na sessão de Visita Domiciliar, e não se repete na sessão de Cuidados Paliativos que é apresentado em sequência. Porém achou-se necessário incluí-la no presente trabalho, visto que a hipodermóclise refere-se à administração de medicamentos e soluções por via subcutânea, que é a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em cuidados paliativos (ANCP, 2012)

A menor execução dessas tarefas revelou uma fraca abordagem multidisciplinar no que diz respeito ao ensino dos cuidados paliativos. A abordagem nutricional, manejo de feridas e acesso, embora sejam competências também médicas, costumam ser realizadas preferencialmente pelos profissionais mais capacitados dentro do serviço, no caso nutricionistas e enfermagem, respectivamente. Logo, para terem mais experiência e adquirirem tais competências, o interessante seria terem contato que objetivasse o ensino-aprendizado juntamente a equipe multidisciplinar, mas os relatos dizem que não houve:

“Eu fiquei um pouco distante (do manejo de nutrição no paciente terminal) porque a gente não tinha tanto acesso aos pacientes mais críticos nesse sentido no hospital, e também de discutir com a nutrição” (P6, M)

“(sobre manejo de úlceras) era uma coisa que eu estava pensando esses dias. É uma coisa que faz muita falta para a gente, porque a gente acaba lidando com pacientes acamados, que às vezes fica com aquelas úlceras que demoram muito a cicatrizar e que eu acho que a equipe de enfermagem sabe tanto e a gente aproveita pouco deles, para ser passado assim para a gente.” (P7, F)

“Não foi abordado (procedimentos domiciliares incluindo hipodermólise). Quem faz mais é o pessoal da enfermagem e eu nunca acompanhei. Mas também não teve essa parte no seu horário: ‘vamos aqui para eu te ensinar’. Eu acho que é mais se você quiser a mais, não tem isso não” (P8, F)

Essa ausência de contato com a equipe multidisciplinar acarreta prejuízos não apenas ao aprendizado, mas também ao conceito de cuidados paliativos internalizado pelos residentes. Pelos consensos mundiais, faz parte da definição de cuidado paliativo ser assistência em saúde promovida por uma equipe multidisciplinar (IAHPC, 2018; WHO, 2002). Todavia, quando questionados sobre a definição de cuidados paliativos, embora tenham expressado as demais características corretamente, como qualidade de vida e cuidado, condições crônicas e graves de saúde, abordagem física, psíquica social e espiritual, e envolvimento familiar, por exemplo, nenhum residente citou a necessidade de equipe multidisciplinar para oferta de cuidados paliativos nesse momento. A não compreensão do trabalho em equipe multidisciplinar e suas relações podem resultar em prejuízos na oferta dos cuidados paliativos por esses profissionais futuramente.

Em pesquisa recente, que buscou compreender a percepção de médicos atuantes na APS sobre os cuidados paliativos ofertados no serviço, foi encontrado dificuldades na concepção de trabalho em equipe pelos participantes. Observou-se carência de diálogo ou discussão entre o médico e os demais profissionais, com conseqüente falta de planejamento do cuidado paliativo a longo prazo (ARANOVICH; KRIEGER, 2020).

Outro estudo que se atentou às perspectivas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos dispensados na APS, ao entrevistar médicos, enfermeiros e odontólogos encontrou que uma minoria se lembrou da oferta de cuidados paliativos pelos demais profissionais. 92% dos respondentes citaram o médico e o enfermeiro, enquanto que fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais foram lembrados por apenas 23%. Demonstrando que há ainda um caminho a ser trilhado para uma maior coesão nas equipes multidisciplinares envolvidas na oferta de cuidados paliativos (CÔBO *et al.*, 2019).

Portanto, é imprescindível que a residência médica atue como espaço para estabelecer e evidenciar a importância da relação entre a equipe multidisciplinar na prestação de cuidados paliativos. O residente não só deve ser capacitado a fim de adquirir as competências como também deve ser ator na perpetuação de um trabalho mais coeso, com diálogos e relações bem fundamentadas dentro da equipe multidisciplinar, para proverem juntos um cuidado paliativo de qualidade aos pacientes e familiares.

### **6.3 Percepção dos residentes sem estágio específico em cuidados paliativos**

#### **A Ensino prático não estruturado**

Embora a SBMFC oriente quais as competências em cuidados paliativos devem ser abordadas durante a residência de medicina de família e comunidade, não há indicações sobre a forma como deve ser feita, e nem a exigência da presença de um estágio em setor específico. Sabendo que a Atenção Primária a Saúde apresenta-se como nível de atenção propício para a prática de cuidados paliativos gerais, e assim o faz por meio das Equipes de Saúde da Família e da Atenção Domiciliar, logo, ela também se apresenta como local adequado para o ensino de cuidados paliativos para os residentes que a integram.

Vale relembrar que estamos falando sobre cuidados paliativos gerais, e não apenas aqueles dedicados a pacientes oncológicos. Os participantes que não participaram do estágio também levaram isso em consideração ao definirem cuidado paliativo, pois não o associaram apenas às doenças oncológicas e até explicitaram sobre outras condições passíveis de cuidado paliativo:

“Eu penso que seja os cuidados no fim de vida, para proporcionar melhor conforto para o paciente e uma melhor qualidade de vida no final da vida, mas que não precisa ser na fase terminal. Pode ser abordado bem antes, quando o paciente já começa com uma fragilidade.” (N4, F)

“Precisa ser um cuidado muito humanizado, com muita paciência no sentido de ter resiliência para lidar com a família e com a pessoa, no momento em que a pessoa se encontra com uma doença sem mais propeidéticas diagnósticas de cura. O câncer é o principal que a gente vê falar, mas existem outros como insuficiência cardíaca já em estado paliativo, doenças renais também, doença pulmonar obstrutiva crônica...” (N3, F)

Além de ir ao encontro com as definições estabelecidas pela WHO e posteriormente pela IAPHC, compreender a oferta de cuidados paliativos além dos pacientes oncológicos reafirma a importância do fornecimento desse cuidado pela atenção primária. Questão que se torna mais evidente quando observamos as similaridades entre a medicina de família e os cuidados paliativos. Ambos atuam com o cuidado centrado na pessoa e na família durante a trajetória da doença, e com a elaboração de um plano terapêutico singular que considere o indivíduo além do aspecto biológico, mas também no âmbito cultural, socioeconômico, psíquico e espiritual, além de terem foco na manutenção ou melhora da qualidade de vida. (SAITO; ZOBOLI, 2015).

Silva (2014) elencou 8 categorias que descrevem o papel dos profissionais da APS em cuidados paliativos e evidenciam que sua participação é essencial: 1) Possibilitar o cuidado domiciliar; 2) Garantir assistência com integralidade; 3) Utilizar a longitudinalidade como ferramenta de cuidado; 4) Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família; 5) Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos; 6) Viabilizar a coordenação do cuidado; 7) Facilitar o acesso do paciente a cuidados paliativos e sua família; 8) Trabalhar em parcerias dentro e fora da APS.

Quando questionados se acreditavam existir relação de cuidados paliativos com a sua especialidade, todos os residentes foram enfáticos em responder que sim, justificando com os atributos da APS que coincidem com a atuação no cuidado paliativo. Uma participante utilizou de 3 categorias das descritas por Silva (2014) :

“Sim. Muito, muito a ver mesmo. Três coisas que tem na medicina de família que fazem a interlocução com cuidados paliativos. Primeiro que é o compromisso com a pessoa. (...) Outro ponto em comum é o compromisso com a família. (...) E o terceiro ponto em comum que é princípio da medicina de família também é o atendimento domiciliar.” (N3, F)

Retomando ao contexto do ensino, os programas de residência dos quais os entrevistados fazem parte, que não possuem o estágio específico em cuidados paliativos, abordam o ensino prático por meio dos atendimentos na Unidade de Saúde da Família e das visitas domiciliares, e o ensino teórico principalmente por meio de aulas expositivas.

Em relação ao ensino prático, chama a atenção que os relatos apontam para uma abordagem não estruturada e fortuita: o contato com cuidados paliativos acontece por acaso, não é planejado, e ao ocorrer de acordo com a própria demanda da atenção primária pode ser diferente para cada residente. Essa abordagem eventual confere ao aprendizado, na visão dos residentes, certa informalidade.

“Na prática a gente tinha contato com alguns pacientes, principalmente da visita domiciliar. [...] Não tinha estágio, era mais de acordo com a casuística dos pacientes.” (N6, F)

“(de que forma são ensinados cuidados paliativos) Dentro da prática clínica da APS, cuidando de pacientes domiciliares adstritos no território - existem pacientes em cuidados paliativos que nós cuidamos.” (N3, F)

Quando partimos do princípio de que o aprendizado e as ações educacionais devem se basear nos objetivos e nas competências almejadas, trabalhar com demanda eventual acarreta dois desafios: a) o tema de aprendizado em questão possui tamanha prevalência que assegure o seu contato por todos os alunos? e b) o contato permite abranger todas as competências englobadas e almejadas?

Na ausência de estruturação do ensino que considere esses desafios do aprendizado em cenários reais, as instituições vão aquém do desejado na abordagem de cuidados paliativos durante a residência, e, por vezes, os participantes nem reconheceram o ensino do tema no cenário prático durante o programa.

“Na minha residência não são muito ensinados não. Tudo que eu aprendi foi com cursos e aulas que eu busquei. Se eu tivesse esperado a residência me ensinar, eu não saberia muito.” (N5, F)

“Olha, então, na residência em si, eu praticamente não tive contato ainda... então eu fico procurando por fora, porque não teve ainda nada disso. Na Atenção Primária tem pacientes aptos, aí por isso eu fico procurando, eu fico tentando, vendo o que eu consigo fazer dentro da minha realidade. Mas formalizado não tem, nem mesmo carga horária” (N7, F)

“A abordagem (de cuidados paliativos) foi pequena, por conta da Covid-19. Acabou que a gente foi um pouco atropelado pela demanda de sintomático respiratório e aí depois que diminuiu um pouco os casos de covid, veio as demandas crônicas que estavam represadas, mais as outras queixas clínicas. Então a gente não teve muita

oportunidade assim... Desse período que eu estou na residência tive só uma paciente de cuidados paliativos” (N4, F)

Apenas um participante atribuiu a pandemia por Covid-19 a redução da abordagem e do contato com pacientes candidatos a cuidados paliativos durante a residência. Porém a realidade da pandemia é outro exemplo sobre as intempéries que se pode encontrar ao trabalhar com cenários reais e reforça a importância de se estruturar o ensino fornecido pelo programa de residência. Reconhecer os objetivos de aprendizado dos residentes é o que define o perfil do egresso que se espera, e se pautar sobre eles para estabelecer as metodologias de ensino e de avaliação facilitam a elaboração e execução do projeto pedagógico (BRASIL, 2021).

Somado a esse quadro, o atendimento nas Unidades de Saúde da Família pelos residentes geralmente é preceptorado, isto é, há um médico, professor ou não, que os acompanham e constitui a referência técnica para os alunos durante as atividades práticas (BRASIL, 2021). Dentro do programa de residência há diversos preceptores, cada qual responsável por determinadas Unidades de Saúde. Inferiu-se pelos relatos dos participantes que o ensino de cuidados paliativos, além de depender da presença de casos na unidade, também dependia do preceptor responsável.

“Infelizmente nós não temos o ensino muito forte nesse sentido. E na prática poucos preceptores tem esse conhecimento e aplicam isso no dia a dia. Mas é muito pouco. [...] Quando tem alguma situação que a gente vê que é mais necessária a gente tenta discutir com os preceptores que sabem mais sobre isso, mas assim, muito por alto.” (N1, F)

“E eu aprendi muito com a (nome) que foi a minha preceptora no meu ano de R2. Ela gosta muito desse tema. E pela (preceptora) ter passado no (nome da instituição) lá tem um estágio que é obrigatório, dentro da residência de medicina de família e comunidade, que não tem na minha. (...)Eu tive hipodermóclise e manejo de dor EV em ambiente domiciliar, mas foi por causa do (nome) que foi meu preceptor em 2021, mas não teve treinamento de habilidade.” (N3, F)

No estudo de Santos (2017), que avaliou o ensino de cuidados paliativos nas residências de medicina de família e comunidade situadas em Curitiba e na região metropolitana, o ensino segundo os preceptores, variava entre ausente, informal e pontual. Na percepção de um dos preceptores para qual o ensino é ausente, uma das justificativas é justamente a falta de capacitação do preceptor. Outro preceptor relatou que devido à diversidade de locais de estágio e de preceptores, existia o risco de o residente não vivenciar as experiências em cuidados paliativos.

O contato com preceptores, médicos de família e comunidade, que incorporam cuidados paliativos em suas práticas é importante não apenas para o aprendizado, mas também por perpetuar aos residentes o papel dos médicos de família no fornecimento de cuidados paliativos (MAHTANI *et al.*, 2015).

Retomando as características dos grupos descritas na tabela 1, destaca-se que o aspecto estrutural dos programas de residência se apresenta como fator importante para se entender a realidade social dos sujeitos e suas relações com os cenários descritos. Ao contrário do grupo com estágio que pertencia a programas vinculados a hospitais, os participantes que não tiveram estágio estavam alocados majoritariamente em programas vinculados a universidades, situadas principalmente no interior do estado.

Nos últimos anos, inúmeros movimentos foram instituídos com o objetivo de estreitar os laços entre as Universidades e os serviços de saúde, em especial, aqueles com pretensão de contribuir com os avanços e fortalecimento da APS no país. Dentre eles, destaca-se a maior abordagem curricular sobre saúde coletiva e o aumento no número de programas de residência médica em MFC. (DIAS SARTI *et al.*, 2018) Os benefícios dessa interface foram mútuos e incontáveis, tanto para a população quanto para o aprendizado dos novos profissionais. Porém, ao retomarmos a atenção para os cuidados paliativos, a sua carência na atenção primária, por escassez de políticas públicas, falta de recursos e provimentos, e menor disponibilidade de equipes capacitadas (ANCP, 2018), acendem um sinal de alerta: como preparar os futuros MFC inseridos nesse cenário para atuar em melhoria dessa realidade.

Diante do exposto, este ensino prático informal, por vezes oculto, dependente da demanda e dos preceptores, que sofre influência da carência da atenção primária em fornecer cuidados paliativos, gera repercussões no nível de competências adquiridas pelos residentes.

Ao serem questionados quanto à execução das atividades em cuidados paliativos, os residentes relataram de graus mais altos de execução em relação as tarefas associadas ao manejo de situações terminais de doenças crônicas e às habilidades de comunicação. Resultado esperado visto que as habilidades de comunicação permeiam a medicina de família além do cuidado paliativo: devem estar presentes em todo encontro clínico, independente do motivo da consulta. Inclusive o próprio Currículo baseado em Competências da SBMFC possui uma unidade

exclusiva às habilidades de comunicação esperadas do médico de família e comunidade (SBMFC, 2015)

Dentre as demais competências listadas, surgiram dois padrões de resposta dentre os participantes que não tiveram estágio específico. Metade relatou níveis mais baixos de execução das atividades, com a maioria das competências “não abordadas” ou “apenas observadas”. A outra metade relatou muitas habilidades “executadas sem supervisão”, porém, para a maioria desses a aquisição dessas competências foi atrelada a fatores externos à residência.

## **B Ensino extracurricular**

Percebeu-se durante a entrevista que parte dos residentes alegaram executar muitas competências sem necessidade de supervisão, embora tenham informado desamparo por parte da residência em promover tais capacitações. Então, ao indaga-los sobre o aprendizado para realizar tais competências, os participantes relataram busca ativa e também contexto de ensino externos a residência:

“Pra executar a competência sem supervisão eu precisei correr atrás, estudar sozinha” (N1, F)

“Tudo que eu aprendi foi com cursos e aulas que eu busquei. Se eu tivesse esperado a residência me ensinar eu não saberia muito. Na verdade, eu vi mais sobre esse assunto durante a faculdade, quando a gente teve um semestre focado em geriatria pela metodologia da faculdade(...) então se eu tivesse esperado a residência me ensinar eu teria um conhecimento muito parecido de quando eu sai da faculdade, o aprofundamento eu fiz totalmente por conta própria” (N5, F)

“É um tema que eu gosto, então eu fico procurando por fora. Na atenção primária tem pacientes aptos, aí por isso que eu fico procurando, porque você quer proporcionar isso. (...) Eu fiz uma optativa de cuidados paliativos no 7º período, foi muito boa, muito boa mesmo, que me ajuda até hoje.” (N7, F)

O primeiro ponto a se discutir é a aquisição da competência de forma autônoma. As expressões verbalizadas “eu precisei correr atrás”, “eu busquei”, “eu fico procurando” poderiam ser utilizadas para descrever o que se espera de um adulto responsável pelo seu próprio processo de aprendizado. E além, também vão de encontro com o conceito de que o ensino ativo torna o aprendizado mais efetivo. Aqueles que buscaram aprender executaram as competências.

Os métodos de ensino-aprendizagem ativos assim defendem: motivado pelo contato com a realidade, o estudante vive um círculo de problematização e solução de conflito, diante o qual

necessita buscar recursos de conhecimento. Nessa busca acaba por desenvolver suas habilidades intelectuais em diversas dimensões, como a de observar, analisar, avaliar e compreender a situação. Por fim, na construção cooperativa com o intercâmbio do grupo, ele supera o conflito e aumenta a sua bagagem de conhecimento (MELO, 2020).

Todo esse processo possui seu equivalente em termos de neurofisiologia. A amígdala, o hipocampo e o hipotálamo são estruturas subcorticais centrais para o processamento social da informação. A amígdala está associada com experiências emotivas ao longo da vida. O hipocampo avalia o significado emocional de cada informação que chega e seleciona quais serão armazenadas no neurocórtex e quais serão descartadas. O hipotálamo traduz muitas das interações sociais em processos corporais. Todas essas estruturas são intensamente estimuladas durante uma exposição a um problema, motivação inicial para o estudante buscar o conhecimento, e, por consequência, encontrar uma solução (LENT, 2004).

Assim, essas etapas presentes na busca do aprendizado se relacionam intimamente com a funcionalidade das estruturas cognitivas e são de fundamental importância para a geração de conhecimento, fazendo com que o aprendizado seja efetivo (GIANINI; BENTO; ANDRADE, 2019).

Entretanto há que se contrapor a metodologia de ensino ativa do autodidatismo puro. Quando dizemos sobre metodologias englobamos toda a esfera do ensino utilizada para promover o aprendizado: o método de ensino precisa corresponder com os objetivos de aprendizagem e deve ser adaptado a diferentes ambientes educacionais. O método ativo exige do preceptor uma visão atualizada, a fim de conduzir a integração entre teoria, prática e realidade social (COSTA; BARRETO; COSTA, 2021). A própria capacidade do estudante em ser o agente responsável pela sua aprendizagem não é uma condição inata, mas sim uma habilidade que precisa ser aprendida através da prática e do treinamento (KUZMA *et al.*, 2016)

Os próprios participantes reconhecem que talvez nem todos seus colegas de residência tenham buscado o conhecimento como fizeram:

“Não tem algo formalizado, além dessa aula teórica que já existiu, mas o contato com os pacientes é meio que inevitável. Aí é uma forma de aprender, pela prática, estudo dos casos, as dificuldades do dia a dia, que estimulam a buscar esse conhecimento, mas realmente algo por conta própria. Eu não sei, por exemplo, se os meus colegas de residência buscaram isso. (N5, F)

“Nos congressos tem bastante, mas eu acho bem interessante porque sempre abordam esse tema, só que aí depende de cada pessoa buscar a participação, eu cheguei a participar de alguns, mas isso era mais uma coisa informal, então não era da residência, era mais do residente” (N6, F)

Além disso, quando alegam ter executado a atividade sem supervisão, não significa que em termos de aprendizado os residentes avançaram nas atividades profissionais confiabilizadoras da forma como se esperava: primeiro observar, depois executar sob supervisão e após executar sem supervisão. Executaram sem supervisão pela falta do preceptor.

“no dia a dia, correndo atrás, na assistência, na prática mesmo, muitas vezes sem o preceptor do lado, aí a gente aprende por bem ou por mal” (N5, F)

Assim, conclui-se que não há oposição ao fato de os participantes terem buscado conhecimento por meios próprios, e identifica-se o quão isso foi benéfico em termos de aprendizado para conseguirem executar as competências de cuidados paliativos em níveis maiores. Porém, pontua-se que essa busca por conhecimento deveria ter sido pautada em metodologias de ensino apresentadas pelos programas de residência direcionada a todos os residentes, com apoio dos preceptores, ao invés de ter sido motivada justamente pelo amparo precário no que diz respeito ao cuidado paliativo dentro dos programas.

### **C Conteúdo teórico insuficiente, competências não adquiridas**

Ao contrário da percepção dos residentes que tiveram estágio, os participantes que não tiveram estágio de cuidados paliativos em setor específico relataram a presença de aulas teóricas durante o programa de residência.

“Eu lembro que a gente teve algumas aulas sobre isso, a gente conversou um pouco sobre diretiva antecipada de vontade, sobre alguns cuidados específicos em algumas situações. A gente teve tanto no primeiro ano, quanto no segundo. Foram 4 aulas teóricas... deve que 4 horas cada” (N2, F)

“Dentro desse cronograma bianual de aulas teóricas teve alguns dias que foram dedicados a estudo de cuidados paliativos. Ai dentro desse estudo fizeram algumas divisões, por exemplo dor, manejo disso e daquilo, cuidados domiciliares. Eu lembro que teve momentos no primeiro ano e no segundo ano.” (N3, F)

“A gente teve no primeiro ano duas aulas sobre cuidados paliativos, com dois médicos de família que atuam nos cuidados paliativos, um na parte hospitalar (...) a outra aula com um médico de família que atua na atenção domiciliar e nos cuidados paliativos domiciliar. Então foram abordagens diferentes, mas na minha residência foram só essas duas aulas” (N4, F)

“Nós tivemos um encontro ano passado, um encontro semanal mesmo, normal, uma aula sobre isso. A gente até convidou uma pessoa, discutimos, tiramos as dúvidas. Mas

assim... uma aula online totalmente teórica [...] pela residência foi só aquela aula teórica, e não dá pra fazer a prática só com aquela aula.” (N1, F)

No entanto, embora os programas tenham incluído aulas teóricas na grade curricular, verifica-se nas falas dos residentes certa insatisfação quanto ao número de aulas voltadas para o tema de cuidados paliativos. O descontentamento pode ser justificado pela quantidade de conteúdo abordado diante da complexidade do tema.

Se voltarmos ao quadro 2 percebemos que ao todo são 11 competências em cuidados paliativos recomendadas pela SBMFC (2015). Sendo as aulas teóricas a estratégia definida do plano pedagógico para abordar o assunto, espera-se que no mínimo abranja o conteúdo relacionado à maior parte das competências. Todavia, quando analisamos as atividades descritas pelos residentes, percebe-se que o conteúdo relacionado a várias competências foi insuficiente ou inexistente.

Dentre os que não relataram fazer cursos ou procurar conhecimento além do ofertado pela residência os principais conteúdos não abordados durante a residência foram: manejo de nutrição no paciente terminal, realizar procedimentos domiciliares, reconhecer e saber encaminhar situações urgentes e preparar e orientar quanto às providências relacionadas a morte. A competência referente ao fornecimento de atestado de óbito na maioria dos relatos foi apenas observada, e nos demais não foi abordada.

Embora Gryscek, Pereira e Hidalgo (2020) defendam que saber fornecer atestado de óbito deva ser considerado como um pré-requisito às competências de cuidados paliativos para os programas de residência em medicina de família, uma vez que todo médico se torna habilitado a emitir um atestado de óbito após seu registro profissional, Santos (2017) em sua pesquisa com residentes de medicina de família, encontrou que eles se sentem em zona de alerta sobre o assunto, sendo que apenas 27,91% se consideraram capacitados a fornecer declaração de óbito, 27,91% necessitavam de alguma formação, 34,88% de muita formação e 9,33% se consideravam não capacitados.

Retomando a andragogia, uma das características do aprendizado do adulto é a necessidade de aplicação do conhecimento (PAZIN FILHO, 2007). Se tratando do aprendizado médico é ainda mais evidente a importância de se colocar em prática o que foi aprendido. Nesse sentido, justifica-se o descontentamento com uma aula “totalmente teórica” como citado pela

participante. Assim, além da base teórica, há estratégias de ensino disponíveis para possibilitar a aplicação do conhecimento quando não se tem a oportunidade de praticá-lo no cenário real, principalmente diante acontecimentos não controláveis como é o caso do fornecimento de atestado de óbito.

Recentemente, a Revista Brasileira de Educação Médica republicou um fascículo com relato sobre uma estratégia de ensino utilizada para abordagem do atestado de óbito. Em uma aula de 50 minutos, para alunos do quarto ano médico, foi distribuída uma declaração de óbito e, com o uso de histórias clínicas, foi ensinado a maneira de preenchê-la. Ao final os alunos julgaram a sessão instrutiva e forma de sua apresentação agradável (PEREIRA; TAUIL; GODOI, 2021).

Experiências semelhantes, unindo base teórica e aplicação do conhecimento, são encontradas na literatura. Em relação ao ensino do manejo nutricional, por exemplo, Woods (2006) relata bons resultados ao organizar sete sessões de ensino sobre nutrição e doenças crônicas para residentes de medicina de família e de clínica médica. As primeiras 6 sessões eram compostas por apresentação de slides que foram desenvolvidos incluindo casos clínicos de pacientes padronizados, análise dietética e apostilas. Ao final, terminaram com uma sessão de intervenção nutricional utilizando educadores padronizados para avaliação.

Tratando-se da competência “realização de procedimentos domiciliares”, Savassi (2016) pontua que embora as residências em medicina de família e comunidade respondam parcialmente às demandas da Atenção Domiciliar, a formação não tem sido suficiente para uma abordagem integral do paciente em domicílio. Como uma das soluções, o autor propõe a realização de treinamento de habilidades específicas além de conteúdo teórico voltado para os elementos clínicos mais prevalentes na Atenção Domiciliar.

Treinamento de habilidades, por ser uma técnica flexível, que pode ser realizada em ambiente simulado com manequins ou com pacientes padronizados e que não depende da ocasionalidade do ambiente real, é uma importante ferramenta de ensino e além de habilidades procedurais também pode ser aplicado para habilidades de comunicação. Isquierdo et. al. (2021) demonstraram que o treinamento em cenário simulado com pacientes padronizados melhorou a comunicação de más notícias dos alunos de medicina. Além disso, o estudo também evidenciou a importância do feedback ao apontar que os estudantes se tornaram mais

qualificados com a instrução sobre pontos fundamentais da comunicação de más notícias, por meio do *debriefing* coletivo.

Assim, conclui-se que, por meio de diferentes ferramentas de aprendizado, é possível abordar as competências a serem adquiridas de forma adequada e efetiva, mesmo na ausência do paciente real. Para tanto é necessário atuar com metodologias ativas, que coloquem o aluno para discutir e executar o que foi exposto, seja por meio de casos-problemas, tarefas ou treinamentos e simulações, por exemplo.

## 6.4 O esperado antes e o almejado após a residência

### A Expectativas: do nada ao muito

A análise das respostas a questão de número 4 - “Quais era suas expectativas quanto ao aprendizado de cuidados paliativos durante a residência” – evidenciou duas categorias temáticas, porém não comparáveis em termos de participação ou não de estágio. Em ambos grupos tiveram participantes que relataram “Ausência de expectativa inicial” e “Presença de expectativa”.

Dentre os que relataram ausência de expectativa, as falas apontam sobre a falta de conhecimento prévio sobre a relação da medicina de família e comunidade com cuidados paliativos e o âmbito de atuação de cada uma das especialidades.

“Não tinha expectativas... eu não sabia muito o que era medicina de família, então eu não esperava nada.” (N2, F)

“Vou te falar que eu cheguei sem muita expectativa. Então assim, de cuidado paliativo, pra te falar a verdade, eu não esperava nada muito específico. Eu queria noção de cuidados de saúde mais prevalentes no geral. De cuidados paliativos eu não esperava mesmo.” (P1, M)

“Então, antes de entrar na residência não. Eu não tinha conhecimento mesmo de cuidado paliativo, do que era, que abrangiam condições crônicas no geral. Eu tinha mais a visão mesmo que seria mais voltado para o paciente oncológico terminal e eu não imaginava que seria abordado na residência, não imaginava mesmo.” (P2, F)

“Na verdade, eu acho que eu tinha pouca expectativa mesmo, até porque ao longo da faculdade não foi tão abordado isso. Então eu não tinha na minha cabeça assim como era um paciente de cuidados paliativos, se dentro da minha residência eu ia saber manejar um paciente desse.” (P7, F)

Há que se destacar sobre a importância do contato com cuidados paliativos dentro da graduação para possibilitar conhecimento prévio e esse fomentar expectativas quanto ao aprimoramento no tema durante a residência médica. Assim, justifica-se tais falas acima diante a pequena

abrangência com que é tratado cuidados paliativos dentro das faculdades de medicina (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018; FREITAS, 2017; OLIVEIRA, 2016).

Tal importância do conhecimento básico sobre os cuidados paliativo torna-se evidente ao considerarmos que já no contexto da residência, além de demonstrarem saber definições e amplitude tanto do cuidado paliativo quanto da sua relação com a medicina de família, vide discussão acerca das questões 1 e 2, os residentes apontaram aumento da expectativa quanto ao aprendizado.

“No começo da residência, quando eu fui entender o que era medicina de família, aí eu tive uma expectativa de ter uma experiência maior” (N6, F)

“Na verdade, antes eu não tinha (expectativa). Eu fiquei até muito surpresa assim com várias coisas depois que eu entrei na residência. Com o tanto de coisa que a gente poderia aprender. Então, eu achei assim que nem ia ser abordado. Não tinha expectativa. Mas depois que eu aprendi, que eu conheci um pouco mais sobre essa possibilidade, aí eu criei todas as expectativas.” (N1, F)

Em consonância, dentre os que alegaram presença de expectativas, alguns atribuíram ao interesse gerado em contato prévio com o cuidado paliativo.

“Eu tinha expectativas sim. Eu fiz um estágio não obrigatório durante a faculdade, de anestesiologia e manejo de dor, e a gente lidava com muitos pacientes de cuidados paliativos. E assim despertou um interesse muito grande em mim nesse manejo de dor, que era uma coisa muito negligenciada na faculdade, pouco abordada.” (P6, M)

“Eu tinha pensado sobre, porque eu já tinha participado do congresso de 2019 em Cuiabá e lá foi abordado. Particpei de uma oficina de hipodermóclise, então esperava que na residência eu pudesse desenvolver mais ferramentas e também mais habilidades nesse sentido.” (N4, F)

Esse cenário corrobora com a posição da ANCP em fomentar que os cuidados paliativos devem ser ensinados de forma sistemática durante a graduação, ao evidenciar neste recorte que o contato simples com o tema ocasionou expectativas para maior aprendizado (ANCP, 2018). Assim como, também vai de encontro com o decretado pela Comissão Nacional de Residência Médica, que instituiu que cuidado paliativo é uma das áreas de competência clínica a serem desenvolvidas ainda no primeiro ano do programa de residência em medicina de família e comunidade (CNRM, 2015).

As expectativas apresentadas foram relacionadas a aquisição de habilidades e competências de cuidado paliativos, com menções ao desejo e necessidade de execução de todas as atividades

apresentadas na questão 3.1, por exemplo. Vale destacar a expectativa atribuída à Residência Médica como provedora de aprimoramento prático.

“O que eu mais tive de expectativa na residência, o que me fez na verdade buscar a residência, foi aprender aquilo que precisa de prática, que precisa às vezes de alguém pegando na mão e mostrando a fazer da melhor forma.” (N5, F)

“Eu tinha expectativas que eu ia aprender realmente na teoria e na prática esse tipo de abordagem, principalmente em visitas domiciliares com supervisão, e isso no momento não aconteceu até agora, com tanta frequência igual eu gostaria.” (N8, F)

Estudos apontam que mais de 90% dos alunos de medicina desejam realizar residência (FILISBINO; MORAES, 2013; MEIRA VERAS *et al.*, 2020). Ao lado do desejo, situam-se as expectativas. A residência médica é entendida como o método padrão-ouro para a formação de especialistas por ser caracterizada por treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981). Logo, é condizente idealizar que haverá treinamento prático supervisionado por preceptoria qualificada que gere aprimoramento da prática clínica.

Convém lembrar que 12 participantes cursam ou cursaram o programa de residência após início da pandemia por COVID-19. Porém apenas dois associaram a pandemia a possíveis frustrações em relação as expectativas com o curso.

“Era para eu passar no estágio com o serviço de atenção domiciliar, só que até hoje não saiu esse estágio pra mim. Então assim, eu tinha expectativa de aprender essas competências todas aí que você falou, ainda mais que é uma área que eu gosto, só que infelizmente não aconteceu.....pandemia... problemas assim como questão de muita troca de coordenador da residência, aí acaba que a gente fica jogado” (N7, F)

“Minhas expectativas foram um pouco frustradas, por causa da pandemia mesmo. Muita coisa no ano de 2020, nossos estágios foram paralisados, teve esse prejuízo do conteúdo prático. Estágio em setor específico não teria mesmo antes da covid, mas teria esse aprendizado durante o decorrer da residência, nas visitas domiciliares e com os pacientes.” (N4, F)

Ainda no primeiro semestre de 2020, grande parte dos municípios realizou ajustes na APS para o acolhimento e vigilância dos casos de sintomáticos respiratórios. Implantação de serviços de telessaúde, organização de fluxos, classificação de riscos e o monitoramento dos casos, foram algumas medidas adotadas. Associado a essas alterações na rotina das unidades de saúde, orientava-se o isolamento dos grupos de risco, visto a alta virulência e crescente mortalidade instaurada no país. Tal situação resultou, naquele momento, na falta de acompanhamento dos portadores de condições crônicas (COSTA; CARVALHO; COELHO, 2020).

Optar pela residência de Medicina de Família e Comunidade, ao invés de se obter o título com cursos de especialização e prática comprovada ou por meio de programas com remuneração e independência maior, é um caminho desafiador. Engloba se submeter a um processo seletivo, permanecer em programas às vezes sem complementação, enfrentar desafios como lidar com alta vulnerabilidade social, sentir por vezes as consequências de uma gestão de saúde insuficiente, entre outros desafios, superados pela busca de se ter uma boa formação. Logo, em tempos de COVID-19, com alteração no fluxo de atendimentos, aumento de demandas respiratórias em detrimento do atendimento dos demais pacientes, como aqueles aptos a cuidados paliativos, é necessário que se invista ainda mais em estratégias para sustentar o interesse, responder às expectativas e garantir o aprendizado efetivo desses residentes. (ALMEIDA; COELHO, 2021)

Após discussão de como ocorreu o ensino de cuidados paliativos durante a residência, entender o que os residentes esperavam dos programas, e quais os fatores influenciaram suas expectativas, mostrou-se viável saber como os residentes se imaginavam atendendo pacientes aptos a cuidados paliativos após formação, antes de lhes questionar sobre suas recomendações.

## **B Necessidade de aperfeiçoamento versus necessidade de aprendizado**

Em relação às percepções dos residentes sobre o fornecimento de cuidados paliativos após formação do programa de residência emergiram duas categorias temáticas: necessidade de aperfeiçoamento e necessidade de aprendizado.

Todos os participantes que fizeram estágio e, dentre os que não fizeram, o participante que relatou ter acompanhado por mais tempo preceptores que forneciam cuidados paliativos, tiveram falas de agradecimento e atribuíram à residência o conhecimento que adquiriram sobre o tema. Porém, em unanimidade dizem que precisam aprofundar, lapidar e aperfeiçoar esse conhecimento.

“Eu me considero capaz para manejar um paciente de cuidados paliativos. Não é uma tarefa fácil (a abordagem familiar) ... Eu acho que a residência preparou a gente bem para esse tipo de coisa. É algo para gente tentar se aperfeiçoar, aprofundar mais por tudo que é.” (P1, M)

“ A residência me ensinou e ajudou muito a lidar com esse tipo de paciente. Antes eu tinha insegurança e hoje pra mim é mais tranquilo. Eu sinto que poderia ser mais, poderia ter sido melhor abordado. Mas o pouco que eu tive me ajuda na prática de hoje” (P2, F)

“Eu acredito que a minha residência me proporcionou boas experiências. Talvez o melhor estágio que eu tive e tem sido o mais importante. Vejo como uma oportunidade de ter tido uma formação no assunto e de entender que tem muita coisa ainda que eu preciso lapidar” (P6, M)

“Eu acho que a gente vai sair com um aprendizado bom, mas ainda tem muito a aprender. Vou ter que estudar mais” (P8, F)

“Eu penso que (a residência) foi muito importante para mim, muito necessária, que me deu uma base muito importante para minha prática hoje e aí com minha vontade, meu gosto e interesse eu fui aprofundando em alguns aspectos e a depender do caso do paciente que eu estou cuidando.” (N3, F)

Em estudo com grupo de estagiários em cuidados paliativos, composto por residentes de diversas especialidades e graduandos de medicina australianos, Huang *et al* (2014) observaram que eles foram capazes de reconhecer as prioridades do cuidado ao fim da vida e dos efeitos colaterais comuns relacionados com opioides. No entanto, os alunos sugeriram educação adicional sobre a probabilidade de efeitos colaterais graves e manejo dos medicamentos.

Mahtani *et al* (2015) encontraram resultado semelhante em estudo com residentes canadenses de medicina familiar. Após participarem de estágio no setor específico de cuidados paliativos por 4 semanas, com preceptores especialistas, embora tenham se sentido mais confiantes na gestão de dores e sintomas e na discussão das metas de cuidado, os residentes alegaram que buscariam o desenvolvimento profissional suplementar para se sentirem competentes para prestar cuidados paliativos aos seus pacientes.

No estudo que encontrou que o desempenho das habilidades em comunicação e interdisciplinaridade em cuidados paliativos foi melhor diante treinamento duplo, teórico e prático, uma das explicações foi a autoeficácia declarada pelo grupo. A sensação de autoeficácia corresponde a crença de ser capaz, isto é, acreditar sobre a própria capacidade de realizar com sucesso determinada tarefa tem impacto positivo no desempenho. Portanto, a teoria aliada à prática é o que de fato fez com que os alunos acreditassem possuir as habilidades (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Em contrapartida, dentre as falas dos participantes que não participaram de estágio específico em cuidados paliativos, incluindo daqueles que buscaram conhecimento externo à residência, a unidade de sentido que emergiu foi a necessidade de aprendizado.

“O que vem à mente é que eu ainda não estou preparada, que quando eu estiver formada e aparecer a demanda de cuidados paliativos, que eu vou ter que me esforçar e estudar

mais sobre o assunto, para fornecer o melhor cuidado, então me vejo desfalcada nesse ponto.” (N4,F)

“Vem à mente que eu vou ter que me formar por fora, para eu saber o fazer, fazer algum curso, alguma coisa assim, porque na verdade já aparece na minha prática e a gente tem que saber abordar” (N8, F)

“Se eu for pensar assim só com que eu tive na residência, eu não me sinto muito segura não. Eu me sinto despreparada para assumir isso sozinha, acho que preciso de um preparo maior” (N7,F)

“Que eu vou fazer um curso. Preciso fazer, preciso aprender de outra maneira. Estou tentando dentro da residência sugar o máximo do (preceptor) e dos outros preceptores que sabem alguma coisa, mas eu acho que não vou me sentir apta a cuidar totalmente de um paciente que precisar. Já tinha essa ideia mesmo, de fazer algum curso, por fora.” (N1,F)

Essa sensação de despreparo e insegurança indica a lacuna de conhecimento presente nos programas sem estágio em cuidados paliativos. A forma desestruturada de ensino relatada, associada à perspectiva de necessidade de aprendizado externo a residência, indica que os residentes não estão sendo adequadamente preparados para prestar cuidados paliativos como parte de sua prática cotidiana.

Sentir-se apto a prestar cuidados paliativos, além de uma necessidade técnica relacionada ao conhecimento profissional, é uma questão de ética e moralidade relacionada a garantia da prestação de um cuidado adequado, que busca evitar as situações de descaso que, muitas vezes, esses pacientes fora de possibilidade terapêutica são submetidos (ALVES JUNIOR *et al.*, 2020).

A capacitação profissional é uma maneira do médico remover a lacuna existente entre a formação e a realidade da prática diária, com objetivo de fornecer aprendizado aos profissionais, para que possam responder às necessidades de saúde dos usuários, e lhes assegurar os direitos e a qualidade da prestação de serviços (OWEN; JEFFREY, 2008)

Logo, ao reconhecerem suas lacunas e indicarem a procura por capacitação, os residentes exprimem a importância ética e moral de estarem preparados de fato para fornecer um cuidado paliativo melhor do que o aprendido durante a residência.

## **6.5 Recomendações para o ensino de Cuidados Paliativos durante residência**

Por fim, após as reflexões geradas pela própria entrevista, e considerando este ser o objeto fim do presente trabalho, permitimos aos residentes expressar suas recomendações visando melhorias no ensino de cuidados paliativos ofertado pelos programas de residência em medicina de família e comunidade.

Da análise de suas respostas, obteve-se as seguintes unidades de sentido categorizadas por seus respectivos núcleos, conforme apresentado na tabela 3.

**Tabela 3 Distribuição das unidades de sentido referentes às recomendações para o ensino de cuidados paliativos na residência de MFC**

<b>Estágio específico</b>	
Sim	16
<b>Cenário</b>	
Serviço de Atenção Domiciliar	11
Ambulatório de cuidados paliativos	9
Hospitalar	8
Serviço incluso na Atenção primária	4
Parceria com serviços externos	3
UTI	1
<b>Preceptores</b>	
Contato com especialista	5
MFC capacitado	2
Não precisa especialista	1
“Tentaria uniformizar”	1
<b>Carga Horária</b>	
<u>Estágio exclusivo</u>	
1 mês	2
2 meses	5
2-3 meses	2
<u>Não exclusivo</u>	
2 meses	5
3-4 meses	1
<b>Métodos de ensino</b>	
Atendimento prático	16
Aula teórica	15
Discussão de caso	5
Treinamentos de Habilidades	3
Treinamento/Oficina Habilidades de Comunicação	3
<i>Roleplay</i>	2
Indicação de material para estudos	2
Abordagem de Protocolos e escalas	2
Balint	1
Reunião de equipe/matriciamento	1
<b>Avaliação</b>	
Importante	9

Finalidade

Avaliar o estágio	5
Avaliar competências	3
Autoavaliação	2
Avaliação diagnóstica	3
Avaliação formativa	3

Tipo

Feedback estruturado	5
Avaliação da prática	4
Simulação/OSCE	3
Sala espelhada	2
Avaliação teórica	1
Resolução de caso clínico	1
Portifólio	1
Não a avaliação teórica certificativa tradicional	5

Fonte: elaborada pela autora, 2022

### **A Quanto ao estágio**

Todos os residentes indicaram importância de estágio específico para cuidados paliativos dentro da programação da residência. Os participantes ou já haviam concluído a residência ou se encontravam no segundo ano, com realização de aproximadamente 75% do programa, e foram unânimes em considerar importante estágio específico sobre a temática.

No estudo de Santos (2017), os residentes de medicina de família e comunidade de Curitiba e região metropolitana também sugeriram a realização de um módulo específico durante o programa de residência para estruturar de modo formal o ensino de cuidados paliativos.

A formação estruturada, ao fornecer conhecimento e propiciar domínio dos procedimentos clássicos em cuidado paliativo, pode ampliar o número de profissionais que se sentem seguros em ofertar os cuidados de fim de vida, reduzir os profundos mal-entendidos e distorções entre membros da equipe, favorecer relação de segurança e confiança com o paciente e familiares, e consequentemente, melhorar os cuidados paliativos prestados no âmbito da atenção primária (FLORIANI; SCHRAMM, 2007)

### **B Quanto ao Cenário e Preceptores**

Dentre as recomendações feitas pelos participantes, a atenção domiciliar, ambulatório e o cenário hospitalar foram os espaços para ensino mais apontados.

Estes três cenários estão em conformidade com as recomendações da ANCP. Em seu documento sobre Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil, a associação aponta que as unidades podem prestar cuidados paliativos em regime de internação hospitalar, assistência domiciliar e ambulatorial e abranger um leque variado de situações, idades e doenças (SALES *et al.*, 2006).

Além disso, embora a atenção primária seja seu principal campo para atuação profissional, o médico de família e comunidade também pode trabalhar em outros cenários. Interessante notar que o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, ao apresentar o segundo princípio que norteia a prática do médico de família e comunidade, aborda a oferta de cuidado paliativos e a possibilidade de atuação em outros serviços no mesmo parágrafo:

O médico de família e comunidade também presta cuidado adequado a pessoas na fase final da vida e suas famílias, considerando que, em tais situações, existe muito a se fazer para diminuir o sofrimento, manter a qualidade de vida, proporcionar uma morte digna e fornecer apoio aos familiares, amenizando o sofrimento da perda e do luto. Ele pode prestar seus cuidados em ambulatório, hospital, incluindo o setor de emergências, a domicílio ou em outros cenários. (GUSSO; LOPES, 2018)

Assim, é plausível que o ensino de cuidados paliativos seja instituído também nos três cenários. Em relação ao domicílio, apontado com maior prevalência, é fácil entender que os médicos de família têm um papel de extrema importância na atenção paliativa domiciliar, graças ao seu conhecimento do contexto do paciente, preferências, crenças e famílias (BARATA *et al.*, 2022). Assim, além de reduzir complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminuir os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados, ofertar cuidados paliativos em domicílio amplia a humanização, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Em relação ao ambiente hospitalar, os participantes alegaram que seria importante para entender melhor a abordagem dos pacientes de cuidado paliativo em situações de urgências.

“E também uma parte hospitalar eu acho importante, porque mesmo que a gente não atue diretamente na área hospitalar a gente tem que saber emergências no cuidado paliativo, saber quando você deve encaminhar o paciente de cuidado paliativo para o ambiente hospitalar.” (P2, F)

“Eu não tive a parte de internações por cuidado paliativo e eu acho que isso faria uma falta muito grande... Esse acompanhamento desses pacientes hospitalares em alguma intercorrência até para a gente saber quais são os critérios de urgência...” (P5, F)

A utilização de ambulatório como cenário foi mais apontada que a atenção primária e as possíveis explicações observadas foram: a) otimizar o tempo do estágio com mais pacientes aptos a cuidado paliativo; b) ter ensino focado e estruturado em cuidados paliativos nesse momento; c) presença de médicos especialistas em cuidado paliativo como preceptores.

“Predominantemente ambulatorial mesmo, pelo volume de paciente” (P1, M)

“Eu acho que pro estágio seria mais interessante ter um serviço pra isso do que ser na atenção primária, para gente poder aprender mais em pouco tempo..., mas é fundamental ter isso na atenção primária, e a gente já faz isso, só não tem o nome, a gente faz isso diluído. Poderia ser mais claro, determinando essas funções.” (N1,F)

“Eu precisaria de um preceptor da área, que eu acho que seria interessante, precisaria de um ambulatório, com pacientes elegíveis, eu precisaria de um fluxo na atenção primária que triasse esses pacientes.” (P6,M)

Em relação aos preceptores, a maioria das unidades de sentido observadas indicam a presença de preceptor especialista em cuidados paliativos.

“O profissional especializado eu acho que seria também importante. Assim como nos outros estágios que a gente passa, porque no cuidado paliativo não seria?” (N1, F)

No estudo de Schubert *et al* (2013) a grande maioria dos residentes de atenção primária também expressou preferência por aprender cuidados paliativos com especialistas, com quem discutiriam opções de tratamento, avaliação e gerenciamento de sintomas, necessidades médicas e emocionais do paciente. Tudo sob a supervisão do especialista.

Alguns indicaram que poderia ser médicos de família e comunidade desde que capacitados, e um participante indicou que “tentaria uniformizar” a atuação dos diferentes preceptores durante o estágio.

A necessidade de capacitação dos preceptores retorna ao que foi discutido na introdução. Ao consideramos que os preceptores são os próprios médicos de família e comunidade, que não possuíram instrução de cuidados paliativos durante a graduação, tiveram que buscar atualização após formação, e oferecem cuidados paliativos com certa defasagem (Alves Junior *et al.*, 2020; Mattos; Derech, 2020; Ribeiro; Poles, 2019), tudo indica que para ensinarem cuidados paliativos terão que ser capacitados previamente. Em reforço a essa observação, a própria análise das entrevistas, mostrou que há diferenças entre os preceptores presentes nos cursos, de modo que alguns sabem e ensinam mais. Considerando essas diferenças, é válido o relato sobre a tentativa de padronizar o aprendizado ofertado pelos preceptores:

“Eu acho que eu tentaria uniformizar alguma maneira o corpo de preceptores, para que cuidado paliativo fosse cobrado nas discussões de caso” (N2,F)

Embora não tenha encontrado na literatura trabalhos sobre capacitação de preceptores em cuidados paliativos, Santos (2017), ao avaliar a visão dos preceptores sobre a formação em cuidados paliativos na residência médica em medicina de família e comunidade em Curitiba e Região Metropolitana, teve como relato de um dos entrevistados a sugestão da capacitação dos preceptores sobre o tema para melhorar a formação dos residentes. Apesar do foco deste presente estudo ser os residentes, um dos participantes relatou:

“eu gostei muito dessa proposta de pesquisa, porque realmente, assim, eu não acho que é só a minha residência, os meus preceptores falam que na residência deles não teve tanto conteúdo, alguns falam até abertos” (N5,F)

Portanto, é compreensível que a maioria aponte o desejo de estruturar o estágio com preceptor especialista em cuidado paliativo, da mesma forma que ocorre nos estágios de cuidado paliativo em programas de medicina familiar no Canadá, por exemplo (MAHTANI *et al.*, 2015; MCCALLAN; DAUDT, 2021).

E, considerando a presença de especialista e estrutura desejada, alguns participantes indicaram que talvez fosse necessário fazer acordos e vínculos com serviços externos àqueles já instituídos nos programas de residência, demonstrando essa ser uma opção para as instituições.

“Eu aproveitaria, pensando na minha residência que é aqui em (nome da cidade) e que já tem um serviço que faz isso, inclusive ligado a prefeitura e que a residência querendo ou não tem uma parte, de tentar articular isso mesmo, de conversar para inserir os residentes nesse serviço. Eu acho que assim não é uma coisa difícil, porque já existe, se tivesse que criar era muito mais difícil.” (N7, F)

“Poderia criar uma parceria com esse serviço de atenção domiciliar que tem lá em (nome da cidade), que tem médico de família trabalhando nesse serviço, então daria por exemplo para criar um estágio vinculado a esse serviço. Eu acredito que seria mais fácil do que estruturar todo um serviço de cuidados paliativos ou de atenção domiciliar, ou um braço em cuidados paliativos, talvez fazer essa parceria com o serviço de atenção domiciliar que já existe e aí selecionar os pacientes de cuidados paliativos, criar uma parceria com o programa de residência, eu acho que seria mais factível.” (N6, F)

Constitui ação fundamental para a formação de excelência em APS e MFC a integração ensino-serviço-comunidade, correspondente a articulação entre os centros formadores com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e esferas governamentais e com a participação social (DEMARZO, 2009). Realizar pactuações com outras instituições e serviços, além de contribuir

com os serviços prestados para a comunidade constitui meios de propiciar melhor formação dos residentes (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Por fim, alguns participantes que haviam realizado estágio durante a residência ressaltaram novamente a importância de abranger outros pacientes que não apenas os oncológicos:

“Então acho muito importante. Tem que ter (estágio), tem que ter mesmo; E uma abordagem mais ampla do cuidado paliativo, não somente no paciente oncológico terminal que é a primeira coisa que todo mundo pensa quando vê cuidado paliativo.” (P2, F)

“Não colocaria só oncologia, colocaria as outras doenças também.” (P4, F)

Em síntese, recomendaram que o estágio contemple atuação ambulatorial, domiciliar e em ambiente hospitalar, preferencialmente com preceptor especialista. Com sugestão de realizar parcerias com outros serviços presentes na comunidade, se for necessário. E que seja direcionado a pacientes com diversas condições graves, e não apenas aos oncológicos.

### **C Quanto à carga horária**

A maioria dos participantes estruturariam o estágio em cuidados paliativos por 2 meses, porém alguns fariam de forma exclusiva e outros dividiriam esse tempo com estágios em outras áreas.

Sobre essa decisão, não houve diferença entre as respostas daqueles que tiveram ou não estágio. Os que participaram de rodízio no setor de cuidados paliativos apenas reivindicaram carga horária maior: a maioria havia feito em 30 dias intercalando os turnos com estágios em outras especialidades e por isso recomendaram ou manter 30 dias exclusivo, ou aumentar para 2 meses ainda alternando turnos, ou até realizar em 2 meses de forma exclusiva.

A mesma variação de resposta foi vista dentre os que não participaram de estágio. Nenhum participante achou suficiente realizar o estágio em 01 mês de forma não exclusiva. Na literatura referente às experiências canadenses sobre o tema, há variação de estágios exclusivos por 4 semanas até estágios não imersivos de 8 meses em setor de cuidados paliativos. (MAHTANI *et al.*, 2015; SINGER; CARMEL, 2009)

Os próprios participantes pontuaram que o estabelecimento da carga horária deve ser estipulado levando em consideração os outros estágios, mas dando a devida importância ao ensino de cuidados paliativos:

“Em relação a carga horária, não sei responder, teria que ver melhor distribuição de horas. Na prática acho que poderia ter um estágio exclusivo, na minha residência passamos junto com a ginecologia, acho que seria interessante se fosse possível ser exclusivo, se as outras cargas horárias permitissem.” (P1, M)

“De carga horaria eu não sei, pensando eu fiquei na clínica direto, no estágio de imersão dois meses, eu acho que seria interessante ser pelo menos uma carga igual, a da clínica médica, pelo menos dois meses, como no estágio de imersão, semana toda lá, para você aprender mesmo a rotina, conseguir criar vínculo, se não nem dá tempo de conhecer os pacientes.” (N7, F)

Assim, mais importante que a carga horária total disponibilizada nos 2 meses, ou ser exclusivo ou concomitante com os outros estágios, ressaltaram a necessidade de se ter o estágio definido para dedicação ao aprendizado de cuidados paliativos.

#### **D Quanto aos métodos de ensino**

Como esperado, diante a recomendação de se instituir estágio em setor específico, o ensino prático em forma de atendimento foi o núcleo de sentido mais dito dentre os métodos de ensino apontados. O que está de acordo com a proposta elaborada pela Comissão Nacional de Residência Médica, em que foi definido que os programas devem ter 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço (CNRM, 2006).

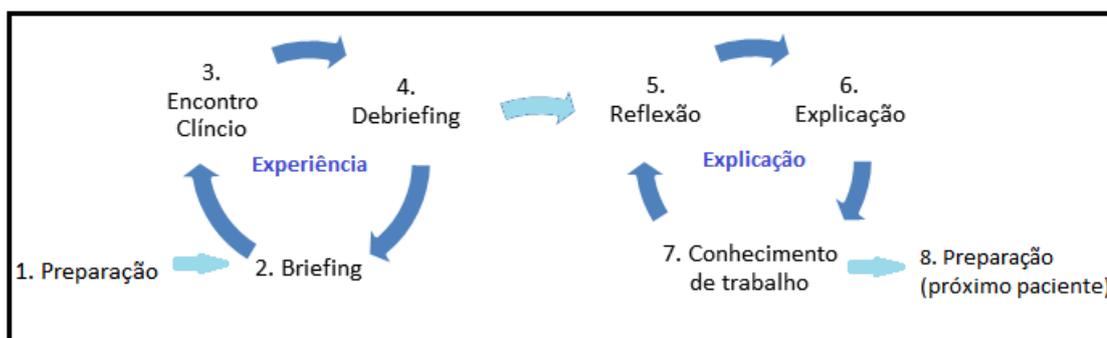
O ensino clínico em cenários reais de prática é um componente essencial da educação na área da saúde e é um dos mais efetivos meios para o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicação, ética, atitude humanística e profissionalismo (BORGES *et al.*, 2015).

Dentre os métodos de ensino clínico mais famosos para alunos em estágios avançados, o One-minute Preceptor e o SNAPPS, podem ser facilmente modificados para uso em cuidados paliativos. No primeiro, o preceptor pede aos alunos que esbochem seu diagnóstico ou plano de cuidados, questiona os alunos sobre seu raciocínio, ensina os principais pontos de aprendizado sobre o tópico, fornece feedback sobre o que foi bem feito e oferece sugestões sobre o que pode ser melhorado ou corrigido (CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009).

O SNAPPS é um mnemônico em inglês para o aprendizado centrado no aluno: o aluno resume o caso (Summarize briefly the history and physical findings), estreita o diagnóstico diferencial (Narrows the differential to two or three relevant possibilities), analisa o diagnóstico diferencial (Analyze the differential by comparing and contrasting the possibilities), pergunta ao professor sobre áreas não compreendidas (Probe the preceptor by asking questions about uncertainties, difficulties, or alternative approaches), planeja o cuidado (Plan management for the patient's medical issues) e seleciona uma questão para aprendizado posterior (Select a case-related issue for self-directed learning) (WOLPAW; WOLPAW; PAPP, 2003).

Além de citar os dois métodos acima, o livro *Education in Palliative Care: Building a Culture of Learning* (WEE; HUGHES, 2007) traz em seu capítulo sobre ensino a beira leito, uma opção de método de aprendizagem voltada para cuidados paliativos. Trata-se do Modelo de Cox, ilustrado na figura 3, pautado em dois ciclos: um chamado experiência e outro explicação. Antes de iniciar, (1) o preceptor averigua de onde vêm os alunos e o que já compreendem. Então, no ciclo da experiência, ele (2) repassa as informações necessárias, (3) acontece o encontro clínico e o (4) debriefing é realizado longe da beira do leito. A seguir, no ciclo da explicação, os alunos (5) refletem sobre a experiência e (6) consideram como isso se encaixa com o aprendizado anterior e o (7) transforma em conhecimento de trabalho, pensando sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente, em (8) preparação para atender o próximo paciente.

**Figura 3 Dois ciclos: Experiência e Explicação.**



Fonte: Adaptado de COX, K Planning bedside teaching (1993)

A fase de preparação é de suma importância quando se trata de cuidados paliativos e a beira-leito. Um dos participantes do presente estudo evidenciou a peculiaridade do cuidado paliativo e a necessidade sobre entender de onde o aluno vêm com o seguinte relato:

“... e outra coisa eu acho que é muito importante entender se o residente está preparado para aquilo. Vamos dizer que o residente, por exemplo, está vivendo um contexto semelhante na família, por exemplo. Isso aconteceu durante a residência, teve residente que não suportou viver aquilo por estar discutindo um câncer de estômago e o pai estar com câncer de estômago, estar com o diagnóstico, então assim eu acho que essa triagem é muito importante, porque assim, tem estágio de paliativos, será que é o melhor momento para ele ir para este estágio? Será que não tem alguma coisa que para esse aluno, para esse residente, seria interessante ele fazer antes?” (P6, M)

Logo, independente da estratégia metodológica escolhida para trabalhar a parte de atendimento, sugere-se que seja feito anteriormente a fase de preparação: averiguar de onde vêm os alunos e o que já compreendem. Inclusive, quanto às aulas teóricas, que foi o segundo núcleo de sentido mais apontado, as falas retomam a defasagem prévia de conhecimento teórico sobre cuidados paliativos:

“criar um cronograma também da parte teórica, porque eu acho que você ir e colocar só na prática e não tiver uma base fica complicado, muitas vezes não entende o que está acontecendo e daria para organizar isso, eu conheço pessoas que ajudariam” (N7, F)  
 “Tem que ter carga teórica, porque a pessoa não vem da faculdade com essa carga teórica, então na minha opinião, deveria antes do estágio iniciar ter um nivelamento, ter um nivelamento de escalas, ter um nivelamento de manejos, de analgésicos, de escala de dor, de nomenclaturas, de comunicação. Eu acho que se tivesse aí umas duas semanas de carga teórica, com esse tipo de coisa, seja numa aula gravada, ou seja numa aula dada pelo próprio preceptor.” (P6,M)

Embora alternativa insuficiente para ser a única, a aprendizagem por meio de seminários e palestras facilita a aquisição de conhecimentos sobre o assunto. Podemos encontrar na literatura experiências de sucesso que trabalharam o tema de cuidados paliativos utilizando apresentação de slides desenvolvidas incluindo análise de casos clínicos de pacientes padronizados e distribuição de apostilas (WOODS, 2006). Associar aulas expositivas com metodologias ativas de ensino produz aprendizado significativo para os adultos.

Quando relacionamos as respostas dos participantes com a literatura sobre ensino de cuidados paliativos, chegamos a um meio comum. A European Association for Palliative Care (EAPC) traz em seu documento sobre Recomendações de Ensino Universitário em Cuidados Paliativos para Escolas Médicas da Europa a seguinte divisão: métodos educacionais para alcançar objetivos cognitivos, objetivos psicomotores e objetivos afetivos. Esses três objetivos contemplam respectivamente conhecimentos, habilidades e atitudes, os três componentes da educação baseada em competências (ELSNER *et al.*, 2013).

Dentre as estratégias educacionais listadas pela EAPC para aquisição de conhecimento estão aulas expositivas/palestras, pequenos grupos de trabalho, e aprendizagem baseada em

problemas. Após o núcleo referente às aulas teóricas, o próximo mais apontado foi a discussão de caso. As discussões de caso giram em torno de um caso-problema, onde o aluno é estimulado a regatar conhecimento prévio e estabelecer o raciocínio clínico para definir diferentes estratégias de seguimento. Quando as discussões são realizadas em pequenos grupos, além de fomentar o estudo colaborativo, torna-se o método mais eficaz em melhorar habilidades de tomada de decisão do que quando apenas o preceptor analisa o caso com os alunos (ELSNER *et al.*, 2013). Além disso, pode-se indicar os materiais, protocolos e escalas, conforme sugerido pelos participantes da pesquisa, a serem utilizados como base para as discussões em grupo, norteando o estudo prévio a discussão.

Em relação aos métodos para alcançar os objetivos psicomotores, tanto a EAPC quando os participantes do estudo sugerem, além dos atendimentos supervisionados, o treinamento de habilidades.

“eu também colocaria TH, treinamento de habilidade, que às vezes a gente tem... a gente tem um cronograma de TH também, na última sexta do mês na parte da tarde de 13-13h30 até 18h. ai depende né, ai dentro dele eu incluiria esses treinamentos, hipodermóclise, cuidados domiciliares...” (N3, F)

“técnicas de procedimentos mesmo, troca de gastrostomia que a gente pode fazer mesmo, não precisa ser o cirurgião, procedimento de hipodermóclise...” (P8, F)

O treinamento de habilidades pode ser tanto voltado para objetivos psicomotores quanto para objetivos afetivos. Para objetivos psicomotores geralmente se aplica a simulação de habilidades procedurais, em que pequenos grupos poderão treinar procedimentos, em ambiente controlado, com aprendizado pautado em repetição e com feedbacks imediatos (JONES; PASSOS-NETO; BRAGHIROLI, 2015). O nível de fidelidade do cenário simulado pode variar de baixa a alta fidelidade, e em cuidados paliativos, adotando as competências esperadas do médico de família e comunidade, sugere-se abordar com essa técnica os procedimentos domiciliares e para conforto do paciente, como: hipodermóclise, paracentese, ventilação assistida, sondagens, debridamento, entre outros (SBMFC, 2015).

Já o treinamento de habilidades atitudinais pode ocorrer através do método de *roleplay*, que consiste na simulação de um cenário por profissionais de saúde e atores treinados, interpretando pacientes e familiares. O *roleplay* tem sido empregado no ensino de cuidados paliativos, a fim de desenvolver habilidades relacionadas à comunicação e à prestação de cuidados de fim de vida (NOVAES *et al.*, 2021). Assim pode ser aplicado como estratégia educacional para as

seguintes competências, por exemplo: preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte, fazer a abordagem do luto, e demonstrar habilidades de comunicação com paciente, seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias (SBMFC, 2015)

Por fim, embora tenha sido apontado por apenas um participante, grupos Balint são ferramentas poderosas para a abordagem de cuidados paliativos, uma vez que a intenção do método é possibilitar uma dinâmica grupal que, ao mesmo tempo, seja uma formação psicoterápica e, em alguma medida, um processo terapêutico. Isto pois a dinâmica, a partir da apresentação oral dos casos clínicos, deseja descobrir não somente as transferências do paciente para o médico, mas também do médico para o paciente e como lidar com elas (NASCIMENTO *et al.*, 2019)

### **E Quanto a avaliação**

Muitos participantes relataram achar importante aplicação de método avaliativo, e apontaram como possíveis finalidades da avaliação: avaliar o estágio em si, as competências adquiridas, um meio de se auto avaliar, avaliação de forma diagnóstica e avaliação com intensão formativa. Muitos pontuaram ser contra a avaliação teórica certificativa.

“Eu acho que é importante ter método avaliativo para a gente avaliar as competências, as habilidades, pelo menos pro residente mostrar que ele sabe dominar pelo menos o básico em cuidados paliativos.” ( P3, M)

“Método avaliativo é importante sim. No final do estágio fazer uma avaliação do estágio, tanto do residente quanto das pessoas que acompanharam o residente no estágio, e uma autoavaliação do residente.” (N2, F)

Para esclarecer sobre as formas citadas, existem três formas de avaliação, (i) a diagnóstica – geralmente realizada no início do curso/estágio para identificar conhecimento prévio e lacunas de aprendizado; (ii) formativa – realizada ao longo do curso, avalia o progresso do ensino-aprendizagem, e (iii) a somativa – geralmente aplicada em términos de etapas ou cursos, se feita adequadamente é útil para avaliação da aquisição de conhecimentos e habilidades e na decisão sobre a progressão ou certificação dos estudantes (DAUDT; PINTO; LOPES, 2019).

“acho que é muito importante ter uma avaliação antes e uma avaliação final, para o residente ver o que que ele evoluiu, o que que ele melhorou, se nada melhorou” (P8, F)

“Eu não gosto do método avaliativo estilo prova, não acho que mede muita coisa, mas assim se possível, presencialmente, até por vídeo daria, mas fazer uma avaliação mais direcionada para você, as vezes simulação” (N5, F)

Em consonância, Pellin (2020) em sua proposta para o currículo baseado em competências para o programa de residência de medicina de família e comunidade, estruturou o processo avaliativo em três frentes: avaliação de competências, avaliação do preceptor e avaliação do estágio, sendo que o autor sugeriu que previamente ocorresse a realização de uma autoavaliação pelo residente e de um feedback do preceptor/tutor para uma melhor discussão sobre a aquisição das competências.

Feedback estruturado foi o núcleo de sentido mais apontado em relação ao tipo de avaliação e ainda constitui um método de avaliação da prática de atendimento, indicada como segundo núcleo prevalente.

O feedback é um elemento essencial do processo educacional para os estagiários clínicos. Consiste em fornecer informações específicas a respeito da atuação observada dos alunos comparada com um padrão previamente estabelecido, com o intuito de aumentar a motivação e melhorar a performance (VAN DE RIDDER *et al.*, 2008).

O feedback baseado em desempenho permite que bons hábitos sejam reforçados e os defeituosos sejam corrigidos. Sua aplicação pode ocorrer em diferentes configurações e tempos variados, de 5 a 30 minutos (RAMANI; KRACKOV, 2012). A literatura sobre a realização do feedback no ensino médico é vasta com aplicação dentro dos cuidados paliativos.

A configuração mais tradicional é a de Pendleton, em que primeiro são destacados os pontos positivos, pelo próprio aluno, de forma a criar um ambiente seguro. Em sequência o preceptor ou indivíduo do grupo reforça os pontos positivos e as habilidades para alcançá-los. Então questiona-se ao aluno “O que poderia ser feito diferente?” e depois de respondido por ele, tem-se o *feedback* do grupo ou preceptor. Dessa forma, ao evitar uma discussão sobre as fraquezas logo no início impede posição de defesa e permite comportamento reflexivo do aluno (CHOWDHURY; KALU, 2004).

Outras configurações possíveis, por exemplo, são o feedback em pares, que ocorre em duplas de alunos, feedback 360° em que todos os sujeitos envolvidos no aprendizado participam, e o *feedback* Sandwich em que se pontua a crítica entre duas observações positivas.

“Acho importante ter instrumento avaliativo, ferramentas de feedback, tem várias tecnologias, eu não vou lembrar direito o nome, mas acho que tem o método Sandwich ele tipo constrói, tipo “o que que eu posso melhorar?”, “o que que eu fiz de bom?”. Estruturaria o feedback sabe.” (P8, F)

Além disso, o *feedback* é versátil e pode ser aplicado em diversas estratégias. Como dito acima, ele é uma fase do One-Minute preceptor, do método Dois Ciclos - Experiência e Explicação, do *Roleplay* e do Treinamento de Habilidades. Isso porque tais metodologias são pautadas na andragogia, que preconiza que o adulto necessita de um retorno de como está sendo o seu desempenho. Ele precisa que lhe digam se ele está certo ou errado para dar sequência em seu aprendizado, e o feedback é uma forma de se fazer isso (PAZIN FILHO, 2007).

Outros métodos de avaliação apontados que merecem destaque são os que avaliam por meio de simulação, tendo sido citados o OSCE e a observação através de sala espelhada. OSCE é a sigla em inglês para exame clínico objetivo em estações e constitui método confiável para avaliação de competências clínicas de estudantes, residentes e médicos já em atividade. Numa OSCE os alunos realizam rodízios entre estações com o objetivo de realizarem diferentes tarefas clínicas, enquanto os avaliadores observam e registram o desempenho baseados em um checklist estruturado previamente. Portanto, é um método avaliativo condizente com os objetivos de aprendizado ensinados por meio de treinamento de habilidades (AMARAL; TRONCON, 2007).

Em um trabalho que relatou a implementação de cuidados paliativos em graduação médica, o OSCE foi utilizado como método de avaliação da disciplina. Realizou-se uma simulação de comunicação de má notícia em que habilidades de comunicação, postura profissional e empatia foram pontuados. Além disso, a situação exposta também englobou discussão de prognóstico, enfrentamento de reações da paciente e linguagem acessível por parte dos estudantes (ARANHA, 2019).

A sala espelhada também tem por técnica de avaliação a observação do discente enquanto realiza tarefas clínicas. A diferença é que nessa estrutura, há ao fundo um vidro espelhado unidirecional, de forma que o aluno avaliado e o paciente (ator ou real) não consegue enxergar os avaliadores, mas eles sim. O método é avaliado favoravelmente pelos alunos pois dessa forma retira-se a sensação de estar sendo observado diretamente. O fator negativo é que exige estrutura física apropriada para aplicação (MARCHI, 2018).

“Quanto aos métodos avaliativos, eu acho que se fosse fazer, as práticas mesmo, as simulações que tem aquela discussão depois, eu acho que é mais valido do que prova teórica em si.” (N7, F)

“Acho importante atividade avaliativa de prova mesmo, nem que fosse igual ali no hospital, que a gente tem aquelas salas espelhadas, você saber manejar o método avaliativo, eu achei legal, na minha época a gente fez com outras coisas, então nos cuidados paliativos acho que seria legal.” (P7, F)

“A prova teórica, ela tem o seu lugar, mas ela não me deixa muito confortável não, ela tem algumas vantagens, mas ela tem mais desvantagens, então eu acho melhor um feedback bem estruturado e se tem estrutura de fazer, dependendo do programa, fazer OSCE.” (N6, F)

Portanto, lembrar que o método avaliativo deve ser condizente com o objetivo de aprendizado e o método de ensino utilizado. As alternativas apontadas pelos estudantes permitem que seja elaborado um leque diverso e coerente de estrutura educacional e competências de ensino almejadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a demanda crescente por cuidados paliativos e o papel do médico de família e comunidade na oferta desse cuidado, esse estudo se propôs a partir da percepção dos residentes produzir material que auxiliasse os programas de residência em medicina de família e comunidade a organizarem o ensino de cuidados paliativos para esses profissionais. Embora já existam referências estabelecidas quanto às competências esperadas, apresentadas pela própria Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, verificou-se ausência de recomendações que orientem as ferramentas de ensino a serem utilizadas, metodologias docentes, carga horária, e instrumentos avaliativos.

Assim, a partir da compreensão da percepção dos próprios estudantes pudemos inicialmente reconhecer como ocorre o ensino de cuidados paliativos em residências de medicina de família e comunidade situadas no estado de Minas Gerais, salientando suas dificuldades e apresentando os pontos a melhorar.

Nos programas que possuem estágio em setor específico de cuidados paliativos, o ensino ocorre predominantemente em ambulatório de cuidados paliativos, por 30 dias, principalmente por meio de atendimento preceptorado e discussão de casos. O foco é maior nos pacientes oncológicos, o ensino teórico é pouco estruturado e a abordagem multidisciplinar é escassa.

Nos programas que não possuem estágio em setor específico, o ensino de cuidados paliativos ocorre principalmente no ambiente domiciliar e em atendimentos na atenção primária, há aulas teóricas sobre o assunto e discussão de casos. A carga horária não é delimitada, e parte dos residentes recorrem a cursos extracurriculares para aquisição das competências sobre o tema.

Ambos os grupos apontaram necessidades para melhor estruturação dos métodos de ensino e avaliação utilizado, porém os residentes dos programas com estágio em cuidados paliativos relataram se sentirem mais seguros em ofertar cuidados paliativos do que aqueles que não participaram de estágio em setor específico.

Visando contribuir com a organização do ensino de cuidados paliativos durante as residências médicas de medicina de família e comunidade, foram expostas recomendações, advindas dos próprios residentes, indicando ser importante estágio em setor específico que abranja os três

cenários de ensino (domiciliar, ambulatorio e hospitalar) com duração média de dois meses, que associe diferentes metodologias ativas de ensino prático e teórico e possua avaliação estruturada condizente.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. R. L. de *et al.* Residência médica de pediatria: Limites e possibilidades. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e20510514868, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14868. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14868>. Acesso em: 10 nov. 2021

ALMEIDA, R. F. de; COELHO, B. L. N. Estratégias para sustentar o interesse em realizar residência médica em Medicina de Família e Comunidade durante tempos de pandemia de COVID-19 no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2817, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2817. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2817>. Acesso em: 09 mar 2022

ALVES JUNIOR, V. D. *et al.* Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde - percepção de médicos. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**. [S. l.], v. 10, n. 1, p. 02-08, dez. 2020.

AMARAL, F. T. V; TRONCON, L. E. A. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (Osce). **Revista Brasileira de Educação Médica**. [online], v. 31, n. 1, p. 81–89, 2007. DOI: 10.1590/S0100-55022007000100011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/Zf3BXW5MkY6RsMqyBcrTFnS>. Acesso em: 16 out. 2021.

AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JR, A. C. DE C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [online], v. 42, n. 4, p. 14–28, dez. 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015V42N4RB20180056. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rkNS5FYdxmmt8LZqV8FYkMb/>. Acesso em: 04 nov. 2021.

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª ed. [S.l]:[s.n.], 2012. 592p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 21 nov. 2021

ANCP. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2018.

ARANHA, A. BAPTISTA. **Implementação da disciplina de cuidados paliativos na graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)**. 2019. 51p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28946>. Acesso em 04 nov.2021

ARANOVICH, C.; KRIEGER, M. DA G. T. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática. **Aletheia**, Canoas, v. 53, n. 2, p. 38–50, 2020. DOI 10.29327/226091.53.2-3. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942020000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 16 out. 2021.

AREDES, J. S.; MODESTO, A. L. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.

2, p. 435–453, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000200006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>. Acesso em 04 nov. 2021.

AUTO, B. D. S. D. *et al.* A pesquisa-ação educacional no desenvolvimento docente em métodos avaliativos para o médico residente. **New Trends in Qualitative Research**. Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 2, p. 27–41, 2020. DOI: 10.36367/NTQR.2.2020.27-41. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/69>. Acesso em: 20 nov. 2021

AZEVEDO, C. *et al.* Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care\*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 51, e03245, 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016038003245. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kKDzFBhX8V65DY6RHjLBKtS/>. Acesso em: 03 nov 2021.

BARATA, A N. *et al.* Dying at Home. In: Demurtas, J., Veronese, N. (eds) **The Role of Family Physicians in Older People Care: Practical Issues in Geriatrics**. Cham: Springer, 2022. P. 357-366. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-78923-7\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-030-78923-7_21). Acesso em 19 mar de 2022

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: [s.n.]. 2006

BARROS, C. E. DOS S. R. P. C. N.; CUNHA, J. M. P. C. F. T. L. F.; MATTOS. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à saúde. In: GUSSO, GUSTAVO; LOPES, J. M. C. (Ed.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - princípios, formação e prática**. 2. ed. [S.l.]: Artes Medicas, 2018.

BASTOS, C. A. H. *et al.* Aplicação do Método de Avaliação 360º em Residentes Médicos de Ginecologia e Obstetrícia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. [online], v. sup. 34, p. 1–10, out. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1423/885>. Acesso em: 20 nov. 2021

BORGES, M. C. *et al.* Ensino clínico em cenários reais de prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 249-256, 2015. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v48i3p249-256. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104313>. Acesso em: 04 nov. 2021

BRÄNNSTRÖM, M.; BOMAN, K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: A randomized controlled study. **European Journal of Heart Failure**. [S.l.], v. 16, n. 10, p. 1142–1151, 2014. DOI: 10.1002/ejhf.151. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25159126/>. Acesso em: 16 out. 2021

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília: [s.n.], 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União** : República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF 2010. Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 15 out. 2021

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução N°. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, DF. 23 jun. 2014.

Disponível em:

[https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE\\_RES\\_CNECESN32014.pdf?query=classificacao](https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao) Acesso em: 2 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 1981. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16932.htm). Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº19. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos. **Diário Oficial da União** : República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF 03 jan. 2002.

Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html). Acesso em 02 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-DATASUS)**. [online], MS, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Microcurso: orientação para a abertura de programa de residência em área profissional da saúde**. Brasília: UNASUS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: [s.n.].2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada À Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e De Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: [s.n.].2020

CARVALHO, J. A. DE *et al.* Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **REMPEC-Ensino, Saúde e Ambiente**. [online] v.3, n.1, p. 78–90, abr. 2010.

DOI:10.22409/resa2010.v3i1.a21105. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/328519180>. Acesso em 02 nov. 2021

CASTRO, A. A. *et al.* Cuidados paliativos e Ensino Médico: Revisão sistemática. **Research, Society and Development**. [S.l.], v. 10, n. 1, p. e50210111976, jan. 2021. DOI> 10.33448/rsd-v10i1.11976 Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11976>. Acesso em: 03 fev. 2022

CFM, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.973/2011. **Diário Oficial da União** : República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF 01 de ago. 2011.

Disponível em:

[https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res\\_CFM\\_1973\\_14.07\\_.pdf](https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res_CFM_1973_14.07_.pdf). Acesso em: 02 nov. 2021

CFPC. **Specific standards for family medicine residency programs accredited by the College of Family Physicians of Canada**. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2020. 36p. Disponível em:

<https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Accreditation/2020701-RB-V2-0-ENG.pdf>

Acesso em: 16 out. 2021

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [online], v. 33, n. 4, p. 664–669, 2009. DOI: 10.1590/S0100-55022009000400018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400018>. Acesso em: 05 out. 2021

CHOWDHURY, R. R.; KALU, G. Learning to give feedback in medical education. **The Obstetrician & Gynaecologist**, [S.l.] v. 6, n. 4, p. 243–247, 2004. Disponível em:

<https://doi.org/10.1576/toag.6.4.243.27023>. Acesso em 02 fev. 2022

CLARK, D. *et al.* Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S.l.] v. 59, n. 4, p. 794, 1 abr. 2020. DOI: 10.1016/J.JPAINSYMMAN.2019.11.009. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7105817/>. Acesso em 27 jul. 2021

CNRM, C. N. DE R. M. Resolução CNRM nº 2/2006 Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União** : República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 17 maio 2006, p. 1–62.

CNRM, C. N. DE R. M. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União** : República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 maio 2015, p. 1–9.

CÔBO, V. DE A. *et al.* Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200008). Acesso em 27 jul 2021

COSTA, R. S. DA *et al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, [online], v. 40, n. 108, p. 170–177, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nbwsngkHRpms9FzpGGnZLZm/> Acesso em: 04 nov. 2021

COSTA, J. B. R.; BARRETO, I. F.; COSTA, A. B. A. O uso de metodologias ativas na residência médica. *In: Educação 2.0: desafios e conquistas*. [S.l.]: Pimenta Cultural, 2021. 347 p.

COSTA, W. DE A.; CARVALHO, N. DE C.; COELHO, P. A. B. Colapso da Atenção Básica em contexto de COVID-19 sob o olhar de uma UBS. **Com. Ciências Saúde**, [S.l.], v 31, sup. 1, p. 209-216, 2020. Disponível em:

<http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/735/320>. Acesso em: 8 mar. 2022.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions** 4<sup>th</sup> ed, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2017. 488p.

DAUDT, C. V. G.; PINTO, M. E. B.; LOPES, J. M. CERATTI. Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade. *In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. CHAVES. (Eds.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 462–474.

DAVIDOFF, L. A percepção. *In: DAVIDOFF, L. Introdução à Psicologia.* São Paulo: MacGraw Hill, p. 210–216, 1983.

DEMARZO, M. M. P. Diretrizes para a integração ensino-serviço-comunidade na formação em atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade. **Revista de APS**, [S.l.] v. 12, n. 2, 2009.

DIAS SARTI, T. *et al.* Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–5, 9 maio 2018. DOI: 10.5712/RBMFC13(40)1744. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1744>. Acesso em: 17 set. 2022

ELSNER, F. *et al.* **Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools.** [S.l]: [s.n.], 2013. 24p. Disponível em <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2022

FABRICIO, T. N. B. D. **Experiência de implantação da avaliação 360 graus e feedback entre residentes de ginecologia e obstetrícia.** 2017 68p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24922/1/TeresaNeumannBeserraDantasFabricio DISSERT.pdf> Acesso em 04 nov.2021

FILISBINO, M. A.; MORAES, V. A. DE. A graduação médica e a prática profissional na perspectiva de discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 37, n. 4, p. 540–548, dez. 2013. DOI: 10.1590/S0100-55022013000400009. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/xYpccNcBQ8kddzmFdSQjQLJ/abstract/>. Acesso em: 09 mar. 2022

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 23, n. 9, p. 2072-2080., set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 28 jun. 2020

FREITAS, E. D. DE. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Rev. Bioética** [online], v. 25, n. 3, p. 527–535, 2017.

DOI:10.1590/1983-80422017253209. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253209>. Acesso em 04 nov. 2021

GIANINI, B. S.; BENTO, L. M. A.; ANDRADE, L. P. DE. Percepções de Alunos de Medicina sobre Método Ativo de Ensino e Aprendizagem. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 147–149, 27 jun. 2019. DOI: 10.17921/2447-8733.2019V20N2P147-149. Disponível em: <https://revistaensinoeducacao.pgsskroton.com.br/article/view/6498>. Acesso em 23 jan. 2022

GRYSCHER, G.; PEREIRA, E. A. L.; HIDALGO, G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2012–2012, 2 mar. 2020. DOI: 10.5712/RBMFC15(42)2012. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2012>. Acesso em 16 out. 2021

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade** - princípios, formação e prática. [S.l.] Artes Médicas, 2018.

HUANG, Y. *et al.* Specialty 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** [S.l.], v. 2, n. 1, p 1-8. 2014. Disponível em: <https://europub.co.uk/articles/-A-203929>. Acesso em 16 out. 2021

IAHPC. **Global Consensus based palliative care definition**. Houston: IAHPC, 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>. Acesso em 20 jan. 2021

ISQUIERDO, A. P. R. *et al.* Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 45, n. 2, 11 jun. 2021. DOI: 10.1590/1981-5271V45.2-20200521. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/mBj46qsPfmCm9P7StfbXPSf/abstract/>. Acesso em 03 mar. 2022

JONES, F.; PASSOS-NETO, C. E.; BRAGHIROLI, O. F. M. Simulation in medical education: brief history and methodology. **Principles and practice of clinical research**, [S. l.], v. 1, n. 2, 2015. Disponível em: <https://journal.ppcr.org/index.php/ppcrjournal/article/view/12>. Acesso em 20 de nov. 2021

KAUFMANN, D. Le nouveau Paradigme dans l'enseignement medical: Comment la théorie peut exercer une influence sur la pratique. *In*: Conférences Inaugurales. Université Dalhousie. Halifax. **Anais**, Canadá, 2000.

KNAUL, F. M. *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief -an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **The Lancet** [online], v. 391, n. 10128, p. 1391–1454, 7 abr. 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8 Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32513-8/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32513-8/fulltext#articleInformation). Acesso em 16 out. 2021

KNOWLES, M. S. **The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development**. 6<sup>th</sup> ed. [S.l.], 2005.

- KOZLOV, E. *et al.* Timing of Palliative Care Consultations and Recommendations: Understanding the Variability. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, [S.l.], v. 32, n. 7, p. 772–775, 2015. DOI: 10.1177/1049909114543322. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909114543322>. Acesso em: 19 ago. 2021
- KUZMA, N. *et al.* Reflect, advise, plan: Faculty-facilitated peer-group mentoring to optimize individualized learning plans. **Academic pediatrics** [S.l.], v. 16, n. 6, p. 503–507, 2016. DOI: 10.1016/j.acap.2016.06.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27312278/>. Acesso em: 16 out. 2021
- LENT, R. Motivação para Sobreviver. *In*: LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 698p.
- LÉVI-STRAUSS, C. Aula Inaugural. *In*. GUIMARÃES, A. Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. F. (Eds.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 94–110.
- MAHTANI, R. *et al.* Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? **Canadian Family Physician**, [S.l.] v. 61, n. 12, p. 577-582. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677961/>. Acesso em 10 nov. 2021
- MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 42, n. 2, p. 34–44, jun. 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015V42N2RB20170011 Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/ZJcDbxpGCtVPzMTVZsBGKwP/abstract/>. Acesso em 10 nov. 2021.
- MARCHI, E. G. F. A. **A prática clínica no cenário da sala com espelho unidirecional: percepção dos alunos sobre o método de observação direta no ensino médico**. 2018. 110p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21712>. Acesso em: 16 out 2022
- MATTOS, C. W.; DERECH, R. D. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2094. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2094/1526>. Acesso em: 09 jul 2020
- MCCALLAN, T.; DAUDT, H. Engaging Family Physicians in the Provision of Palliative and End-of-Life Care: Can We Do Better? **Palliative Medicine Reports**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 207–211, 16 jul. 2021. DOI:10.1089/pmr.2021.0021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8310740/>. Acesso em: 10 jan. 2022
- MEIRA VERAS, R. *et al.* Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Educação Médica**

[online], v. 44, n. 2, 2020. DOI: 10.1590/1981-5271V44.2-20190208. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/Kh6JgpZZSTZzSvhKrspRSGF/abstract/>. Acesso em 09 jan. 2021

MELO, M. A. G. DE. **O método PBL e a atuação dos professores da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis-BA: um estudo de caso.** 2020 108p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação e Inovação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, ES, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ivc.br/handle/123456789/691?locale-attribute=pt\\_BR](https://repositorio.ivc.br/handle/123456789/691?locale-attribute=pt_BR). Acesso em: 09 jan. 2022

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito, e elementos constitutivos. *In: As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES, P. B.; PEREIRA, A. DE A.; BARROS, I. D. C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Rev. Bioética** [online], v. 29, n. 3, p. 534–580, 2021 DOI: 10.1590/1983-80422021293489. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021293489>. Acesso em: 04 nov. 2021

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, [online]. v. 17, p. 621–626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007> Acesso em: 14 jan. 2021

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo, Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/>. Acesso em: 02 set. 2020

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011. 96p.

NASCIMENTO, D. D. G. DO *et al.* **Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde.** [S.l.] Fiocruz e UNASUS, 2019.

NASCIMENTO, L. A. DO; TRAMONTINI, C. C.; GARANHANI, M. L. O processo de aprendizagem do residente de anestesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 35, n. 3, p. 350–358, set. 2011. DOI: 10.1590/S0100-55022011000300008 Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/sB7gwNncDPQZrWhnRwWhJnF/abstract/> Acesso em: 10 nov. 2021

NOVAES, L. M. S. *et al.* Roleplay as an Educational Strategy in Palliative Care: A Systematic Integrative Review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** [S.l.] v39, n.5, p 221-235, ago. 2021. DOI:10.1177/10499091211036703. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10499091211036703>. Acesso em: 5 dez. 2021.

O’LEARY, N.; TIERNAN, E. Survey of specialist palliative care services for noncancer patients in Ireland and perceived barriers. **Palliative medicine** [S.l.], v. 22, n. 1, p. 77–83,

2008. DOI: 10.1177/0269216307084609. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18216080/>. Acesso em: 05 jan. 2022

OLIVEIRA, J. R. DE. Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 40, n. 3, p. 364-373, 2016, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01632015>. Acesso em: 10 nov. 2021

OLIVEIRA, M. L. DE *et al.* A importância da assistência aos pacientes em cuidados paliativos na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [online], v. 21, p. e6665–e6665, 17 mar. 2021. DOI: 10.1590/1981-5271V45.1-20200326. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/6665>. Acesso em: 22 mar. 2022

ORDONHO, L. C. *et al.* Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [online], v. 36, p. e8837–e8837, 27 set. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8837>. Acesso em: 22 mar. 2022

OUCHI, K. *et al.* Initiating palliative care consults for advanced dementia patients in the emergency department. **Journal of palliative medicine**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 346–350, mar. 2014. DOI:10.1089/jpm.2013.0285 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387752/>. Acesso em: 09 jul. 2021

OWEN, R.; JEFFREY, D. Communication: common challenging scenarios in cancer care. **European journal of cancer**, [S.l.] v. 44, n. 8, p. 1163–1168, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.029>. Acesso em: 22 jan. 2022

PAZIN FILHO, A. Características do aprendizado do adulto. *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 7-16, 2007. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v40i1p7-16. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/298>. Acesso em: 16 out. 2021.

PELLIN, P. P. Currículo baseado em competências: uma proposta para o programa de residência médica em medicina de família e comunidade no município de Campo Bom-RS. 2020. 152p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/217559> Acesso em 04 nov.2021

PEREIRA, M. G.; TAUIL, P. L.; GODOI, A. M. M. Avaliação de método de ensino para preenchimento de declaração de óbito. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 17, n. 1, p. 23–24, 2 jul. 2021. DOI: 10.159. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/CP87KPrRVQ8rGYLP9symjCF/?lang=pt0/1981-5271V17.1-003>. Acesso em: 03 fev. 2022

PINHEIRO, T. R. S. P.; BENEDETTO, M. A. C. DE; BLASCO, P. G. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. **Revista Brasileira de Medicina**, [S.l.] v. 68, p. 19–25, 2011 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586146>. Acesso em: 03 nov. 2021

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**,

[online], v. 18, p. 2615–2623, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>. Acesso em: 10. Out. 2021

RAMANI, S.; KRACKOV, S. K. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. **Medical teacher**, [S.l.], v. 34, n. 10, p. 787–791, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.684916. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22730899/>. Acesso em 02 fev. 2022

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família **Revista Brasileira De Educação Médica**, [online], v. 43 (3), p. 62–72, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>. Acesso em: 03 nov. 2021

ROSENWAX, L. K. *et al.* Estimating the size of a potential palliative care population. **Palliative medicine**, [S.l.] v. 19, n. 7, p. 556–562, 2005. DOI: 10.1191/0269216305pm1067oa. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16295289/>. Acesso em: 16 out 2021

ROTENBERG, B. W. *et al.* A needs assessment of surgical residents as teachers. **Canadian Journal of Surgery**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 295, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695219/>. Acesso em: 20 nov. 2021

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética** [online], v. 23, n. 3, p. 593–607, 26 nov. 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233096. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1105](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1105). Acesso em 03 jan. 2022

SALES, M. G. *et al.* **Crerios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, 2006. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/biblioteca/Criterios-Qualidade-para-Cuidados-Paliativos-Brasil.pdf>. Acesso em 20 fev. 2021

SANTOS, A. F. J. DOS; FERREIRA, E. A. L.; PRADO, Ú. B. G. DO. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 [livro eletrônico]**. São Paulo: ANCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em: [https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf). Acesso em: 20 fev. 2021

SANTOS, G. DOS. **Formação em Cuidados Paliativos na Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade - visão dos preceptores e residentes**. 2017.155p. Dissertação (Mestrado Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: [https://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese\\_213\\_gisele\\_santos.pdf](https://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_213_gisele_santos.pdf). Acesso em 10 jan. 2021

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–12, 17 ago. 2016. DOI: 10.5712/RBMFC11(38)1259. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 03 jan. 2022

SBMFC. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. 66p.

SCHUBART, J. R. *et al.* Developing a Cancer Survivorship Curriculum for Family Medicine Residents: A Needs Assessment. **Journal of Education and Training Studies** [S.l.], v. 1, n. 1, p. 47–54, 2013. DOI: <https://doi.org/10.11114/jets.v1i1.30> Disponível em: <https://redfame.com/journal/index.php/jets/article/view/30> Acesso em 16 out.2021

SELMAN, L. E. *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**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 1–9, mar. 2017. DOI: 10.1186/s12904-017-0191-2 Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0191-2#citeas> Acesso em 10 out. 2021

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária a Saúde. In: Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária a saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina2-facilitador.pdf> Acesso em 06 out. 2020

SILVA, M. L. DOS S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro v. 9, n. 30, p. 45–53, 2 nov. 2014. DOI: 10.5712/RBMFC9(30)718. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718>. Acesso em 10 set. 2021

SINGER, Y.; CARMEL, S. Teaching end-of-life care to family medicine residents—what do they learn? **Medical Teacher**, [S.l.],v. 31, n. 2, p. e47–e50, jan. 2009. DOI: 10.1080/01421590802331420. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01421590802331420> Acesso em: 16 out. 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002. 710p.

TOLEDO, A. P. DE; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira De Educação Médica** [online], v. 36 (1), p. 109–117, 2012. Disponível em: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100015> Acesso em 16 out. 2021

TOSO, L. C.; SOUZA, J. M. DE; RIBEIRO, E. R. Diferentes pontos de vista na avaliação do médico residente em programas de clínica médica. **Ciência, Cuidado e Saúde** [S.l.], v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122210> Acesso em: 03 jan. 2022

VAN DE RIDDER, J. M. M. *et al.* What is feedback in clinical education? **Medical education**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 189–197, 2008. DOI:10.1111/j.1365-2923.2007.02973.x Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18230092/> Acesso em: 20 ago. 2021

VELHO, M. T. A. D. C. *et al.* Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 36, n. 3, p. 351–357, set.

2012. DOI: 10.1590/S0100-55022012000500009. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/sFWKCB4JhxpDyhRbChtymjd/>. Acesso em 10 nov. 2021

WEE, B.; HUGHES, N. **Education in palliative care: building a culture of learning**. [S.l.] OUP Oxford, 2007.

WHO. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2ed Geneva: WHO, 2002.

WHO, **Cancer pain relief and palliative care in children**. [S.l.] World Health Organization, 1998.

WOLPAW, T. M.; WOLPAW, D. R.; PAPP, K. K. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. **Academic Medicine** [S.l.], v. 78, n. 9, p. 893–898, 2003. DOI: 10.1097/00001888-200309000-00010 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14507619/>. Acesso em 02 jan. 2022

WONG, F. *et al.* Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. **Heart (British Cardiac Society)**, [S.l.], v. 102, n. 14, p. 1100–1108, jul. 2016. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308638 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969631/> Acesso em: 20 out. 2020

WOODS, M. N. Nutrition Academic Award: nutrition education in graduate medical education. **The American journal of clinical nutrition**, [S.l.], v. 83, n. 4, abr. 2006. DOI: 10.1093/AJCN/83.4.971S Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16600958/> Acesso em: 03 fev. 2022

WPCA, W. P. C. A.; WHO, W. H. O. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como Estratégia de Aprendizagem no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [online], v. 31, n. 2, p. 176–179, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009> Acesso em: 03 fev. 2022

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano que está descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

**1. Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:**

Nome: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável Legal (se aplicável): \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Dados da pesquisa:**

- a. Título: Perspectivas dos residentes de medicina de família e comunidade diante o ensino de cuidados paliativos durante o programa de residência
- b. Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas BH
- c. Projeto Unicêntrico
- d. Professor Orientador:

Pesquisador Responsável: (x) Estudante de Pós-graduação ( ) Professor Orientador

**3. Objetivo da pesquisa:**

Analisar a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade em relação ao aprendizado de cuidados paliativos.

**4. Justificativa da pesquisa:**

Diante escassez de serviços especializados em cuidados paliativos no país, a Atenção Primária à Saúde e, portanto, o médico de família e comunidade possui papel fundamental na ampliação da oferta e facilitação do acesso à assistência paliativa de qualidade. A residência de medicina de família e comunidade é o ambiente propício para o aprendizado de cuidados paliativos por esses profissionais. Para melhor compreensão do processo de aprendizagem, da aquisição de competências, e do impacto do ensino sobre o fornecimento de cuidados paliativos por esses profissionais após formação, é fundamental entender a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade diante do aprendizado ofertado.

**5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:**

Você participará de uma entrevista por meio de videochamada. Serão feitas perguntas a respeito do ensino de cuidados paliativos ofertado no programa de residência do qual participa. A entrevista tem

duração programada de aproximadamente 1 hora, mas pode se estender conforme sua disposição em conversar sobre o tema proposto. Haverá gravação do áudio da entrevista a fim de facilitar transcrição das respostas e assegurar fidedignidade. Serão coletados dados de identificação e caso o pesquisador veja necessidade ao longo da pesquisa de esclarecer dúvidas poderá entrar em contato novamente, desde que seja do seu consentimento. O direito de confidencialidade será resguardado como descrito abaixo.

**6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:**

Risco Mínimo     Risco Baixo     Risco Médio     Risco Alto

Os riscos inerentes a essa pesquisa são mínimos e estão relacionados às possíveis lembranças que podem ser suscitadas pelo tema cuidados paliativos. Considerando que pacientes aptos a cuidados paliativos encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, falar sobre o tema pode ocasionar desconforto ao retomar possíveis vivências desagradáveis e ou tristes. Outros desconfortos possíveis estão relacionados ao cansaço e tempo despendido durante a entrevista, o qual pode se prolongar necessitando de tempo e paciência do participante. Existe o risco mínimo de constrangimento, no que tange a respostas às perguntas e a possibilidade de reconhecimento da sua identidade (sigilo). Para evitar tais problemas, os dados coletados serão codificados protegendo a identidade dos participantes da pesquisa e as perguntas elaboradas foram revisadas com intuito de serem claras e minimamente invasivas ou constrangedoras. O risco de invasão da sua privacidade e exposição dos dados fornecidos com possível discriminação e estigmatização a partir dos conteúdos revelados são mínimos. Todas as informações fornecidas serão utilizadas unicamente com intuito de desenvolvimento científico, resguardando a sua participação e confidencialidade dos seus dados. Portanto, todos os dados registrados no TCLE serão mantidos em máximo sigilo não sendo divulgados pelos pesquisadores.

**7. Descrição dos benefícios da pesquisa:**

Analisar a percepção dos residentes de medicina de família e comunidade quanto ao ensino de cuidados paliativos contribuirá para melhor organização dos programas de residência quanto ao processo de aprendizagem e às ferramentas de ensino para propiciar a aquisição das competências recomendadas. Por consequência, melhorar o fornecimento de cuidados paliativos pelos futuros profissionais.

**8. Despesas, compensações e indenizações:**

- a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

**9. Direito de confidencialidade:**

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

**10. Acesso aos resultados da pesquisa:**

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

**11. Liberdade de retirada do consentimento:**

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

**12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Pesquisador responsável: Paula Ohana Rodrigues

Telefone: (11)964112322

Email: paulaohanarodrigues@yahoo.com.br

**13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel.: (35) 3299-3137

Email: comitedeetica@unifenas.br

Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário		
Representante Legal		
Pesquisador Responsável	Voluntário	Representante Legal

**APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Código identificador: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Especialidade da Residência: \_\_\_\_\_

Instituição da Residência: \_\_\_\_\_

R1/R2/R3/R4/ Ano de formatura da residência: \_\_\_\_\_

Trabalha ou já trabalhou em serviço de cuidados paliativos? Sim – Não

Durante a residência, já realizou estágio em setor específico de cuidados paliativos? Sim- Não

1. Como você define cuidados paliativos?
2. Você acredita que exista relação dos cuidados paliativos com a sua especialidade? Por quê?
3. Poderia falar-me de que forma são ensinados cuidados paliativos na sua residência?

3.1 No quadro abaixo estão listadas as competências em cuidados paliativos esperadas após formação dos residentes de MFC segundo SBMFC. Uma forma de relatarmos a abordagem de ensino é a classificação descrita nas colunas. Com base na sua residência como foi abordado cada tema?

	Não foi abordado	Apenas observado	Executou sob supervisão	Executou sem supervisão	Supervisionou aprendizes iniciantes
Manejo de úlceras de pressão/decúbito					
Manejo de dor oncológica e não oncológica					
Maneja nutrição no paciente terminal					
Prepara e orienta familiares e paciente quanto às providências relacionadas à morte.					
Manejo de intercorrências comuns (diarreia, constipação, náusea, dispneia, delirium).					
Habilidade de comunicação e abordagem de más notícias					
Abordagem do luto e fornecimento de atestado de óbito					
Maneja situações terminais de doenças crônicas (IC, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais)					
Reconhece e sabe encaminhar situações urgentes em CP					
Realizar procedimentos domiciliares, incluindo hipodermoclise					

4. Quais eram suas expectativas quanto ao aprendizado de cuidados paliativos durante a residência?

5. O que vem à mente quando se imagina formado atendendo pacientes aptos a cuidados paliativos?
6. Se você for convidado para assumir a coordenação do programa de residência de medicina de família e comunidade. Você acha necessário estágio em cuidados paliativos?
  - 6.1 Se sim como estruturaria esse estágio?
  - 6.2 Se não, como acha que os cuidados paliativos devem ser estruturados dentro da residência?