

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**  
**Priscilla Biazibetti Mendes**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO  
TRABALHO DOS MÉDICOS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NO  
BRASIL**

**Belo Horizonte - MG**

**2021**

**Priscilla Biazibetti Mendes**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO  
TRABALHO DOS MÉDICOS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NO  
BRASIL**

**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.**

**Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira**

**Coorientador: Prof. Dr. José Ricardo de Oliveira**

**Belo Horizonte - MG**

**2021**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca UNIFENAS  
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

614.253(043.3)

M538p

Mendes, Priscilla Biazibetti.

Perfil sociodemográfico, da formação profissional e do trabalho dos médicos que atuam em cuidados paliativos no Brasil. [manuscrito] Priscilla Biazibetti Mendes. -- Belo Horizonte, 2021.

99f : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

Orientador : Prof. Alexandre de Araújo Pereira.

Coorientador : Profa. José Ricardo de Oliveira.

1. Cuidados Paliativos. 2. Medicina Paliativa. 3. Prática Profissional. 4. Educação Médica. I. Pereira, Alexandre de Araújo. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



**Presidente da Fundação Mantenedora - FETA**

Larissa Araújo Velano

**Reitora**

Maria do Rosário Velano

**Vice-Reitora**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Pró-Reitor Acadêmico**

Mário Sérgio Oliveira Swerts

**Pró-Reitora Administrativo-Financeira**

Larissa Araújo Velano

**Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Diretora de Pesquisa e Pós-graduação**

Laura Helena Órfão

**Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

**Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Maria Aparecida Turci

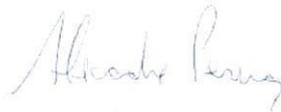
# Certificado de Aprovação

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO TRABALHO DOS MÉDICOS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

**AUTOR:** Priscilla Biazibetti Mendes

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



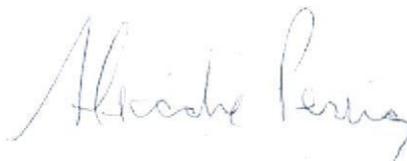
---

Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



---

Prof. Dr. José Ricardo de Oliveira



---

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva

*Alcides Pereira*

---

Profa. Dra. Janaina de Souza Aredes

Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2021.

*Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.*

**Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.**

Coordenador de Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

**Antonio Toledo Jr.**  
Coordenador do Curso  
de Medicina  
UNIFENAS / BH

*Aos médicos paliativistas deste país,  
que descobriram o verdadeiro significado da  
palavra “cuidar”.*

## AGRADECIMENTOS

É um privilégio quando a caminhada é longa, mas não andamos sozinhos. A trajetória se tornou mais leve, os obstáculos, mais contornáveis e a direção, mais clara.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Alexandre Pereira, expresso toda a minha gratidão. Obrigada pela sua disponibilidade, por todos os conselhos e por ter sido a minha maior companhia durante esta jornada.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. José Ricardo de Oliveira, meu reconhecimento pela sua generosidade. Você permanece como uma das minhas maiores inspirações no universo dos Cuidados Paliativos.

À amiga e médica paliativista, Dra. Sarah Ananda, por tornar este trabalho possível. Foi fundamental sua ajuda na elaboração desta dissertação.

Aos colegas médicos paliativistas, pela participação e auxílio na divulgação deste trabalho. Em especial, agradeço ao Dr. Roni Chaim Mukamal, Dra. Daniela Charnizon e Dra. Alexandra Mendes.

A todos os professores do programa de Mestrado em Ensino em Saúde da UNIFENAS, em especial ao Prof. Dr. Antônio Toledo, por todos os ensinamentos que foram determinantes para o meu caminhar.

A minha querida família, por trazer minha alegria, por me fazer sentir o prazer de estar a caminho e me cobrir de paz.

*“A morte não é a maior perda da vida.*

*A maior perda da vida é o que morre*

*dentro de nós enquanto vivemos.”*

(PABLO PICASSO)

## RESUMO

Cuidado Paliativo é o modelo multidisciplinar de atenção à saúde que busca proporcionar o conforto do paciente que apresenta uma doença que ameace sua vida. **Objetivos:** Traçar o perfil do médico que atua em Cuidados Paliativos no Brasil; identificar seu perfil sociodemográfico; sua formação profissional e sua atividade atual de trabalho. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo Survey, de recorte transversal, descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa. Foi aplicado um questionário on-line aos médicos que atuam em Cuidados Paliativos no Brasil, com ou sem área de atuação comprovada. **Resultados:** Participaram do estudo 163 médicos, sendo a maioria do sexo feminino (71,8%), com idade entre 30 e 49 anos (77,9%), casados (76,7%), moradores da região Sudeste do país (60,7%), com remuneração semelhante à média salarial dos médicos do país. A maior parte dos médicos concluiu o curso de medicina após os anos 2000 (72,2%), graduados em escola pública (54%). As especialidades médicas mais frequentes exercidas pelos participantes foram: Clínica Médica (39,4%), Geriatria (21,7%), Medicina de Família e Comunidade (8,4%). Um total de 75,5% dos participantes tem área de atuação comprovada em Medicina Paliativa, sendo que a maior parcela obteve o título por meio da prova de título de suficiência (62,6%). Apenas 11,7% dos participantes decidiram trabalhar com Cuidados Paliativos durante a graduação médica, havendo tendência da decisão por atuar na área durante a especialização ou residência de outras áreas médicas. Observou-se que a maioria da população estudada possuía menos de 10 anos de experiência de trabalho em Cuidados Paliativos (72,2%). Na prática profissional da área, 83,6% dos médicos possuem uma equipe multiprofissional de apoio. Somente 22,4% dos participantes atuam exclusivamente em Medicina Paliativa. Os participantes relataram que atuam em diferentes níveis de assistência, sendo o nível hospitalar o predominante. Um total de 76,7% dos médicos atua em alguma atividade de ensino em Cuidados Paliativos. A satisfação pessoal e o desejo de cuidar do outro foram os principais motivos citados para esses profissionais trabalharem na área. Em relação ao grau de satisfação pessoal, nenhum participante respondeu estar “muito satisfeito” em atuar como médico paliativista, 59,8% se consideram “satisfeitos” e 38,8% disseram estarem “pouco satisfeitos”. A grande maioria dos participantes consideram que trabalhar com assistência paliativa gera algum impacto na sua saúde mental (85,7%). **Conclusão:** A Medicina Paliativa é uma área de atuação médica reconhecida recentemente no país, sendo fundamental o conhecimento detalhado do médico que trabalha nesta área. Incentivar um maior espaço do

ensino em Cuidados Paliativos na educação médica, principalmente durante a graduação; ampliar o acesso para os médicos de mais especialidades para a obtenção de título de área de atuação em Medicina Paliativa e buscar um ambiente de trabalho favorável para os médicos nos serviços paliativos, com recursos técnicos adequados e com foco na sua integridade psicológica, podem ser pontos importantes na consolidação desta nova área de atuação no país. Mais estudos que detalhem sobre a satisfação do profissional em atuar na assistência paliativa são relevantes para este contexto.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Medicina Paliativa, Prática Profissional, Educação Médica.

## ABSTRACT

Palliative Care is the multidisciplinary healthcare model that seeks to provide the comfort of patients who have a life-threatening disease. Objectives: To outline the profile of the doctor who works in Palliative Care in Brazil; identify your sociodemographic profile; their professional background and their current work activity. Methods: This is Survey-type research, cross-sectional, descriptive and exploratory, with a quantitative approach. An online questionnaire was applied to physicians working in Palliative Care in Brazil, with or without a proven field of expertise. Results: A total of 163 physicians participated in the study, most of them female (71.8%), aged between 30 and 49 years (77.9%), married (76.7%), living in the Southeast region of the country (60.7%), with remuneration like the average salary of doctors in the country. Most physicians completed the medical course after the 2000s (72.2%), graduated from public schools (54%). The most frequent medical specialties performed by the participants were: Internal Medicine (39.4%), Geriatrics (21.7%), Family and Community Medicine (8.4%). A total of 75.5% of the participants have a proven field of expertise in Palliative Medicine, with the largest portion obtaining the title through proof of sufficiency title (62.6%). Only 11.7% of the participants decided to work with Palliative Care during medical graduation, with a tendency to decide to work in the area during specialization or residency in other medical areas. It was observed that most of the population studied had less than 10 years of work experience in Palliative Care (72.2%). In professional practice in the area, 83.6% of physicians have a multidisciplinary support team. Only 22.4% of participants work exclusively in Palliative Medicine. Participants reported that they work at different levels of care, with the hospital level being predominant. A total of 76.7% of physicians work in some teaching activity in Palliative Care. Personal satisfaction and the desire to take care of the other were the main reasons cited for these professionals to work in the area. Regarding the degree of personal satisfaction, no participant responded that they were "very satisfied" in working as a palliative doctor, 59.8% considered themselves "satisfied" and 38.8% said they were "not very satisfied". working with palliative care has some impact on their mental health (85.7%) Conclusion: Palliative Medicine is an area of medical activity recently recognized in the country, being essential the detailed knowledge of the doctor who works in this area. of teaching in palliative care in medical education, especially during graduation; expanding access for physicians with

more specialties to obtain the title of area of expertise in palliative medicine and seeking a favorable working environment for physicians in palliative services, with adequate technical resources and focused on their psychological integrity, can be important points in the consolidation of this new area of activity in the country. Studies that detail the professional's satisfaction in working in palliative care are relevant to this context.

**Keywords:** Palliative Care, Palliative Medicine, Professional Practice, Medical Education.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos médicos quanto ao Título de área de atuação comprovada em Medicina Paliativa .....	50
Tabela 2-	Caracterização dos médicos quanto aos aspectos sociodemográficos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	51
Tabela 3 -	Caracterização dos médicos quanto à graduação em Medicina, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	53
Tabela 4 -	Caracterização dos médicos quanto às especialidades médicas, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	54
Tabela 5 -	Caracterização dos médicos quanto à formação em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral ..	55
Tabela 6 -	Caracterização dos médicos quanto ao contato com Cuidados Paliativos na sua trajetória profissional, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	56
Tabela 7 -	Caracterização dos médicos quanto à atividade profissional atual em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	57
Tabela 8 -	Caracterização dos médicos quanto aos fatores psicossociais envolvidos na sua atividade profissional em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	59
Tabela 9 -	Caracterização dos médicos quanto à participação em atividades de ensino em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação	

	em Medicina Paliativa e no geral.....	60
Tabela 10 -	Caracterização dos médicos quanto os fatores determinantes na decisão trabalhar ou não em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	62
Tabela 11 -	Opinião dos médicos sobre Cuidados Paliativos no Brasil, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral .....	63

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CP	Cuidado Paliativo
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EAPC	European Association for Palliative Care
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Medicina Paliativa
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAT	Ferramenta de Avaliação de Educação Paliativa
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>ASPECTOS TEÓRICOS: FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>História dos Cuidados Paliativos no mundo.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>O Médico e a Morte: importância dos Cuidados Paliativos na formação médica.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>Cuidados Paliativos no Brasil: histórico, estruturação de serviços, legislação e aspectos éticos .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4</b>	<b>Ensino em Cuidados Paliativos na graduação médica brasileira.....</b>	<b>26</b>
<b>3.5</b>	<b>Cuidados Paliativos: o ensino médico especializado no Brasil e no mundo ...</b>	<b>32</b>
<b>3.5.1</b>	<b><i>O médico com área de atuação em Medicina Paliativa .....</i></b>	<b>34</b>
<b>3.5.2</b>	<b><i>A residência médica em Medicina Paliativa .....</i></b>	<b>35</b>
<b>3.5.3</b>	<b><i>Título de área de atuação em Medicina Paliativa por exame de suficiência .....</i></b>	<b>36</b>
<b>3.5.4</b>	<b><i>Pós-graduações em Cuidados Paliativos .....</i></b>	<b>38</b>
<b>3.6</b>	<b>Modelo para uma Medicina Paliativa sustentável: centrado no médico generalista ou especialista? .....</b>	<b>39</b>
<b>3.7</b>	<b>A equipe paliativa multiprofissional: a garantia da dignidade humana.....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1</b>	<b>Fundamentação Metodológica.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3</b>	<b>Contexto da Pesquisa .....</b>	<b>45</b>

4.3.1	<i>População de estudo</i> .....	46
4.3.2	<i>Recrutamento</i> .....	46
4.3.3	<i>Cr�terios de inclusão e exclusão</i> .....	47
4.4	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	48
4.5	<b>Análise Estatística dos Dados</b> .....	48
4.6	<b>Aspectos �ticos</b> .....	49
5	<b>RESULTADOS</b> .....	50
5.1	<b>Aspectos sociodemográficos dos participantes</b> .....	50
5.2	<b>Perfil de gradua�o em Medicina dos participantes</b> .....	52
5.3	<b>Especialidades Médicas dos participantes</b> .....	53
5.4	<b>Forma�o em Cuidados Paliativos dos Participantes</b> .....	54
5.5	<b>Caracteriza�o da atua�o profissional em Cuidados Paliativos dos participantes</b> .....	56
5.6	<b>Caracteriza�o de aspectos psicossociais dos participantes que atuam em Cuidados Paliativos</b> .....	58
5.7	<b>Atividades de ensino em Cuidados Paliativos dos participantes</b> .....	60
5.8	<b>Fatores que influenciaram o participante na escolha para atuar em Cuidados Paliativos</b> .....	61
5.9	<b>Opinião do participante sobre os Cuidados Paliativos no Brasil</b> .....	63
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	64
7	<b>CONCLUSÕES</b> .....	74
8	<b>PERSPECTIVAS FUTURAS DA PESQUISA</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
	<b>APÊNDICES</b> .....	87
	<b>ANEXOS</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

*O grande desafio é permitir que se viva com qualidade a própria morte.*

*Maria Julia Kovács*

Ter consciência da nossa finitude como parte inevitável da nossa condição existencial é um dos nossos maiores desafios. A terminalidade é uma experiência subjetiva e complexa. A assistência digna ao fim da vida alivia o sofrimento humano e deve ser oferecida a todos que se deparam com este processo. A Medicina Paliativa (MP) é o modelo multidisciplinar de atenção à saúde destinado a proporcionar o conforto do paciente que apresenta uma doença que ameace sua vida (COSTA; POLES; SILVA, 2016). O treinamento de equipes voltadas para o atendimento paliativo se tornou uma prioridade em saúde pública no país, devido ao crescente número de pacientes que precisam desse perfil de cuidado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Cuidado Paliativo (CP) é:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Na minha trajetória profissional como médica geriatra, tive oportunidade de atuar no atendimento em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Em todos esses cenários de atenção, foi marcante a presença de pacientes com doenças graves, que precisavam do cuidado com foco paliativo ao longo da evolução do seu quadro.

A população idosa apresenta maior declínio das funções orgânicas, favorecendo o surgimento de doenças crônicas degenerativas como neoplasia, demência, doença renal crônica, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica. Frequentemente essas condições crônicas contribuem para o desenvolvimento de fragilidade clínica no idoso, levando à necessidade de intervenção paliativa (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Nota-se que o envelhecimento populacional ocorre globalmente. No ano de 2019, o número de pessoas no mundo acima de 65 anos chegou a 703 milhões. Estima-se que esse número será de 1,5 bilhão em 2050. O número de idosos acima de 80 anos em 2019, chegou a 143 milhões,

sendo esperado que esse número triplique até 2050 (UNITED NATIONS, 2020). No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas acima de 60 anos é de 28 milhões, representando 13% da população do país, com previsão de duplicação deste número nas próximas décadas (IBGE, 2018).

A população de idosos que necessita de medidas paliativas tende a ser cada vez maior em decorrência da nova tendência demográfica. Dessa maneira, priorizar o acesso do idoso a essa modalidade de cuidado de forma precoce é decisivo para garantir suas melhores experiências ao fim da vida (COSTA *et al.*, 2016).

A cada ano, cerca de 20 milhões de pessoas no mundo precisam de abordagem paliativa no seu último ano de vida. Porém, estima-se que apenas 14% realmente recebem cuidados adequados. A maioria destas pessoas (78%), se encontram em países de média e baixa renda, fator que limita o acesso à assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A implementação de uma assistência paliativa adequada pode proporcionar, além da melhoria da qualidade da assistência, uma redução de custos em saúde. Uma metanálise publicada no *JAMA Internal Medicine* em 2018, avaliou o impacto na redução dos custos de internação pela introdução de abordagem paliativa precoce em pacientes com doenças crônicas e neoplasias. Foram elegíveis 6 estudos, com uma amostra de 133.118 pacientes. A análise de impactos de custo feita de forma independente dos diagnósticos, demonstrou que a introdução de técnica paliativa foi associada a redução de custos em torno de 3237 dólares (US\$) por internação (MAY *et al.*, 2018).

A custo efetividade das medidas paliativas também foi avaliada em outra publicação americana. Um estudo controlado e randomizado com 151 pacientes diagnosticados com câncer de pulmão metastático avaliou o impacto da introdução precoce de tratamento paliativo. O grupo que recebeu a abordagem paliativa precoce apresentou resultados estatisticamente significativos na melhora da qualidade de vida e no controle de sintomas. Neste grupo observou-se também um menor uso de recursos de terapia intensiva e de medidas agressivas de suporte ao fim de vida, além de uma sobrevivência cerca de 3 meses maior de seus participantes (TEMEL *et al.*, 2010).

A OMS publicou em 2014 o Atlas Global de Cuidado Paliativo, onde apresentou um levantamento sobre o desenvolvimento da modalidade paliativa no mundo. O Brasil recebeu a classificação “3A”, que caracterizava países com atendimento paliativo feito de forma isolada (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Em um novo levantamento mundial de 2017, o Brasil melhorou sua posição, sendo classificado no grupo “3B”. Neste grupo, a prestação de serviços paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, melhor disponibilidade de morfina, centros de treinamento paliativos e um número maior de serviços (CLARK *et al.*, 2020).

Em 2015, a revista Economist Intelligence Unit (2015), avaliou a qualidade de morte em 80 países. Foram analisadas a disponibilidade de acesso a opioides, a existência de políticas públicas de saúde paliativa e acesso a abordagem paliativa nos serviços de saúde. O Brasil ficou no 42º lugar, uma classificação inferior a Uganda (35º), Mongólia (28º) e Malásia (38º) (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Apesar do avanço crescente do movimento paliativista no mundo, os desafios ainda são consideráveis. Na última análise situacional do CP no mundo publicada em 2017, foi evidenciado que há uma concentração destes serviços nos países europeus. Observou-se que 87 países apresentam desenvolvimento limitado dos serviços paliativos, o que representa 53% da população global. Prevê-se um aumento global de 87% na demanda de pacientes paliativos até 2060, demonstrando a necessidade crescente da estruturação de serviços paliativos em todo o mundo. (CLARK *et al.*, 2020).

O movimento paliativo no Brasil conheceu um crescimento significativo a partir do ano 2000. Na década de 80 havia registro de apenas dois serviços de CP. Nos anos 90 eram cinco serviços e nos anos 2000 houve ampliação para 21 serviços. A partir de 2012, houve um crescimento acelerado do CP. Em 2019, o Brasil já contava com 191 serviços. O maior número de novos serviços de CP está localizado no Sudeste (55%) e o Norte possui o menor cadastro (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020a).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), dos 302 cursos de graduação em medicina do país, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina paliativa. Somente 18 destes cursos (6%) têm disciplina obrigatória em CP. Foram levantadas também 13 ligas acadêmicas

desta área no país. Observa-se também um número crescente de cursos de pós-graduação e especialização na área. No entanto, ainda não há uma regulamentação específica sobre uma matriz de competências que oriente estes cursos ou residências (ANCP, 2018).

No Brasil, desde 2011 a MP foi reconhecida como área de atuação médica, segundo resolução de número 1973/2011 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). Atualmente no Brasil, há dois caminhos para se tornar médico com área de atuação comprovada em MP: a realização de residência médica regularizada pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) ou a obtenção de título de especialista concedido através de exame de suficiência com certificado de área de atuação, regularizado pela Associação Médica Brasileira (AMB).

De acordo com a ANCP, 258 médicos foram aprovados no exame de suficiência em MP (subespecialidade) pela Associação Médica Brasileira (AMB) entre 2012 e 2019 (ANCP, 2020b). De acordo com o site da CNRM, o Brasil conta com 16 serviços de residência médica em MP e um total de 145 médicos com residência de MP concluída até o ano de 2020 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2020b).

A propagação do CP no Brasil se tornou prioritária diante da crescente demanda deste serviço. O número de médicos e de equipes profissionais qualificadas ainda é baixo. O maior entendimento da trajetória de formação dos médicos paliativistas e a caracterização das suas atividades de trabalho torna-se de grande relevância neste contexto.

Há uma lacuna do conhecimento no que diz respeito ao perfil do médico que atua em CP no Brasil. Conhecer melhor o perfil desses profissionais pode contribuir para o aprimoramento dos modelos de formação na área.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Traçar o perfil do médico com atuação em Cuidados Paliativos no Brasil

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar características sociodemográfico do médico paliativista brasileiro
- Descrever a trajetória de formação acadêmica e profissional do médico paliativista
- Caracterizar a atividade profissional atual de trabalho do médico como paliativista

### 3 ASPECTOS TEÓRICOS: FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

*“A morte não é uma tragédia.  
Tragédia é quando a gente não viveu”.*  
Marcos Piangers

Neste capítulo serão abordados pontos relevantes em CP, permitindo uma maior fundamentação teórica para a discussão que envolve o objetivo desta pesquisa.

#### 3.1 História dos Cuidados Paliativos no mundo

A palavra “paliativo” se origina do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta. O conceito de “cuidados paliativos” originou-se no movimento Hospice. A palavra “hospice” tem origem no latim *hospes*; *hospitalis* significa amigável e evoluiu para o significado de hospitalidade (CHAVES *et al.*, 2011).

Até o século IV a.C. os médicos não cuidavam do doente durante o seu processo de morte, por medo de serem castigados ao desafiarem as leis da natureza. Após a propagação do Cristianismo, houve uma preocupação do cuidado dos mais vulneráveis, surgindo os primeiros hospices (CAPELAS *et al.*, 2014; ORTIZ, 1999). Hospices eram ambientes de acolhimento para pessoas que necessitavam de cuidado e alívio de sofrimento, como doentes, pobres, órfãos e leprosos. O relato mais antigo é do século V, do Hospice no Porto de Roma, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes oriundos da Ásia, África e do Leste. No século XVII, o padre francês São Vicente de Paula fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris e abriu várias casas para órfãos, pobres e doentes. Em 1900, cinco freiras irlandesas fundaram o St. Joseph’s Convent, em Londres, e posteriormente elas inauguraram o St. Joseph’s Hospice, para o acolhimento de pessoas doentes e pobres. (CORTES, 1988).

Em 1967, a médica inglesa Cicely Saunders impulsionou o modelo paliativo como forma de cuidado, fundando “St. Christopher’s Hospice”. Este local se tornou referência no atendimento paliativo e foi a base para o desenvolvimento de ensino e pesquisa da área. Profissionais de vários países, como Estados Unidos e Canadá, após período de experiência no St. Christopher’s Hospice, levaram a prática do CP para seus países de origem. É a partir deste movimento, que

os CP começam o seu desenvolvimento exponencial, ao redor do mundo (CAPELAS *et al.*, 2014).

No ano de 1965, foi fundada a primeira unidade de CP na Coreia, no Calvary Hospice of Kangnung, pelas irmãs católicas da Little Company of Mary. Na década de 70, surgiram os primeiros serviços paliativos no Japão, Noruega, Estados Unidos, Canadá, Polónia, Suécia e Reino Unido. A International Association for the Study of Pain e a Japanese Association for Clinical Research on Death and Dying surgiram posteriormente, como organizações internacionais paliativas (CAPELAS *et al.*, 2014).

O comitê de Câncer da OMS criou, em 1982, um grupo para definição de políticas que buscassem a assistência do tipo “Hospice” para doentes com câncer, com recomendação a todos os países. O termo “Cuidados Paliativos” passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo “Hospice” em alguns idiomas (FOLEY, 2005).

Nos anos 1980, o CP foi ganhando forças por todo o mundo. Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, Hong Kong, Polónia, Singapura, Taiwan e Roménia iniciaram os primeiros serviços. Foram criadas também as primeiras unidades de CP na África, no Japão, Israel, Alemanha, Espanha, Rússia, Bélgica, Índia, França e Itália. Novas organizações internacionais surgiram, como a International Association for Hospice and Palliative Care, a Hospice Association of South Africa e a European Association for Palliative Care (EAPC) (CAPELAS *et al.*, 2014).

O estudo norte americano SUPPORT realizado em 1995 enfatizou sobre a importância da qualidade da assistência ao fim de vida, sendo importante marco para o CP. Esse estudo multicêntrico, realizado em 5 hospitais entre os anos de 1989 e 1994, contou com a participação de cerca de 10 mil portadores de doenças intratáveis e prognóstico de vida estimado em 6 meses. O estudo demonstrou que a comunicação entre pacientes e familiares com a equipe de saúde sobre o final da vida era pobre; o custo assistencial no final da vida era elevado e metade dos pacientes morreram com dor moderada ou severa, sem nenhuma prescrição analgésica (CONNORS *et al.*, 1995).

Em 2002, a OMS publicou dois documentos recomendando o CP como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Neste contexto, a assistência paliativa passou a ter um caráter mais amplo, saindo da esfera do

câncer para outras patologias, como doenças pediátricas, portadores de vírus da imunodeficiência humana (HIV), doenças crônicas, entre outras. (FOLEY, 2005).

A ampla expansão dos CP globalmente foi considerável nas últimas décadas, porém, ainda necessita de grande estímulo. Portanto, priorizar políticas públicas de expansão de CP globalmente se torna imprescindível.

### **3.2 O Médico e a Morte: importância dos Cuidados Paliativos na formação médica**

É como indagou Blasco (2016): “O sofrimento humano e a morte são realidades no cotidiano do médico. Paradoxalmente, observa-se um despreparo crescente do profissional em lidar com estas situações. Por que este descompasso?” (BLASCO, 2016, p.107).

A relação entre a morte e o médico foi se modificando no decorrer da nossa história. Até o século XIX, a única função do médico em relação à morte era de espectador. A partir deste século, com o desenvolvimento técnico-científico e a institucionalização do doente no hospital, o médico passa a ter uma nova perspectiva diante da morte. O avanço da medicina a partir dos estudos da anatomia, após o movimento Renascentista, conduziu para uma nova racionalidade médica pautada no mecanismo fisiologista (MELLO; SILVA, 2012).

O médico foi incentivado a focar sua atenção nas doenças e não no doente. A medicina moderna foi norteadada por um modelo biomédico que pressupõe que o corpo humano precisa de constante inspeção por parte dos médicos, com o objetivo de interromper os processos degenerativos, impedindo que a morte aconteça (KOIFMAN, 2001).

A grade curricular e os fatores envolvidos na aprendizagem do médico são responsáveis por uma busca da cura como se fosse a única alternativa possível (MELLO; SILVA, 2012). As disciplinas são pautadas na visão biologicista para o acadêmico de medicina, sendo o ensino teórico feito a partir de uma fragmentação da relação saúde-doença. Este foco prático e técnico analisam o indivíduo apenas sob o ângulo de sua enfermidade e reduzem os cuidados à busca da cura, desconsiderando que a morte é um processo da própria vida (KOIFMAN, 2001).

Não conseguir evitar, adiar a morte ou aliviar sofrimento pode levar o profissional à sensação de impotência. São frequentes os sentimentos de fracasso e frustração diante da morte. Aliviar e confortar, ao invés de curar, pode levar à sensação de um “prêmio de consolação para o médico”, ao se deparar com um paciente terminal (BLASCO, 2016).

Segundo Kovács:

Com o avanço da tecnologia médica, profissionais se preocupam com a manutenção da vida, tendo que cuidar de ponteiros e luzes que monitoram as funções vitais dos pacientes. Conversar, ouvir sentimentos e emoções não são prioridades ante a batalha contra a morte” (KOVÁCS, 2014, p. 95).

Nossa sociedade demonstra dificuldades em aceitar a finitude. Na área da saúde, os profissionais que lidam com a morte deveriam receber capacitação técnica que os habilite a assumir suas responsabilidades diante da morte dos pacientes. Médicos e pacientes se encontram inseridos em um contexto de forte conteúdo afetivo-emocional, desencadeado pelas situações limítrofes de vida e morte comumente enfrentadas. Essas experiências podem transparecer ao médico suas dificuldades para lidar com a morte (FONSECA; GEOVANINI, 2013). O objetivo maior da abordagem na fase terminal é ajudar o paciente no processo de aceitação à vida vivida e enfrentar a morte com serenidade e paz (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

Os médicos necessitam de uma preparação emocional para saber enfrentar profissionalmente a morte. É preciso atitudes, valores, saber lidar com o sentido da vida e a compreensão do momento vital. (BLASCO, 2016).

O processo de formação médica deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida. Ele deve considerar a compreensão da morte como evento da vida, parte integrante dela e não como algo a ser combatido. (REGO; PALÁCIOS, 2006).

### **3.3 Cuidados Paliativos no Brasil: histórico, estruturação de serviços, legislação e aspectos éticos**

No Brasil, a trajetória paliativa se iniciou em 1979, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a implantação do “Serviço de Dor”. Em seguida, houve implantação do “Serviço de

Cuidados Paliativos” em 1983 pela Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COSTA FILHO *et al.*, 2008). Na graduação, as primeiras iniciativas desse ensino foram realizadas na década de 90, sob a coordenação do Dr. Marcos Túlio Figueiredo (FIGUEIREDO, 2003).

Há uma grande preocupação para a estruturação de programas paliativos no país. Por este motivo, a ANCP divulgou em 2018 uma proposta de organização destes serviços, embasada nas diretrizes da OMS. Este plano divide em três níveis de organização os serviços de CP de acordo com seu grau de complexidade no atendimento paliativo ofertado: “Abordagem de Cuidados Paliativos”, “Cuidado Paliativo Geral” e “Equipes de Cuidados Paliativos Especializados” (ANCP, 2018).

No 1º nível, “Abordagem de Cuidados Paliativos”, há incorporação de protocolos de CP para boas práticas clínicas. Nesse patamar, não há uma equipe especializada em CP, em que casos mais complexos podem ser direcionados para profissionais do nível 2 ou 3. O 2º nível, “Cuidado Paliativo Geral”, compreende profissionais com competências de nível intermediário em CP. No 3º nível as equipes paliativas são especializadas, com foco na prestação, educação e o desenvolvimento de CP (ANCP, 2018). Segundo a ANCP, essas equipes de 3º nível são subdivididas em 3 subcategorias: Equipe de Cuidados Paliativos Especializados de Grau I, II e III.

As equipes de Cuidados Paliativos Especializados de Grau I caracterizam-se por dedicação exclusiva de suas atividades em CP. Os coordenadores têm, no mínimo, um treinamento especializado de 3 meses em CP. A equipe mínima deste nível deve contar com médico e enfermeiro. As Equipe de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II são equipes multidisciplinares que atuam especificamente em CP. Contam com um coordenador médico com pelo menos uma especialização em CP (360h), enquanto coordenadores das outras áreas da saúde têm pelo menos cursos de aperfeiçoamento na área. As Equipe de Cuidados Paliativos Especializados de Grau III são equipes de referência, multidisciplinares e estão integradas a toda Rede de Assistência à Saúde, com integração necessária à atenção primária e domiciliar. O coordenador médico tem ao menos título de área de atuação em CP, enquanto coordenadores não médicos têm ao menos aperfeiçoamento em CP. Os membros atuam em programas de educação e capacitação em CP e/ou participam de programas regulares de pesquisa em CP (ANCP, 2018).

No último levantamento da ANCP de 2019, das 191 equipes de CP especializadas que existem no país, 35,6% eram grau I, 28,8% eram grau II, 35,6% eram grau III. Em 21 serviços (11%) não há médicos exclusivos; em 57 (30%) há apenas um profissional fixo com formação em Medicina. Em 41 serviços (21%) há dois profissionais da área. Há poucos serviços que contam com 6 ou mais médicos (ANCP, 2020a). Portanto, as equipes multidisciplinares, que são a base da estruturação de um serviço paliativo, ainda são escassas no país, levando a uma necessidade frequente da capacitação de profissionais da saúde nesta área.

Vale ressaltar, que o CP em ambiente hospitalar no país ainda apresenta vários desafios. A assistência paliativa ainda não é considerada como parte da filosofia do cuidado ao paciente com doenças que ameaçam a vida. Existem barreiras que precisam ser ultrapassadas para que os CP sejam disseminados no contexto hospitalar: como a escassa formação profissional; a ausência de protocolos e políticas voltadas aos CP e poucos debates bioéticos sobre a temática no ambiente hospitalar. (PINTO; CAVALCANTI; MAIA, 2020).

Do ponto de vista legislativo, até recentemente, o Brasil não tinha nenhuma política de saúde pública que norteasse o desenvolvimento do CP. Inicialmente, as portarias Nº 741, de 19 de dezembro de 2005, e sua atualização, a portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 definiram as diretrizes para atuação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Posteriormente, a portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 relatou sobre a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum destes documentos descreveu uma regulamentação paliativa específica (ANCP, 2020a).

No âmbito do SUS, até recentemente, o CP é mencionado em somente em dois procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais de síntese (SIGTAP) do SUS: 03.02.02.001-2 – “Atendimentos fisioterapêutico de paciente com cuidados paliativos” e o 03.01.14.001-4 – “Atendimento de paciente em cuidados paliativos”. Ambos são procedimentos de realização ambulatorial ou domiciliar, não havendo registro específico de internações hospitalares (ANCP, 2020a).

Entretanto, o CP teve um grande avanço recentemente no âmbito do SUS. A Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi publicada no Diário Oficial da União de 23 de novembro de 2018 e contempla sobre as diretrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS:

[...] Art. 2º 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, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição [...] (BRASIL, 2018).

A resolução determina que a organização do CP no país deve priorizar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, incentivar a criação de equipe multidisciplinar, estimular o ensino de CP, disponibilizar educação paliativa permanente para os trabalhadores da saúde no SUS, propagar informação sobre o tema na sociedade, disponibilizar medicamentos para o controle dos sintomas dos pacientes e o desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada (ANCP, 2020a).

Em relação aos aspectos éticos, a legitimação da especialidade de CP foi constituída pela aquisição de conhecimentos técnicos, associada a uma nova forma na relação equipe de saúde/paciente/familiares, possibilitando assistência à totalidade baseando-se na bioética (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Existe uma linha tênue entre a moralidade e a legalidade do exercício médico em CP. A Bioética é a ferramenta para exercitar nossa capacidade de reflexão não conservadora, produto do pluralismo moral atual, fruto da evolução da sociedade (SILVA, 2004).

A adequação do esforço terapêutico engloba o entender as necessidades de um paciente doente, permitindo intervenções proporcionais e que tenham o objetivo de melhora da qualidade de vida (SANCHO; TROTA; CANTERA, 2015). Esse conceito de adequação de esforço terapêutico foi tema da resolução nº 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autorizou a prática paliativa no Brasil. A resolução descreve:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao

sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal. (CFM, 2006).

Em 2009, o CFM mencionou pela primeira vez o termo “cuidado paliativo” no Código de Ética Médica, mantendo a redação na versão atual do Código, publicada em 2018 (ANCP, 2020a):

Capítulo I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (...) (CFM, 2009).

A autonomia do paciente foi enfatizada na resolução sobre diretrizes antecipadas de vontade. Este é o documento pelo qual uma pessoa, civilmente capaz, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade (SANCHO; TROTA; CANTERA, 2015). A Resolução nº 1.995/2012 do CFM, que norteou sobre as diretivas antecipadas de vontade:

Art. 1º - Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012).

A priorização dos aspectos éticos para o exercício do CP para os profissionais de saúde ainda merece atenção no nosso país. O Código de Ética Médica e o CFM são instrumentos que asseguram e legitimam ao médico, para uma maior segurança na tomada de decisões relacionadas ao tratamento do paciente paliativo.

### **3.4 Ensino em Cuidados Paliativos na graduação médica brasileira**

A assistência paliativa é uma forma inovadora de cuidado. Aborda o ser humano em sua integralidade, intervindo em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (GOMES; OTHERO, 2016). A assistência paliativa envolve uma abordagem multiprofissional, centrada no paciente, exigindo habilidades específicas e complexas. Essas habilidades abrangem o controle da dor e de outros sintomas, boa comunicação com o paciente e sua família e cuidados ao final da vida.

Os médicos se sentem despreparados para cuidar do paciente terminal e não possuem os requisitos básicos para tratar a dor e os sintomas nesses pacientes. Eles também não se sentem preparados para discutir cuidados terminais com o paciente e família (FOLEY, 1997).

Os CP ainda são pouco abordados durante a graduação médica, levando ao despreparado do acadêmico para introduzi-los em sua prática médica. Entre os profissionais, essa defasagem de conhecimentos práticos e teóricos, leva a uma dificuldade de abordagem dos aspectos psíquicos, espirituais e sociais do paciente e sua família (MORAIS *et al.*, 2015).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, concluiu-se que os estudantes e residentes de medicina se sentiam despreparados para prestar atendimento paliativo aos pacientes com este perfil de cuidado. As deficiências educacionais pareciam ser particularmente pronunciadas nos aspectos psicológicos dos cuidados de final de vida, incluindo tratamento da depressão, cuidados de luto e atenção às preocupações dos pacientes que estão em processo de finitude (SULLIVAN; LAKOMA; BLOCK, 2003).

A principal barreira ao aumento do acesso à assistência paliativa é a falta de profissionais de saúde treinados. Em estudo europeu, observou-se que a oferta de treinamento paliativo para a graduação de medicina ainda é muito variável: somente 9 dos 51 países europeus apresentaram ensino de CP em todas as suas escolas médicas. (MASON *et al.*, 2020).

O ocultamento da morte, na maioria dos currículos médicos, pode ser justificado pelo fato de que só os saberes biológicos são tidos como saberes verdadeiros. Poucos são os espaços que questionam os sentimentos e as percepções destes profissionais diante da morte (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Quintana *et al.* (2008) considerou sobre a importância da implementação de disciplinas específicas na graduação médica, que abordassem além dos aspectos biológicos dos pacientes os componentes emocionais. O contato com a doença, o sofrimento humano e a morte podem gerar no estudante uma negação das emoções. Atividades de tutoria e ensino em pequenos grupos para os acadêmicos de medicina poderiam contribuir para um controle das emoções e a possibilidade de reflexão (QUINTANA *et al.*, 2008).

É essencial que o acadêmico de medicina tenha uma boa base paliativa na graduação. Estima-se que em seu primeiro ano de prática médica, os médicos recém-formados cuidarão em média de 120 pacientes que estão nos últimos três meses de vida e 40 pacientes nos últimos dias ou horas de vida (KHODABUKUS, 2014).

Em pesquisa realizada por Sullivan *et al.* (2004), com participação de 51 reitores de escolas médicas dos Estados Unidos, o tema da educação em CP na graduação de medicina foi enfatizado. A maioria dos reitores (84%) descreveu a educação em cuidados de final de vida como “muito importante” e apoiou um maior enfoque em cuidados de final de vida no currículo de graduação. Embora a maioria não foi favorável a cursos obrigatórios (59%) ou criação de estágios (70%) em CP, eles aprovaram por unanimidade a integração dos cuidados de fim de vida no ensino em cursos ou estágios já existentes. As principais barreiras relatadas neste estudo para incorporar o ensino paliativo ao currículo foram: falta de carga horária disponível, falta de conhecimento na área do corpo docente e ausência de um líder do corpo docente. Foi sugerido um ensino em CP realizado ao longo da graduação, com atenção sistemática ao ensino sobre os cuidados de final de vida durante os estágios clínicos (SULLIVAN *et al.*, 2004).

O ensino em CP pode ser priorizado através de disciplinas específicas, com foco nos aspectos técnicos e humanos. Outra forma de abordagem seria trabalhar o tema ao longo de todo o percurso da graduação, em qualquer disciplina médica (FONSECA; GEOVANINI, 2013). O CP se apresenta como cenário fértil na educação dos acadêmicos de medicina, pois através dele é possível adquirir competências, saberes, conhecimentos e habilidades que todo médico deve possuir, independente da sua especialidade futura (BLASCO, 2016). O currículo deve privilegiar as competências inerentes de cada curso da área da saúde, porém temas como a comunicação (verbal e não-verbal), a interdisciplinaridade e a bioética devem estar presentes e permear todo o curso (RODRIGUES, 2004).

Para Figueiredo (2013) é fundamental o contato com os preceitos paliativos durante a formação acadêmica:

São as escolas de medicina que têm de responder a esta proposta, a de instrumentar todos os médicos e desde o início da sua formação, a não perseguirem a cura a qualquer custo, a aceitarem com humildade que a vida é finita e que a morte é parte necessária do ciclo maior da existência, e que cuidar daqueles que se despedem da vida também é parte fundamental da sua nobre missão (FIGUEIREDO, 2013, p. 65).

Todas as propostas de competências necessárias para o ensino paliativo buscam além do manejo de fármacos, avaliação dos sintomas, a habilidade em comunicação, abordagem da terminalidade da vida e os aspectos éticos. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Para Calman (2005), a capacitação baseada na resolução de problemas, pensamento crítico, trabalho em equipe e manutenção em educação continuada são pontos fundamentais na formação acadêmica paliativa (CALMAN, 2005).

De acordo com Weissman e Blust (2005), baseado no Accreditation Council for Graduate Medical Education, dos Estados Unidos, a capacitação em CP deve contemplar as seguintes áreas: avaliação e manejo da dor ; avaliação e manejo de sintomas não-dor (náuseas e vômitos, dispneia, tosse, constipação, depressão, agitação, delírio etc); técnicas de comunicação: comunicação verbal e não-verbal de más notícias, discutir prognóstico, anunciar uma morte; ética e direito; nutrição artificial e hidratação ao final da vida; cuidado psicossocial e conhecimento de sistemas de saúde (WEISSMAN; BLUST, 2005).

O desenvolvimento em etapas de um currículo base em CP foi proposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) em 2008. A primeira etapa proposta foi a avaliação do grau de deficiência de conhecimento em CP no grupo-alvo. Essa avaliação visa à identificação de pontos de tensão ou de dificuldade para o aprendiz. O grau de conhecimento na área pode ser avaliado por meio de questionário, entrevista, ou reunião com o grupo alvo. A segunda etapa é o estabelecimento dos objetivos de aprendizagem, que são a base do currículo e do processo de avaliação. As três principais categorias de objetivos educacionais são: atitudes (como lidar com a situação), o conhecimento (ter embasamento teórico) e habilidades (possibilidade de execução). A terceira etapa é a escolha do método de ensino. O método de ensino deve ser ativo, onde o aluno se envolve no desenvolvimento de habilidades. A vivência prática é absolutamente necessária, pois contextualiza a aprendizagem e consolida a nova atitude. Independentemente do método de ensino-aprendizagem escolhido, este deve se basear no perfil de competências profissionais, que cobre necessariamente os três objetivos educacionais: atitudes, conhecimento e habilidades (CREMESP, 2008).

Em consenso publicado da EAPC (2013), foram descritas as competências interdisciplinares necessárias para atender o paciente em final de vida. São listadas 10 competências centrais

globais para a prática profissional, independentemente da disciplina, sendo um recurso tanto para os profissionais quanto para os educadores. As dez competências interdisciplinares listadas neste Consenso foram:

1. Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias
  2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes
  3. Atender às necessidades psicológicas dos doentes
  4. Atender às necessidades sociais dos doentes
  5. Atender às necessidades espirituais dos doentes
  6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo
  7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos
  8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos
  9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos
  10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.
- (GAMONDI, LARKIN E PAYNE, 2013).

Em 2020, a EAPC divulgou novas recomendações para a realização de um modelo curricular em medicina paliativa na graduação de medicina. O projeto denominado EDUPALL é um grupo multiprofissional e interdisciplinar que objetiva o desenvolvimento de um currículo em CP universalmente aplicável, para orientação sobre recursos didáticos, treinamento e desenvolvimento do corpo docente e avaliação em CP (MASON *et al.*, 2020). Sugeriu-se que o momento ideal de treinamento paliativo dentro da graduação seria nos últimos anos do curso, pois há um maior amadurecimento científico e experiência clínica do acadêmico, possibilitando melhor desenvolvimento no aprendizado em CP. Nesta atualização, a AECPC incluiu objetivos adicionais nos temas de gerenciamento de dor e sintomas, e o desenvolvimento de um conjunto específico de metas de conhecimento pertencentes ao CP. Um maior enfoque foi dado na compreensão de sintomas e reconhecimento da importância do cuidado específico para os últimos dias e horas de vida (MASON *et al.*, 2020).

Segundo Meekin *et al.* (2000), a avaliação do currículo de CP de uma escola deve considerar a gama de conhecimentos, habilidades e atitudes para que um aluno desenvolva competências nessa área. Os alunos precisam compreender sobre a fisiopatologia da dor e outros sintomas,

manejo farmacológico, avaliação clínica de síndromes específicas de doenças e questões éticas e legais no final da vida, dimensões psicossociais e políticas públicas das doenças crônicas e terminais. Sua proposta curricular buscou desenvolver um instrumento de avaliação que facilitasse o mapeamento de educação paliativa, diante da heterogeneidade das faculdades de medicina. A Ferramenta de Avaliação de Educação Paliativa (PEAT) foi projetada para ser uma ferramenta flexível de autoavaliação em uma ampla gama de formatos curriculares em CP. Esta ferramenta compreende sete domínios:

- I Medicina Paliativa: Identificar os conceitos básicos em Cuidado Paliativo e sua inclusão dentro do cuidado contínuo
- II Dor: Entender a causa e a fisiopatologia da dor e o seu tratamento, incluindo as medidas não-farmacológicas
- III Sintomas neuropsicológicos: Entender os sintomas associados com o morrer (por exemplo: agitação, delírio, demência, etc), incluindo aqueles relacionados à própria doença e à medicação utilizada
- IV Outros sintomas não-dor: Entender os sintomas (e suas causas) que mais freqüentemente incomodam o paciente tais como dispnéia, náuseas/vômitos, constipação, diarreia, prurido etc.
- V Ética e Legislação: Discutir os problemas éticos e legais relacionados ao final da vida
- VI Perspectivas do paciente/família/cuidador em relação ao final da vida: Incluir as preocupações do paciente, de familiares e cuidadores com a proximidade do fim da vida
- VII Habilidade em comunicação: Incluir habilidade em comunicação (essencial em todos os aspectos da medicina), em especial, relacionada ao final da vida”. (MEEKIN, et al., 2000).

Oliveira (2014) pesquisou sobre o ensino de CP na graduação das Escolas Médicas do estado de Minas Gerais. “Os resultados mostraram que o conhecimento de bioética com ênfase em CP e com a formação dos médicos que atendiam às necessidades emergentes desta área da saúde não estavam suficientemente aplicados nas escolas estudadas” (OLIVEIRA, 2014).

Em 2018, um estudo objetivou avaliar o ensino de Bioética e CP na graduação médica, de uma escola do Distrito Federal. Concluiu-se que os acadêmicos tiveram desempenho satisfatório. Na análise do ensino de Bioética, verificou-se um modelo de ensino transversal, com uma disciplina específica de Bioética no oitavo período. O tema de CP estava no plano de ensino de duas disciplinas, uma no sétimo e outra no oitavo período. Identificou-se, uma oportunidade de

melhoria em relação ao ensino paliativo, enfrentamento da morte e habilidades de comunicação (BARROS, 2018). Propôs-se a criação de um curso de 30 horas de Cuidados Paliativos, como curso de extensão aberto a alunos dos cursos de Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Odontologia (MENDES; PEREIRA; BARROS, 2021).

As ligas acadêmicas podem amenizar a carência na formação paliativa na graduação. É importante incentivar a criação de ligas acadêmicas nas instituições de ensino superior dos cursos da área da saúde fornecendo suporte teórico e didático adequado (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

O maior relacionamento entre teoria e prática desde os primeiros anos de formação pode contribuir para o desenvolvimento de profissionais com visão ampliada e o melhor atendimento em CP no futuro, daí a importância de se buscar aumentar esse envolvimento (ANCP, 2020a).

A importância de preparar o futuro médico, qualquer que seja a sua especialidade futura, desde o início da sua formação para um maior equilíbrio entre a técnica e a proximidade empática e afetiva com o doente. Isso permite que a família seja entendida como parte indissolúvel da vida do doente. O médico deve estar preparado para dar apoio espiritual ao paciente frente às grandes questões existenciais da doença e da morte (FIGUEIREDO, 2003).

### **3.5 Cuidados Paliativos: O ensino médico especializado no Brasil e no mundo**

A propagação do ensino especializado em CP continua sendo um desafio em todo o mundo. Em 2002, em um estudo com 200 residentes dos programas de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Chile observou-se que menos de 25% dos residentes receberam algum grau de educação em CP durante seus cursos e aproximadamente metade deles considerou que o nível de proficiência alcançado era inferior a 25%. Mais de 80% dos residentes consideraram que a educação em MP é importante para sua carreira (VIAL *et al.*, 2004).

Foi realizado um estudo com 46 médicos residentes da cidade de Havana (Cuba), com enfoque nas características do tratamento de dor. Dos médicos com mais de 10 anos de graduação, 87,5% afirmaram que a morfina sempre causa depressão respiratória, o que mostra que, mesmo com experiência, o mito da parada respiratória ainda está presente entre muitos médicos. (QUINTERO *et al.*, 2015).

Um estudo canadense demonstrou que 10 dos 26 programas de residência médica de medicina de emergência, 38,5% tinham um programa educacional estruturado referente a CP. Palestras ou seminários foram escolhidas para ministrar o conteúdo. As rotações de disciplina de MP clínica eram obrigatórias em 1 dos 26 programas (3,8%). As duas principais barreiras à implementação de currículos de CP relatados no estudo foram a falta de tempo (84,6%) e as preocupações com o desenvolvimento curricular (80,8%) (BAYLIS *et al.*, 2019).

Centeno, Bolognesi e Biasco (2014) pesquisaram sobre o ensino CP na Europa. Segundo os autores, a Europa é caracterizada por uma diversidade sociocultural e os seus países apresentam diferenças de seus sistemas de saúde. Isso leva a estruturação de programas heterogêneos de treinamento especializado em MP. Foi constatado que 18 dos 53 países europeus possuíam programas oficiais de especialização em MP: República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Geórgia, Alemanha, Hungria, Irlanda, Israel, Itália, Letônia, Malta, Noruega, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia e Reino Unido. Exceto Reino Unido, que foi pioneiro na criação destes programas de MP em 1987, e Irlanda em 1995, os programas de especialização nessa área em todos os outros países foram desenvolvidos nos últimos 15 anos. A MP é reconhecida nos países europeus como uma “especialidade”, “subespecialidade” ou “área especial de competência”, sem diferenças substanciais entre as duas últimas designações. Hoje, a Europa parece dar preferência a termos alternativos à nova certificação de um novo campo de competência e evitam os termos “especialidades” ou “subespecialidades”. A certificação contém o termo “medicina paliativa” na maioria dos países. O treinamento clínico tem duração variável, sendo de um a dois anos a carga horária mais comum. Treze países europeus exigem a conclusão de uma especialidade como pré-requisito para especialização em medicina paliativa. Seis países aceitam qualquer especialidade clínica e sete países aceitam especialidades relacionadas, como oncologia, medicina interna e medicina de família (CENTENO; BOLOGNESI; BIASCO, 2014).

Na América Central, em 2016, existiam apenas 5 cursos de pós-graduação em medicina paliativa, dos quais 80% estavam na Costa Rica. Este último, era o único país que contava com um serviço de residência médica em CP desde 2009 (MAGÑA; CASANOVAS; SACA, 2016).

Na América Latina, o México era o país em 2014 com maior número de pós-graduações (7 programas), seguido pela Argentina e Costa Rica. (PASTRANA; TORRES-VIGIL; LIMA, 2014).

A publicação da Associação Européia de Cuidado Paliativo de 2019, trouxe como tema central o desenvolvimento dos requisitos educacionais em CP em nível de pós-graduação multidisciplinar na Europa. Este artigo propõe quatro competências em CP essenciais para todos os profissionais de saúde: necessidade de compreender a filosofia paliativa; avaliação complexa dos sintomas; capacidade de elaborar planos de cuidados incorporando a equipe multidisciplinar; capacidade de escuta e auto-reflexão (PAAL *et al.*, 2019).

No Brasil, o ensino paliativo é escasso na grade curricular das escolas médicas e os médicos não são educados para lidar com a terminalidade da vida e com o sofrimento, algo que o mercado de trabalho exige cada vez mais. Portanto, o ensino em CP deve ser fortemente priorizado no país, tanto na graduação quanto em nível de pós-graduação (RONCOLETTA *et al.*, 2009).

Em 2017, a ANCP divulgou em um documento que contempla uma proposta inicial do programa de formação do especialista em medicina paliativa (ANEXO A).

No Brasil, o ensino especializado em CP vem ganhando forças. A seguir será detalhado sobre o ensino especializado no país.

### ***3.5.1 O médico com área de atuação em Medicina Paliativa***

Desde agosto de 2011 a MP tornou-se área de atuação no Brasil, segundo resolução de número 1973/2011. As especialidades iniciais exigidas como pré-requisito em MP nesta resolução foram: anestesiologia, pediatria, geriatria, oncologia, clínica médica e medicina de família (CFM, 2011). Em 2013, em nova resolução (2.068/2013 a medicina intensiva e a cirurgia de cabeça e pescoço foram acrescentadas como especialidades de pré-requisito (CFM, 2014). Em 2019, na resolução 2.221/2018, mais quatro especialidades foram adicionadas como área de pré-requisito: mastologia, cirurgia oncológica, nefrologia e neurologia (CFM, 2019).

Existem dois caminhos no Brasil para se tornar médico com área de atuação comprovada em

MP: a realização de residência médica em MP pelo CNRM e a obtenção de título de área de atuação concedido através de exame de suficiência com certificado de área de atuação pela AMB. Nas seções 3.5.2 e 3.5.3 serão abordadas estas duas trajetórias profissionais.

### **3.5.2 A residência médica em Medicina Paliativa**

Segundo Oliveira (2014) os primeiros programas de residência médica em MP no Brasil iniciaram suas atividades em março de 2013 e se referem ao ano opcional de R3 com pré-requisito de Medicina de Família e Comunidade, de Pediatria e de Clínica Médica. Contudo, o surgimento da residência em MP não significou o preenchimento inicial das vagas disponíveis, fato que corrobora também a necessidade de estimular o ensino dos CP nas escolas médicas. O autor pondera o seguinte aspecto:

Trabalhar com CP exigiria certa maturidade emocional e profissional do médico? Não estaria aí um dos motivos para a baixa procura pelas residências médicas recém-abertas em medicina paliativa? Como fazer com o médico que se inspira, por exemplo, no Dr. House se interessar pelos CP? [...] As exigências como maturidade emocional e profissional (profissionalismo) impostas ao ser humano, à sociedade e ao médico pelo processo de desenvolvimento tecnológico é um processo de educação permanente e continuada, ou seja, não há um momento que a educação esteja concluída. No entanto, estas e outras dúvidas serão respondidas, paulatinamente, na medida em que a inserção de um modelo de ensino, pesquisa e prática médica em CP, e uma participação da sociedade frente à educação para o viver e para o morrer, com dignidade, construam uma identidade ao movimento hospice brasileiro (OLIVEIRA, 2014, p. 50).

Apesar de um início tímido das residências médicas no país em 2013, os programas de residências, bem como o número de vagas de cada serviço vem se expandindo. Os crescentes esforços para levar a MP ao conhecimento do médico como opção de área de atuação, pode ter contribuído para o avanço do ensino paliativo no país. Porém, é importante ressaltar que a expansão em caráter exponencial do ensino em CP na graduação médica e nas residências médicas de outras especialidades é fundamental, diante da crescente demanda de pacientes com este perfil de cuidado.

A residência médica em MP é regulamentada pelo CNRM. A residência médica em MP tem duração de 1 ano e carga horária de 60 horas por semana. Até o ano de 2021, as especialidades de pré-requisito exigidas para candidatos para residência médica em MP foram: Anestesiologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Oncologia Clínica, Terapia Intensiva e Neurologia em Residência credenciada pela CNRM (HOSPITAL DE AMOR DE BARRETOS, 2021).

De acordo com o site da CNRM, o Brasil conta com 16 serviços de residência médica em MP e um total de 145 médicos com residência de MP concluída até 2020. Os serviços credenciados e o número de médicos por serviço que concluíram a residência de MP até 2020 foram, respectivamente: Hospital Universitário Walter Cantídio – Universidade Federal do Ceará (4 médicos); Hospital de Apoio de Brasília -Secretaria de Saúde do Distrito Federal / Hospital Regional De Sobradinho (14 médicos); Hospital Risoleta Neves- Minas Gerais (3 médicos); Hospital Felício Rocho- Belo Horizonte – Minas Gerais (2 médicos); Hospital Infantil João Paulo II Medicina Paliativa Pediátrica- Minas Gerais (1 médico); Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – Pernambuco (12 médicos); Instituto Nacional Do Câncer Inca Rio de Janeiro (4 médicos); Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - Hospital Das Clínicas de Porto Alegre (8 médicos ); Hospital Nossa Senhora Da Conceição- Rio Grande do Sul (6 médicos); Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani De São Thiago- Universidade Federal De Santa Catarina (11 médicos ); Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos (9 médicos); Hospital das Clínicas da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto (5 médicos); Faculdade De Medicina da Universidade de São Paulo (46 médicos); Hospital Do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira –São Paulo (16 médicos); Centro de Estudos Sergio Pizani Muller – CEPON- Santa Catarina (2 médicos ) e Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico-Espírito Santo (2 médicos). A UNIMED-BH abriu o serviço de residência em MP, porém não houve residente que concluíram o curso. Os dados referentes ao ano de 2021, estão disponíveis no site do CNRM. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2020b).

### ***3.5.3 Título de área de atuação em Medicina Paliativa por exame de suficiência***

O título em MP no Brasil é concedido por exame de suficiência, sendo regulamentado pela AMB. As provas ocorrem anualmente.

Em edital de 2020 escrito pela AMB, o candidato para à prova de título em área de atuação em MP deve comprovar título de especialista pela AMB ou residência médica pela CNRM, em especialidade de pré-requisito. Para candidatos à prova de suficiência em MP com título prévio de especialista pela AMB, é necessário comprovação de uma das seguintes áreas: Anestesiologia, Pediatria, Cancerologia ou de Oncologia Clínica, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Neurologia, Cirurgia de Cabeça e

Pescoço, Cirurgia Oncológica, Nefrologia (AMB, 2020). Vale ressaltar que no ano de 2020 houve acréscimo de 2 especialidades médicas em relação ao edital do ano anterior: Nefrologia e Cirurgia Oncológica (AMB, 2019). Mastologia se tornou área de pré-requisito em MP em 2019, tendo um edital próprio pela AMB para obtenção do título.

Para candidatos para obtenção de título em MP com residência médica pela CNRM em especialidade de pré-requisito, é necessária residência comprovada em alguma das seguintes áreas: Anestesiologia, Cancerologia, Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Neurologia e Pediatria, Anestesiologia, Cancerologia, Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Neurologia, Nefrologia e Pediatria (AMB, 2020). Em relação ao edital anterior, foi acrescentado Nefrologia como residência possível de pré-requisito (AMB, 2019).

Além da comprovação de um título de especialista pela AMB ou residência médica pela CNRM como pré-requisito, é necessário o candidato comprovar uma formação prévia em MP para ser candidato à prova de suficiência para título de área de atuação em MP. É exigido um comprovante de conclusão de residência médica oficial em MP reconhecida pela CNRM ou; comprovante de conclusão de estágio/aperfeiçoamento em Medicina Paliativa/Cuidados Paliativos, em Serviço reconhecido por uma das Associações de Especialidades pertencentes a Comissão de Medicina Paliativa da AMB, com duração mínima de 1 ano; ou comprovante de atuação em Medicina Paliativa/ Cuidados Paliativos por um período mínimo de 2 anos.

Esta formação em MP que precisa ser comprovada para obtenção do título também sofreu modificações no último edital. Em 2019 era exigido de 4 até 10 anos de experiência dependendo da especialidade médica de pré-requisito (AMB, 2019). Em 2020, houve uma redução e uma uniformização, passando a ser exigido apenas 2 anos de atuação em CP para qualquer especialidade médica como pré-requisito aos candidatos (AMB, 2020). Essa redução de tempo de experiência pode ter sido uma estratégia para aumentar o número de candidatos, e assim, aumentar o número de especialistas em MP no país.

No Brasil, a área de atuação médica de MP, tinha um total de 55 médicos titulados quando foi criada em 2012 (OLIVEIRA, 2014). Vale ressaltar que inicialmente quando a área de atuação

em MP, alguns médicos receberam o título de área de atuação em MP por tempo de experiência e por comprovação de especialidade de pré-requisito, sem a realização de prova de suficiência. Faz parte deste grupo, médicos que já atuavam um tempo considerável em CP e que foram responsáveis pelos primeiros serviços especializados no país.

Segundo a ANCP, 258 médicos foram aprovados no exame de suficiência em MP (subespecialidade) pela AMB entre 2012 e 2019 no Brasil (ANCP, 2020b).

### **3.5.4 Pós-graduações em Cuidados Paliativos**

A pós-graduação em CP pode ser do tipo especialização ou aperfeiçoamento. Os Curso de pós-graduação *sensu lato* (especialização) em CP tem duração mínima de 360h e os Curso de pós-graduação *sensu lato* (aperfeiçoamento) tem carga horária mínima de 180h. São uma alternativa para a formação de médicos em CP. Permite ao médico com pós-graduação ser coordenador de equipes especializadas grau II, segundo a proposta da ANCP de organização destes serviços, embasada nas diretrizes da OMS (ANCP, 2018).

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), são encontrados 63 registros de serviços com especializações credenciadas em CP ativas em 2020. Destes, 46 cursos são realizados de forma presencial e 17 à distância. A carga horária varia de 360 a 5760 horas (MEC, 2020).

No Brasil, a Resolução n° 01 de 08/06/2007, certifica cursos de extensão de CP para outras áreas de atuação na modalidade de pós-graduação *lato sensu* (BRASIL, 2007). Porém, os cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento da área paliativa no Brasil ainda são escassos e sem padronização curricular (ANCP, 2018).

Segundo Fonseca (2013), os cursos de capacitação são esparsos e ainda há resistências ao debate sobre a área, reforçando a ideia de que somente com uma mudança na gestão do conhecimento e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde darão a oportunidade de se consolidar os CP no Brasil (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

A pós-graduação em CP é uma importante estratégia para a ampliação de profissionais de saúde que se aprofundarem na área. É importante lembrar que a maioria das pós-graduações são abertas a toda equipe multiprofissional. Assim, o ensino voltado aos profissionais de várias

áreas da saúde, permite consolidar um importante pilar do CP: um cuidado integral do paciente e de sua família.

Existe um número crescente de cursos de pós-graduação e especialização em CP no Brasil. No entanto, não existe uma regulamentação específica sobre uma matriz de competências que oriente estes cursos (ANCP, 2018). Capacitar adequadamente os profissionais de saúde e garantir um atendimento paliativo em toda a extensão territorial são os principais desafios.

### **3.6 Modelo para uma Medicina Paliativa sustentável: centrado no médico generalista ou especialista?**

A preocupação em ampliar o atendimento paliativo no Brasil é notável. Como pondera Figueiredo (2013), a escassez de mão de obra qualificada e os entraves para formação do especialista podem desacelerar a expansão paliativista:

Cabe questionar se o caminho de tornar a Medicina Paliativa em mais uma das inúmeras especialidades que fatiam o doente em partes que pouco se relacionam entre si, como única alternativa para a formação de médicos com os conhecimentos necessários de Cuidados Paliativos é o mais adequado à necessidade crescente dos indivíduos por mais dignidade no trato da doença potencialmente mortal e da terminalidade. Além disso é importante notar que esta regulamentação impede médicos de outras especialidades que não aqueles das seis “escolhidas” em 2012, de oferecerem CP aos seus doentes, o que diminui mais ainda o acesso da população aos Cuidados Paliativos (FIGUEIREDO, 2013, p.64).

Vale ressaltar que a criação da MP como subespecialidade médica trouxe algumas reflexões. Quill e Abernethy (2013) criticaram o modelo centrado no médico especializado em CP, defendendo um modelo mais sustentável, com foco no médico generalista como principal gerenciador do atendimento ao paciente em fim de vida. Eles acreditam que o modelo centrado no médico especialista pode não suprir a crescente demanda de pacientes em CP. Além disso, o especialista pode minar a relação terapêutica e fragmentar o plano de cuidado primário. Os autores acreditam que o médico de cada especialidade médica deve adquirir habilidades básicas em CP, além de um sistema de triagem para acionar o médico paliativista quando necessário. O modelo generalista traria redução de custos e não prejudicaria o campo da MP especializada, visto que há um número crescente de pacientes precisando de assistência paliativa complexa (QUILL; ABERNETHY, 2013).

Centenco, Bolognesi e Biasco (2014) também argumentaram sobre o médico generalista como foco de atendimento. Eles sinalizam que a maioria dos profissionais entendem que considerar a MP como uma especialidade é uma condição essencial para a integração dos CP no sistema de saúde. Porém, há uma vertente que defende que o melhor método para integrar a CP no sistema de saúde é por meio de atendimento paliativo generalista, evitando a organização voltada para o CP especializado (CENTENO; BOLOGNESI; BIASCO, 2014).

Como defende Figueiredo (2010), se houvesse um estímulo no país de todos os médicos se tornarem “paliativistas” e não apenas alguns, titulados por sociedades, seria possível quebrar o paradigma cientificista que comanda a medicina ocidental moderna (FIGUEIREDO, 2010).

Figueiredo (2013) ressalta que todos os médicos devem ter conhecimento básico para conduzir um paciente na sua finitude. Aos especialistas caberia, então, os doentes que respondem mal às condutas habituais e aqueles que necessitem de técnicas mais complexas. (FIGUEIREDO, 2013).

Um modelo sustentável de CP deve abranger o médico generalista que domine cuidados básicos e intermediários em CP e um médico especialista para os pacientes de alta complexidade. Portanto, é fundamental a capacitação do médico generalista em CP. A vasta demanda de pacientes com este perfil de cuidado, garante possivelmente a melhor estratégia em termos de saúde pública para a propagação do CP, seria um equilíbrio entre a atuação do médico generalista e do paliativista.

### **3.7 A equipe paliativa multiprofissional: a garantia da dignidade humana**

Segundo Bertachini e Pessini (2010) a assistência paliativa tem seu foco na preservação e proteção à vida humana. É no cuidado integral que a dignidade e conforto do paciente são garantidos:

O que significa preservar a vida como um objetivo em cuidados paliativos? Significa fazer tudo o que for possível para o paciente manter a essência de quem ele é, seu senso de identidade, significado e dignidade na última fase da vida e no processo do morrer. Isso pode se conseguir pelo controle dos sintomas, cuidados humanizados, facilitando o relacionamento com as pessoas queridas, focando em questões existenciais que necessitam ser finalizadas e cuidar do legado (o que a pessoa deixa). Portanto, em cuidados paliativos, os objetivos são raramente prolongar a vida, frequentemente proteger a vida, mas sempre preservar e cuidar da vida. (BERTACHINI; PESSINI, 2010, p.321).

A assistência paliativa é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude (CREMESP, 2008). A atenção deste paciente deve priorizar sua integralidade, sendo a equipe multidisciplinar um pilar neste cuidado (BARROS, 2018).

Para Kovács (2014), a dignidade humana deve ser prioridade no processo de morte. Para o bem morrer é necessário conforto respiratório; ausência de dor; na presença de familiares; com os desejos realizados; com suporte emocional e espiritual; sem sofrimento hospitalar. Portanto, um cuidado complexo exige uma equipe multiprofissional capacitada (KOVÁSC, 2014).

A equipe de assistência paliativa deve ser composta por profissionais de diferentes áreas de formação, para promover uma assistência integral ao paciente e seus familiares. Estes profissionais devem respeitar as diferenças, procurando não julgar valores, estar dispostos a esclarecer possibilidades para o paciente e seus familiares enfrentarem este momento de suas vidas, amenizando o sofrimento de todos, inclusive da própria equipe (KRUSE *et al.*, 2007).

As equipes paliativas interdisciplinares geralmente são compostas pelo médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, capelão, dentista, fonoaudiólogo, entre outros profissionais.

O papel do médico dentro do CP é garantir a qualidade de vida do paciente. O foco é o alívio de sintomas desconfortáveis, mantendo a dignidade da vida. O médico se apresenta como orientador e parceiro do paciente, a partir de uma visão não só biológica, mas fundamentalmente humanista. O médico tem um papel fundamental na equipe de CP na coordenação da comunicação entre a equipe, o paciente e sua família (CHAVES *et al.*, 2011).

A enfermagem objetiva priorizar a qualidade de vida do paciente em CP, com uma avaliação sistemática dos sinais e sintomas. Prioriza o estabelecimento de um plano de cuidados para cada paciente. Além disso, o enfermeiro tem um papel na criação de vínculo com o paciente, sendo importante elemento da equipe multiprofissional (PICOLLO; FACHINI, 2018).

Em CP, o fisioterapeuta, tem papel na elaboração de um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios. O objetivo é o alívio do sofrimento, alívio da dor,

possibilitando que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com qualidade de vida, dignidade e conforto (CREMESP, 2008).

A terapia ocupacional busca a manutenção da qualidade de vida do paciente paliativo através de atividades funcionais para o tratamento de disfunções físicas, psicossociais e para a adaptação à perda funcional. Incluem treino de relaxamento, manejo de estresse; treino para das disfunções cognitivas e perceptivas. O treino das atividades de vida diária no autocuidado, a orientação e adaptação do estilo de vida e o suporte aos cuidadores são pontos fundamentais para o terapeuta ocupacional no manejo do paciente em CP (ARMITAGE; CROWTHER, 1999).

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa se baseia em conhecer o paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos. Visa orientar sobre aspectos legais e burocráticos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. A escuta ativa do paciente e seus familiares, diante do enfrentamento de uma doença ameaçadora, reforça o papel da assistência social para o paciente paliativo (ANCP, 2012).

A nutricionista possibilita ao paciente em CP uma adequação da terapia nutricional, levando em consideração o potencial de reversibilidade da desnutrição, baseada na etiologia e expectativa de vida. A discussão da via de tratamento nutricional é centrada no conforto do paciente, sendo a via oral sempre a preferida e, em caso de impossibilidade, vias alimentares alternativas são consideradas (CREMESP, 2008).

O CP em odontologia é direcionado para o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade bucal pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente, e o foco do cuidado é melhorar a qualidade de vida (WISEMAN, 2000).

O psicólogo ampara o paciente em CP, pela compreensão dos fenômenos intrínsecos das relações e o conhecimento das reações humanas. Possui papel fundamental na orientação de familiares e profissionais, na atuação da humanização hospitalar e na participação em comissão de bioética, entre outras atribuições (MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

Assim como a medicina, outras áreas da saúde também incorporaram a abordagem paliativa em suas diretrizes (ANCP, 2020). O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) registraram nas resoluções nº 424/425 de 2013, a assistência paliativa nos seguintes termos:

Artigo 4º – O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

Artigo 4º – O terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil (COFFITO, 2013).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) descreve ações paliativas em sua resolução nº 564/2017, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (ANCP, 2020).

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2017).

Os atuais códigos de ética de Psicologia, Nutrição e Assistência social não há menção direta à assistência paliativa. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993). Apesar de não constar a abordagem paliativa propriamente, os três documentos abordam a boa prática e a assistência ética em todas as fases da vida (ANCP, 2020).

Apesar dos benefícios produzidos por esta abordagem interdisciplinar de cuidado ao paciente em fim de vida, ainda há poucos locais especializados, bem estruturados e com uma equipe bem qualificada (VARGAS *et al.*, 2013). Portanto, estimular a formação de equipes paliativas no Brasil é de extrema importância.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será descrito sobre o percurso metodológico do presente estudo.

### 4.1 Fundamentação Metodológica

Segundo Minayo (2001), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A metodologia engloba as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador (MINAYO, 2001).

Pode-se considerar a metodologia como uma forma de discurso do método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa. O foco inicial é a escolha de determinada narrativa teórica que veicula a concepção de mundo e de homem responsável pela forma como o pesquisador irá apreender as condições de interação possíveis entre o homem e a realidade. Portanto, há diferentes modos de entender a realidade, como também há diferentes posições metodológicas que explicitam a construção do objeto de estudo (LIMA; MIOTO, 2007). Segundo Serapioni, (2000): “Nosso juízo sobre o valor do método deve ser relacionado à sua fertilidade para nos aproximar da realidade estudada” (SERAPIONI, 2000).

### 4.2 Delineamento do estudo

O delineamento expressa em linhas gerais o desenvolvimento da pesquisa, com ênfase nos procedimentos técnicos de coleta e análise de dados, tornando possível, na prática, classificar as pesquisas. O elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados (GIL, 2002).

O presente estudo foi elaborado pelo método *Survey*. Trata-se de estudo de recorte transversal, descritivo e exploratório, construído por uma abordagem quantitativa. Serão utilizados questionários como instrumentos operacionais.

A pesquisa *Survey* busca a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, que representa uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário. A principal característica do

estudo *Survey* é produzir descrições quantitativas de uma população (FREITAS *et al.*, 2000). A pesquisa *Survey* é indicada quando se deseja responder questões do tipo, “o quê”, “porquê”, “como” e “quanto”. Não se tem interesse ou não se pode controlar as variáveis dependentes e independentes; o ambiente natural é a melhor cenário para se estudar o fenômeno de interesse e o objeto do interesse ocorre no presente ou no passado recente (FONSECA, 2002).

Estudos transversais apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem. Os dados são coletados em um curto período e não há um acompanhamento posterior dos sujeitos de pesquisa (HOCHMAN *et al.*, 2005).

As pesquisas descritivas objetivam caracterizar determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas observa-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental, etc. São incluídas neste grupo também as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2006).

Segundo Marconi e Lakatos (2006) a pesquisa exploratória é uma investigação empírica que busca formular questões ou um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses; aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos. Frequentemente as descrições são tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo, e o investigador deve conceituar as relações entre as propriedades do fenômeno e do ambiente observado (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As pesquisas exploratórias têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, através da formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão ampla, do tipo aproximativa, acerca de determinado fato (GIL, 2006).

### **4.3 Contexto da Pesquisa**

A importância da realização de uma pesquisa em âmbito nacional está no fato de que a MP é uma área de atuação reconhecida relativamente nova no país, sendo reconhecida em 2011

(CFM, 2011). O número de médicos paliativistas ainda é reduzido e concentrado em sua maior parte na região Sudeste do país. O trabalho será desenvolvido em uma etapa quantitativa, por meio da aplicação de questionários eletrônicos para os médicos paliativistas no Brasil.

#### ***4.3.1 População de estudo***

População é qualquer conjunto de informações que tenham, entre si, uma característica comum. A amostra se constitui em uma redução da população a dimensões menores, sem perda das características essenciais (COSTA, 2005).

A população do presente estudo foi constituída por médicos com atuação em MP no Brasil, com ou sem titulação comprovada na área. Segundo dados da ANCP de 2019, os 191 serviços paliativos encontrados no país, há uma média de 2,6 médicos por serviço, totalizando um número estimado de 496 médicos que trabalham com CP no país (ANCP, 2020a). Estes, são médicos que fazem parte de equipes de CP, com ou sem titulação comprovada em MP.

A amostra contou com médicos que exercem atividade de trabalho em CP, com ou sem área de atuação comprovada em MP. O motivo de incluir na amostra médicos que exercem atividade de trabalho em assistência paliativa sem área de atuação em MP comprovada se deve ao fato de que uma parcela considerável de médicos trabalha na área, mas sem titulação.

O convite para participação da pesquisa foi feito por e-mail ou redes sociais. Estima-se que 350 médicos que atuam em CP tenham sido convidados a participarem do estudo.

Foi utilizada uma amostra por conveniência, com todos os médicos que atuam em MP que aceitaram participar.

#### ***4.3.2 Recrutamento***

O contato para a participação na pesquisa com os médicos paliativistas foi feito por convite via e-mail ou através de redes sociais (WhatsApp, Telegram e Instagram). O convite para a participação na pesquisa nas redes sociais foi feito individualmente ao participante ou através de grupo de Cuidados Paliativos específicos pré-existentes. Houve colaboração de vários

médicos paliativistas, sendo a pesquisa divulgada em grupo de redes sociais de CP em todo o Brasil. Esta divulgação da pesquisa realizada por médicos paliativistas parceiros foi muito importante para a adesão dos médicos na pesquisa. O acesso aos grupos de CP em redes sociais, que contam com grande número de médicos que eram público-alvo da pesquisa, foi um facilitador para o envio de convite de participação.

No site do CNRM há uma lista de médicos que concluíram a residência de MP, porém os dados eram até o ano de 2020.

Os coordenadores de residência de alguns serviços de MP do país forneceram a lista atualizada de médicos que tinham concluído à residência de MP até 2021. Porém, alguns serviços não disponibilizaram o nome dos residentes que concluíram a residência no ano de 2021, bem como esta informação não estava presente no CNRM, sendo um ponto limitante do estudo.

Os médicos com título em MP pela AMB, tem o nome divulgado no site da ANCP. Porém, os dados divulgados eram somente do ano de 2012 a 2019. Outro ponto importante é que no site da ANCP há disponibilização de e-mail ou contato telefônico de apenas alguns médicos paliativistas que permitiram essa divulgação, sendo outro ponto limitante para obtenção de acesso ao público-alvo do estudo.

#### **4.3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- Ser médico com área de atuação em MP com titulação comprovada pela AMB ou Residência em MP pela CNRM até o ano de 2021.
- Ser médico com experiência em CP, mas sem área de atuação em MP comprovada.
- Ser médico com curso de pós-graduação *lato sensu* (360 horas) ou aperfeiçoamento (180 horas) em CP, mas sem área de atuação em MP comprovada.

Os critérios de exclusão do estudo foram:

- Médicos que não preencheram adequadamente o questionário de pesquisa.
- Demais profissionais da equipe multiprofissional que atuam em CP, mas que não são médicos.

#### **4.4 Instrumento de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada através de questionários aplicados na população do estudo. Questionário é uma técnica de investigação caracterizada por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc. Construir um questionário é traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões irão descrever a população pesquisada ou testar as hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa (GIL, 2002).

O questionário foi exportado para uma plataforma que apresenta várias ferramentas para a elaboração e facilidade no envio ao público-alvo: o Google Forms (APÊNDICE A). O questionário foi enviado aos médicos em todo Brasil, via e-mail ou redes sociais.

Após a elaboração deste instrumento, foi realizado um pré-teste com participação de 6 médicos. A finalidade do pré-teste é evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc. O pré-teste de um instrumento de coleta de dados tem por objetivo assegurar-lhe validade e precisão (GIL, 2006). O pré-teste foi um momento importante para adequação das perguntas do questionário e adição de algumas perguntas relevantes para o estudo.

O questionário foi dividido em blocos temáticos que serão estruturados da seguinte forma: “informações sociodemográficas”, “informações profissionais” e “opinião sobre a formação em Medicina Paliativa no Brasil”. O questionário totalizou 36 perguntas. Os questionários foram aplicados de março a maio de 2021. As questões abertas foram divididas por categorias de respostas de conteúdo semelhantes para a sua análise.

#### **4.5 Análise Estatística dos Dados**

A presente pesquisa apresenta resultados descritivos de todas as questões levantadas no questionário que discute a formação médica em CP no Brasil. Esta pesquisa foi do tipo *Survey*. Foram apresentadas as frequências absolutas (n) e relativa (%) como medidas para descrever os resultados das variáveis do tipo categórica (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986).

Cabe destacar que a participação dos médicos na presente pesquisa foi voluntária, portanto, a amostra pode não representar com total fidedignidade as características sociodemográficas e do perfil de formação do médico em MP. Ou seja, a amostra selecionada não é aleatória. É importante discutir os achados com certa parcimônia – reforçando que este tipo de amostra é meio inevitável.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado digitalmente pelos participantes, deixando claro que todas as informações pessoais estavam sob sigilo, sendo os resultados utilizados para a pesquisa desenvolvida, sem exposição da identificação do médico (APÊNDICE B). A aplicação do questionário apresentou riscos mínimos dos pontos de vista físico, psicológico, intelectual e social ao participante da pesquisa. Como benefícios dessa pesquisa, a avaliação dos médicos paliativistas produz informações que poderão ser utilizadas para o maior entendimento do perfil profissional dos médicos que atuam na área. Não houve nenhum benefício direto ao participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 39448820.6.0000.5143 da Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

Um total de 171 médicos preencheram o questionário. Foram excluídos inicialmente 8 participantes por preenchimento inadequado do questionário (excluídos os participantes que não preencheram as perguntas do perfil sociodemográfico ou com grande número de questões sem resposta). Portanto, o estudo contou com 163 respostas (46,57% da amostra estimada inicial).

Deste número total de participantes, 123 participantes (75,5%) relataram que tinham área de atuação comprovada em MP, por titulação pela AMB ou Residência em MP pela CNRM concluída ou em curso. Um outro grupo de 40 participantes (24,5%) informaram que não possuíam título de atuação em MP, apesar de trabalharem na área. Portanto, os resultados deste estudo estão distribuídos em duas modalidades: população geral (médicos titulados e não titulados em MP) e médicos com titulação comprovada em MP ou em curso (TAB. 1).

Tabela 1 – Distribuição dos médicos quanto ao Título de área de atuação comprovada em Medicina Paliativa

Título de área de atuação em Medicina Paliativa	Frequência	
	N	%
<i>Sim</i>	123	75,5
<i>Não</i>	40	24,5
<b>TOTAL</b>	163	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.1 Aspectos sociodemográficos dos participantes

A TAB. 2 apresenta os dados sociodemográficos da população estudada. Foram 117 participantes do sexo feminino (71,8%) e 46 do sexo masculino (28,2%). Entre as mulheres, 82 participantes, possuíam titulação comprovada em MP. Entre os homens, 41 possuíam titulação em MP. Dentre os participantes, 67 (41,1%) tinham entre 30 e 39 anos, 60 (36,8%) entre 40 e 49 anos e 20 (12,3%) entre 50 e 59 anos. A maioria dos participantes eram casados (76,7%).

Quanto à região do Brasil de origem, 101 participantes eram nascidos na região sudeste (62%), 29 da região nordeste (17,8%), 21 da região sul (12,9%), 9 da região centro-oeste (5,5%) e 3 da

região norte (1,8%). Atualmente, 99 médicos relataram trabalhar na região sudeste (60,7%), 21 na região nordeste (12,9%), 22 na região sul (13,5%), 17 na região centro-oeste (10,4%) e 4 na região norte (2,5%).

Uma parcela de 65% médicos atua profissionalmente em capitais de estados, 25,2% participantes no interior do estado e 3,1% dos participantes atuam em municípios de regiões metropolitanas. Alguns participantes atuam tanto na capital como interior do estado (2,5%), e outros médicos atuam na capital e em municípios de regiões metropolitanas (4,3%).

Em relação à cidade principal de atuação dos médicos, 123 participantes (75,5%) atuam em cidades com mais de 500.000 habitantes, 35 em cidades de 100.000 a 500.000 habitantes, 4 em cidades de 50.000 a 100.000 habitantes e 1 em cidades de 10.000 a 50.000 habitantes.

Um total de 6 participantes relataram ter renda individual mensal menor que 5.000 reais; 9 participantes entre 5.001 e 10.000 reais, 35 participantes entre 10.001 e 15.000 reais; 49 entre 15.001 e 20.000 reais, 39 entre 20.001 e 30.000 reais e 25 participantes com renda maior que 30.000 reais.

TABELA 2 – Caracterização dos médicos quanto aos aspectos sociodemográficos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral (Continua)

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não			
	N	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária</b>						
<i>De 20 a 29 anos</i>	7	5,7	2	5,0	<b>9</b>	<b>5,5</b>
<i>De 30 a 39 anos</i>	51	41,5	16	40,0	<b>67</b>	<b>41,1</b>
<i>De 40 a 49 anos</i>	49	39,8	11	27,5	<b>60</b>	<b>36,8</b>
<i>De 50 a 59 anos</i>	13	10,6	7	17,5	<b>20</b>	<b>12,3</b>
<i>60 anos ou mais</i>	3	2,4	4	10,0	<b>7</b>	<b>4,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>						
<i>Feminino</i>	82	66,7	35	87,5	<b>117</b>	<b>71,8</b>
<i>Masculino</i>	41	33,3	5	12,5	<b>46</b>	<b>28,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>						
<i>Solteiro(a)</i>	19	15,4	8	20,0	<b>27</b>	<b>16,6</b>
<i>Casado(a) / União estável</i>	97	78,9	28	70,0	<b>125</b>	<b>76,7</b>
<i>Divorciado(a)</i>	7	5,7	3	7,5	<b>10</b>	<b>6,1</b>
<i>Viúvo(a)</i>	0	0,0	1	2,5	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: BASE DE DADOS: 163 médicos (Sim □ 123 casos e Não □ 40 casos)

TABELA 2 – Caracterização dos médicos quanto aos aspectos sociodemográficos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral (Conclusão)

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não			
	N	%	n	%	n	
<b>Em qual região do país você nasceu?</b>						
<i>Norte</i>	3	2,4	0	0,0	<b>3</b>	<b>1,8</b>
<i>Nordeste</i>	26	21,2	3	7,5	<b>29</b>	<b>17,8</b>
<i>Sudeste</i>	72	58,5	29	72,5	<b>101</b>	<b>62,0</b>
<i>Sul</i>	13	10,6	8	20,0	<b>21</b>	<b>12,9</b>
<i>Centro-Oeste</i>	9	7,3	0	0,0	<b>9</b>	<b>5,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Em qual região do país você atua profissionalmente no momento?</b>						
<i>Norte</i>	3	2,4	1	2,5	<b>4</b>	<b>2,5</b>
<i>Nordeste</i>	18	14,6	3	7,5	<b>21</b>	<b>12,9</b>
<i>Sudeste</i>	72	58,5	27	67,5	<b>99</b>	<b>60,7</b>
<i>Sul</i>	14	11,4	8	20,0	<b>22</b>	<b>13,5</b>
<i>Centro-Oeste</i>	16	13,0	1	2,5	<b>17</b>	<b>10,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Qual a sua renda mensal individual?</b>						
<i>Menos de 5.000 reais</i>	3	2,4	3	7,5	<b>6</b>	<b>3,7</b>
<i>Entre 5.001 e 10.000 reais</i>	9	7,3	0	0,0	<b>9</b>	<b>5,5</b>
<i>Entre 10.001 e 15.000 reais</i>	28	22,8	7	17,5	<b>35</b>	<b>21,5</b>
<i>Entre 15.001 e 20.000 reais</i>	39	31,7	10	25,0	<b>49</b>	<b>30,1</b>
<i>Entre 20.001 e 30.000 reais</i>	25	20,3	14	35,0	<b>39</b>	<b>23,9</b>
<i>Mais de 30.000 reais</i>	19	15,5	6	15,0	<b>25</b>	<b>15,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: BASE DE DADOS: 163 médicos (*Sim* □ 123 casos e *Não* □ 40 casos)

## 5.2 Perfil de graduação em Medicina dos participantes

A TAB. 3 demonstra os resultados referentes à formação profissional dos participantes. Entre os médicos que responderam à pesquisa, 14 médicos concluíram o curso de medicina entre os anos de 1978 e 1990; 31 médicos entre os anos de 1991 e 2000; 36 médicos entre 2001 e 2005; 39 médicos entre 2006 e 2010; 29 médicos entre os anos de 2011 e 2015 e 13 médicos entre os anos de 2016 e 2018. Destes, 88 participantes (54%) se graduaram em faculdade ou universidade pública de medicina e 75 (46%) se formaram em faculdade ou universidade privada.

TABELA 3 – Caracterização dos médicos quanto à graduação em medicina, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não			
	N	%	n	%	n	%
<b>Ano de conclusão do curso de Medicina</b>						
<i>De 1978 a 1990</i>	8	6,5	6	15,4	<b>14</b>	<b>8,6</b>
<i>De 1991 a 2000</i>	21	17,1	10	25,6	<b>31</b>	<b>19,1</b>
<i>De 2001 a 2005</i>	33	26,8	3	7,7	<b>36</b>	<b>22,2</b>
<i>De 2006 a 2010</i>	30	24,4	9	23,1	<b>39</b>	<b>24,1</b>
<i>De 2011 a 2015</i>	22	17,9	7	17,9	<b>29</b>	<b>17,9</b>
<i>De 2016 a 2018</i>	9	7,3	4	10,3	<b>13</b>	<b>8,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>
<b>Você realizou o curso de medicina em faculdade/ universidade pública ou privada?</b>						
<i>Pública</i>	75	61,0	13	32,5	<b>88</b>	<b>54,0</b>
<i>Privada</i>	48	39,0	27	67,5	<b>75</b>	<b>46,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: 1 caso sem informação de ano de conclusão do curso de medicina

### 5.3 Especialidades Médicas dos participantes

Foi questionado sobre quais especialidades médicas ou áreas de atuação os participantes tinham além da área de atuação em MP: 83 médicos, 63 médicos, 7 médicos e 1 médicos relataram ter, respectivamente, 1 especialidade médica ou área de atuação, 2 especialidades médicas, 3 especialidades médicas e 4 ou mais especialidades (TAB. 4). As especialidades médicas mais frequentes entre os médicos da pesquisa foram: Clínica Médica (98 médicos), Geriatria (54 médicos), Medicina de Família e Comunidade (21 médicos), Oncologia (15 médicos) e Medicina Intensiva (12 médicos).

TABELA 4 – Caracterização dos médicos quanto às especialidades médicas, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				GERAL	
	Sim		Não		n	%
	N	%	n	%		
<b>Além de área de atuação em Medicina Paliativa, qual(quais) especialidade(s) médicas você possui? (*)</b>						
	(n = 117)		(n = 37)		(n = 154)	
Acupuntura	2	1,7	2	5,4	4	1,6
Anestesiologia	7	6,0	0	0,0	7	2,8
Cardiologia	0	0,0	5	13,5	5	2,0
Clínica médica	76	65,0	22	59,5	98	39,4
Geriatria	46	39,3	8	21,6	54	21,7
Hematologia e hemoterapia	0	0,0	5	13,5	5	2,0
Infectologia	0	0,0	1	2,7	1	0,4
Medicina de emergência	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Medicina de família e comunidade	19	16,2	2	5,4	21	8,4
Medicina do trabalho	2	1,7	1	2,7	3	1,2
Medicina intensiva	6	5,1	6	16,2	12	4,8
Nefrologia	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Oncologia clínica	9	7,7	6	16,2	15	6,0
Patologia clínica/medicina laboratorial	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Pediatria	5	4,3	0	0,0	5	2,0
Pneumologia	2	1,7	0	0,0	2	0,8
Radiologia e diagnóstico por imagem	0	0,0	1	2,7	1	0,4
Neonatologia	2	1,7	0	0,0	2	0,8
Medicina intensiva pediátrica	2	1,7	0	0,0	2	0,8
Dor	5	4,3	1	2,7	6	2,4
Hematologia e hemoterapia pediátrica	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Oncologia pediátrica	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Medicina do adolescente	0	0,0	1	2,7	1	0,4
<b>Nº total de especialidades que o médico possui.</b>						
1 especialidade	61	52,1	22	59,5	83	53,9
2 especialidades	54	46,2	9	24,3	63	40,9
3 especialidades	2	1,7	5	13,5	7	4,5
4 especialidades	0	0,0	1	2,7	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa:

Nota: BASE DE DADOS: 154 médicos (Sim □ 117 casos e Não □ 37 casos). 9 casos sem informação para especialidade

#### 5.4 Formação em Cuidados Paliativos dos Participantes

Dentre os 123 participantes que possuem título de área de atuação em MP, 13 médicos (10,7%), obtiveram título entre os anos de 2011 e 2013; 46 médicos (38%) entre 2014 e 2017 e 60 médicos (49,6%) entre os anos de 2018 e 2021 (TAB.5).

Observou-se que 123 médicos participantes (75,5%) têm Título de especialista em MP. Dentre estes, 77 médicos (62,6%) obtiveram o título através da “Prova de Título de suficiência pela AMB”, 36 médicos (29,3%) obtiveram o título pela “Residência Médica em Medicina Paliativa pela CNRM” e outros 10 médicos (8,1%) pelo “Título concedido pela AMB por tempo de experiência na área”.

O tempo total de experiência na área de CP, independente da titulação comprovada em MP, foi de 1 a 2 anos para 30 participantes; de 3 a 5 anos para 30 participantes; 6 a 10 anos para 57 participantes; 11 a 15 anos para 28 participantes; de 16 a 25 anos para 15 participantes e mais de 25 anos para 2 participantes.

TABELA 5 – Caracterização dos médicos quanto à formação em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não		n	%
	N	%	n	%		
<b>Em qual ano você obteve o título de médico paliativista?</b>						
<i>De 1998 a 2010</i>	2	1,7	—	—	2	1,7
<i>De 2011 a 2013</i>	13	10,7	—	—	13	10,7
<i>De 2014 a 2017</i>	46	38,0	—	—	46	38,0
<i>De 2018 a 2021</i>	60	49,6	—	—	60	49,6
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	—	—	<b>123</b>	<b>100,0</b>
<b>Como você obteve o título de médico paliativista?</b>						
<i>Título concedido pela AMB</i>						
<i>por tempo de experiência</i>	10	8,1	—	—	10	8,1
<i>Prova de suficiência pela AMB</i>	77	62,6	—	—	77	62,6
<i>Residência Médica em MP</i>						
<i>pela CNRM</i>	36	29,3	—	—	36	29,3
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	—	—	<b>123</b>	<b>100,0</b>
<b>Há quantos anos você atua ou atuou em Cuidados Paliativos? (considerar tempo total de experiência, mesmo sem ainda não ter titulação na área)</b>						
<i>De 1 a 2 anos</i>	16	13,1	14	35,0	30	18,5
<i>De 3 a 5 anos</i>	19	15,6	11	27,5	30	18,5
<i>De 6 a 10 anos</i>	51	41,8	6	15,0	57	35,2
<i>De 11 a 15 anos</i>	22	18,0	6	15,0	28	17,3
<i>De 16 a 25 anos</i>	14	11,5	1	2,5	15	9,3
<i>Mais de 25 anos</i>	0	0,0	2	5,0	2	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: 1 caso sem informação tempo de atuação em CP

### 5.5 Caracterização da atuação profissional em Cuidados Paliativos dos participantes

Neste bloco do questionário foram realizadas perguntas sobre a trajetória prévia e caracterização do trabalho em CP atual do profissional.

TABELA 6 – Caracterização dos médicos quanto ao contato com Cuidados Paliativos na sua trajetória profissional, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não		n	%
	N	%	N	%		
<b>Durante a sua graduação em medicina você teve contato com o Cuidados Paliativos em alguma disciplina?</b>						
<i>Sim</i>	13	10,6	6	15,0	<b>19</b>	<b>11,7</b>
<i>Não</i>	110	89,4	34	85,0	<b>144</b>	<b>88,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Durante sua residência médica/especialização em outras especialidades, você teve contato com o Cuidados Paliativos?</b>						
<i>Sim</i>	79	64,2	19	47,5	<b>98</b>	<b>60,1</b>
<i>Não</i>	44	35,8	21	52,5	<b>65</b>	<b>39,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 163 participantes, 144 relataram não ter tido contato com CP durante a sua graduação em medicina (88,3%). Entretanto, 98 participantes (60,1%) informaram ter tido contato com o CP durante a especialização ou residência médica de outras especialidades médicas (TAB.6).

Dentre os participantes, 148 médicos (90,8%) informaram trabalhar atualmente como paliativista em algum nível de assistência. Destes, 48 participantes (32,7%) informaram trabalhar em 3 níveis assistenciais (ambulatorial, domiciliar e hospitalar); 26 (17,7%) participantes atuam em nível hospitalar e ambulatorial, 20 participantes (13,6 %) atuam em nível hospitalar e domiciliar e 31 participantes (21,1%) atuam em nível hospitalar (TAB.7).

A TAB. 7 demonstra os dados referentes aos médicos com atuação em MP no momento. Destes, 40 participantes (27,2%) atuam no setor público, 40 participantes (27,2%) atuam no setor privado, e 67 (45,6%) atuam em ambos os setores.

Um total de 122 possuem uma equipe multiprofissional no seu local de atuação (83,6%).

Em relação à carga horária semanal dedicada a atividade de trabalho em CP, 33 participantes atuam 100 % da carga horária; 32 participantes dedicam 75 % da carga horária; 43 participantes

dedicam 50 % da carga horária e 39 participantes dedicam 25 % ou menos do seu horário semanal.

TABELA 7 – Caracterização dos médicos quanto a atividade profissional atual em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não		n	%
	N	%	N	%		
<b>Você trabalha atualmente como médico paliativista em algum nível de assistência?</b>						
<i>Sim</i>	117	95,1	31	77,5	<b>148</b>	<b>90,8</b>
<i>Não</i>	6	4,9	9	22,5	<b>15</b>	<b>9,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Em qual nível de assistência você atua?</b>						
<i>(Somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
<i>Hospitalar</i>	25	21,6	6	19,3	<b>31</b>	<b>21,1</b>
<i>Ambulatorial</i>	3	2,6	1	3,2	<b>4</b>	<b>2,7</b>
<i>Domiciliar</i>	7	6,0	2	6,5	<b>9</b>	<b>6,1</b>
<i>Hospitalar / Ambulatorial</i>	18	15,5	8	25,8	<b>26</b>	<b>17,7</b>
<i>Hospitalar / Domiciliar</i>	14	12,1	6	19,4	<b>20</b>	<b>13,6</b>
<i>Ambulatorial / Domiciliar</i>	8	6,9	1	3,2	<b>9</b>	<b>6,1</b>
<i>Hospitalar / Ambulatorial / Domiciliar</i>	41	35,3	7	22,6	<b>48</b>	<b>32,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Você possui uma equipe multiprofissional no seu local de atuação como médico paliativista?</b>						
<i>(Somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
<i>Sim</i>	97	84,3	25	80,6	<b>122</b>	<b>83,6</b>
<i>Não</i>	18	15,7	6	19,4	<b>24</b>	<b>16,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Você atua em qual setor como médico paliativista?</b>						
<i>(Somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
<i>Público</i>	28	24,1	12	38,7	<b>40</b>	<b>27,2</b>
<i>Privado</i>	30	25,9	10	32,3	<b>40</b>	<b>27,2</b>
<i>Público e Privado</i>	58	50,0	9	29,0	<b>67</b>	<b>45,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Que porcentagem atual da sua carga horária semanal você se dedica aos Cuidados Paliativos?</b>						
<i>(Somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
<i>100%</i>	27	23,3	6	19,4	<b>33</b>	<b>22,4</b>
<i>75%</i>	25	21,6	7	22,6	<b>32</b>	<b>21,8</b>
<i>50%</i>	34	29,3	9	29,0	<b>43</b>	<b>29,3</b>
<i>25% ou menos</i>	30	25,9	9	29,0	<b>39</b>	<b>26,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: 1 caso sem informação de nível de assistência, carga horária semanal e setor de atuação em CP; 2 casos sem informação sobre equipe multiprofissional

## 5.6 Caracterização de aspectos psicossociais dos participantes que atuam em Cuidados Paliativos

Os dados descritos no item 5.6 são detalhados na TAB. 8. No que diz respeito ao grau de satisfação pessoal em relação à sua atuação como médico paliativista, nenhum participante respondeu estar “muito satisfeito” em atuar como médico paliativista; 88 participantes (59,8%) se consideram “satisfeitos” em atuar como paliativista; 57 participantes (38,8%) disseram estarem “pouco satisfeitos” e 2 (1,4%) participantes consideram insatisfeitos em atuarem como paliativistas.

O impacto na saúde mental de trabalhar com MP também foi questionado aos participantes. Uma porcentagem de 63,9% dos médicos considerara que trabalhar com CP gera impacto na sua saúde mental e 21,8 % responderam que trabalhar com MP gera impacto parcial.

Um total de 59 participantes (40,1%) relataram já ter buscado apoio psicológico decorrente da sobrecarga emocional que envolve a sua atividade de trabalho como médico paliativista. Uma parcela de 7 médicos (4,8%) relatou ter buscado tratamento farmacológico devido a sobrecarga emocional envolvida no trabalho como paliativista. Outra parcela de 9 médicos (6,1%) relatou ter buscado apoio tanto farmacológico como psicológico decorrente da sobrecarga do trabalho como paliativista.

Os participantes foram questionados sobre as dificuldades de manejo dos casos de pacientes que estão em CP: 65 participantes consideram o manejo dos sintomas emocionais, sociais e espirituais como área de abordagem de maior dificuldade, 27 participantes consideram aspectos legais, 19 participantes consideram a abordagem familiar. Apenas 3 participantes consideram maior desafio o manejo de sintomas físicos.

Os médicos foram questionados sobre qual o momento de sua trajetória profissional houve o interesse pela MP. Somente 11,7% consideraram que o interesse se iniciou durante a graduação médica, enquanto 52,8% relataram ser durante a especialização ou residência em outra área e 36,8% quando já trabalhavam como médico em outra área.

No que diz respeito à trajetória de formação profissional para se tornar médico paliativista, 65% dos participantes consideraram sua trajetória de formação satisfatória para se tonar especialista em MP; 28,8 % parcialmente satisfatória e 6,2% insatisfatória.

TABELA 8 – Caracterização dos médicos quanto aos fatores psicossociais envolvidos na sua atividade profissional em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral.

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	n	%
<b>Qual é o seu grau de satisfação em atuar na área de medicina paliativa?</b>						
<i>Muito satisfeito</i>	0	0,0	0	0,0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<i>Satisfeito</i>	70	60,3	18	58,1	<b>88</b>	<b>59,8</b>
<i>Pouco satisfeito</i>	46	39,7	11	35,5	<b>57</b>	<b>38,8</b>
<i>Insatisfeito</i>	0	0,0	2	6,4	<b>2</b>	<b>1,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Você considera que trabalhar como médico paliativista gera impacto na sua saúde mental?</b>						
<i>Sim</i>	74	63,8	20	64,5	<b>94</b>	<b>63,9</b>
<i>Não</i>	19	16,4	2	6,5	<b>21</b>	<b>14,3</b>
<i>Parcialmente</i>	23	19,8	9	29,0	<b>32</b>	<b>21,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Você já buscou algum tipo de apoio profissional devido à sobrecarga emocional envolvida no seu trabalho como médico paliativista?</b>						
<i>Sim, apoio médico com necessidade do uso de fármacos</i>	5	4,3	2	6,5	<b>7</b>	<b>4,8</b>
<i>Sim, apoio psicológico</i>	46	39,7	13	41,9	<b>59</b>	<b>40,1</b>
<i>Sim, apoio médico e psicológico</i>	7	6,0	2	6,5	<b>9</b>	<b>6,1</b>
<i>Não</i>	58	50,0	14	45,2	<b>72</b>	<b>49,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Na abordagem do paciente paliativo, qual área você possui maior dificuldade de manejo?</b>						
<i>Manejo dos sintomas físicos</i>	2	1,7	1	3,2	<b>3</b>	<b>2,0</b>
<i>Manejo dos sintomas emocionais, sociais e espirituais do sofrimento</i>	55	47,4	10	32,3	<b>65</b>	<b>44,2</b>
<i>Aspectos legais</i>	18	15,5	9	29,0	<b>27</b>	<b>18,4</b>
<i>Abordagem Familiar</i>	13	11,2	6	19,4	<b>19</b>	<b>12,9</b>
<i>Outros</i>	28	24,2	5	16,1	<b>33</b>	<b>22,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Em que momento você teve interesse em se especializar em Cuidados Paliativos?</b>						
<i>Graduação</i>	16	13,0	3	7,5	<b>19</b>	<b>11,7</b>
<i>Residência / Especialização de outra área médica</i>	70	56,9	16	40,0	<b>86</b>	<b>52,8</b>
<i>Quando já trabalha como médico em outra área</i>	37	30,1	21	52,5	<b>58</b>	<b>35,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Você acha que a sua trajetória de formação em Cuidados Paliativos foi satisfatória para você se tornar especialista na área?</b>						
<i>Sim</i>	86	69,9	20	50,0	<b>106</b>	<b>65,0</b>
<i>Não</i>	2	1,6	8	20,0	<b>10</b>	<b>6,2</b>
<i>Parcialmente</i>	35	28,5	12	30,0	<b>47</b>	<b>28,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: BASE DE DADOS: 163 médicos (Sim □ 123 casos e Não □ 40 casos)

Bloco de perguntas iniciais somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista) > total 147 participantes

1 caso sem informação de grau de satisfação, impacto na saúde mental e principais pontos de dificuldade de manejo em CP

### 5.7 Atividades de ensino em Cuidados Paliativos dos participantes

Em relação às atividades de ensino em CP, 125 médicos (76,7%) estão envolvidos com alguma atividade de ensino em CP. Destes, 80 participantes estão envolvidos em preceptoria de Residência Médica em MP, 51 participantes são professores na graduação médica, 36 participantes professores de cursos de especialização e 21 participantes professores em cursos de atualização na área. Um total de 77 participantes atuam em formato de ensino misto (presencial e remoto), 39 participantes atuam em formato de ensino totalmente presencial e 9 participantes atuam em formato totalmente remoto. Uma parcela de 61 médicos relatou ter pós-graduação *stricto sensu*, sendo 41 participantes com mestrado e 20 participantes com doutorado (TAB. 9).

TABELA 9 – Caracterização dos médicos quanto à participação em atividades de ensino em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	n	%
<b>Você está envolvido com alguma atividade de ensino em Cuidados Paliativos?</b>						
<i>Sim</i>	97	78,9	28	70,0	<b>125</b>	<b>76,7</b>
<i>Não</i>	26	21,1	12	30,0	<b>38</b>	<b>23,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>
<b>Em qual nível de ensino você atua? (*)</b>						
	(n = 97)		(n = 28)		(n = 125)	
<i>Graduação</i>	38	39,2	13	46,4	<b>51</b>	<b>40,8</b>
<i>Especialização (≥ 360 h)</i>	29	29,9	7	25,0	<b>36</b>	<b>28,8</b>
<i>Atualização (&lt; 360 h)</i>	18	18,6	3	10,7	<b>21</b>	<b>16,8</b>
<i>Residência médica</i>	66	68,0	14	50,0	<b>80</b>	<b>64,0</b>
<i>Outros</i>	16	16,5	5	17,9	<b>21</b>	<b>16,8</b>
<b>Em qual formato?</b>						
<i>Totalmente presencial</i>	30	30,9	9	32,1	<b>39</b>	<b>31,2</b>
<i>Totalmente remoto</i>	7	7,2	2	7,1	<b>9</b>	<b>7,2</b>
<i>Misto (Presencial e Remoto)</i>	60	61,9	17	60,7	<b>77</b>	<b>61,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>
<b>Você possui pós-graduação <i>stricto sensu</i>?</b>						
<i>Mestrado</i>	32	26,0	9	22,5	<b>41</b>	<b>25,2</b>
<i>Doutorado</i>	17	13,8	3	7,5	<b>20</b>	<b>12,3</b>
<i>Não</i>	74	60,2	28	70,0	<b>102</b>	<b>62,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: A diferença entre o total de respostas esperadas e os totais apresentados para cada questão na tabela refere-se à quantidade de casos sem informação. (\*) A variável descrita permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% por grupo de especialidade e no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO

## **5.8 Fatores que influenciaram o participante na escolha para atuar em Cuidados Paliativos**

Dentre os médicos que responderam à pesquisa, 148 afirmaram trabalhar atualmente em CP e 15 participantes afirmaram não atuarem na área no momento.

Entre os participantes que trabalham atualmente em CP, foi questionada sobre os principais motivos que os fazem trabalhar nesta área. Os principais motivos descritos pelos participantes para atuarem em CP foram: satisfação pessoal (85,1%); oportunidade de cuidar do próximo (68,2%); interesse de ensino na área (18,9%); difusão do CP como forma de cuidado (15,5%); remuneração e oportunidade de trabalho (10,1%); necessidade de complementar outras especialidades médicas (10,1%) e oportunidade de trabalho em equipe (8,1 %) (TAB. 10).

Os 15 participantes que não trabalham atualmente em CP, consideraram que a falta de reconhecimento do mercado de trabalho para o CP, as oportunidades de emprego em outras áreas da medicina, a falta de identificação com a área de CP como fatores para não atuarem na área no momento. Destes, 3 participantes responderam que não atuam na área por estarem ainda em curso da residência médica em MP.

TABELA 10 – Caracterização dos médicos quanto os fatores determinantes na decisão trabalhar ou não em Cuidados Paliativos, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área de atuação				Geral	
	Sim		Não		n	%
	N	%	N	%		
<b>Cite os 3 principais motivos de você trabalhar atualmente como médico paliativista. (*)</b>						
<i>(Somente p/ quem trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
	<b>(n = 117)</b>		<b>(n = 31)</b>		<b>(n = 148)</b>	
<i>Satisfação Pessoal e Profissional</i>	102	87,2	24	77,4	<b>126</b>	<b>85,1</b>
<i>Cuidar do próximo</i>	78	66,7	23	74,2	<b>101</b>	<b>68,2</b>
<i>Remuneração/ oportunidade de trabalho</i>	14	12,0	1	3,2	<b>15</b>	<b>10,1</b>
<i>Ensino na área</i>	24	20,5	4	12,9	<b>28</b>	<b>18,9</b>
<i>Necessidade</i>	10	8,5	5	16,1	<b>15</b>	<b>10,1</b>
<i>Trabalho em equipe</i>	11	9,4	1	3,2	<b>12</b>	<b>8,1</b>
<i>Difundir o CP com mudança de pensamento</i>	18	15,4	5	16,1	<b>23</b>	<b>15,5</b>
<b>Cite o principal motivo de você não trabalhar atualmente como médico paliativista. (*)</b>						
<i>(Somente p/ quem NÃO trabalha atualmente como médico paliativista)</i>						
	<b>(n = 6)</b>		<b>(n = 9)</b>		<b>(n = 15)</b>	
<i>Oportunidades de trabalho em outra área</i>	1	16,7	2	22,2	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<i>Outros projetos pessoais</i>	2	33,3	0	0,0	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<i>CP complementa outras especialidades médicas que possui</i>	2	33,3	0	0,0	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<i>Falta de reconhecimento do mercado pelo CP</i>	1	16,7	3	33,3	<b>4</b>	<b>26,7</b>
<i>Ainda em curso da residência de CP</i>	1	16,7	2	22,2	<b>3</b>	<b>20,0</b>
<i>Falta de identificação com CP</i>	0	0,0	2	22,2	<b>2</b>	<b>13,3</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: A variáveis descritas permitem mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100%

### 5.9 Opinião do participante sobre os Cuidados Paliativos no Brasil

A TAB. 11 traz os resultados da questão sobre a opinião dos participantes da melhor estratégia para aumentarmos o número de médicos paliativistas no Brasil. Uma parcela de 63,2% considerou que melhorar o ensino de CP na graduação médica é o melhor caminho para aumentar o número de médicos na área. Por outro lado, 17,2% consideram que aprimorar o ensino de CP na residência médica ou especialização de outras áreas médicas seja importante para aumentar o número de paliativistas. Outras estratégias como aumentar o número de vagas de residência médica e especialização em CP (18,4%), melhorar a remuneração do médico paliativistas (10,4%), difundir os princípios de CP para a população (14,1%) e facilitar no processo de obtenção de título de área de atuação em MP para o médico (4,3%), foram citadas pelos participantes.

TABELA 11 - Opinião dos médicos sobre Cuidados Paliativos no Brasil, por Título de área de atuação em Medicina Paliativa e no geral

Variáveis do estudo	Título de área atuação				Geral	
	Sim		Não		n	%
	N	%	n	%		
<b>Segundo o documento “Atlas dos Cuidados Paliativos 2019”, divulgado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), “[...] o número de profissionais com formação e titulação em Cuidados Paliativos é crescente, porém a demanda assistencial é maior [...]”. Na sua opinião qual é a melhor estratégia para aumentarmos o número de paliativistas no Brasil? (*)</b>						
	(n = 123)		(n = 40)		(n = 163)	
<i>Ensino na graduação</i>	77	62,6	26	65,0	<b>103</b>	<b>63,2</b>
<i>Inserir ensino e CP em residências e especialidades médicas e outros médicos já formados</i>	23	18,7	5	12,5	<b>28</b>	<b>17,2</b>
<i>Aumentar vagas de residência / especialização em CP</i>	21	17,1	9	22,5	<b>30</b>	<b>18,4</b>
<i>Melhorar remuneração e incentivo aos paliativistas</i>	15	12,2	2	5,0	<b>17</b>	<b>10,4</b>
<i>Difundir o CP para a população</i>	17	13,8	6	15,0	<b>23</b>	<b>14,1</b>
<i>Facilitar obtenção do título em CP</i>	2	1,6	5	12,5	<b>7</b>	<b>4,3</b>

Fonte: Dados da pesquisa

NOTA: BASE DE DADOS: 163 médicos (Sim □ 123 casos e Não □ 40 casos)

NOTA: (\*) □ A variável descrita permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% por grupo de especialidade e no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO

## 6 DISCUSSÃO

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, observou-se no estudo que 71,8% dos entrevistados eram do sexo feminino e tinham entre 30 e 59 anos (90,2%). Estes dados corroboram com o último estudo “Demografia Médica no Brasil de 2020”, que demonstra uma feminização e juvenescimento da medicina do país. Segundo este estudo, em 1960, os homens eram 87% do total de médicos do país. A partir dos anos 1970, com o aumento do número de escolas médicas, as mulheres ampliaram sua participação e passaram de 15,8% para 46,6% em 2020 (SCHEFFER *et al.*, 2020).

A média de idade dos médicos em atividade no Brasil é de 45 anos, com desvio padrão igual a 15, demonstrando um predomínio de uma medicina mais jovem, resultado do crescimento do número de cursos e vagas de graduação e, portanto, da entrada de novos médicos no mercado de trabalho (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Outro aspecto importante é a desigualdade na distribuição dos médicos paliativistas nas regiões do país. Dentre os participantes do estudo, a maioria atua na região Sudeste (60,7%). Estes dados são reforçados pelo último levantamento da ANCP, que divulgou que dentre os 191 serviços de CP no Brasil, 55% (101 serviços) estão concentrados na região Sudeste, com predomínio dos serviços nas capitais. Aumentar a dispersão dos serviços permanece como um grande desafio para as políticas públicas do país (ANCP, 2020a).

Em relação à remuneração mensal dos médicos que trabalham com MP, há uma distribuição semelhante à remuneração médica global do país demonstrada em estudo recente. Na presente pesquisa, uma parcela de 51,6% participantes ganha entre 10 e 20 mil reais de remuneração mensal. O estudo nacional com 2.400 médicos evidenciou que 16,5% dos médicos ganham menos de 11 mil reais; 19,7% ganham entre 11 mil e 16 mil reais; 16,3 % ganham entre 16 mil e 21 mil reais; 12 % ganham entre 21 mil e 27 mil reais, 17,2 % ganham mais de 27 mil reais (SCHEFFER *et al.*, 2020). Segundo último levantamento da ANCP, o médico que atua em CP tem valor da mediana 94,37 reais por hora trabalhada (ANCP, 2020c).

Observou-se que dos 163 participantes, 123 (75,5%) tinham área de atuação comprovada em MP, sendo que 77 médicos obtiveram o título através da “Prova de Título de suficiência pela AMB”, 36 médicos obtiveram o título pela “Residência Médica em Medicina Paliativa pela

CNRM” e outros 10 médicos pelo “Título concedido pela AMB por tempo de experiência na área”. Estes dados revelam que o principal caminho para se tornar especialista em MP é a prova de título pela a AMB. Esse número expressivo de paliativistas que obtiveram o título pela prova da AMB pode ser justificado pela MP ser uma área de atuação relativamente nova, em que muitos profissionais já tinham experiência exigida para serem candidatos à prova. Além disso, os programas de Residência Médica de MP exigem uma dedicação de 60 horas por semana por 1 ano, com remuneração bruta mensal atual de R\$ 3.330,43 \* (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos (HOSPITAL DE AMOR DE BARRETOS; 2021). A baixa remuneração da bolsa de residência médica e a extensa carga horária semanal exigida podem justificar a maior procura dos paliativistas pela obtenção de título pela prova da AMB.

O número reduzido de paliativistas que obtiveram título por tempo de experiência na área pode ser explicado pela MP ser uma área de atuação reconhecida recentemente no país e no mundo, com um número ainda discreto de profissionais com um tempo maior de experiência. Apenas 10,5% dos participantes relataram ter mais de 16 anos de experiência em MP.

Um total de 40 participantes informaram que não possuíam título de atuação em MP, apesar de terem contato com a área. Este número demonstra que uma parcela considerável dos médicos que trabalha com CP no Brasil não possui título comprovado de área de atuação. A grande demanda de pacientes em CP pode justificar uma parcela grande de médicos atuantes em CP, porém sem título comprovado.

O recente reconhecimento da MP como área de atuação traz à tona a realidade de uma MP no Brasil ainda feita por especialistas de outras áreas. Além disso, a proposta divulgada pela ANCP em 2018 para a organização dos serviços de CP, já traz uma organização que se baseia no baixo número de médicos paliativistas titulados. Este plano divide os serviços de CP em 3 níveis, de acordo com o grau de complexidade no atendimento paliativo ofertado: “Abordagem de Cuidados Paliativos”, “Cuidado Paliativo Geral” e “Equipes de Cuidados Paliativos Especializados”. No 1º nível, “Abordagem de Cuidados Paliativos”, não há uma equipe especializada em CP atuando. O 2º nível, “Cuidado Paliativo Geral”, compreende profissionais com conhecimento intermediário em CP. O 3º nível possui 3 subcategorias: Equipe de CP Especializados de Grau I, II e III.

As equipes de CP Especializados de Grau I: os coordenadores têm, no mínimo, um treinamento

especializado de 3 meses em CP. As equipes de CP Especializados de Grau II contam com um coordenador médico com pelo menos uma especialização em CP (360h). As Equipe de CP Especializados de Grau III são equipes de referência e contam com coordenador médico com ao menos título de área de atuação em CP (ANCP, 2018). Portanto, no processo de estruturação de serviços de CP no Brasil, somente os serviços especializados do 3º nível e do grau III exigem médicos com titulação comprovada em CP (ANCP, 2018). No último levantamento da ANCP de 2019, das 191 equipes de CP especializadas que existem no país, apenas 35.6% eram grau III (ANCP, 2020).

Segundo a ANCP, um total de 258 médicos foram aprovados no exame de suficiência em MP (subespecialidade) pela AMB entre 2012 e 2019. (ANCP, 2020b). De acordo com o site da CNRM, o Brasil conta com 16 serviços de residência médica em MP e um total de 145 médicos com residência de MP concluída até 2020. Os dados referentes ao ano de 2021, ainda não estavam disponíveis no site do CNRM. (MEC, 2020b).

Cruzando os dados da ANCP e do CNRM, observa-se que 8 médicos possuem tanto comprovação de residência médica em MP e título pela AMB. Portanto, até 2020, o Brasil conta com 395 médicos com área de atuação comprovada em MP (soma de titulados pela AMB e médicos com residência em MP pela CNRM).

Vale ressaltar que um modelo de assistência paliativa em que o médico generalista possa atuar em casos de pacientes em CP de menor complexidade pode garantir um cuidado adequado e mais global. Isto se reflete no número ainda muito reduzido de médicos com área de atuação em MP. Questiona-se: como aproximadamente 400 médicos com comprovação de área de atuação em MP poderiam cuidar da volumosa demanda de pacientes que requerem assistência paliativa de um país com a extensão territorial do Brasil? Portanto, o médico generalista precisa ser a rede de apoio para os pacientes com este perfil de cuidado, visto a realidade do país. Assim, este modelo mais sustentável, manteria apenas os casos paliativos de maior complexidade com os médicos com área de atuação comprovada em MP. Portanto, a educação em CP para médicos, independente da sua especialidade, precisa ser fortemente estimulada.

Outro ponto relevante para essa discussão: Por que novas especialidades médicas não podem ser incorporadas como áreas de pré-requisito para o médico obter comprovação de área de atuação em MP? Todos os médicos, independentemente de sua especialidade, lidam com

doenças ameaçadoras a vida. Não seria a MP uma necessidade básica e fundamental, inerente a qualquer especialidade médica? Talvez o caminho mais curto para garantir um maior número de especialistas seria permitir que mais médicos possam ser candidatos à obtenção da titulação em MP.

O número de médicos com área de atuação de MP, seja por meio da obtenção de título pela AMB ou por meio da residência médica pela CNRM, ainda é muito tímido para atender uma demanda imensa de atendimento paliativo de um país continental como o Brasil.

Outro dado importante que essa pesquisa nos demonstra é a falta de espaço do ensino em CP na graduação médica. Um número considerável de participantes (88,3%) revelou que não teve contato com CP na graduação médica. Este dado corrobora com os dados presentes na literatura. Segundo Freitas (2017), o ensino dos CP na formação médica no Brasil se mantém tímido e restrito nos currículos de graduação em medicina. Quando ofertados, são espremidos entre conteúdos de grandes áreas, com carga horária insuficiente. A temática é ministrada de forma não horizontalizada, dificultando sua integração aos demais tópicos de estudo (FREITAS, 2017).

Toledo e Priolli (2012) analisaram os currículos de 58 escolas médicas brasileiras e verificaram que apenas 35,1% delas abordaram, de algum modo, o tema e que ele era optativo em quase 67% das escolas (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). Estes dados reforçam a importância de tornar o CP mais presente no âmbito da graduação médica, para permitir que o acadêmico tenha um contato maior e desperte o interesse em trabalhar na área.

Na presente pesquisa, 60,1% participantes da pesquisa informaram que tiveram contato com o CP durante a residência médica ou especialização de outras áreas. Portanto, as residências e especializações de outras áreas médicas podem também aprimorar como campo de ensino em CP. O incentivo à incorporação de CP na matriz curricular das residências médicas, independentemente da especialidade, pode ser uma estratégia que permitirá um aumento de especialistas na área.

Em estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe com 96 residentes de várias especialidades, foi evidenciado que a maioria dos médicos (78%) afirmou não ter recebido informações suficientes sobre CP durante a graduação. Apenas 7% da amostra

apresentaram avaliação excelente em questões respondidas sobre o tema (acerto em mais de 80% das questões) (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Observou-se que as especialidades médicas mais frequentes entre os médicos paliativistas do estudo foram: Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Oncologia e Medicina Intensiva. Observa-se que especialidades médicas que lidam mais frequentemente com pacientes em sua finitude, foram muitas vezes campo fértil para nascer o interesse do profissional pela atuação em CP. É importante considerar que a Clínica Médica é área de pré-requisito da maioria das especialidades clínicas, sendo talvez a mais prevalente entre as respostas dos participantes por este motivo. Destaca-se neste contexto que grande parte dos médicos geriatras também possui clínica médica como especialidade (38 dos 54 participantes que responderam que são geriatras, são também clínicos). Portanto, o espaço do geriatra na atuação em MP é muito significativo e deve ser considerado na análise deste resultado.

Vale ressaltar o crescente espaço da Medicina de Família e Comunidade na atuação paliativista do país, destacando a atenção básica como importante foco do atendimento em CP. Um estudo americano com 10.984 médicos de família, comprovou que um terço dos médicos de família (33,1%), relataram fornecer CP aos seus pacientes com este perfil de cuidado (ANKUDA *et al.*, 2017). É fundamental que o CP ganhe cada vez mais espaço na atenção primária, sendo o médico de família importante referência local de assistência paliativa. Capacitar o médico de família em CP pode ser uma estratégia para amenizar a carência de médicos especialistas em MP no país.

Outro ponto abordado neste estudo foi sobre a escolha do profissional dos participantes para atuação em CP. Atuar em CP é um trabalho complexo. Exige do médico não apenas um profundo conhecimento técnico-científico, como também um constante enfrentamento da morte e de suas implicações no processo de morrer, levando ao desenvolvimento, também, habilidades humanitárias e emocionais (FONSECA; GEOVANINI, 2013). CP seria uma filosofia de cuidado, que não prioriza a cura, mas o conforto e dignidade humana. Necessita de uma quebra de paradigma de uma medicina aprendida na graduação, voltada para a cura, e o uso de tecnologias.

Em um estudo transversal, realizado com 456 alunos do primeiro ao sexto ano da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 2011, foi concluído que a maioria dos

estudantes aponta a qualidade de vida e a recompensa financeira como dois dos principais motivos para a decisão da especialidade (CORSI *et al.*, 2014).

Segundo Machado (2009), a escolha profissional tem multivariáveis:

A escolha profissional pertence, ao mesmo tempo, ao mundo privado e ao mundo compartilhado, das relações interpessoais. Ela é individual e livre, porém, paradoxalmente, depende das múltiplas identificações que se estabelecem na relação do sujeito com o meio ambiente, inicialmente representado pela família e, que, com o desenvolvimento, passa a englobar a sociocultura. O processo de construção da identidade é sujeito a transformações contínuas e, portanto, para sempre inacabado. A identidade profissional médica, por sua vez, também é dinâmica e influenciada por fatores em constante transformação, tais como os perfis demográfico e epidemiológico da sociedade, questões mercadológicas, modelo da formação médica, entre outros (MACHADO, 2009, p.11).

A maioria dos participantes deste estudo responderam que os principais motivos para trabalharem como médico paliativista foram satisfação pessoal e profissional (126 respostas) e a motivação de cuidar do sofrimento do próximo (101 respostas). Portanto, o percurso do médico para se tornar paliativista, passa por suas experiências profissionais e pessoais. As motivações intrínsecas parecem ser muito mais determinantes na escolha do médico para se tornar paliativistas do que questões extrínsecas: apenas 10,1% responderam remuneração como um atrativo para trabalhar na área. É possível que o CP exija uma certa maturidade emocional e profissional do médico, tornando tão relevantes fatores intrínsecos nesta escolha por atuar nesta complexa área de atuação.

Portanto, a escolha para atuar em CP não parece nascer da graduação médica, onde os interesses de escolha da especialidade parecem ser definidos por outros aspectos, como o financeiro. Um dado deste trabalho nos alerta para essa realidade: somente 11,7% consideraram que o seu interesse em atuar MP foi durante a graduação médica.

A importância do CP na graduação foi defendida pela grande maioria dos participantes: 63,2% citaram o ensino na graduação médica como a melhor estratégia para incentivar o aumento do interesse dos médicos para atuarem em MP. A graduação parece ser o momento ideal para se ensinar essa filosofia de cuidado. O espaço do CP na graduação médica ainda não é satisfatório. O desenvolvimento de matrizes curriculares para o curso da graduação em medicina que busquem aproximar o aluno do CP, pode ser fundamental para despertar o seu interesse para o mundo paliativo.

Entre os médicos que trabalham atualmente em CP em algum nível de assistência; 59,8% se consideram “satisfeitos” em atuar como paliativista; 38,8% disseram estarem “pouco satisfeitos”. Nenhum participante respondeu estar “muito satisfeito” em atuar como médico paliativista. No último estudo que contou com a participação de mais de 2000 médicos de todas as especialidades no Brasil, foi questionado sobre o grau de satisfação com o seu trabalho. Mais da metade dos médicos relataram redução de salário nos últimos três anos (50,8%). A maioria relatou piora das condições de trabalho nos últimos três anos (40,7% concordam totalmente e 16,8% concordam parcialmente). Mais da metade dos médicos concorda que passou a ter maior carga horária de trabalho (45,6% concordam totalmente e 9,8%, concordam parcialmente). Mesmo com as queixas das condições de trabalho, os médicos disseram que estão satisfeitos com a profissão, com 43% dos participantes concordando totalmente e 21,2% concordando parcialmente (SCHEFFER *et al.*, 2020). Portanto, o grau de satisfação dos médicos que atuam em CP parece seguir uma tendência de outras especialidades médicas. A satisfação pessoal é um aspecto complexo e subjetivo, sendo definido pelas condições de trabalho, sobrecarga emocional, remuneração, carga horária, entre outros pontos. Portanto, o médico que atua em MP parece seguir um perfil semelhante ao de outras especialidades médicas, no que diz respeito à satisfação com o trabalho.

Em um levantamento recente da ANCP de 2019, aproximadamente metade dos médicos participantes que atuam em CP referem não estarem satisfeito com as condições de trabalho (47,6%), relatam insatisfação com a remuneração (62,5%) e informam não receber remuneração por resultado (95,8%) (ANCP, 2020c).

Um ponto de destaque é o impacto na saúde mental dos médicos paliativistas. Os profissionais de saúde encontram dificuldades em atuar em CP, sobretudo, em relação à aceitação da morte, bem como conflitos com familiares e até mesmo com os membros da equipe de trabalho, o que gera sofrimento. (CARDOSO *et al.*, 2013).

Destaca-se que médicos que trabalham em CP podem experimentar uma série de fatores de proteção e construção de resiliência, mas também sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, e recursos (WANG *et al.*, 2020).

Cuidar de um paciente paliativo e de sua família traz uma sobrecarga emocional que necessita de um preparo intenso. O médico quer amenizar a dor do outro, o que, paradoxalmente, é capaz de produzir o seu sofrimento. Porém, ao ajudar o outro, o médico garante o seu prazer e sua satisfação (MACHADO, 2009). Profissionais que lidam com pacientes graves, ao perceberem que estão lidando com seres humanos como eles, parecem experimentar uma vivência de extrema angústia. Aproximar do paciente que está em processo de morte, lembra o médico de que ele também é mortal (OLIVEIRA, 2002).

Em um estudo canadense, mais de um terço dos médicos paliativistas relataram altos níveis de Burnout e muitos desses médicos se sentem emocionalmente exaustos e sobrecarregados.

Cabe ressaltar, que outro estudo demonstrou que os médicos com formação em MP são menos propensos a sentimentos negativos envolvidos na morte e no processo de morrer. Dos 379 médicos de diferentes especialidades em 10 províncias da China, 66,8% perceberam uma sensação de impotência ao enfrentar pacientes em estágio terminal. A formação em MP foi significativamente associada à melhor compreensão dos médicos sobre o conceito de CP (OR = 6,923, P = 0,002). Os médicos que estavam mais familiarizados com a MP eram menos propensos a perceber sentimento de impotência (P <0,001), e mais propensos a se preocuparem com os pacientes e seus familiares (p <0,001) (XIANG; NING, 2018).

Em pesquisa realizada no Brasil pelo CFM de 2007, 23% de uma amostra de 7700 médicos de todos os estados foram classificados como padecendo de Burnout em alto grau e 10% de Burnout extremos (BARBOSA *et al.*, 2007).

Em uma revisão sistemática com médicos do Brasil, foi identificado que as especialidades médicas com maiores frequências de Bournout foram respectivamente: Medicina intensiva (22%), Medicina de Família (17,1%), Medicina de Emergência (15,5%), Medicina Interna (17%) e Ortopedia (14,5%). Os fatores mais associados foram os relacionados à organização e estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento ao stress (MOREIRA; SOUZA.; YAMAGUCHI; 2018). Portanto, destaca-se que há uma sobrecarga emocional relacionada ao trabalho médico em várias especialidades. Sobre o Burnout em médicos paliativistas brasileiros, os dados ainda são escassos. Estudo futuros podem auxiliar na comparação das prevalências de Bournout entre médicos que atuam em MP e outras especialidades/ área de atuação no Brasil.

O impacto emocional de quem trabalha em CP é uma realidade. Como uma estratégia para amenizar possíveis impactos negativos relacionados a atividade de trabalho em MP seria essencial nas residências médicas de MP, o trabalho de mentoria dos preceptores junto aos residentes, suporte psicológico e organização de grupos Balint. Os aspectos emocionais envolvendo o trabalho em CP parece ser importante ponto a ser aprimorado para um melhor desempenho do profissional na área.

Podemos observar também uma frequente preocupação do médico paliativista com o ensino na área. Dentre os participantes, 76,7% estão envolvidos em alguma atividade de ensino em CP. Este número demonstra um crescente interesse dos paliativistas em difundir o CP para outros médicos em formação. Destaca-se que 34,4% dos médicos colocaram como principais motivações para trabalhar com CP a possibilidade de difundir os princípios do CP e interesse por ensino na área. Assim, uma estratégia importante para as escolas médicas seria priorizar a contratação de professores que tenham essa formação e vivência em CP, permitindo uma cultura da formação acadêmica em ensino paliativo.

A visão de CP como equipe multidimensional também vem ganhando cada vez mais espaço. Mais de 83% dos participantes relataram trabalhar com uma equipe na sua atividade e MP. Cabe ressaltar que não foram perguntados quais profissionais fazem parte desta equipe, podendo haver equipes heterogêneas em número e áreas atuantes. Para garantir o cuidado integral ao paciente e sua família, a implementação de uma equipe multiprofissional é fundamental. É necessária uma visão complexa do paciente, levando em conta suas fragilidades e necessidades sociais, orgânicas, psíquicas, as quais devem ser analisadas e atendidas por todos os membros da equipe (PICOLLO; FACHINI, 2018). Portanto, as residências e especializações multiprofissionais em CP precisam ser fortemente priorizadas, visto que a equipe multidisciplinar é um dos pilares da assistência paliativa.

É considerável os avanços dos Cuidados Paliativos no Brasil. A grande ampliação de serviços paliativos em diferentes níveis assistenciais, o aumento do número de profissionais na área e o recente reconhecimento da MP como área de atuação médica em 2011, foram pontos marcantes na expansão desta filosofia de cuidado no país.

Cabe ressaltar, porém, que a propagação do CP no Brasil traz vários desafios: a ampla extensão territorial constituída por regiões heterogêneas do ponto de vista socioeconômico leva a uma

concentração dos serviços de CP nos grandes centros. Torna-se imprescindível um processo de interiorização do CP pelo país. As políticas públicas de incentivo a essa expansão são também parte fundamental do processo.

Mesmo com o grande aumento de profissionais atuando em CP, a mão de obra qualificada na área, se torna uma necessidade diante de uma volumosa demanda assistencial.

A valorização do profissional capacitado é parte importante para esse movimento paliativo nacional. O médico paliativista deve ser visto como aquele que une o conhecimento técnico à arte de cuidar. É o cuidado humanizado, que garante um olhar individualizado. É o respeito à dignidade humana, o alívio do sofrimento que faz a diferença no processo de finitude.

Como fatores limitantes deste presente estudo, observamos: a falta de dados atualizados dos médicos que atuam em CP em fontes oficiais do país, podendo ter excluído importantes participantes da área; o instrumento de pesquisa ser constituído por um questionário de autopreenchimento, podendo haver tendência de respostas positivas e distorção de alguns fatos e a pesquisa ser de formato on-line, gerando em alguns participantes, um receio na participação.

## 7 CONCLUSÕES

Os dados analisados no presente estudo permitiram constatar que os médicos que exercem atividade de trabalho em CP no Brasil são predominantemente do sexo feminino, casados com idade entre 30 e 59 anos, moradores da região Sudeste e com remuneração semelhante à média geral dos médicos do país. A maioria dos participantes concluiu o curso de medicina após os anos 2000, graduados em escola pública. As especialidades médicas mais frequentes exercidas entre os médicos da pesquisa foram: Clínica Médica Geriatria, Medicina de Família e Comunidade. O interesse pelos CP ocorreu geralmente após a graduação médica, durante a especialização ou residência em outra área, ou quando já trabalhavam como médico em outra especialidade. A maior parcela dos médicos tinha área de atuação comprovada em Medicina Paliativa, principalmente através da prova de suficiência pela Associação Médica Brasileira. Observou-se que a população estudada possuía menos de 10 anos de experiência de trabalho em CP. Sobre a sua atividade de trabalho atual em MP, os participantes relataram que atuam em diferentes níveis de assistência, sendo o nível hospitalar ainda o predominante. Há grande número de médicos com atuação na área em parceria com uma equipe multiprofissional, tanto no setor público quanto no privado. Somente uma pequena parcela dedica a sua carga horária exclusivamente aos CP. A filosofia do cuidar do outro e a satisfação pessoal foram as principais motivações para atuação descritas dos participantes para atuarem em CP. A maior parte dos médicos se dedicam em atividades de ensino na área, principalmente em residências médicas de MP. Entre os médicos que trabalham atualmente em CP, 59,8% se consideram “satisfeitos” em atuar na área; 38,8% relataram estarem “pouco satisfeitos”. Nenhum participante respondeu estar “muito satisfeito” em atuar como médico paliativista. Uma porcentagem considerável dos médicos respondeu que trabalhar com CP gera algum impacto na sua saúde mental.

O incentivo de um maior espaço do ensino em CP na graduação médica; a incorporação de mais especialidades médicas de pré-requisito para obtenção de título de atuação em MP e a busca de um ambiente de trabalho seguro para os médicos nos serviços paliativos, com recursos técnicos adequados e com foco na sua integridade psicológica, podem ser pontos importantes para ampliar o número de paliativistas e melhorar as suas condições de trabalho no país. Mais estudos que detalhem sobre a satisfação do profissional em atuar na assistência paliativa são relevantes para este contexto.

## **8 PERSPECTIVAS FUTURAS DA PESQUISA**

É notável a necessidade da melhor compreensão do trabalho dos médicos que atuam em Cuidados Paliativos no país. A fim de uma maior contribuição para a área, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com alguns participantes desta dissertação, permitindo a elaboração de um artigo futuro ou ingresso em programa de doutorado sobre o tema como complementação deste presente estudo.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Análise Situacional e Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo, Brasil, 2018. Disponível em: [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **[Ref. Ofício 1599/2017: Assunto: Reconhecimento da Medicina Paliativa como Especialidade]**. Destinatário: Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 01 de Junho de 2017. Disponível em: <http://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Solicitacao-de-especialidade-Med.Paliativa-ANCP-CFM-2017-rev.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo, Brasil, 2020a. Disponível em: [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Especialistas em Medicina Paliativa**. São Paulo, Brasil, 2020b. Disponível em: <https://paliativo.org.br/especialistas-em-medicina-paliativa/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Brasil, 2012. Disponível em: [https://paliativo.org.br/biblioteca/09-09-2013\\_Manual\\_de\\_cuidados\\_paliativos\\_ANCP.pdf](https://paliativo.org.br/biblioteca/09-09-2013_Manual_de_cuidados_paliativos_ANCP.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Remuneração em Cuidados Paliativos**. Brasil, 2020c. Disponível em: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Remunera%C3%A7%C3%A3o-em-Cuidados-Paliativos-2020-FINAL.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2021.

ANKUDA, C. K. et al. Provision of Palliative Care Services by Family Physicians Is Common. **The Journal of the American Board of Family Medicine**. [S.l.], v. 30, n. 2, p. 255-257, 2017.

ARMITAGE, K.; CROWTER, L. The role of the occupational therapist in palliative care. **European Journal of Palliative Care**. Londres, v. 6, n. 5, p. 154-157, 1999.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Edital de Convocação do Exame de Suficiência para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina Paliativa 2019**. São Paulo, Brasil, 2019. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Edital-Medicina-Paliativa-2019-.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Edital de Convocação do Exame de Suficiência para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina Paliativa 2020**. São Paulo, Brasil, 2019. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Edital\\_Medicina\\_Paliativa\\_2020\\_.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Edital_Medicina_Paliativa_2020_.pdf). Acesso em: 14 jul. 2021.

AZEREDO, N.S.; ROCHA, C.F.; CARVALHO, P.R.A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [S.l.], v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.

BARBOSA, G.A. *et al.* A saúde dos médicos no Brasil. **Conselho Federal de Medicina**. Brasília, p.143-58, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 Ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, I.C. **Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos em uso Escola Médica do Distrito Federal**. 2018. 88f. Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano- Unifenas, Belo Horizonte, 2018.

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, um manual prático**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BAYLIS, J. *et al.* Palliative and end-of-life care education in Canadian emergency medicine residency programs: A national cross-sectional survey. **Journal of the Canadian Association of Emergency Physician**. [S.l.], v. 21, n. 2, p.219-225, 2019.

BERTACHINI, L; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**. [S.l.], v. 4, n.3, p 315-323, 2010.

BLASCO, P.G. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica**. [S.l.], v. 19, n. 2, p 104-114. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n 1, de 8 de junho de 2007. Institui normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, seção: I, p. 9. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001\\_07.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Institui sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 out. 2018, ed. 225, seção: 1, p 276. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em 20 de julho de 2020.

BRITO, M.C.C. *et al.* Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**. [S.l.], v.16, n. 3, p.161-178. Jun 2013.

CALMAN, K. **Education and training in palliative medicine. Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

CAPELAS, M. L. *et al.* Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Cuidados Paliativos**. [S.l.], v. 1, n. 2, p. 7-13, Out, 2014.

CARDOSO, D.H. *et al.* O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. **Avances En Enfermería**. [S.l.], v. XXXI, n. 2, p. 83-91, 2013.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; KERR P, M. M. **Análise de conteúdo:** Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**. [S.l.], v. 24, n. 1, p. 13–18, 2014.

CENTENO, C.; BOLOGNESI, D.; BIASCO, G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region The European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Physicians Specialization in Palliative Medicine. **Journal of Pain and symptom Management**. [S.l.], v. 49, n.5, p. 861-870, Mai, 2015.

CHAVES, J.H.B. *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**. São Paulo, v.12, n.3. p. 250-255, 2011.

CLARK, David. *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 794–807. Abril, 2020.

CONCEIÇÃO, M. V. *et al.* Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. **Revista Bioética**, Brasília, v.27, n.1, p.134-142, mar 2019.

CONNORS, A.F. *et al.* A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. **Journal of the American Medical Association**. [S.l.], vol 274, n 20, p1591-1598, nov 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564/2017, de 6 de novembro de 2017. Institui o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2017. seção: I, p 157. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n 42/ 425 4, 8 de julho de 2013. Resolução Número 424/ 425 , de 08 de julho de 2013a – Institui o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e Terapia Ocupacional .8 jul. 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 147, seção: I. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n 1.805, de 28 de novembro de 2006. Institui sobre tratamento e procedimento aos pacientes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. **Diário Oficial da União**. 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução de n 1.973/2011, de 1 de agosto de 2011. Institui reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de

Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 01 de agosto de 2011, seção: I, p144-147. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10133&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1973&situacao=VIGENTE&data=14-07-2011>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução de n 1.995/2012, 31 de agosto de 2012. Institui sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 ago. 2012. seção: I, p 269-270. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução de nº 2.068/2013, de 3 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 3 jan.2014, seção: I, p 76. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2068>. Acesso em: 24 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.156/2016, de 17 de novembro de 2016. Institui sobre os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 nov 2016, seção: I, p 138-139. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n 2.221, de 24 de janeiro de 2019. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. **Diário Oficial da União**. 24 jan. 2019, Seção I, p. 67. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2221>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Resolução n. 599, de 25 de fevereiro de 2018. Institui o Código de Ética e de conduta do Nutricionista e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Disponível em: [http://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018\\_10\\_23/01.pdf](http://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018_10_23/01.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução de número n 010/05, de 21 de julho de 2005. Institui o Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 jul. 2005. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/resolucao2005-10.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei 8.662/93, 7 de junho de 1993. Institui sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 7 jun. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm). Acesso em: 20 jul. 2020.

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Cuidado Paliativo**, São Paulo, 2008. Disponível em: [http://www.4estacoes.com/pdf/livros\\_digitalizados/livro\\_cuidado\\_paliativo\\_crm.pdf](http://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_crm.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.
- CORSI, P.R. *et al.* Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, Brasil. v 38, n 2, p 213-220, 2014.
- CORTES, C.C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. *In*: MARCOS, G. **S. Cuidados paliativos y intervención psicosocial en enfermos de cáncer**. Las Palmas: ICEPS; 1988.
- COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Revista Interface**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2016.
- COSTA FILHO, R.C. *et al.* Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 20, n.1, p. 88-92, 2008.
- COSTA, R.S. *et.al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, Jan, 2016.
- COSTA, S. F. **Introdução Ilustrada à Estatística**. 4. ed. São Paulo: Harbra, 2005.
- DOYLE, D. *et al.* **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 3. ed. New York: Oxford University Press; 2005.
- DOYLE, D. Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-specialty of General Medicine. **Journal of the Royal of Physicians of Edinburgh**. [S.l.], v. 35, n. 3, p. 199-205, 2005.
- ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world**. [S. l.]: The Economist Intelligence Unit Limited; Lien Foundation, 2015. Disponível em: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem**. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências - Profissional) - Universidade Federal de Itajubá, Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências, Itajubá, 2013.
- FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. Medicina Paliativa. **Revista Ciências em Saúde**. [S.l.], v.1, n.3, p. 2-3, 2010.
- FIGUEIREDO, M.T.A. Educação em Cuidados Paliativos: uma experiência brasileira. **Revista O Mundo da Saúde**. [S.l.], v. 27, n.1, p.165-70, 2003.
- FLORIANI, C. A. Palliative care in Brazil: a challenge to the Health-Care System. **Palliative Care: Research and Treatment**. [S.l.], v. 2, p.19-24, 2008.

- FOLEY, K. M. Competent care for the dying instead of physician assisted suicide. **The New England Journal Medicine**. [S.l.], v. 336, n.1, p.54-58. Jan,1997.
- FOLEY; K. M. The past and the future of palliative care. Improving end of life care: why has it been so difficult? **Hastening Report Special Report**. [S.l.], v 35, n 6, p 42-46, 2005.
- FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [S.l.], v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC. Apostila. 2002.
- FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.
- FREITAS, E.D. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**. [S.l.], v 25, n 3, p 527-35, 2017.
- FREITAS, H, et al. O método de pesquisa Survey. **Revista de Administração**. São Paulo, v 35, n. 3, p. 105-112. 2000.
- GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. **European Journal of Palliative care**. [S.l.], v. 20, n.2, p .86-145, 2013.
- GARCIA, J.B.S; RODRIGUES, R.F; LIMA, S.F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. [S.l.], v. 64, n. 4, p. 286-291, 2014.
- GOMES, A.L.A; OTHERO, M.B. Cuidado Paliativos. **Estudos Avançados**. [S.l.], v.30, n.88, p 155-166. Dez, 2016.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A.C /**Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- HOSPITAL DE AMOR DE BARRETOS. **Processo seletivo para o curso de Residência Em Medicina Paliativa Edital De Seleção Para O Ano De 2021 Edital N.º 06/2021 - Iep/Hcb**. Barretos, SP: Hospital do amor. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2021/02/Edital-Resid%C3%Aancia-M%C3%A9dica-em-Medicina-Paliativa-2021.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- HOCHMAN, B. et al. Desenhos de Pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo, v. 20, sup.2, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População de 2018**. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

JOHNSON, R & BHATTACHARYYA, G. **Statistics Principles and Methods**. New York: John Wiley & Sons. 1986. 578p.

KHODABUKUS, A. **Association for Palliative Medicine Special Interest Forum— Undergraduate Medical Education meeting 2014**. Disponível em: <https://www.apmuesif.phpc.cam.ac.uk/index.php/annual-conferences/2014>. Acesso em: 20 jul. 2020.

KOIFMAN, L.O. modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 48-70. 2001.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**. Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. 224p.

KRUSE, M. H. L. *et al.* Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista do Hospital de CLínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, v.27, n. 2, p.49-52, 2007.

LIASON COMMITTEE ON MEDICAL EDUCATION. **Accreditation standards**. 2001. Disponível em: <http://www.lcme.org/standard.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.

LIMA, T.C.S; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista katálysis**. Florianópolis, v.10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MACHADO, M.A. **“Cuidados Paliativos e a Construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil”**.2009. 101f. Dissertação (Mestrado). Fiocruz- Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, junho. 2009.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da Bioética. **Bioethikos**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MAGÑA, M. F.; CASANOVAS, J. G.; SACA, M. L. Situación actual de la enseñanza de la medicina paliativa en las universidades de Centro américa. **Educación Médica**. [S.l.], v.18, n.4 p.242-248, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006

MASON, R.S. *et al.* From European Association for Palliative Care Recommendations to a Blended, Standardized, Free-to-Access Undergraduate Curriculum in Palliative. **Journal Of Palliative Medicine**. [S.l.], Special Report, v. XX, n. XX, 2020.

MAY, P. *et al.* Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**. [S.l.], v/ 178, n 6, p 820-829, 2018.

MEEKIN, A.S. *et al.* Development of a palliative education assessment tool for medical student education. **Academic Medicine**. [S.l.], v. 75, n. 10, p. 986-992, 2000.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiânia, v.18, n.1, p. 52-60, Jun, 2012.

MELO, C.M.; VALERO, F.F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, saúde & doenças**. Brasil, v.14, n.3, p452-469, 2013.

MENDES, P.B; PEREIRA, A.A.; BARROS, I.B. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**. Brasília, v. 29, n.03, p 534-546, 2021.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC**. 2020a. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). **Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica - Consulta de Certificados**. 2020b. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MORAIS, A.R.G. *et al.* A Importância da formação paliativista no currículo Médico Brasileiro: Quando O Curar não É Possível. **Revista UNINGÁ**. Paraná, Brasil. v.46, p 22-28, 2015.

MOREIRA, H.A.; SOUZA, K.N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Paraná, n. 3, v. 3, p1-11, 2018.

OLIVEIRA, E.C.N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [S.l.], v22, n 2, p 30-41, 2002.

OLIVEIRA, J.R. **Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional: estudo sobre o morrer com dignidade**. 2007. 143f. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

OLIVEIRA, J.R; FERREIRA, A.C; REZENDE, N.A. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [S.l.], Vol 37, n 2, p 285-290, 2013.

OLIVEIRA, J.R. **Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais**. 2014. 175f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ORTIZ, J.S. Historia de la Medicina Paliativa. **Medicina Paliativa**. [S.l.], v 6, n2, p82–88, 1999.

QUILL, T. E.; ABERNETHY, A. P. Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. **New England Journal of Medicine**. [S.l.], v. 368, n. 13, p. 1173-1175, mar. 2013.

QUINTANA, A.M. *et al.* A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [S.l.], v. 32, n.1, p.7-14, 2008.

QUINTERO, O. T. H. *et al.* Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes Level of information of palliative care found in resident physicians. **Educación Médica Superior**. [S.l.], v. 29, n.1, p.14-27, 2015.

PAAL, P. *et al.* Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. **Palliative and Supportive Care**. [S.l.], v. 17, n 5. p. 495-506 out 2019.

PASTRANA, T.; TORRES-VIGIL, I.; LIMA, L. D. Palliative care development in Latin America: an analysis using macro indicators. **Palliative Medicine**. [S.l.], v. 28, n.10, p.1231-1238, dez 2014.

PICOLLO, D. P.; FACHINI, M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista Ciência Médica**. [S.l.], v.27, n.2, p85-92, 2018.

PINTO, K.D.C.; CAVALCANTI, A.N.; MAIA E. M.C. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**. [S.l.], v10, n 3, p: 226-257. 2020.

REGO, S; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.8, p1755-1760, aug 2006.

RODRIGUES, I.G. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. 2004. 247f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

RONCOLETTA, A. F.T. *et al.* Las Nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados em el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos em su domicilio. Uma experiência brasileira. **Archives of Family Medicine**. [S.l.], v.11, p.78-89, 2009.

SANCHO, M.G; TROTA, R.A; CANTERA, J.B. **Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones - Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015**. Disponível em: [http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/documento\\_conceptos\\_atencion\\_finalvida\\_2015.pdf](http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/documento_conceptos_atencion_finalvida_2015.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

SANTOS, G. **Formação em cuidados paliativos na residência médica em medicina da família e comunidade: visão dos preceptores e residentes**. 2017. 154f.Dissertação

(Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil** 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em:

[https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 8 ago. 2021.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 187-192, 2000.

SILVA, C.H.D. A Moralidade dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v.50, n.4, p.330-333, 2004.

SILVA, S.M.A. Os Cuidados, ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 62, n 3, p 253-257. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de Cuidados Paliativos**. 2015. Brasil. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SULLIVAN, A. M. *et al.* End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. **Academic Medicine**. [S.l.], v. 79, n. 8, p. 760-768, 2004.

SULLIVAN, A. M.; LAKOMA, M. D.; BLOCK, S. D. The status of medical education in end-of-life care: a national report. **Journal of general internal medicine**, [S.l.], v. 18, n. 9, p. 685-695, 2003

TEMEL, J.S. *et.al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**. [S.l.], v. 363, n. 8, p. 733-742, Agosto 2010.

TOLEDO, A. P. D.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [S.l.], v. 36, n. 1, p.109-117, 2012.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. **World Population Ageing 2019**. Nova York, USA, 2020. Disponível em:

[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/document/2020/Jan/un\\_2019\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/document/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

VARGAS, M. A, O. *et al.* Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n. 3, p. 637-645, 2013.

VIAL, P. *et al.* Auto evaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. **Revista Medica de Chile**. Santiago, v. 132, n. 4, p. 445-452, 2004.

XIANG YR, NING XH. Recognition of Palliative Care in Chinese Clinicians: How They Feel and What They Know. **Chinese Medical Sciences Journal**. [S.l.]. v 33 n 4, p 221-227. 2018.

WANG, C., *et al.* Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. **BMC Palliat Care**. [S.l.]. v 19, n169,2020.

WEISSMAN, D. E; BLUST, L. Education in palliative care. **Clinics in Geriatric Medicine**. [S.l.], v.21 n.1, p. 165-175, 2005.

WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. **Gerodontology**. [S.l.], v. 17, n. 01, p. 49-51, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. World Health Organization (WHO), 2018. Disponível em : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 19 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. World Health Organization (WHO), 2016. Disponível em : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 19 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. England. 2014. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Tenho o prazer de convidar os(as) colegas médicos(as) especialistas em Medicina Paliativa a participarem da pesquisa intitulada “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO TRABALHO DOS MÉDICOS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL, vinculada ao Mestrado Profissional da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, sob a orientação do Professor Alexandre de Araújo Pereira. O objetivo é descrever o perfil de formação do médico em Medicina Paliativa no Brasil. O questionário apresenta questões pertinentes ao desenvolvimento da pesquisa. O anonimato dos respondentes será resguardado em quaisquer circunstâncias.

Desde já, agradeço sua colaboração!

Priscilla Biazibetti Mendes

Contato: [pribmendes@gmail.com](mailto:pribmendes@gmail.com)

Número do questionário: \_\_\_\_\_

### **Informações sociodemográficas**

1. Idade:
  - 20 a 29 anos
  - 30 a 39 anos
  - 40 a 49 anos
  - 50 a 59 anos
  - 60 anos ou mais
2. Sexo:
  - Feminino
  - Masculino
3. Estado Civil:
  - Solteiro (a)
  - Casado (a) /União Estável
  - Divorciado (a)
  - Viúvo (a)
4. Em qual região do país você nasceu?
  - Norte
  - Nordeste
  - Sudeste
  - Sul
  - Centro-Oeste
5. Em qual região do país você atua profissionalmente no momento?
  - Norte
  - Nordeste
  - Sudeste
  - Sul

Centro-Oeste

6. Em qual tipo de município você atua profissionalmente no momento?

Capital

Região Metropolitana da Capital

Interior do Estado

7. Qual é o número de habitantes aproximado da sua cidade principal de atuação profissional?

Menos de 10.000 habitantes

De 10.001 a 50.000 habitantes

De 50.001 a 100.000 habitantes

De 100.001 a 500.000 habitantes

Mais de 500.001 habitantes

8. Qual a sua renda mensal individual?

Menos de 5.000 reais

Entre 5.001 e 10.000 reais

Entre 10.001 e 15.000 reais

Entre 15.001 e 20.000 reais

Entre 20.001 e 30.000 reais

Mais de 30.000 reais

### **Informações Profissionais**

9. Ano de conclusão do Curso de Medicina: \_\_\_\_\_

10. Você realizou o curso de medicina em faculdade/ universidade pública ou privada?

Pública

Privada

11. Quantas especialidades médicas você possui? (Especialidade comprovada por titulação pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou Residência Médica pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM).

1

2

3

4 ou mais

12. Além de área de atuação em Medicina Paliativa, qual (is) especialidade (s) médicas você possui? (Especialidade comprovada por titulação pela AMB ou Residência Médica pela CNRM). \_\_\_\_\_

13. Há quantos anos você atua ou atuou em Cuidados Paliativos? (considerar tempo total de experiência, mesmo sem ainda não ter titulação na área). \_\_\_\_\_

14. Em qual ano você obteve o título de médico paliativista? \_\_\_\_\_

15. Como você obteve o título de especialista em Medicina Paliativa?

- Prova de Título de suficiência pela AMB (Associação Médica Brasileira)
- Título concedido pela AMB por tempo de experiência na área
- Residência Médica em Medicina Paliativa pela CNRM (Conselho Nacional de Residência Médica)
- Outros

16. Durante a sua graduação em medicina você teve contato com o Cuidados Paliativos em alguma disciplina?

- Sim  Não

17. Durante sua residência médica / especialização em outras especialidades médicas, você teve contato com o Cuidados Paliativos?

- Sim  Não

18. Você trabalha atualmente como médico paliativista em algum nível de assistência?

- Sim  Não

(resposta sim na q18> responde perguntas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27)

(resposta não na q18> pula para questão 28)

19. Se sim:

Em qual nível de assistência você atua?

- Hospitalar
- Ambulatorial
- Domiciliar

20. Se sim:

Você possui uma equipe multiprofissional no seu local de atuação como médico paliativista?

- Sim  Não

21. Se sim:

Você atua em qual setor como médico paliativista?

- Público
- Privado
- Público e Privado

22. Se sim:

Que porcentagem atual da sua carga horária semanal você se dedica aos Cuidados Paliativos?

- 100%  75%  50 %  25% ou menos

23. Se sim:

Qual é o seu grau de satisfação em atuar na área de medicina paliativa?

- Muito Satisfeito
- Satisfeito
- Pouco Satisfeito
- Insatisfeito

24. Você considera que trabalhar como médico paliativista gera impacto na sua saúde mental?

- Sim
- Não
- Parcialmente

25. Você já buscou algum tipo de apoio profissional devido a sobrecarga emocional envolvida no seu trabalho como médico paliativista?

- Sim, apoio médico com necessidade do uso de fármacos
- Sim, apoio psicológico
- Não

26. Na abordagem do paciente paliativo, qual área você possui maior dificuldade de manejo?

- Manejo dos sintomas físicos
- Manejo dos sintomas emocionais, sociais e espirituais do sofrimento
- Aspectos legais
- Abordagem Familiar
- Outros

27. Se sim:

Cite os 3 principais motivos de você trabalhar atualmente como médico paliativista

---

28. Se não:

Cite o principal motivo de você não trabalhar atualmente como médico paliativista?

---

29. Você está envolvido com alguma atividade de ensino em Cuidados Paliativos?

- Sim    Não
- (resposta sim na q 29> responde perguntas 30 e 31)  
(resposta não na q 29> pula para questão 32)

30. Se Sim:

Em qual nível de ensino você atua?

- Graduação
- Especialização (mínimo de 360 horas)
- Atualização (menor de 360 horas)
- Residência Médica
- Outros

31. Se sim:

Em qual formato?

- Totalmente presencial
- Totalmente remoto
- Misto: Remoto e presencial

32. Você possui pós-graduação strictu sensu?

- Mestrado
- Doutorado

Não

### **Opinião sobre a formação em Medicina Paliativa no Brasil**

33. Em que momento você teve interesse em se especializar em Cuidados Paliativos?

- Graduação
- Residência / Especialização de outra área médica
- Quando já trabalhava como médico em outra área

34. Você acha que a sua trajetória de formação em Cuidados Paliativos (residência, especialização ou o tempo de experiência) foi satisfatória para você se tornar especialista na área?

- Sim
- Não
- Parcialmente

35. Segundo o documento “Atlas dos Cuidados Paliativos 2019”, divulgado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), “[...] o número de profissionais com formação e titulação em Cuidados Paliativos é crescente, porém a demanda assistencial é maior [...]”. Na sua opinião qual é a melhor estratégia para aumentarmos o número de paliativistas no Brasil?

---

36. Na sua opinião, qual foi o fator que mais influenciou na sua decisão de se tornar especialista em Medicina Paliativa?

---

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **1- DADOS DA PESQUISA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO TRABALHO DOS MÉDICOS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

**PROFESSOR ORIENTADOR:** Alexandre de Araújo Pereira

**PESQUISADOR:** Priscilla Biazibetti Mendes

**ENDEREÇO:** Rua Líbano 66, - Itapoã – Belo Horizonte- MG

**TELEFONE DE CONTATO:** (31) 988450177, (31) 988668081

**E-MAIL:** [pribmendes@gmail.com](mailto:pribmendes@gmail.com), [alex68@uol.com.br](mailto:alex68@uol.com.br)

**PATROCINADORES:** Autor

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Caso seja necessário, alguém lerá e gravará a leitura para o(a) senhor(a). O participante irá receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail, clicando em campo específico concordando ou não com a sua participação na pesquisa.

## **2. Informações da pesquisa**

### **2.1 Justificativa:**

No Brasil, a Medicina Paliativa foi reconhecida como área de atuação apenas em 2011 (CFM, 2011). Traçar o perfil de formação do médico paliativista contribuirá para um maior conhecimento do ensino especializado na área, bem como compreender seu impacto na estruturação dos serviços de Cuidados Paliativos no país.

### **2.2 Objetivos:**

Traçar o perfil do médico com atuação em Cuidados Paliativos no Brasil.

### **2.3 Metodologia:**

O estudo será realizado em etapa quantitativa, tipo Survey. Os médicos paliativistas receberão por e-mail ou através de redes sociais a proposta de participação na pesquisa por meio do preenchimento de um questionário em formato digital. Este questionário será construído pela ferramenta Google Forms, sendo dividido nos seguintes blocos temáticos: “informações sociodemográficas”, “informações profissionais” e “opinião sobre a formação em Medicina Paliativa no Brasil”. O tempo médio de preenchimento do questionário será de 10 minutos. Este questionário será preenchido após assinatura virtual do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **2.4 Riscos e Desconfortos:**

Risco Mínimo    Risco Baixo    Risco Médio    Risco Alto

A pesquisa tem risco mínimo, existindo o risco na aplicação de questionários e entrevistas de constrangimento, cansaço e da possibilidade de reconhecer sua identidade (sigilo). Para evitar tais desconfortos, você poderá responder o questionário on-line em local reservado, com o tempo que for necessário.

### **2.5 Benefícios:**

Não há benefício direto para você, porém o Cuidados Paliativo é uma modalidade assistencial que deve ser fortemente priorizada, diante do crescente aumento da demanda de pacientes com este perfil de cuidado. Assim, torna-se de grande relevância um estudo que busca compreender a trajetória profissional do médico paliativista e analisar as modalidades de ensino especializado nesta área.

### **2.6 Privacidade e Confidencialidade:**

Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio pelos quais os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Os TCLE serão arquivos separados dos questionários. Os questionários serão identificados por números e apenas os pesquisadores terão acesso ao banco de dados. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

### **2.7 Acesso aos resultados:**

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

### **2.8 Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo**

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso você se recuse a participar deste estudo, você receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. Você também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, não haverá qualquer prejuízo ou represália.

### **2.9 Garantia de Ressarcimento:**

Você não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, você não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa

será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. Você tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

### **2.10 Garantia de indenização:**

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

### **2.11 Acesso ao pesquisador:**

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:** Priscilla Biazibetti Mendes

Telefone: (31) 988450177

Endereço: Rua Líbano 66, - Itapoã – Belo Horizonte- MG

E-mail: [pribmendes@gmail.com](mailto:pribmendes@gmail.com)

**Orientador:** Alexandre de Araújo Pereira

Telefone: (31) 988668081

Endereço: Rua Líbano 66, - Itapoã – Belo Horizonte- MG

E-mail: [alex68@uol.com.br](mailto:alex68@uol.com.br)

## **2. Acesso a instituição:**

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

Telefone: (35) 3299-3137

E-mail: [comitedeetica@unifenas.br](mailto:comitedeetica@unifenas.br)

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

### 3. Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos 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. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. 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 deles, sempre preservando minha identidade.

O participante irá receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail, clicando em campo específico concordando ou não com a sua participação na pesquisa.

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

SEXO: M F ND DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO: M F ND

DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### 3. Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Voluntário

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Voluntário	Representante Legal
------------	---------------------

## ANEXO A - PROPOSTA INICIAL DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO ESPECIALISTA EM MEDICINA PALIATIVA PELA ANCP

### “1. Conceitos e princípios

Definição e princípios de Cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde (2002)  
Assistência em Cuidado Paliativo: fases da assistência paliativa, modelos integrados vs modelos de interconsulta com especialista, locais de assistência em medicina paliativa (ambulatório, hospital, domicílio, instituições de longa permanência e hospices).  
Cuidado paliativo especializado vs. Cuidado paliativo geral  
Conceituação do sofrimento / sintoma total

### 2. Prognóstico

Reconhecimento do padrão de evolução funcional das doenças: câncer, HIV, pneumopatias, cardiopatias, doenças neurológicas, nefropatias  
Prognóstico em situações específicas: Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), pediatria, neonatologia  
Reconhecimento dos padrões de doenças graves compatíveis com fase final de evolução  
Reconhecimento dos padrões de processo de morte em evolução  
Indicações e limitações sobre predições probabilísticas e julgamento clínico relacionados ao prognóstico

### 3. Assistência multiprofissional e trabalho em equipe

- Conceito de transdisciplinaridade

- Competências profissionais

\*Assistente social

\*Enfermeiro

\*Fisioterapeuta

\*Fonoaudiólogo

\*Médico

\*Nutricionista

\*Odontólogo

\*Profissional administrativo

\*Psicólogo

\*Terapeuta ocupacional

\*Capelão

Rede de apoio institucional integrada

### 4. Manejo dos sintomas físicos do sofrimento

• dor:

- principais síndromes dolorosas, ferramentas para avaliação de dor (escala visual analógica, escala de dor comportamental, etc), farmacologia e boas práticas no uso dos agentes analgésicos (anti-inflamatórios, opioides, bloqueadores de canais de cálcio, quetamina, entre outros), indicações das ferramentas analgésicas não farmacológicas, indicações de analgesia e anestesia regional, analgesia controlada pelo paciente, manejo da crise de dor, manejo de dor crônica, uso e abuso de analgésicos.

• dispneia

- conceitos de dispneia vs insuficiência respiratória, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos agentes para controle de dispneia (opioides, benzodiazepínicos, balanço hídrico etc), indicações das ferramentas para controle de dispneia não farmacológicas.
- náuseas e vômitos
- fisiopatologia das náuseas e vômitos, diagnósticos diferenciais das principais causas, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos principais agentes para controle de náuseas e vômitos (colinérgicos, anticolinérgicos, antidopaminérgicos, inibidores de 5HT3, anti-histamínicos, corticoides), indicações das principais ferramentas para controle de náuseas e vômitos não farmacológicas
- outros sintomas físicos: diarreia, constipação, delirium, sialorreia, xerostomia, insônia, fadiga, caquexia, inapetência, prurido, desconforto relacionado com edemas e feridas de pele:
- fisiopatologia, diagnósticos diferenciais das principais causas, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos principais agentes para controle do sintoma, indicações das principais ferramentas para controle não farmacológico da do sintoma
- manejo de intercorrências e complicações comuns em doenças em fase avançada: problemas de pele, infecções, edemas, sangramentos, trombose, citopenias, fraturas patológicas, compressão medular, alopecia.
- Indicações e contraindicações, riscos e benefícios dos principais tratamentos procedimentos e intervenções em pacientes com doença em fase avançada de evolução: gastrostomia, próteses e stents, UTI, quimioterapia.
- Profilaxia e tratamento de sintomas de desconforto relacionados aos principais agentes quimioterápicos e as terapias-alvo em oncologia
- Profilaxia e tratamento de sintomas de desconforto relacionados à internação em UTI e à hospitalização
- sedação paliativa para sintomas refratários na fase final de vida
- definição, indicações, principais aspectos éticos, principais aspectos relacionados à comunicação e à tomada e decisão, manejo farmacológico e não farmacológico, ferramentas de avaliação

## 5. Manejo dos sintomas emocionais, sociais e espirituais do sofrimento

- a) identificar, acolher, acionar outros profissionais se necessário, manejo e indicação de tratamento farmacológico e boas práticas no uso das principais intervenções e noções para indicação e aplicação de intervenções não-farmacológicas relacionados ao manejo da(o)
  - ansiedade,
  - tristeza,
  - depressão,
  - medo,
  - esperança,
  - luto
- b) identificar, acolher, orientar e quando necessário, oferecer suporte, informações e encaminhamento para familiares do paciente
- c) identificar, acolher, orientar e quando necessário, oferecer suporte, informações e encaminhamento para atender necessidades religiosas e espirituais do paciente.

## 6. Uso de ferramentas de comunicação

- Estratégias de comunicação empática com pacientes e/ou familiares
- \* Abordagem do sofrimento emocional e existencial
- \* Comunicação de más notícias
- \* Comunicação de prognóstico
- \* Comunicação de objetivos de cuidado e compartilhamento de decisões
- \* Comunicação sobre cuidados durante o processo ativo de morte

- \* Conferência familiar
- \* Comunicação em conflitos
  - Comunicação alternativa
- \* O paciente intubado / traqueostomizado
- \* O paciente portador de deficiência sensorial
- \* O paciente portador de deficiência cognitiva
  - Estratégias de comunicação efetiva com equipe de saúde
- \* Reconhecimento / diagnóstico situacional
- \* Elementos do diálogo no cenário crítico
- \* Identificação e abordagem do sofrimento da equipe
- \* Gerenciamento de conflitos envolvendo diferentes equipes / o estresse moral

#### 7. Aspectos bioéticos e legais

- Determinações da responsabilidade legal na assistência em pacientes com doença em fase avançada de evolução
- Princípios éticos e fundamentos do código de ética médica
- Ações paliativas integradas na doença em fase avançada
- \* Medidas proporcionais às fases de assistência intensiva
- \* O processo de tomada de decisão
- \* Diretivas antecipadas / testamento vital
- \* Retirada e limitação de medidas de suporte artificial de vida
- \* futilidade terapêutica vs. Tratamentos potencialmente inapropriados
- \* conceituação e aspectos éticos relacionados à eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia

#### 8. Cuidados durante a morte e o morrer: os cuidados das últimas horas de vida

- Aspectos práticos relacionados aos cuidados físicos
- Aspectos sociais
- Orientações práticas envolvendo o óbito
- Preenchimento da certidão de óbito
- Orientações funerárias

#### 9. Continuidade do cuidado

- Aspectos de gestão estratégica focada na experiência do paciente
- Plano terapêutico transdisciplinar em pacientes de cuidados paliativos
- Segurança da informação em rounds e passagem de plantão
- Encaminhamento e alta à equipe especializada de cuidados paliativos
- Indicadores de qualidade e segurança em cuidados paliativos
- Implantação de programas de cuidados paliativos e disseminação da cultura de cuidados paliativos
- Características e especificidades da gestão de qualidade do Cuidado Paliativo nos diferentes cenários: ambulatório, hospital, domicílio, instituições de longa permanência e hospícios” (ANCP, 2017).

## ANEXO B - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A FORMAÇÃO MÉDICA DO ESPECIALISTA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO

**Pesquisador:** Priscilla Biazibetti Mendes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39448820.6.0000.5143

**Instituição Proponente:** Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.545.209

#### Considerações Finais a critério do CEP:

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1642318.pdf	07/12/2020 18:18:41		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRP.pdf	19/10/2020 18:56:38	Priscilla Biazibetti Mendes	Aceito

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-3137

**Fax:** (35)3299-3137

**E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	19/10/2020 18:48:33	Priscilla Biazibetti Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/10/2020 18:45:56	Priscilla Biazibetti Mendes	Aceito
Declaração de concordância	DRCP_Unifenas.pdf	19/10/2020 18:44:11	Priscilla Biazibetti Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostofinal.pdf	16/10/2020 12:38:18	Priscilla Biazibetti Mendes	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 18 de Fevereiro de 2021