

JÚNIA FLÁVIA APARECIDA PEREIRA CANAAN

**A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PALIATIVISTAS SOBRE A
FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: UM ESTUDO
QUALITATIVO**

Dissertação apresentada à Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas – FETA da Universidade Prof. Edson Antônio Velano– UNIFENAS como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Belo Horizonte/MG

2024

UNIVERSIDADE PROFESSOR ÉDSON ANTÔNIO VELLANO – UNIFENAS

Júnia Flávia Aparecida Pereira Canaan

**A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PALIATIVISTAS SOBRE A
FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: UM ESTUDO
QUALITATIVO**

Belo Horizonte/MG

2024

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

Canaan, Júnia Flávia Aparecida Pereira.

A percepção de médicos paliativistas sobre a formação em cuidados paliativos no Brasil: um estudo qualitativo. [Manuscrito] / Júnia Flávia Aparecida Pereira Canaan. – Belo Horizonte, 2024.
85 f.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2024.

1. Educação médica. 2. Cuidados paliativos. 3. Médicos. I. Canaan, Júnia Flávia Aparecida Pereira. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404

Certificado de Aprovação

A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PALIATIVISTAS SOBRE A FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL – UM ESTUDO QUALITATIVO

AUTORA: Júnia Flávia Aparecida Pereira Canaan

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

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



Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

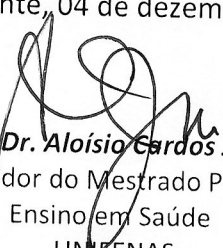


Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Profa. Dra. Aline Cristina de Souza

Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2024.



Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior
Coordenador do Mestrado Profissional
Ensino em Saúde
UNIFENAS

Presidente da Fundação Mantenedora – FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo VelanoCassis

Pró- Reitor Acadêmico

Danniel Ferreira Coelho

Pró-Reitora Administrativo – Financeira

Larissa Araújo Velano

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo VelanoCassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Bruno César Correa Salles

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Aloísio Cardoso Júnior

Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Maria Aparecida Turci

À minha filha amada, Laura Canaan, minha razão de viver, tão esperada e a maior inspiração da minha vida.

À minha mãe, Ana, exemplo de coragem e força, que sempre me apoiou incondicionalmente, ajudando a construir minha trajetória com amor e confiança.

Ao meu marido, pelo companheirismo que me fortalece em cada etapa.

E a todos os idosos que já cuidei, cuja fragilidade e força moldaram minha visão de mundo, tornando-me uma pessoa e profissional mais humana.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar, por me guiar nas adversidades e me dar a força necessária para concluir esta jornada.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado, me lembrando de que não estou sozinha. Cada palavra de encorajamento, cada gesto de carinho, foi essencial para que eu enfrentasse os desafios dessa trajetória com confiança e perseverança.

Ao meu orientador, Professor Doutor Alexandre Pereira, pela orientação precisa e pelo olhar atento que sempre me conduziu. Sua dedicação e paciência foram fundamentais para dar forma a este trabalho, e sou extremamente grata pelo caminho que me ajudou a trilhar.

A todos os médicos que participaram da pesquisa, meu sincero agradecimento.

E, finalmente, a todos que, de alguma forma, contribuíram para essa jornada, agradeço por fazerem parte deste capítulo da minha vida. Cada gesto e cada palavra me ajudaram a seguir em frente.

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) têm sido, atualmente, alvo de intenso interesse, tanto pelo reconhecimento crescente da sua importância, quanto pela conscientização na área da Medicina. Frente ao desafiador cenário da formação médica, especialmente no preparo para lidar com pacientes em estágios terminais, os CP emergem como uma dimensão essencial, para além do currículo convencional, sendo uma compreensão aprofundada desses cuidados — o que exige a integração de experiências práticas, aulas e atividades diretamente relacionadas a pacientes com doenças fatais. A temática fundamental abrange aspectos cruciais, como as habilidades na comunicação de notícias difíceis, no suporte à família e na eficácia da atuação em equipes multidisciplinares, destacando a complexidade e a necessidade de uma formação completa para enfrentar os desafios específicos dessa prática médica.

Objetivos: Conhecer a percepção dos médicos com formação em CP, no que diz respeito à formação em Medicina Paliativa (MP); analisar sua experiência, ao longo da trajetória acadêmica e profissional; avaliar os elementos capazes de contribuir pelo interesse em MP, na graduação e na prática profissional. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Foram recrutados 9 médicos com formação em MP, para participação da pesquisa. A coleta de dados, realizada no período de outubro a novembro de 2021, foi composta por entrevistas com questionário semiestruturado. Para análise de dados, foi utilizada a análise temática como referência metodológica, com foco semântico e perspectiva essencialista/realista. Por conseguinte, realizou-se a análise de conteúdo das entrevistas, da qual emergiram categorias que auxiliaram na discussão do tema. A presente pesquisa respeitou os preceitos éticos em pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 do CONEP. **Resultados/Discussão:** Os relatos dos médicos entrevistados destacam a importância da MP na formação médica, embora enfrentem desafios na sua implementação curricular. A experiência na área variou entre os participantes, refletindo diferentes trajetórias e abordagens assistenciais: alguns apontaram a deficiência da formação acadêmica na preparação para o CP, enquanto outros ressaltaram a necessidade de um ensino mais estruturado e abrangente. Houve consenso quanto à relevância da disciplina no ensino médico, com divergências sobre sua obrigatoriedade no currículo. Muitos entrevistados relataram que a falta de preparo específico impacta diretamente a qualidade da assistência prestada. **Considerações finais:** O estudo evidencia a necessidade de fortalecer a formação em CP na graduação e residência médica. Os participantes destacam a importância de um ensino que prepare os profissionais para o cuidado humanizado e abrangente, indo além do

controle de sintomas e considerando também o suporte integral aos pacientes e familiares. A inserção curricular da disciplina e a capacitação docente emergem como aspectos fundamentais para a consolidação da MP no ensino médico.

Palavras-chave: medicina paliativa; educação médica; profissional de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC) has currently been the focus of intense interest, both due to the growing recognition of its importance and the increasing awareness within the field of Medicine. Given the challenging scenario of medical education, particularly in preparing professionals to care for terminally ill patients, PC emerges as an essential dimension beyond the conventional curriculum and represents an in-deeper understanding of these practices — which requires the integration of practical experiences, classes, and activities directly related to patients with life-threatening illnesses. This fundamental topic encompasses crucial aspects such as skills in delivering difficult news, supporting families, and effectiveness of working in multidisciplinary teams, highlighting the complexity and the need for comprehensive training to face the specific challenges of this medical practice. **Objectives:** To understand the perception of physicians trained in PC regarding their education in Palliative Medicine (PM); to analyze their experiences throughout their academic and professional careers; and to evaluate the factors that contribute to their interest in PM during medical school and professional practice. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Nine physicians trained in PM were recruited to participate in the research. Data collection took place between October and November 2021 and consisted of a semi-structured questionnaire-based interviews. Thematic analysis of data was used as the methodological framework, with a semantic focus and an essentialist/realist perspective. Subsequently, content analysis of the interviews was conducted, identifying categories that helped in the discussion of the topic. This study complied with ethical research principles as outlined in Resolution 466/2012 of the National Research Ethics Commission (CONEP). **Results/Discussion:** The reports of the interviewed physicians highlight the importance of PM in medical education, although challenges remain in its curricular implementation. The experience in the area varied among participants, reflecting different career paths and care approaches: some pointed out deficiencies in academic training in preparing for PC, while others emphasized the need for a more structured and comprehensive education. There was consensus regarding the relevance of PM in medical education, though opinions diverged on whether it should be a mandatory subject. Many interviewees reported that the lack of specific training directly impacts the quality of care provided. **Final Considerations:** This study highlights the need to strengthen PC education in both undergraduate and medical residency programs. Participants emphasize the importance of an approach that prepares professionals for comprehensive and humanized care, going beyond symptom management to include

holistic support for both patients and families. The integration of PC into the medical curriculum and faculty training emerge as key factors for the consolidation of PM in medical education.

Keywords: palliative medicine; medical education; healthcare professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos médicos quanto aos aspectos sociodemográficos.....	38
Tabela 2 -	Tempo de experiência em CP, comprovação em MP e <i>status</i> acadêmico-social.....	39
Tabela 3 -	Trajetória profissional em MP	40
Tabela 4 -	Atuação no ensino em Cuidados Paliativos	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
CP	Cuidados Paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EMT	Ensino Mediado por Tecnologias
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
MP	Medicina Paliativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Preâmbulos da pesquisa	13
1.2	A relevância dos cuidados paliativos na formação médica	14
1.3	A formação em Cuidados Paliativos no Brasil.....	19
1.4	Estratégias pedagógicas de ensino da Bioética e dos Cuidados Paliativos.....	21
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo geral	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	Desenho do Estudo.....	26
4.2	População-alvo.....	27
4.3	Critérios de inclusão.....	27
4.4	Critérios de exclusão.....	27
4.5	Amostra, amostragem, recrutamento.....	27
4.6	Instrumentos e estratégia de coleta dos dados.....	29
4.7	Plano de análise de dados.....	29
5	ASPECTOS ÉTICOS	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1	Caracterização dos sujeitos	37
6.2	Análise crítica da qualidade das entrevistas realizadas.....	41
6.3	Análise das entrevistas a partir dos relatos dos participantes.....	47
6.3.1	A formação em CP	47
6.3.2	A trajetória profissional em MP.....	63
7.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXOS	78

1. INTRODUÇÃO

1.1 Preâmbulos da pesquisa

Ao longo dos anos, a partir da minha atuação na área da Geriatria, foi possível observar e constatar *in loco* a complexidade e a sensibilidade que envolvem o cuidado aos idosos. Em meio a essas experiências enriquecedoras, destaca-se a importância incontestável dos CP na vida dos idosos, uma abordagem que se torna cada vez mais essencial diante das demandas específicas desse público. No entanto, durante minha graduação em Medicina não se falava em CP.

Nos últimos anos atuei em serviços emergenciais a idosos. Por um lado, essa população sempre me encantou, e a motivação para atendê-los veio também da complexidade de vida de cada um, suas histórias e experiências. Por outro lado, pude perceber certa dificuldade dos profissionais de saúde deste setor (emergência) em atendê-los e, até mesmo, em compreendê-los. O adoecimento dos idosos ocorre principalmente pela fragilidade e, em muitos casos, por terem doenças pré-existentes, necessidades de cuidados especiais. Ao chegarem nos serviços de emergência, esperam acolhimento humanizado, atitudes compassivas, o que de fato merecem receber. Além disso, sempre levei em consideração o respeito a todos eles e a dignidade da pessoa humana, notadamente em relação aos idosos.

Devido à minha trajetória, comecei a estudar CP voltado para idosos, o que me é muito prazeroso, me realiza como médica com especialização em Geriatria, emergencista e paliativista. Atualmente, leciono no Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), com a disciplina Serviço e Saúde Comunitária (IESC V), quinto período do curso de Medicina, cuidando da parte de idosos, e preceptora, também no curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), em São João del Rei, estado de Minas Gerais, Brasil.

Tanto profissional quanto academicamente, atuo dentro daquilo que mais me identifico: o cuidar de idosos, principalmente depois de conhecer e aprender sobre CP para essa população que merece todo nosso cuidado e respeito.

O presente estudo dá continuidade à dissertação de Mestrado defendida por Priscilla Biazibetti Mendes no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde da UNIFENAS, Belo Horizonte, em 2021. A pesquisa de Mendes, intitulada “Perfil Sociodemográfico, da Formação Profissional e do Trabalho dos Médicos que atuam em CP no Brasil” (Mendes, 2021), explorou o perfil quantitativo dos médicos especializados em Cuidados Paliativos no país. As entrevistas conduzidas ao longo dessa pesquisa foram devidamente arquivadas e, posteriormente, disponibilizadas pela autora para este estudo, que se caracteriza como uma investigação qualitativa, visando aprofundar a análise das trajetórias profissionais e da formação desses profissionais na área de CP.

1.2 A relevância dos Cuidados Paliativos na formação médica

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, descreve os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes (e de suas famílias) que enfrentam problemas associados a doenças graves, especialmente aqueles que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio da dor, da identificação precoce, avaliação correta, além de considerar questões de ordem física, psicossocial e espiritual (Mateus *et al.*, 2019).

A OMS lançou sua atualização mais recente sobre CP em 2023, introduzindo modificações significativas. A principal alteração reside na redefinição dos CP, que agora são conceituados como uma abordagem que visa aprimorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante de problemas associados a doenças ameaçadoras à vida. A nova definição destaca a importância da prevenção e do alívio do sofrimento, utilizando identificação precoce, avaliação precisa e tratamento eficaz da dor, bem como de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança demográfica significativa no Brasil, semelhante à de outros países em desenvolvimento, caracterizada pela diminuição da taxa de mortalidade e natalidade. Com o envelhecimento da população, é cada vez mais comum o aparecimento de doenças crônicas e progressivas que requerem CP adequados. O documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2018 reconhece a necessidade de aprimorar a oferta e a qualidade dos CP no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir um atendimento integral e humano (Quintiliano; Soares, 2020). Em 2019, o número de pessoas

acima de 65 anos no mundo chegou a 703 milhões, e estima-se que em 2050 seja cerca de 1,5 bilhão. Reconhecendo as novas tendências demográficas, segundo o IBGE, há 28 milhões de pessoas acima de 60 anos, representando 13% da população (Mendes; Pereira; Barros, 2021).

A Geriatria, por natureza, lida com desafios singulares que vão além da mera gestão de condições médicas. Trata-se de compreender e abordar as necessidades integrais dos idosos, considerando não apenas as questões físicas, mas também as emocionais, sociais e espirituais. Nesse contexto, os CP emergem como uma resposta compassiva e holística, visando à melhor qualidade de vida possível, mesmo diante de condições crônicas ou terminais (Melo *et al.*, 2021).

Em muitas ocasiões, depara-se com situações em que a busca pela cura se mostra inatingível, mas a busca pela dignidade e conforto é imperativa. Os CP preenchem esse vazio, proporcionando alívio da dor, controle de sintomas e suporte emocional, não apenas para o paciente, mas também para seus familiares. É uma abordagem que respeita a autonomia e a individualidade de cada idoso, reconhecendo que a qualidade de vida vai além da mera extensão do tempo vivido (Sousa *et al.*, 2025).

Alves e Oliveira (2022) discutem que os CP envolvem uma colaboração interdisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais, entre outros profissionais. Essa abordagem colaborativa visa tratar as condições clínicas, além de promover um ambiente de cuidado centrado na pessoa, levando em conta suas preferências e valores. Minhas experiências me conduziram a compreender que os CP não representam uma renúncia à cura, mas, sim, uma redefinição dos objetivos do cuidado, priorizando o bem-estar e a dignidade.

Em se tratando da área pediátrica, as questões relacionadas à morte e a doenças sem possibilidade de cura impactam significativamente o âmbito social e emocional. Esses desafios vão além do escopo clínico, requerendo uma abordagem que contemple, para além do tratamento da condição, o suporte emocional tanto às crianças quanto às suas famílias. A implementação de medidas que propiciem um ambiente mais compreensivo pode aprimorar o processo de tratamento e reduzir o sofrimento associado a esses momentos difíceis. A identificação de uma lacuna notável no entendimento das necessidades e particularidades das

famílias de pacientes pediátricos por parte de profissionais especializados em tratamentos complexos destaca uma preocupação evidente. Em especial, as rígidas normas para visitantes e acompanhantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Pediátricas e Neonatais frequentemente geram conflitos e exacerbam o sofrimento, evidenciando a importância de um preparo mais aprofundado e da compreensão das nuances específicas de cada paciente e suas famílias (Barros, 2018).

Interessante mencionar a matriz curricular do curso de graduação em Medicina analisado por Barros (2018), de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, as quais estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades do curso de Medicina. Segundo a mesma autora, as DCN preconizam que os graduandos, futuros médicos, devem priorizar os atendimentos com qualidade e com pensamento crítico. Além disso, orientam que a profissão deve ser alicerçada nos princípios da ética e da bioética (Barros, 2018), referindo-se à orientação para o desenvolvimento das competências durante a formação médica, com a recomendação sobre a maneira de como os futuros profissionais devem atuar quanto ao seu comportamento moral-ético. Isso significa dizer que o profissional médico deve estar preparado para trabalhar integralmente no cuidado do paciente, principalmente aqueles que atuam na atenção básica.

Portanto, os cursos de Medicina devem preparar os graduandos para compreender que a morte pode ocorrer em diferentes situações, como no nascimento (ou antes dele, na gestação), no desenvolvimento e no envelhecimento. Independentemente da situação da doença e das emergências, o profissional deve estar preparado para acolher, não só o paciente, por óbvio, como também seus familiares, com competência, humanidade e, em muitos casos, empatia (Queiroz *et al.*, 2024).

No desafiador cenário da formação médica, especialmente na preparação para lidar com pacientes em estágios terminais, os CP emergem como uma dimensão essencial. Para além do currículo convencional, uma compreensão aprofundada desses cuidados exige a integração de experiências práticas, aulas e atividades diretamente relacionadas a pacientes com doenças fatais. A avaliação criteriosa do ensino torna-se importante, garantindo que os estudantes de Medicina adquiram as competências cruciais para uma prática compassiva e efetiva (Dall'Oglio *et al.*, 2021).

A visão que os estudantes de Medicina têm sobre a morte é moldada por diversos fatores, incluindo crenças, culturas, experiências pessoais e a própria formação acadêmica, influenciados pela cultura predominante da medicalização e cura (Malta; Rodrigues; Priolli, 2018). A formação médica em CP surge como uma resposta essencial para enfrentar os desafios decorrentes dessa mudança, um currículo para atender a essa necessidade, além de identificar as competências e os conhecimentos necessários para capacitar os futuros médicos a oferecerem cuidados humanizados e de qualidade aos pacientes e a suas famílias no final. O ensino em CP no Brasil é insuficiente, sendo que cerca de 44 escolas o incluem, de modo formal, no currículo, o que representa 14% do total do país, de acordo com Castro (2020). Essa lacuna pode resultar em uma formação médica desprovida de habilidades e conhecimentos essenciais (Víndrola-Padros *et al.*, 2017).

A pandemia do coronavírus 2 (Sars-CoV-2) catalisou uma transformação marcante no ensino médico, com a introdução do Ensino Mediado por Tecnologias (EMT), intensificando os desafios e reforçando a importância de reconfigurar a formação dos futuros médicos. O estudo citado categoriza os conhecimentos relativos aos CP em três níveis: abordagem paliativa, cuidados paliativos gerais e cuidados paliativos especializados, sublinhando a necessidade de médicos generalistas apresentarem uma compreensão abrangente desses cuidados. Isso enfatiza a urgência de incorporar o ensino dessas competências no currículo de graduação em Medicina. A temática, embora fundamental, abrange aspectos cruciais, como a habilidade na comunicação de notícias difíceis, o suporte à família e a eficácia na atuação em equipes multidisciplinares, destacando a complexidade e a necessidade de uma formação completa para enfrentar os desafios específicos dessa prática médica (Kanashiro *et al.*, 2021).

Kovács (2014) destaca que, muitas vezes, os profissionais, por receio de estabelecer vínculos mais estreitos, adotam uma abordagem rotineira, enfatizando aspectos técnicos. O despreparo para lidar com a morte é atribuído a questões culturais, espirituais e ao ensino na área de saúde, que prioriza a formação técnico-científica em detrimento dos aspectos emocionais, espirituais e sociais. Figueiredo (2013), também engajado na educação em cuidados paliativos, destaca a resistência inicial dos médicos a essa abordagem, mas evidencia a transformação positiva com o interesse crescente dos profissionais, especialmente da área assistencial, que vivenciam as dificuldades do processo de morte no cotidiano (Fonseca; Geovanini, 2013).

A capacitação do profissional em Medicina Paliativa (MP) demanda o desenvolvimento de diversas habilidades, incluindo comunicação eficaz, trabalho em equipe, competência na condução diante de doenças terminais e o manejo de medicamentos específicos, como analgésicos, reguladores intestinais, sedativos e antipsicóticos, além das técnicas de suporte e enfrentamento da morte e do luto. (Kurogi *et al.*, 2022).

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) listou dez competências centrais para a prática profissional em CP, que devem ser priorizadas no currículo médico. Essas competências incluem a aplicação dos princípios básicos dos cuidados paliativos, o aumento do conforto físico e psicológico dos pacientes, o atendimento às necessidades sociais e espirituais, a resposta às necessidades dos cuidados familiares, a tomada de decisão clínica e ética, a coordenação de cuidados abrangentes e o trabalho em equipe interdisciplinar.

Em 2020, a EAPC descreveu novas recomendações para um modelo curricular em medicina paliativa na graduação. O momento ideal para o treinamento paliativo na graduação são os últimos anos do curso, quando o acadêmico apresenta maior amadurecimento científico e experiência clínica. O esboço estrutural para o currículo *Edupall* proposto pela EAPC é o seguinte:

- Noções básicas de cuidados paliativos (5%);
- Dor e controle dos sintomas (50%);
- Aspectos psicossociais e espirituais (20%);
- Questões éticas e legais (5%);
- Comunicação (15%);
- Trabalho em equipe e autorreflexão (5%).

Para facilitar o mapeamento curricular da educação paliativa, a EAPC desenvolveu a Ferramenta de Avaliação de Educação Paliativa (PEAT). Essa ferramenta é um instrumento de autoavaliação que compreende sete domínios:

- Conceitos básicos em medicina paliativa;
- Dor;
- Sintomas neuropsicológicos;
- Outros sintomas que não a dor;

- Ética e legislação ao final da vida;
- Perspectivas do paciente/família/cuidador em relação ao final da vida;
- Habilidade em comunicação.

O Parecer CNE/CES nº 265/2022 do Conselho Nacional de Educação (2022), propõe alterações nas DCN do Curso de Graduação em Medicina. A Comissão destaca a importância de incluir o tema CP nas Diretrizes, respondendo a demandas nacionais e à necessidade de abordar aspectos como comunicação compassiva, gerenciamento de dor e princípios desses cuidados. As mudanças sugeridas incluem a introdução de novos incisos nos artigos 6º, 12 e 23, visando adaptar o ensino médico às demandas contemporâneas da saúde pública no Brasil, de modo que as faculdades de Medicina terão que adaptar o currículo.

Embora, no curso médico, os alunos sejam treinados para o atendimento ao paciente, o que se observa na prática é que o cuidado ainda está muito centrado na doença, gerando abordagens de tratamento fúteis e economicamente dispendiosas (Conceição *et al.*, 2019). Espera-se que, com uma adequada formação dos estudantes de Medicina em CP, também se promova uma visão mais humanizada e ética sobre o fenômeno da finitude da vida, com nítida melhora da capacidade assistencial e, por consequência, a qualidade de vida de pacientes e seus familiares (Lustosa *et al.*, 2015).

1.3 A formação em Cuidados Paliativos no Brasil

Atualmente, existem duas maneiras principais pelas quais um médico pode adquirir atuação comprovada em Medicina Paliativa: a realização da Residência Médica, regulamentada pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), ou a obtenção do Título de Especialista por meio de exame de suficiência (Mendes *et al.*, 2022).

A MP foi reconhecida no Brasil como área de atuação médica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1973/2011. No entanto, apesar da demanda crescente por esses CP, o número de médicos e profissionais qualificados nessa área ainda é insuficiente para suprir a necessidade da população. A carência desses profissionais compromete a capacidade de oferecer cuidados de qualidade e abrangentes, sendo necessário identificar os

desafios e as possíveis estratégias para ampliar a formação nessa área (Mendes; Oliveira; Pereira, 2022).

A Resolução CNRM nº 10, de 29 de abril de 2022, publicada no Diário Oficial da União em 02/05/2022, aprova a matriz de competências para Programas de Residência Médica em MP no Brasil. A matriz define objetivos gerais e específicos, além de competências para o primeiro ano (R1) e ao término da residência (R2). Destaca-se a ênfase na formação de especialistas capazes de lidar com questões de saúde em pacientes com sofrimento devido a doenças ameaçadoras de vida, abrangendo aspectos multidimensionais. O programa tem duração de dois anos e requer conclusão prévia em determinadas especialidades médicas. A matriz abarca diversas competências, desde aplicar conceitos de cuidados paliativos até coordenar o planejamento de cuidados em diferentes cenários, destacando a importância da formação integral do médico em Medicina Paliativa.

Recentemente, em 2022, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução CNE/CES 3, de 3 de novembro, que alterou os artigos 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, instituindo as “Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”:

Art. 6º – III – Conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal, de comunicação, de comunicação de más notícias, com escuta atenta à história biográfica do paciente, gerenciamento de dor e outros sintomas, atuando de acordo com princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, bem como identificar os critérios de indicação para cuidados paliativos precoces diante do diagnóstico de doença ameaçadora de vida e indicação e manejo de cuidados de fim de vida incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados, identificando e prevenindo os riscos potenciais de luto prolongado;

Art. 12. – V – Princípios e Boas Práticas de Cuidados Paliativos: a) identificar a percepção do paciente e seus familiares a respeito da doença, suas preocupações, receios, metas e valores, identificando planos de tratamento que respeitem o alinhamento com essas prioridades; b) atuar junto aos membros de uma equipe de cuidados interdisciplinares, contribuindo para a integração dos diversos saberes ao criar um plano de cuidados paliativos para os pacientes; c) aplicar a base de evidências e o conhecimento das trajetórias da doença para ajustar o plano de cuidados de acordo com a evolução da doença e a história do doente; d) identificar os pacientes e as famílias, especialmente quanto às crenças culturais e às práticas relacionadas à doença grave e aos cuidados de fim de vida e integrar estes propósitos no plano de cuidados; e) identificar e gerenciar sinais e sintomas comuns no final da vida; e f) conhecer a filosofia e os pilares dos cuidados paliativos e *hospice*.

Art. 23. – VII – conhecimento da abordagem, dos conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e *hospice*; VIII – compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto,

considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas. (Conselho Nacional de Educação, 2022, Seção 1, p. 101-102)

A inclusão dos CP no currículo médico e na pós-graduação é um desafio que requer a articulação de diversos atores, incluindo instituições de ensino, profissionais de saúde e sociedade civil. A adoção de propostas curriculares abrangente e interdisciplinar é fundamental para preparar os futuros profissionais para o atendimento a pacientes em fase terminal, de forma a garantir uma assistência integral e humanizada (Mendes; Pereira; Barros, 2021, p. 535).

1.4 Estratégias pedagógicas de ensino da Bioética e dos Cuidados Paliativos

Segundo Oliveira, Guaiumi e Cipullo (2008), o ensino da Bioética na formação médica apresenta uma visão crítica e abrangente dos desafios éticos enfrentados pelas profissões de saúde. Destaca-se a relevância global crescente dos aspectos éticos no exercício dessas profissões, enfatizando que o ensino isolado de ética e bioética não é suficiente para capacitar acadêmicos e profissionais a enfrentarem os dilemas complexos inerentes à prática médica. A contextualização da evolução da bioética no contexto brasileiro, desde a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa nos anos 1990 até a inclusão nas DCN dos Cursos de Graduação da Saúde em 2001, fornece um entendimento aprofundado do cenário local. A crítica à lentidão na implementação da Bioética nas matrizes curriculares destaca a necessidade de superar paradigmas tradicionais e adaptar abordagens educacionais para garantir uma formação ética efetiva. O reconhecimento das emoções dos estudantes diante dos conflitos vivenciados também se configura como um elemento relevante no ensino de Bioética.

Na atualidade, evidencia-se uma convergência dialógica entre filósofos, cientistas, médicos e outros especialistas, culminando na emergência da Bioética como disciplina proeminente. Este campo não apenas aborda temas cruciais, como avanços em biotecnologia, genética, transplantes de órgãos, aborto, autonomia dos pacientes e eutanásia, mas também permeia as esferas cotidianas e midiáticas. Nesse contexto, a discussão resultante não apenas incide sobre decisões que afetam pacientes, familiares e orientações políticas em saúde, mas também abraça com particular ênfase as situações bioéticas persistentes, como o aborto e a eutanásia, bem como as situações bioéticas emergentes, a exemplo da saúde pública e da engenharia genética.

A distinção entre a bioética de fronteira e a bioética cotidiana, proposta por Berlinguer, salienta a importância de incluir reflexões morais cotidianas, como nascimento, relações de gênero e tratamento de doentes. Isso ressalta a complexidade ética envolvida nas interações entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, particularmente em situações de cuidados paliativos. Portanto, a Bioética não se limita à ciência, mas transcende para abranger opinião pública, ética, ciência e política, desvelando-se como uma disciplina intrinsecamente ligada ao significado e à dignidade da existência humana (Oliveira, 2007).

A discussão sobre o ensino de ética médica e bioética na graduação, explorada por Caramico, Zaher e Rosito (2007); Oliveira, Guaiumi e Cipullo (2008) e Almeida (2008), destaca desafios no contexto educacional das escolas médicas. Caramico, Zaher e Rosito (2007) enfatizam a necessidade de construir uma identidade própria no ensino de bioética, superando limitações do modelo tradicional. Essa ênfase ressalta a importância de métodos inovadores para envolver os alunos. Já o estudo de Oliveira, Guaiumi e Cipullo (2008) revela a prevalência de aulas teóricas em bioética, apontando esse dado como possível causa de desmotivação entre os estudantes. Essa constatação suscita a necessidade de estratégias pedagógicas mais dinâmicas e participativas para promover compreensão profunda e uma apreciação autêntica da bioética. Por último, a pesquisa de Almeida (2008) na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia destaca a percepção positiva de professores e estudantes quanto à importância da ética médica e bioética. Embora promissora, essa conclusão sugere a necessidade de traduzir a percepção em práticas educacionais mais eficazes, especialmente ao considerar a formação médica em CP. Vale reforçar que a inclusão desses temas críticos nas práticas educacionais pode fortalecer ainda mais a preparação ética dos profissionais de saúde. Apesar dos notáveis avanços na área de bioética, a literatura nacional reflete uma escassez de referências ao ensino de CP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), entre outras entidades, preconizam a abordagem de CP para pacientes em fase terminal, visando melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares e cuidadores. Entretanto, o contundente relato de Pinheiro *et al.* (2012) destaca que “Não existe ensino de cuidados paliativos no Brasil. Médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais”, evidenciando uma lacuna pedagógica significativa nas escolas médicas em relação a esse tema.

No contexto das metodologias de ensino em Bioética, diversos estudos convergem para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar ao discutir aspectos sociais, clínicos e de

comunicação. Propõe-se um programa integrado e verticalizado, abrangendo desde disciplinas básicas até discussões clínicas, visando fortalecer o ensino ao longo de toda a formação profissional (Zamarchi; Leitão, 2023).

Diversas estratégias pedagógicas são sugeridas, como palestras, seminários, apresentação de casos clínicos, *rounds* à beira do leito, utilização de recursos audiovisuais, exploração de literatura e artigos. Destaca-se a importância de selecionar a metodologia de ensino de acordo com os objetivos de aprendizagem estabelecidos. Palestras para públicos amplos podem oferecer *insights* sobre questões legais, sendo enriquecidas ao convidar profissionais de Direito para uma perspectiva diferenciada. A abordagem de casos clínicos, com a participação ativa dos pacientes, é indicada para grupos menores, proporcionando aos alunos uma oportunidade de revisitar e refletir sobre seus próprios valores. O *role-play* (encenação) é recomendado para o aprimoramento de habilidades de comunicação, envolvendo práticas como entrevistas com a família, discussões sobre consentimento informado e respeito às vontades dos pacientes e seus direitos familiares. As visitas à beira do leito devem ser incorporadas como uma prática diária, promovendo discussões regulares sobre temas cruciais, como comunicação eficaz, planejamento de cuidados, participação ativa do paciente e atenção aos desejos manifestos pelos pacientes. Esse enfoque cotidiano reforça o conhecimento nos aspectos éticos inerentes à prática profissional, enriquecendo a formação dos profissionais de saúde (Barros, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

A formação em CP engloba não apenas o conhecimento clínico e técnico necessário para lidar com o controle de sintomas e a gestão da dor, mas também a aquisição de habilidades de comunicação sensível, empatia e compaixão, fundamentais para o atendimento centrado no paciente.

Portanto, é importante estudar de forma mais aprofundada a trajetória, a percepção e as motivações dos médicos que decidiram trabalhar com CP no Brasil, para que seja possível compreender melhor os caminhos exigidos para a formação dos médicos que trabalham nessa área tão sensível nos cuidados à saúde.

O trabalho poderá, ainda, fornecer subsídios importantes para a construção de matrizes curriculares e trajetórias alternativas de formação médica, no âmbito da pós-graduação em CP nesse meio. Com isso, vê-se a importância de vislumbrar a trajetória da formação dos médicos que trabalham com CP no Brasil, a qual é diversificada e não se restringe à residência médica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Refletir sobre a percepção dos médicos no que diz respeito à formação em Medicina Paliativa.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a experiência dos Médicos Paliativistas ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional;
- b) Avaliar os elementos capazes de contribuir para o interesse em Medicina Paliativa na graduação e na prática profissional.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa — fenomenológica. Os dados foram escrutinados através da técnica de análise temática.

A pesquisa fenomenológica é uma estratégia investigativa que se concentra na compreensão das experiências humanas em relação a um fenômeno específico. Ela busca identificar a essência dessas experiências, descritas pelos participantes, e se diferencia por seu estudo aprofundado de um pequeno grupo de indivíduos. Por meio de entrevistas e análise de CP, a pesquisa fenomenológica busca revelar padrões e significados subjacentes nas experiências, oferecendo uma compreensão profunda das vivências humanas (Silva; Oliveira, 2018, p. 1421).

Os eixos escolhidos para a **análise temática** foram organizados a partir dos objetivos específicos da pesquisa. É uma técnica robusta e amplamente utilizada na pesquisa qualitativa, destacando-se por sua capacidade de identificar e analisar padrões significativos nos dados. Essa técnica, proposta por Boyatzis (1998), não apenas organiza e descreve minuciosamente o conjunto de dados, mas também vai além ao interpretar diversos aspectos do tema de pesquisa. A flexibilidade da análise temática é evidenciada por sua aplicabilidade em diferentes enquadramentos teóricos, podendo assumir uma abordagem **essencialista, construtivista ou contextualista** com a clareza sobre a posição teórica adotada, que se torna crucial para uma compreensão precisa dos pressupostos subjacentes, oferecendo uma ferramenta valiosa para a exploração e interpretação aprofundada de dados (Braun; Clarke, 2006).

Quanto ao nível de análise, focamos no **semântico** para explorar os significados explícitos dos dados. Em relação à epistemologia, adotamos uma perspectiva **essencialista/realista**, promovendo uma leitura fenomenológica dos dados para compreender diretamente as experiências dos participantes. Essa seleção metodológica visa equilibrar a orientação teórica com a sensibilidade à riqueza dos dados, possibilitando uma análise aprofundada e direcionada dos temas emergentes (Braun; Clarke, 2006).

4.2 População-alvo

Este estudo foi inicialmente proposto com a intenção de compreender o cenário da formação médica em CP no Brasil, traçando o perfil dos médicos especialistas nessa área. Foram recrutados 9 médicos para as entrevistas, os quais tiveram suas titulações validadas pela AMB, ou concluíram a Residência em Medicina Paliativa pela CNRM até o ano de 2021, ou receberam reconhecimento de notório saber. Além disso, atuavam no ensino em CP em nível de pós-graduação, sendo todos médicos paliativistas. Os 9 participantes foram divididos de forma equitativa em três grupos distintos, levando em consideração seus caminhos de formação: 3 tinham residência médica completa em Medicina Paliativa pela CNRM, outros 3 receberam titulação por meio de prova da AMB, e os 3 restantes possuíam títulos conferidos pela AMB devido à vasta experiência na área.

4.3 Critérios de inclusão

Considerou-se os critérios de possuir comprovação de titulação pela AMB, ter feito Residência em Medicina Paliativa pela CNRM até o ano de 2021, ou ter tido notório saber; estar ativamente envolvidos como preceptores em programas de Residência Médica em Medicina Paliativa ou serem professores em cursos de pós-graduação *latu sensu* (carga horária de 360 horas) em CP, que fossem inseridos na área de ensino em MP.

4.4 Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão, considerou-se médicos especialistas em Medicina Paliativa que não atuassem na área de ensino.

4.5 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra foi do tipo não probabilístico, intencional, realizada por conveniência e definida por acessibilidade, por meio de contatos pessoais e indicação dos pesquisadores envolvidos neste trabalho. Dessa forma, foram formados três grupos compostos por 3 participantes cada.

Os principais critérios ponderados nesse processo de seleção não foram de natureza numérica, e sim visando à exploração e à compreensão de diversos pontos de vista que se manifestam de maneiras distintas em um determinado contexto. O foco está na qualidade de variedade de perspectivas, evoluindo para uma compreensão mais profunda e abrangente.

Cada profissional identificado recebeu um convite via *e-mail*, que chamava para participar da entrevista. Alternativamente, foi estabelecido contato através de mídias sociais, como o *WhatsApp*, oferecendo a flexibilidade de ajustar os horários conforme a disponibilidade do entrevistado. É relevante destacar que o agendamento transcorreu sem contratemplos, uma vez que todos os profissionais demonstraram prontidão em colaborar com o trabalho, facilitando a coordenação das entrevistas.

Foi estabelecido contato com os participantes e, uma vez confirmado o seu consentimento, procedeu-se a definição dos detalhes da agenda, tais como data, horário e local para a realização das entrevistas. Essa definição levou em consideração a disponibilidade de cada médico entrevistado.

As entrevistas (realizadas por meio de ligações telefônicas) foram gravadas, o que facilitou a comunicação natural. Os participantes foram incentivados a se expressarem sem restrição de tempo, permitindo que as entrevistas fluíssem livremente. Para a condução das entrevistas, os diálogos foram gravados e, posteriormente, armazenados em arquivos diretamente no celular da entrevistadora.

Essa abordagem conferiu flexibilidade durante as entrevistas, incentivando os entrevistados a compartilharem suas perspectivas de maneira entusiasmada e detalhada. Isso permitiu uma exploração abrangente e sensível, fornecendo *insights* valiosos para aprofundar a coleta de dados. Vale ressaltar que os profissionais médicos se sentiram estimulados a compartilhar suas experiências de forma mais aberta, contribuindo significativamente para a compreensão das complexidades inerentes aos CP. Essa metodologia, conforme destacado por Guerra (2014), revela-se eficaz na obtenção de informações detalhadas e contextualizadas sobre o tema em estudo.

4.6 Instrumentos e estratégia de coleta dos dados

Foram realizadas entrevistas a partir da elaboração de um roteiro prévio, com perguntas baseadas nos objetivos da pesquisa. O referido roteiro (ANEXO B) foi composto por variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico dos participantes, como idade, sexo, ano e tempo de formatura, especialidade; na segunda seção, as questões estavam relacionadas à trajetória profissional, especificamente, sobre especializações e residências, qualidade do ensino médico e as perspectivas de formação.

As entrevistas semiestruturadas foram coletadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora Priscilla Biazibetti Mendes e codificadas utilizando letras e números sequenciados (M1 e M2 para masculino e F1 a F7 para feminino), mantendo o anonimato dos entrevistados envolvidos na pesquisa.

A suspensão da inclusão de novos participantes foi baseada na avaliação cuidadosa da redundância das informações coletadas, garantindo que a análise se concentrasse em dados significativos e representativos, sendo 9 médicos suficiente. É importante ressaltar que, embora a amostra deste estudo seja limitada a um grupo específico de médicos paliativistas, os *insights* obtidos ofereceram contribuições valiosas para a compreensão da formação em CP no contexto brasileiro. As experiências compartilhadas pelos participantes destacaram a importância crítica da formação nessa área e a necessidade de políticas e programas educacionais que promovam uma prática clínica mais informada e compassiva (Fontanella *et al.*, 2008).

4.7 Plano de análise dos dados

A análise temática, uma abordagem essencial na pesquisa qualitativa, compreende diversas etapas cruciais. Inicia-se com a familiarização dos dados, envolvendo transcrição, leitura e anotações iniciais. A geração de códigos iniciais é a próxima fase, caracterizada pela codificação sistemática e coleta de dados relevantes. Posteriormente, busca-se por temas, agrupando códigos e reunindo dados relacionados. A revisão desses temas visa garantir sua funcionalidade em diferentes níveis, culminando na produção de um “mapa temático”. A etapa seguinte envolve a definição e nomeação precisa dos temas, refinando sua

especificidade. Finalmente, a produção do relatório encerra o processo, com a seleção de exemplos representativos, uma análise final e a contextualização da pesquisa em relação à literatura existente, resultando em um relatório acadêmico abrangente. Essas seis fases, embora delineadas sequencialmente, constituem um processo recursivo e dinâmico, com ênfase na importância da flexibilidade ao longo da análise (Braun; Clarke, 2006).

A técnica de análise de dados (entrevistas) a partir dos relatos dos participantes foi realizada utilizando a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), uma abordagem fundamental em pesquisas qualitativas, que desvela os matizes das ocorrências e significados subjacentes presentes nos dados coletados. Por meio dessa técnica, é possível explorar de maneira sistemática as respostas dos MP, identificando tendências e padrões que enriquecem a compreensão de como conceituam e vivenciam esse campo crucial na prática médica. A análise de conteúdo oferece um olhar perspicaz sobre as múltiplas perspectivas, permitindo uma exploração aprofundada das complexidades inerentes a esse estudo (Câmara, 2013, p. 185).

A técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011) consiste em uma “técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto das comunicações” (Berelson *apud* Minayo, 2012, p. 304). As etapas envolvidas no processo são: (i) pré-análise, (ii) exploração do material e (iii) interpretação dos resultados (Bardin, 2011).

Realizou-se a análise temática de conteúdo (Bardin, 2011) procedendo-se às leituras sucessivas das entrevistas para a identificação dos enunciados significativos, de acordo com o objetivo do estudo. Os enunciados foram agrupados de acordo com sua similaridade e compuseram categorias apriorísticas de acordo com os objetivos da pesquisa. Os trechos utilizados para a composição dessas categorias foram validados por duas das pesquisadoras. Procedeu-se, então, à descrição e à análise deles à luz do referencial teórico e do conhecimento sobre a temática.

A análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), segue três etapas fundamentais: (i) pré-análise, destinada à organização inicial e definição de critérios para análise; (ii) exploração do material, que compreende o tratamento dos dados por meio de codificação e categorização; (iii) interpretação dos resultados, na qual os achados são confrontados com os objetivos do estudo, permitindo verificar a coerência entre os dados coletados e as hipóteses levantadas. Essa técnica não apenas sistematiza as comunicações, mas também possibilita a identificação

de padrões, contradições e relações implícitas nos dados. Esse processo contribui para a construção de inferências mais profundas, ampliando a compreensão qualitativa de fenômenos complexos e fornecendo subsídios para reflexões teóricas e práticas mais fundamentadas (Berelson *apud* Minayo, 2012, p. 304).

A avaliação da qualidade das entrevistas realizadas neste estudo, que investigou a experiência de médicos paliativistas, foi conduzida com base nos critérios consolidados no COREQ, garantindo a validade do processo. No primeiro domínio, referente à equipe de pesquisa e reflexividade, considerou-se a experiência e as credenciais da entrevistadora, seu treinamento prévio e a relação estabelecida com os participantes, além do conhecimento prévio dos entrevistados sobre a pesquisadora. O segundo domínio, relacionado ao conceito do estudo, incluiu a definição da abordagem metodológica, os critérios de seleção da amostra, o método de abordagem dos médicos paliativistas e as características sociodemográficas dos participantes. A estrutura da coleta de dados também foi rigorosamente observada, utilizando roteiros pré-elaborados, registro em áudio, duração das entrevistas e estratégias para alcançar a saturação dos dados. No terceiro domínio, referente à análise e apresentação dos resultados, foram considerados o número de codificadores envolvidos, riqueza de dados, a construção da árvore de codificação, a derivação dos temas (se emergentes ou previamente estabelecidos), a coerência entre os achados e a clareza na exposição dos eixos temáticos, incluindo a apresentação de citações ilustrativas devidamente identificadas. Esses critérios asseguraram a confiabilidade e a validade do processo de análise, contribuindo para a robustez dos resultados obtidos (Souza *et al.*, 2023).

Foram realizadas leituras sucessivas das entrevistas, de forma a captar tanto os conteúdos explícitos quanto as conexões subjacentes, possibilitando uma compreensão profunda dos dados. Nesse processo, houve registro de anotações detalhadas para preservar interpretações e pontos críticos. A literatura especializada desempenhou um papel fundamental na contextualização dos achados, permitindo que a análise fosse estruturada de forma mais precisa. Durante o processo de análise, constatou-se que as entrevistas estavam ricas em conteúdo e adequadas para os objetivos do estudo, o que levou à conclusão de que não seria necessário incluir novos participantes. Assim, a qualidade e a profundidade dos dados coletados foram suficientes para garantir a consistência da pesquisa.

A Análise de Conteúdo (AC), conforme Bardin (2016), foi adotada neste estudo, que envolveu entrevistas com profissionais da área. O processo foi dividido em três fases interligadas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A fase de pré-análise contou com uma leitura flutuante das entrevistas para compreender o contexto geral e as ideias iniciais, selecionando os trechos que pareciam mais relevantes. A partir desse primeiro contato, as falas dos participantes puderam ser organizadas e categorizadas. Optou-se por um recorte baseado nas palavras-chave e expressões que surgiram de forma recorrente, como “alívio da dor”, “qualidade de vida” e “apoio emocional”, fundamentais para o entendimento da abordagem dos profissionais sobre os CP. Durante essa etapa, também foram formuladas hipóteses iniciais e objetivos, que orientaram a escolha das falas mais representativas e pertinentes.

Na fase de exploração do material, os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao processo de codificação. A seguir, são apresentados alguns detalhamentos dos recortes e das categorias que emergiram durante a análise:

- Código: “*Percepção médica*”

Na codificação, foram destacadas as falas que demonstraram a visão dos médicos sobre os CP, especialmente sobre como esse conceito é entendido dentro da prática médica e as barreiras percebidas para uma adesão plena ao modelo. A maioria dos médicos paliativistas expressou que ainda há resistência em se distanciar da ideia associada ao final de vida, o que muitas vezes impede um cuidado precoce e integral ao paciente.

- Código: “*Formação em CP*”

Aqui, o recorte se concentrou na formação acadêmica e na formação continuada dos médicos. Foi notável que muitos dos entrevistados relataram uma lacuna na formação médica tradicional. Os médicos citaram que o conhecimento sobre o tema, muitas vezes, vem de maneira tardia.

- Código: *“Interesse profissional”*

Neste caso, o recorte foi centrado nas motivações dos médicos que atuam diretamente na área. Identificou-se que o interesse era, em grande parte, baseado na busca por um cuidado mais humanizado e no desejo de proporcionar uma experiência de vida mais digna para pacientes em condições crônicas e terminais. As falas indicaram que muitos médicos veem a área como uma oportunidade de atuar com mais empatia e menos focados nos resultados clínicos imediatos.

- Código: *“Formação em MP”*

O código foi utilizado para identificar os recortes relacionados ao percurso formativo específico na área. Durante a análise, percebeu-se que os médicos com especialização na área demonstraram uma visão mais abrangente e integrada sobre as necessidades e abordagens paliativas, tendo um impacto significativo no cuidado prestado. A formação continuada se revelou como um ponto crucial para a atuação mais eficaz na área.

- Código: *“Trajetória profissional”*

Foram selecionadas as falas que abordam o percurso de vida e experiência profissional dos médicos. Muitos relataram como a mudança de foco, ao se aprofundarem em CP, lhes proporcionou uma nova perspectiva sobre o cuidado aos pacientes com doenças graves. Esse processo de transição foi associado ao amadurecimento profissional e à busca por um cuidado mais humanizado.

Durante a categorização, as unidades de análise, compostas por palavras, frases ou parágrafos, foram agrupadas conforme critérios de pertinência e relevância, sem recorrer a categorias predefinidas. As categorias emergiram diretamente do material, refletindo as preocupações centrais dos profissionais sobre a prática de cuidados paliativos. Além disso, o processo de categorização foi crucial para garantir que as temáticas centrais relacionadas à percepção dos médicos, à formação em cuidados paliativos, aos interesses profissionais e à trajetória dos especialistas fossem, de fato, refletidas na análise.

Na última etapa, o tratamento dos resultados envolveu a interpretação das falas, na qual buscamos identificar tanto os significados explícitos quanto os implícitos para entender as nuances e as motivações por trás das palavras dos entrevistados. O recorte das falas foi feito de maneira a refletir a diversidade de perspectivas dos profissionais, e as categorias finais ajudaram a construir uma compreensão mais completa e detalhada sobre os desafios e as práticas no contexto dos cuidados paliativos. O processo seguiu um percurso estruturado e sistemático, assegurando rigor e coerência na análise dos achados.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está em plena concordância com a versão atualizada da Declaração de Helsinque, bem como a Resolução 466/2012 do CONEP e suas revisões subsequentes. Ainda, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFENAS – Campus Belo Horizonte/MG (Parecer nº 4.545.209).

Cumpra-se mencionar que todos os participantes se submeteram à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO A) antes de sua inclusão no estudo, assegurando, desse modo, o devido consentimento informado. Para preservar a confidencialidade das informações foram empregados todos os esforços necessários.

Ressalta-se que este trabalho implicou um risco mínimo para os participantes, visto que o eventual constrangimento ao responder às entrevistas foi o único possível impacto negativo. Importante ressaltar que nenhum dos participantes recebeu qualquer tipo de pagamento ou vantagem pessoal por sua colaboração.

Com relação aos relatos recolhidos nas entrevistas, estes serão citados de forma exata (*ipsis litteris*), e, com intuito de garantir o anonimato e preservar a privacidade dos entrevistados, foi realizada uma codificação utilizando letras e números (M1 e M2 para pessoa do sexo masculino, e de F1 a F7 para pessoa do sexo feminino), além da ordem das entrevistas, para denominá-los e, ao mesmo tempo, proteger suas identidades, proporcionando rigor científico à abordagem metodológica.

Todos os participantes foram informados sobre a gravação da entrevista previamente. As nove entrevistas foram realizadas pela pesquisadora Priscila Biazibetti Mendes, gravadas e armazenadas em um arquivo no qual somente a pesquisadora, orientadoras e alunas de iniciação científica têm acesso, garantindo, assim, o sigilo documental. Nem as transcrições, nem o áudio dos participantes serão publicados.

Ressalta-se que a participação dos entrevistados e das análises a partir das informações comprovadas poderão contribuir significativamente para o aprimoramento das práticas educacionais e assistenciais em CP, adicionalmente beneficiando, portanto, futuros profissionais de saúde nesse campo vital. Há, ainda, o potencial benefício de utilização dessa

pesquisa como base sólida para orientar políticas de formação médica em CP, promovendo uma abordagem mais compassiva e informada para o cuidado de pacientes em situações delicadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização dos sujeitos pesquisados

A entrevista é uma oportunidade para compreender crenças, atitudes, valores e motivações em relação ao entrevistado, considerando sua visão em relação ao contexto social específico. (Minayo, 2012; Cervo; Bervian, 2007). Sendo assim, segue a caracterização dos sujeitos pesquisados.

Considerando a população-alvo, ou seja, os 9 médicos participantes da pesquisa, na TAB. 1 são apresentados os dados sociodemográficos, sendo 7 (78%) do sexo feminino e 2 (22%) do sexo masculino. Entre as participantes do sexo feminino que possuíam titulação comprovada, 5 (56%) em MP e 2 (22%) sem comprovação; e, do sexo masculino, 2 (22%) possuíam titulação em MP. Dentre todos os participantes, 2 (22%) tinham entre 30 e 40 anos, 6 (67%), entre 41 e 50 anos e 1 (11%) com 72 anos. Dos participantes, 8 (90%) foram graduados em escola pública federal e apenas 1 (10%) em escola particular, entre 1994 e 2012, demonstrando vasta experiência em CP. A faixa etária foi de 30 a 72 anos de idade para ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino.

A amostra é majoritariamente feminina (78%), o que reflete uma tendência crescente de mulheres na saúde, com poucas vozes masculinas (22%), oferecendo uma perspectiva diversificada em CP. A maioria dos médicos (67%) tem entre 41 e 50 anos, indicando experiência consolidada, enquanto a faixa etária variada (30 a 72 anos) permite comparar abordagens mais novas com as mais experientes.

Os dados deste estudo são similares ao estudo intitulado “Demografia Médica no Brasil de 2020”, que aponta que as mulheres que atuam em CP no Brasil é maioria. Segundo o estudo, na década de 1960 os homens representavam 87% do total de médicos do país. No entanto, com o número crescente de escolas de Medicina, as mulheres ampliaram sua participação, com evolução percentual de 15,8% para 46,6% em 2020 (Scheffer *et al.*, 2020). Quanto à faixa etária do mesmo estudo, esta foi de 45 anos, com predomínio de médicos mais jovens, resultante do crescimento do número de cursos e vagas de graduação, de modo que novos profissionais estão inseridos no mercado de trabalho (Scheffer *et al.*, 2020).

Os entrevistados apresentam uma atuação profissional bastante diversificada, com experiência em diferentes estados do país e formação majoritária em escolas públicas. Eles ocupam posições em áreas de coordenação de setores, tanto no setor público quanto no privado, além de exercerem funções de preceptoria e coordenação de residências. Sua prática se desenvolve em diversos ambientes, como hospitalares e domiciliares, abrangendo também setores de urgências e emergências. Além disso, os entrevistados atuam em áreas especializadas, como Pediatria e Geriatria, demonstrando uma ampla gama de experiências e *expertise* no campo da MP.

Dos 9 participante, 3 deles têm uma base educacional sólida e completaram a residência médica em Medicina Paliativa reconhecida pela CNRM. Outros 3 médicos obtiveram sua titulação por meio de exames rigorosos realizados pela Associação Médica Brasileira (AMB), comprovando assim sua perícia nesse campo essencial da Medicina. Finalmente, outros 3 médicos trouxeram consigo a valiosa perspectiva de vasta experiência, tendo conquistado títulos conferidos pela AMB devido à longa e bem-sucedida trajetória no universo dos CP. A maioria — 5 (56%) — dos médicos participantes deste estudo atua profissionalmente no estado de Minas Gerais, 1 atua no Distrito Federal, 1 atua no estado do Espírito Santo, 1 atua na Bahia e 1 atua no estado de São Paulo.

Tabela 1 – Caracterização dos médicos quanto aos aspectos sociodemográficos

Entrevistado	Idade	Sexo	Ano de formação	Escola Pública/ privada	Atuação (Estado Brasileiro)
F1	45	F	1999	Pub./UFMG	Minas Gerais
F2	39	F	2007	Pub.	Distrito Federal
M1	46	M	1998	Pub.	Minas Gerais
F3	72	F	1974	Pub.	Minas Gerais
F4	49	F	1994	Pub.	São Paulo
F5	33	F	2012	Pub.	Minas Gerais
F6	43	F	2003	Pub.	Bahia
M2	47	M	2003	Pub.	Espírito Santo
F7	47	F	1997	Priv.	Minas Gerais

Legenda: F (feminino); M (masculino).

Fonte: Elaborado pela autora, dados da pesquisa (2021).

Do total de 9 médicos entrevistados: F1 — Pediatria/terapia intensiva — relatou ter 8 anos de atuação em CP e 2 anos de comprovação em MP, e atualmente é coordenadora de residência médica; F2 — Geriatria/CM — igualmente disse que tem 8 anos de atuação em CP, com 4 anos comprovados em MP, e é supervisora de residência médica; M1 — Geriatria/MT — afirmou ter 16 anos de atuação em CP, com 5 anos comprovados em MP, e é professor de

residência médica; F3 — Psiquiatria — tem 20 anos de experiência em CP, mas sem comprovação, sendo, atualmente, professora de pós-graduação; F4 — Ginecologia/Obstetrícia — também sem comprovação em CP, afirmou ter 9 anos de experiência na área; F5 — Clínica Médica — apresenta 7 anos de experiência em CP e 4 anos comprovados em MP, atuando em residência médica como coordenadora e preceptora; F6 — Pneumologia/Clínica Médica — tem 9 anos de experiência em CP, e apenas 2 anos comprovados em MP por titulação, atualmente é professora de pós-graduação; M2 — Clínica Médica/Geriatria — informou que tem 13 anos de experiência em CP, com 2 anos comprovados em MP por prova de títulos, e é professor no curso de pós-graduação; por último, F7 — Clínica Médica — relatou ter 13 anos de experiência em CP, com 5 comprovados em MP, e é coordenadora e preceptora em residência médica. De todos os médicos que relataram ter comprovação em MP, 8 (90%) foram por meio de provas de títulos pela AMB e apenas 1 (10%) por residência médica em MP (TAB. 2).

Tabela 2 – Tempo de experiência em CP, comprovação em MP e *status* acadêmico-social

Entrevistado	Especialidade	Experiência em CP (em ano)	Título em MP	Especialidade comprovada (em ano)	Status acadêmico-social
F1	Pediatria/ Terapia intensiva	8	Pro. Tit. AMB	2	Coord. RM
F2	Geriatria/CM	8	Pro. Tit. AMB	4	Supervisora RM
M1	Geriatria/MT	16	Pro. Tit. AMB	5	Prof./atua na RM
F3	Psiquiatria	20	X	x	Prof. Graduação
F4	GO	9	X	x	Prof. Grad./Pós-Grad
F5	CM	7	RM CP	4	Coord./Precep. RM
F6	CM/Pneumologia	9	Prov. Tit. AMB	02	Prof, Pós-Grad.
M2	CM/Geriatria	13	Pro. Tit. AMB	02	Prof. Pós-Grad.
F7	CM	13	Pro. Tit. AMB	05	Coord./Precep. RM

Legenda: F (feminino); M (masculino). CM – Clínica Médica; MT – Medicina do Trabalho; GO – Ginecologia e Obstetrícia; RM – Residência Médica; Prof. – Professor(a); Coord. – Coordenador(a); Precep. – Preceptor(a), Pós-Grad. – Pós-Graduação; Prov. – Prova; Tit. – Título.

Fonte: Elaborado pela autora, dados da pesquisa (2021).

Os dados demonstram que a maioria tem atuação comprovada em MP, e todos em CP — entre 7 e 20 anos de experiência na área. Titulação comprovada pela AMB (67%), RM apenas 1 (11%), e 2 (22%) sem titulação. O tempo de atuação em MP dos médicos respondentes independe de titulação (ou da falta dela) durante sua trajetória nessa área da Medicina.

Entre 2012 e 2019, de acordo com dados da ANCP, 258 médicos foram aprovados no exame de suficiência em MP, que é considerada uma subespecialidade (ANCP, 2020b). No *site* oficial do Ministério da Educação (MEC), dados mais recentes (2021-2022) ainda não foram divulgados. Mas, segundo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), até 2020 o Brasil tinha registrado 395 médicos com área de atuação comprovada em MP (pela AMB e residência em MP pela CNRM). Em 2024 foram abertas inscrições para Prova de suficiência em MP pela AMB, entre agosto e setembro, com oferta de 88 vagas.

Tabela 3 – Trajetória profissional em MP

Entrevistado	Ano de Graduação (Medicina)	Trajetória profissional	Trajetória acadêmica
F1	1999	Pediatria, Terapia Intensiva; atuou no Centro de Tratamento Intensivo (CTI); transporte aeromédico da Unimed, sala de urgência da Unimed e plantonista de todas as unidades de internação do Hospital Infantil João Paulo II (hospital pediátrico). Atualmente atua em CP e atenção domiciliar.	Coordenadora de RM. Título em MP pela AMB.
F2	2007	Geriatria, Clínica Médica, Medicina do Idoso.	Preceptora e supervisora da residência de Cuidados Paliativos. Desde 2016, coordena a liga de medicina paliativa.
M1	1998	Geriatria, Medicina Paliativa intra-hospitalar no Hospital das Clínicas em BH, ambulatorial e Medicina do Trabalho.	Coordenação de cuidados paliativos do hospital das clínicas. Professor na RM.
F3	1974	Psiquiatra e Psicoterapia.	Professor na Graduação - Medicina
F4	1994	Ginecologia e Obstetrícia. Atua na área de Cuidados Paliativos desde 2011.	Professora no Curso de Graduação e Pós Graduação (Medicina)
F5	2012	Clínica Médica.	Estágio em MP, em um hospital em Chicago e estágio em um <i>Hospice</i> em <i>Vanderbilt</i> , e curso em Boston – EUA. Coordenadora e preceptora em RM.
F6	2003	Clínica Médica, Pneumologia, Medicina Paliativa.	Título em MP (2018), pela AMB. Professora em Pós-Graduação.
M2	2003	Clínica Médica, Geriatria. Atendimento ambulatorial de Cuidados Paliativos na MedSênior – estado do Espírito Santo.	Título em MP, 2019, pela AMB. Curso avançado na Argentina em MP.
F7	1997	Clínica Médica, Acupuntura, Medicina Paliativa.	Formação Clínica Médica, acupuntura, Medicina paliativa, residência em clínica médica na Santa Casa de BH, Título pela AMB e formação em medicina antropofísica. Coordenadora, Preceptora na RM.

Fonte: Elaborado pela autora, dados da pesquisa, 2021.

Como pôde ser visto, as trajetórias profissional e acadêmica dos participantes são muito diversificadas, como mostra a TAB. 3. Profissionalmente a maioria atua em clínica médica associada a outras especialidades (pediatria, geriatria, psiquiatria, pneumologia). Na área acadêmica, 100% ensinam cuidados paliativos, seja na graduação, na pós-graduação, na residência médica ou na preceptoria.

Na TAB. 4 descreve-se a atuação dos participantes no ensino em cuidados paliativos. Ao longo da pesquisa, os participantes se mostraram satisfeitos em lecionar esta disciplina — CP. Somente 1 entrevistado não atua como professor, ou seja, não ensina CP.

Tabela 4 – Atuação no ensino em Cuidados Paliativos

Entrevistados	Atuação no ensino em Cuidados Paliativos
F1	Coordenadora de medicina paliativa, residência no Hospital João Paulo II.
F2	Preceptora e supervisora da residência de Cuidados Paliativos.
M1	Atualmente atua no ensino da residência – Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Emergência, Psiquiatria, Enfermagem e Psicologia.
F3	Atua na Faculdade de Medicina em Itajubá-MH, desde 2010. Leciona Cuidados Paliativos e luto para os médicos desta faculdade, e também na pós-graduação em Cuidados Paliativos.
F4	Ensina Cuidados Paliativos na pós-graduação na Casa do Cuidar (Prática e Ensino em Cuidados Paliativos) e na pós-graduação do Albert Einstein, EAD.
F5	Preceptora, coordenadora da residência de Cuidados Paliativos e da especialização do Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte. Leciona na Faculdade Unimed e no Instituto Albert Einstein em Cuidados Paliativos.
F6	Professora convidada em curso de especialização em Salvador/BA, é um curso cancelado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). leciona na pós-graduação da Unijorge em Cuidados Paliativos.
M2	Não relatou ensino em Cuidados Paliativos.
F7	Leciona na residência em Medicina Paliativa.

Fonte: Elaborado pela autora, dados da pesquisa (2021).

6.2 Análise crítica da qualidade das entrevistas realizadas

Quanto aos critérios utilizados para avaliar a qualidade das entrevistas, inicialmente foram agrupados os enunciados e as respostas semelhantes para compor as categorias apriorísticas, de acordo com os objetivos. Para tanto, a avaliação foi aprofundada, uma vez que a percepção dos médicos respondentes convergia, ou seja, eram similares.

Vale destacar que, no trabalho da pesquisadora Priscila Biazibetti Mendes, originalmente foram coletados dados qualitativos, de modo que os dados não aproveitados no trabalho original foram usados neste estudo. Assim, como a pesquisadora deste trabalho não participou das entrevistas, optou-se por realizar uma análise crítica da condução delas, “elemento central para a validação interna dos dados coletados pela pesquisa de base qualitativa” (Kvale, 1995). Kvale (1995), citado por Oliveira e Piccinini (2009), discute a validação da pesquisa qualitativa como um conjunto de procedimentos aplicados ao longo de todo o processo de investigação, ressaltando a importância de métodos e práticas que garantam a confiabilidade e a robustez dos resultados obtidos em estudos qualitativos, além de uma abordagem sistemática e criteriosa para assegurar a qualidade da pesquisa em suas diversas etapas.

Os participantes foram incentivados a se expressarem sem restrição de tempo, permitindo que as entrevistas fluíssem livremente. A duração das entrevistas variou de 12 minutos, 57 segundos a 29 minutos e 48 segundos, garantindo um espaço adequado para explorar os temas em profundidade. Inicialmente, foram selecionados 9 participantes para a aplicação da coleta de dados. Os 9 entrevistados foram capazes de trazer conteúdos significativos para a autopercepção do assunto em questão.

Na entrevista com F1, percebeu-se notoriamente sua satisfação em trabalhar na área de CP, em Pediatria. Na coordenação do setor, a entrevistada AF está sempre motivada a buscar melhores conhecimentos técnicos, para promover uma assistência com qualidade. A entrevistadora assumiu um papel menos diretivo para favorecer o diálogo mais aberto e fazer emergir novos aspectos significativos para o tema. É notório o contexto sócio-histórico estabelecido pelo entrevistado A, deixando bem explícitas suas concepções e visões sobre o assunto.

A entrevista na pesquisa qualitativa permite atingir uma dinâmica específica de conversa que fornece acesso direto ou indireto às opiniões, crenças e valores atribuídos pelo participante. Entender as razões e motivações que conferem significado às aspirações e atitudes humanas nas interações sociais é central para as ciências sociais. Dilthey, um proponente da abordagem compreensiva, defendeu o método histórico-antropológico, argumentando que as características humanas são compreendidas ao integrar representação, sentimento e vontade em uma perspectiva histórica (Amaral, 1987). Weber, outro defensor dessa abordagem,

destacou a distinção entre compreensão direta (objetiva) e indireta (subjativa), exercendo uma influência significativa na fenomenologia do mundo social desenvolvida por Schutz (1972).

A entrevista mediada pelo telefone representa uma modalidade específica e distinta, dentro do contexto mais amplo das interações entrevistador-entrevistado. A comunicação verbal torna-se o principal meio de troca de informações. O que é dito e como é expresso ganham destaque, colocando um foco especial na escolha de palavras, na entonação e na comunicação. O tom de voz e o ritmo da conversa tornam-se elementos cruciais para a compreensão mútua, uma vez que não há linguagem corporal e as expressões faciais como apoio visual (Fraser; Gondim, 2004, p. 139-152).

A escolha da modalidade individual de entrevista trouxe a possibilidade de oferecer ao entrevistado mais flexibilidade de agendamento de dia e horário, havendo preocupação da entrevistadora em todas as entrevistas quanto ao momento mais oportuno. Na entrevista com F2, nota-se a entrevistadora pedindo desculpas, com cordialidade, pelo imprevisto de não ter conseguido fazer a entrevista no dia e horário marcado, ficando nítida essa facilidade oferecida pela entrevista individual.

A entrevista F2 delimita a clareza quanto aos objetivos específicos da pesquisa, tanto da entrevistadora quanto do entrevistado. Esse entendimento orienta a natureza das interações que se buscam instigar, e essa expressão livre do participante é uma estratégia fundamental, além de incluir momentos de reflexão ao longo do processo.

A entrevista M1 segue uma estrutura semiestruturada, permitindo que o entrevistador explore os temas propostos de forma aberta e flexível. O entrevistador incentiva o entrevistado a compartilhar sua trajetória profissional e opiniões sobre cuidados paliativos, proporcionando um espaço para que ele expresse suas experiências e os significados atribuídos à sua prática médica. Além disso, o entrevistado demonstra participação ativa ao responder às perguntas, fornecendo *insights* detalhados sobre sua jornada profissional, seu envolvimento no ensino de cuidados paliativos e reflexões sobre os desafios enfrentados nesse campo. Sua capacidade de articular experiências e opiniões contribuiu para uma entrevista rica em conteúdo e relevante para a pesquisa em questão. A entrevista também aborda questões sensíveis relacionadas à falta de conhecimento sobre cuidados paliativos e desafios na formação de profissionais nessa

área, o que demonstra a capacidade do método de entrevista em explorar temas pessoais e sensíveis de forma aprofundada.

A entrevista F3 apresenta uma rica narrativa que se alinha intimamente com os princípios fundamentais da pesquisa qualitativa, conforme discutido por Johnson (2006) e Flick (2018). O relato da entrevistada revela não apenas um percurso profissional, mas também um comprometimento profundo com a reflexão teórica e a prática vivida. A partir de suas experiências, ela ilustra vividamente a complexidade envolvida no processo de formação, destacando a necessidade de oportunidades para refletir, experimentar, aprender e se desenvolver. Sua jornada reflete a diversificação de dados, além de sensibilidade teórica aguçada e uma atitude crítica em relação ao seu campo de estudo. Ainda, a entrevistada enfatiza a importância de dois aspectos cruciais ressaltados por Johnson (2006): a experiência prática e a capacidade de reflexão. Ao abordar sua trajetória profissional e sua prática em CP, ela demonstra como suas habilidades e conhecimentos adquiriram significado através da vivência direta com os fenômenos estudados. Sua capacidade de trazer o pensamento teórico para suas experiências emocionais e percepções pessoais ressalta a interconexão entre a prática e a reflexão na pesquisa qualitativa. Portanto, a entrevista não apenas valida, mas também ilustra, de maneira eloquente, os princípios e processos fundamentais da pesquisa qualitativa, enriquecendo nosso entendimento sobre a natureza complexa e multifacetada desse campo de estudo.

A entrevista F4 se destaca por sua abordagem abrangente e reflexiva, que reflete o cuidado e o compromisso com o rigor metodológico, além de demonstrar um embasamento teórico sólido e atualizado, enriquecendo a validade e credibilidade. A profundidade das respostas da entrevistada evidencia não apenas sua especialização na área de CP, mas também sua capacidade de reflexão crítica e autorreflexão, aspectos essenciais no contexto da pesquisa qualitativa. A entrevista se destaca como uma valiosa contribuição para o campo, oferecendo percepções significativas e inspirando ponderações a respeito do aprimoramento contínuo da prática e pesquisa em CP.

A entrevista F5 aborda diretamente vários aspectos que são fundamentais para aumentar a confiabilidade da pesquisa qualitativa. Primeiramente, ao descrever sua trajetória profissional até se tornar especialista em medicina paliativa, a entrevistada destaca a importância da formação específica e da busca por conhecimento em CP, evidenciando questões

epistemológicas relacionadas à sua prática médica. Além disso, ao mencionar sua atuação no ensino em CP, a entrevistada demonstra um compromisso com a revisão crítica da literatura e a disseminação do conhecimento na área. Ela descreve sua participação em diversos programas educacionais, desde a coordenação de residências até a oferta de aulas em instituições renomadas, indicando uma conexão entre técnicas de coleta de informações (como ensino e preceptoria) e procedimentos analíticos (como revisão e atualização do conhecimento). A busca por excelência na pesquisa qualitativa também é evidente na entrevista, especialmente quando a entrevistada descreve sua motivação em montar serviços e programas de residência em medicina paliativa. Sua dedicação em oferecer serviços bem estruturados e bem conduzidos reflete o compromisso com a realização de pesquisas significativas, bem relatadas e conduzidas, com resultados sólidos e relevantes tanto para a academia quanto para a prática médica. Por fim, o valor da sensibilidade aos diferentes significados e características do fenômeno sob investigação é destacado na entrevista quando a entrevistada aborda barreiras e desafios enfrentados na disseminação do conhecimento em CP. Ela reconhece a importância de compreender as percepções e necessidades dos profissionais de saúde em relação a essa área, evidenciando uma abordagem sensível e contextualizada na promoção do interesse e da participação em pesquisas e práticas relacionadas aos CP. Assim, a entrevista fornece um exemplo prático de como os aspectos mencionados — questões epistemológicas, revisão crítica da literatura, conexão entre técnicas de coleta e procedimentos analíticos, excelência na pesquisa e sensibilidade aos diferentes significados — estão integrados na prática e na experiência de um profissional qualificado em medicina paliativa.

A entrevista F6 oferece uma visão rica e perspicaz sobre sua trajetória profissional e seu envolvimento na área. Revelando suas experiências pessoais e profissionais, como a perda do pai e a atuação em um ambiente hospitalar carente de recursos, a entrevistada demonstra a influência significativa desses eventos em sua escolha e no compromisso com os CP. Além disso, sua abordagem adaptável ao ensino é evidente, destacando sua disposição para preencher lacunas no currículo educacional por meio de sua participação em cursos de especialização, tanto como aluna quanto como professora convidada. Isso ressalta a importância da adaptação às necessidades educacionais em constante evolução na área. A integração entre teoria e prática também é enfatizada, com a profissional defendendo uma formação prática sólida como complemento essencial ao aprendizado teórico. Sua participação ativa no desenvolvimento de currículos de cursos de pós-graduação reflete seu

compromisso em garantir a relevância e a atualização do ensino em MP. Em suma, a entrevista oferece uma visão abrangente da prática e do ensino em MP, destacando a importância da subjetividade, da adaptabilidade e da integração entre teoria e prática na formação de profissionais qualificados nessa área. Esses aspectos são fundamentais para garantir que a pesquisa qualitativa conduzida na área da saúde seja robusta teoricamente e relevante na prática clínica.

A entrevista M2, constituída pela riqueza de detalhes fornecidas pelo entrevistado, revela não apenas sua vasta experiência, mas também suas perspectivas profundas sobre os desafios e as oportunidades que permeiam o cenário da medicina paliativa no Brasil. A interação entre pesquisador e participante durante o processo de entrevista demonstra uma colaboração eficaz, permitindo uma construção coletiva do conhecimento sobre o tema em questão. Além disso, a entrevista exibe rigor acadêmico notável, com questões pertinentes e bem fundamentadas na literatura existente, refletindo o compromisso de quem entrevista com a credibilidade e a validade das informações apresentadas. No contexto da pesquisa qualitativa, a entrevista se destaca como uma valiosa contribuição para o entendimento da prática e dos desafios enfrentados pelos profissionais de medicina paliativa no Brasil, consolidando-se como um recurso essencial para a produção acadêmica e a construção do conhecimento nessa área específica.

De acordo com Torlig *et al.* (2022), a proposta de validação para instrumentos de pesquisa qualitativa, denominada Vali-Quali, apresenta uma abordagem promissora para garantir a qualidade e confiabilidade dos *scripts* de pesquisa. A avaliação rigorosa da entrevista F7 revela uma qualidade excepcional, alinhada de forma precisa aos propósitos delineados. A profundidade e a amplitude dos temas abordados revelam não apenas uma compreensão abrangente da trajetória profissional do entrevistado, mas também uma análise perspicaz de sua competência em CP, destacando-se ainda seu compromisso com o ensino nessa área específica da medicina. A clareza e a fluidez da linguagem empregada atestam a habilidade comunicativa do entrevistado e sua capacidade de transmitir conceitos complexos de forma acessível e elucidativa, essenciais para uma compreensão aprofundada dos assuntos discutidos. Adicionalmente, a entrevista se destaca pela profundidade de sua análise qualitativa, fornecendo entendimentos valiosos sobre a experiência do entrevistado e suas percepções sobre os desafios e as perspectivas dos CP.

6.3 Análise das entrevistas a partir dos relatos dos participantes

Os relatos dos participantes foram agrupados em categorias com intuito de aproximar seus significados, possibilitando sua interpretação permeada pela literatura utilizada e reflexões a partir da trajetória e vivência dos entrevistados em cuidados paliativos.

6.3.1 A formação em CP

Sobre esse tópico, 100% dos participantes deste estudo entendem que vários motivos podem ser atribuídos à limitação do ensino de CP nas residências médicas e em outras especialidades, mas o principal deles é a falta de conhecimento, em particular o desconhecimento da importância dos CP, principalmente na atenção básica à saúde.

Em entrevista, a médica F1, com oito anos de experiência em CP, destacou dois motivos principais sobre a limitação do espaço do ensino de cuidados paliativos em residência médica e outras especialidades:

[...] primeiro, a formação do médico não é pra lidar com a morte, e sim com a vida e a cura, como se a morte fosse um fracasso; o segundo motivo, as pessoas e os próprios profissionais não entendem o que são cuidados paliativos; associa cuidado paliativo à fase final de vida, à terminalidade e irreversibilidade de qualquer processo de doença. É a falta de conhecimento do que é cuidado paliativo e para quem se destina esse tipo de abordagem. (F1, 45 anos, Pediatria/Terapia Intensiva)

O relato da entrevistada F2 foi bem sucinto em sua resposta, dizendo que “O desconhecimento sobre cuidados paliativos ainda é muito grande. Por outro lado, tem havido uma mudança de mentalidade, pois os residentes aqui sempre procuram por esta área da Medicina.” (39 anos, médica, Geriatria/Clínica Médica, medicina do idoso).

O médico M1 entrevistado disse que

[...] geralmente os profissionais da saúde não sabem o que são Cuidados Paliativos. Não sabem mesmo. E acham que é simples, acham que sabe fazer, que é só um detalhe. Entendo, então, que esse é o principal, ou por falta, ou por completa ignorância, não sabe bem que existe. (M1, 46 anos, médico, Geriatria/Medicina do Trabalho)

Analisando o conteúdo das entrevistas destes participantes (F1, F2 e M1), percebe-se que se referem à falta de conhecimento sobre CP de maneira geral, ou seja, entre os próprios profissionais de saúde, em destaque os médicos.

Já a entrevistada F3 relata um pouco da história dos CP, referindo-se à Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP):

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) possibilitou tornar o cuidado paliativo como uma especialidade como área de referência, área de atuação, como um subtítulo que especialistas de outras áreas teriam. Na época, [...] a grande maioria das especialidades médicas não se movimentou para ser incluída por seus membros com área de referência em Cuidados Paliativos. Quem se movimentou nas nove especialidades, que ainda hoje tem permissão de receber o título, recebeu. [...] e se a gente pensar que a medicina, pelo que diz a Associação Médica, tem cerca de mais de cinquenta especialidades, então cinquenta e tantas para nove? Foram mais de quarenta especialidades médicas que não se movimentaram. Então pelo menos é essa a história oficial. Eu não sei como será daqui para o futuro. (F3, 72 anos, Psiquiatria)

A entrevistada F4, antes de responder, refletiu um pouco sobre a pergunta:

Limitado?... Sim! Pois ainda existe uma ideia de que Cuidados Paliativos é apenas uma boa assistência. “Se você prestar uma boa assistência, você está naturalmente incorporando os cuidados paliativos na sua prática”. Então, eu já ouvi muito essa justificativa. A outra coisa que eu acho é que realmente, o tempo da residência, para você desenvolver todo o conhecimento que precisa dentro de uma determinada especialidade, é pouco. Então precisaria que [...] dentro das especialidades nos Cuidados Paliativos, ele estivesse na prática de todos os preceptores. [...] Eu acredito que, naturalmente, nas próximas gerações a gente vai ter algo diferente. Porque a gente já vê assumindo como preceptores, como professores, etc. E médicos enfermeiros, fisioterapeutas, que já vem com uma formação mais estruturada de Cuidados Paliativos, que já foram atrás e que já sentiram essa necessidade ao ir para a prática. Eu, honestamente, acho que se deve muito a isso, esse espaço limitado. Porque eu não quero que as residências tenham seis meses de estágio em Cuidados Paliativos e que [eles] sejam vistos como uma coisa dicotomizada do resto do cuidado; eu quero que o residente aprenda que o cuidado paliativo realmente permeia toda a trajetória da doença de alguém que seja acompanhado por ele. E que vai demandar o especialista quando aquele nível de complexidade ultrapassar a capacidade dele de dar conta, mas não pode ser diferente, não tem como. (F4, 49 anos, Ginecologia/Obstetrícia, atuação em CP)

Para F5, “[...] existem vários motivos para a limitação deste tema, CP, mas o principal deles é a falta de conhecimento”.

A médica F6 também concorda que sobre a limitação dos CP, e explica sob o seu ponto de vista:

[...] o que limita o ensino de cuidados paliativos é a falta de conhecimento sobre esta matéria por parte dos preceptores e coordenadores dos programas, porque eles não tiveram formação nem na formação acadêmica, nem na formação posterior. Então eles têm um desconhecimento do que significa, do que é. Tem todo um tabu, claro, da falta de conhecimento nessa perspectiva. O outro motivo é a falta de programas nos hospitais. Então são poucos hoje em dia, a gente sabe que no Brasil apenas 5% dos hospitais possuem esse serviço. Então muitos não têm nem equipe para rodar o estágio; o que tem é fora, e aí o hospital fora é difícil ter vaga. Eu percebo essa dificuldade lá mesmo, onde trabalho. No início, era difícil. [...] O terceiro motivo é falta de disseminação do conhecimento, não só entre o público especializado, dos profissionais de saúde, mas entre o público leigo. E aqui no Brasil ainda é, por mais que tenha se desenvolvido, ainda é preciso desenvolver muito mais a conversa sobre os conceitos certos. Eles têm muito conceitos errados, muita percepção de alguns colegas de que cuidados paliativos é igual a bom senso. Não precisa de estudo ou do conhecimento, e isso é um equívoco; a gente sabe que tem muita publicação, muita ciência, também. Então é uma coisa, é uma habilidade, que deve ser aprendida, básica de todo profissional de saúde, que infelizmente tem esse *gapping*. Então a gente vai perpetuando; e, lógico, muitos profissionais acabam procurando isso depois que terminam as residências e pós-graduações porque não teve isso na residência. Mas essa realidade tem mudado bastante, principalmente em locais que existem serviços. [...] Lá, hoje, no meu serviço, medicina intensiva tem estágio obrigatório de Cuidados Paliativos; a oncologia é obrigatória. Então, já tem umas outras visões dos coordenadores, já tem uma aceitação maior. Então eu acho que isso é uma questão de tempo e, lógico, do nosso esforço! (F6, 43 anos, Clínica Médica/ Pneumologia, atua em medicina paliativa)

O médico M2 entrevistado corrobora a ideia, dizendo que

[...] ainda é um tabu por falta de conhecimento da classe médica, principalmente. As pessoas, o médico brasileiro, ele é muito fechado. E por ele não ter nenhum contato na graduação, eu acho também uma dificuldade. [...] Mas eu acho que é uma mudança gradual, as pessoas acham legal. Mas na prática, elas sabem que não é fácil. Cuidados Paliativos é muito difícil... a família pressionando, a gente tem medo. Então eu acho que o médico, principalmente o médico mais velho, ele tem mais limitações de mudar. Tem umas equipes, DIP aqui é muito difícil, eles falam que sabem, mas eles não sabem nada de paliativo. Fica aquela coisa superficial. E eu acho, eu acredito muito que o paliativo não é uma especialidade médica. Eu acho que é área de atuação. Tem que ser incorporado o conhecimento paliativo. Tem que ter o mega especialista para casos difíceis, mas na condução do dia a dia, tem que ser aquele especialista, né? Como a gente conduz a demência até o fim de vida, como a geriatria tem que saber conduzir. O cardiologista tem que saber tratar IC até a fase avançada, são barreiras, de dificuldade de entender. Tem modismo também, e CP é muito mais profundo. (M2, 47 anos, Clínica Médica/Geriatria, atendimento ambulatorial em cuidados paliativos)

Por fim, nessa categoria, a opinião da entrevistada F7, a qual parece comprometida não apenas com a medicina, como também com o ensino e qualidade da medicina. Disse a entrevistada:

Nossa, boa pergunta. [...] há sim limitações, mas a falta de conhecimento ainda é grande. Mas tem avançado, por exemplo, na geriatria, residência de clínica médica, medicina da família. Deveria ser um estágio obrigatório. Aqui em Belo Horizonte, eu já ofereci estágio para alguns hospitais que tinham residência, e eu não tive resposta. Eu falava: “gente! Não entendo por que não mandam os residentes!”.

Porque a gente tem um campo de estágio lá, então eu não sei se falta alguma mobilização. Eu acho que teria que ser uma coisa mais a nível nacional mesmo, e começar algum movimento nesse sentido. Então, eu acho que é mais uma mobilização mesmo que falta. De fazer isso ficar, teria que ser um estágio obrigatório. Por exemplo, residência de clínica médica, algumas residências que a gente vê, medicina de família já tem isso bem estabelecido. Geriatria já tem, não todos, mas pela própria afinidade. Então, acho que é uma questão de se organizar mesmo, de se determinar, talvez, nacionalmente. (F7, 47 anos, Clínica Médica/Acupuntura, medicina paliativa)

Percebe-se na fala de todos os médicos entrevistados que CP ainda é muito desconhecido entre os profissionais da área, sendo este um dos principais motivos de a disciplina não ter o espaço que merece, tanto na residência médica quanto em outras especialidades.

Nesse sentido, Fonseca e Geovanini (2013) entendem que atuar em CP é um trabalho difícil e complexo, pois exige do médico, além de um profundo conhecimento técnico-científico, um enfrentamento constante com a morte e de suas implicações no processo de morrer, levando ao desenvolvimento de habilidades humanitárias e emocionais.

Ainda segundo as autoras, “nos CP, médicos e pacientes se encontram inseridos em um contexto de forte conteúdo afetivo-emocional, desencadeado pelas situações limítrofes de vida e morte comumente enfrentadas” (Fonseca; Geovanini, 2013).

Os CP não priorizam a cura, e sim o conforto e a dignidade da pessoa humana. Portanto, é uma filosofia de cuidado. Nesse sentido, é importante que haja uma quebra de paradigma de uma aprendizagem de medicina desde a graduação, voltada para a cura e uso de tecnologias (Fonseca; Geovanini, 2013) como é hoje, ou seja, os CP devem ser entendidos como uma disciplina curricular, e não como uma disciplina optativa.

Os motivos atribuídos ao não preenchimento de vagas em residência médica em CP se mostram diferentes, mas a totalidade dos entrevistados (100%) atribuem à falta de reconhecimento da MP como especialidade médica, e também à ausência de formação sobre essa temática nos cursos de graduação em Medicina. Outros motivos estão ligados à falta de recursos financeiros para implementar serviços de CP; falta de interesse dos estudantes de medicina em CP; ausência de apoio da gestão hospitalar; baixa remuneração; não ser uma especialidade, mas “uma área de atuação”, uma subespecialidade; e ausência de regulamentação específica da prática de CP. Observa-se que a maioria se refere a alguma “falta” em relação ao preenchimento de vagas em certos serviços de residência médica em

MP. Ao que parece, essas faltas representam barreiras para a formalização/normatização da MP nos currículos da Medicina, seja na graduação, na pós-graduação ou na residência, conseqüentemente limitando a atuação dos médicos em CP.

Nesse sentido, segundo a médica F1 entrevistada,

[...] o motivo ainda é a falta de conhecimento sobre a importância dos CP. A gente aprende a cuidar do nascimento, a cuidar do que é curável, a gente não conversa sobre morte. Quando alguém fala sobre morte a gente fala “aí credo, papo ruim!”. “Claro que você não vai morrer”. “Você vai melhorar”. Então eu acho que é uma falta de abertura desde a nossa formação como médico, e do que significa cuidar de uma pessoa, porque a pessoa tem, sim, muita vida, mas também tem, sim, muita doença que vai levar à morte, e isso tem que ser incluído no processo do cuidado. Não dá para a gente pensar que o cuidado é só para quem pode ser curado. (F1, 45 anos, Pediatria/Terapia Intensiva)

A médica F2, relata as oportunidades em Brasília, onde trabalha e diz:

Eu acho que a sociedade está procurando — aqui em Brasília, não sei como é aí no seu trabalho —, mas aqui a procura é grande, a gente tem três vagas por ano. Desde 2013, que a gente abriu a residência, eu já tenho 14 residentes formados em diferentes estados, de pessoas que vieram para cá. Ano passado, para três vagas foram 19 inscritos. E nos últimos anos não rodam as vagas, as pessoas que entram não dão oportunidade para o próximo que está esperando. (F2, 39 anos, Geriatria/Clínica Médica)

Nesse cenário, parece que em Brasília, pelo menos, onde a entrevistada atua, a procura tem sido relativamente grande, uma vez que a oferta foi de apenas três vagas e a procura foi bem maior (em torno de 15% a mais) do que a oferta.

O entrevistado M1 diz que

[...] realmente é a falta do conhecimento do que é MP. Acho que são várias coisas. Primeiro, acho que a falta de conhecimento em MP [...], as pessoas acham que fazer CP é muito simples. Segundo a falta de perspectiva de mercado. Não existe um mercado bem definido para o CP. Você não abre um consultório de CP. As instituições privadas não têm interesse nos CP. Eu acho que esses são os principais motivos: falta de conhecimento e falta de mercado mesmo. (M1, 46 anos, médico, Geriatria/Medicina do trabalho)

A médica F3 relatou os motivos para o não preenchimento de vagas específicas para CP em residência médica e outras especialidades, citando uma situação por ela vivenciada:

Eu penso que tem inúmeras questões contribuindo para isso. É sabido por todos nós que, entre todos os profissionais, o médico é o que mais resiste à prática de CP. A enfermeira aceitou como se fosse aquilo que ela sempre quis fazer. As outras profissões de saúde seguiram a enfermagem. O médico até hoje continua arraigado à prática da medicina intervencionista e, sem dúvida nenhuma, a medicina mantém a tradição de ser o que mais resiste aos valores dos CP, como a ANCP fez sua luta especificamente em relação aos médicos, e não em relação a todos os profissionais, e o que quer que ela tenha conseguido na época foi muito pequeno ao que poderia ter sido conseguido. Essa é uma primeira observação que eu faço em relação a essa questão histórica da ANCP. Que na verdade não só eu não: todo mundo daquela época tinha uma crítica à ANCP, por ter se fechado tanto na tentativa de se criar espaço para os médicos. Se tivesse aberto desde daquela época — aliás como os CP, equipes multiprofissionais — [...] para lutar em todas as áreas de saúde, eu tenho certeza absoluta que a gente teria muito mais pessoas tituladas, e até a influência dos CP na educação e na prática teria chance de ser muito maior. Eu penso que uma das grandes questões é essa. A outra são próprias do fato de os CP já terem caminhado muito no Brasil, muito, muito... desde quando chegou. Mas ainda tem muito a caminhar. Um país deste tamanho, com uma quantidade de desigualdades... Os recursos da saúde, o SUS, que é uma invenção brilhante, mas sempre em risco. O Brasil não oferece nenhuma facilidade para expansão de CP. Então, assim, a meu ver, as duas principais questões, pois essas duas estruturas não cabem a nós, são maiores do que nós, médicos. A dificuldade do médico de aceitar CP, essa me irrita, pois está na nossa mão mudar. E não posso mudar o destino de verba do governo, mas eu posso mudar a aceitação do meu colega médico, e isso demora uma eternidade. (F3, 72 anos, médica, Psiquiatria)

Já a médica F4 disse desconhecer esse fato de que, antes, as vagas não eram preenchidas:

Porque atualmente elas são até bem concorridas. É uma realidade que mudou completamente; eu não conheço nenhuma residência de MP que tenha vagas ociosas. Eu acredito que, honestamente, a MP não é uma medicina que [...] seja sedutora para os novos médicos, da mesma forma que pediatria não é, da mesma maneira que clínica médica não é, da mesma maneira que saúde da família não é. Várias seguem sobrando, vários anos nessas especialidades. Por quê? Porque são especialidades médicas que são muito, muito diferentes. Chegamos, assim, muito menores do que a minoria das outras especialidades cirúrgicas, ou mesmo que possibilita a realização de procedimentos, e que possibilitam o consultório que você atende de segunda a sexta e tem seu final de semana livre. Então é um tipo de especialidade cuja a remuneração ainda é baixa, cuja a carreira é difícil, e não é uma especialidade médica, é uma área de atuação. [...] Então não é atrativo, definitivamente não é atrativo. Aqui no Brasil não é só a MP... você vê número de vagas “sobrando” [...] de medicina de família. Eu acho que é muito parecida com a nossa. É imenso. Em São Paulo, há anos que não consegue preencher todas as vagas de medicina de família. É possível que mude? Mas eu acho que nem tanto, nunca vai [ser] uma área extremamente atrativa. [...] Se eu tivesse continuado ginecologista, com certeza eu estaria ganhando no mínimo duas vezes mais do que eu estou ganhando. (F4, 49 anos, Ginecologia/Obstetrícia, atuação em CP)

São interessantes as colocações da médica F4, que atua como paliativista e, ao que parece, não está satisfeita. Insiste em ponderar sobre a baixa remuneração dos médicos nessa área que lida com vida e morte, motivos que enfatiza por não ser uma especialidade, e sim “uma área de atuação”. Aborda, também, motivos pelos quais não há oferta e, conseqüentemente, preenchimento de vagas, quando disponibilizadas pela(s) residência(s) médica(s).

F5, por sua vez, diz que

[...] nesse momento, essa frase [“O fato de criar vagas de Residência Médica em MP não significou em matrículas e preenchimento das vagas”] não é realidade, graças a Deus. Talvez no início, sim. Mas agora todos os programas de residência que eu conheço, que tenho contato com os coordenadores, a gente tem, na verdade, um aumento do número de candidatos por vaga. [...] Então era cerca de um, dois, três por vaga, agora já são oito, dez. E isso aconteceu em outros locais, em São Paulo, no Sul. E a gente ainda vê bem essa tendência. E acho que isso é um sinal positivo e de que está crescendo dentro do Brasil. (F5, 33 anos, Clínica Médica, professora, preceptora, coordenadora da residência de cuidados paliativos)

Ao contrário da entrevistada F4, que aparentemente se mostrou pessimista em relação aos CP, a F5 apresenta um cenário muito mais favorável em relação à procura e ao preenchimento de vagas em CP nas residências médicas.

Nesse contexto, F6 diz que

[...] adoraria fazer uma residência de MP, porque eu já era velha demais. Mas não sei, eu acho que existe um reconhecimento... quando a gente entra na faculdade de Medicina, a gente não quer cuidar das pessoas que morrem, né? Apesar de a gente saber que todo mundo morre. Eu, pelo menos, quando entrei na faculdade de Medicina, queria ser neurocirurgiã. Nada a ver com o que eu fui. Eu acho que os meninos entram na faculdade de medicina muito jovens, daí a faculdade, a graduação, não prepara a gente para isso. A gente não aprende, pelo menos na minha época eu não aprendi sequer a preencher uma declaração de óbito direito. Quem dirá informar um familiar sobre uma doença grave, né? Eu acho que existe uma sede de curar, mas só que de cuidar. Acho que existe também uma questão de... eu me lembro de ouvir um preceptor da minha clínica médica me dizer: “Não faça só clínica médica!”, porque eu queria fazer só clínica, porque era o que eu gostava, eu gostava do geralzão. E ele me dizia: “Não faça só clínica médica, não, porque quando você diz que é clínico, nem o carregador do hotel carrega sua mala. Você tem que dizer que é cardiologista, pneumologista [...]”. Então, eu acho que ainda tem um pouco dessa coisa do *glamour* da especialidade. E acho que existe também uma parte de quem faz faculdade de medicina com um objetivo financeiro. Ela pode até quebrar a cara depois, mas o pessoal quer fazer medicina para fazer cirurgia plástica, dermatologia, para fazer radiologia. Para ganhar dinheiro. E eu acho que os Cuidados Paliativos são, assim, bem menos, menos, menos glamourosos. Agora tem um pouco mais, porque agora tá na moda. [...] Uma vez eu ouvi um amigo meu dizer: “O que você faz?”. Aí você diz: “Sou médico”. “Que especialidade?”. “Pneumologista”. Aí a pessoa vem e diz: “Ah, eu tenho uma tosse, eu tenho não sei o que”. Se você chegar na festa e disser que é legista, ninguém vai te pedir consulta. Se você disser que é paliativista, ninguém vai te pedir consulta. É mais ou menos por aí. (F6, 43 anos, Clínica Médica/Pneumologia)

Como dá para notar, a entrevistada F6, de certa maneira, vai de encontro com a opinião da médica F3. No entanto, ela gostaria de fazer uma residência em Cuidados Paliativos, mas se considera “velha”, demonstrando crenças limitantes relacionadas à idade.

O entrevistado M2 cita o professor José Ricardo de Oliveira, em sua tese de doutorado de 2014, coloca como citação: “o fato de criar vagas de residência médica em MP não significava registro e preenchimento de vagas, estreitamento”. E comenta que

[...] o que contribuiu para essas vagas de residência residentes em MP para não serem preenchidos no país em algum serviço. Aliás, em Vitória, a Unimed abriu vagas e depois fechou, aqui também a Unimed-BH teve vagas e depois fechada. Eu tenho uma posição contra isso, mas [...] não há incorporação de MP na saúde. Isso ainda é limitado. Então, está a começar agora, certo? Uma competição para médicos paliativos. Deixe-me dizer alguma coisa, eu quero ter um médico paliativo. Ninguém faz isso. Dizem: “Oh, você é um médico paliativo, bom, mas...”. Se não és tu, é alguém, qualquer médico. Então, isso também está faltando. Eu acho que há problemas salariais e de carreira também. (M2, 43 anos, Clínica Médica/Pneumologia)

Percebe-se que as opiniões dos entrevistados, em algum momento, se convergem no que diz respeito à falta de interesse dos próprios profissionais de saúde, aos baixos salários e, principalmente, à falta de reconhecimento e conhecimento de CP.

Segundo a médica entrevistada F7:

Eu acho que isso foi há mais tempo. Eu vejo que hoje todos os serviços, a gente mesmo está em expansão; tínhamos 2 vagas e agora temos 3, né? Mas o dobro de candidatos fazendo prova. Eu acho que isso não reflete a atualidade, não. Eu não sei, daqueles serviços da pesquisa que eu vi, eu não lembro de ninguém ter falado que não preencheu vaga. [...] Pelo menos, o que eu tenho percebido é isso, pelo menos no nosso serviço e do que eu conheço aqui em Belo Horizonte, ninguém deixou de preencher vaga de residência. No ano passado, por exemplo, tivemos um residente que desistiu antes da pandemia, e não teve como fazer, já estava começado. Pode ser que eu esteja falando de um universo mais restrito, mas não vi esse comentário de que não tiveram vagas preenchidas. Pode até ser, mas acho que vem mudando. (F7, 47 anos, Clínica Médica/Acupuntura/Medicina Paliativa)

Oliveira (2014) explica que os primeiros programas de residência médica em MP no Brasil iniciaram em março de 2013, e referem-se ao ano opcional de R3 como pré-requisito de Medicina de Família e Comunidade, de Pediatria e de Clínica Médica. No entanto, isso não significou o preenchimento inicial das vagas disponíveis, o que, de certa forma, reforça a necessidade de estimular o ensino dos CP nos cursos de Medicina. Nesse sentido, Oliveira argumenta o seguinte:

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)

Ainda que, inicialmente nas residências médicas, a MP tenha sido retraída no Brasil em 2013, atualmente os programas de residências e o número de vagas de cada serviço vêm se ampliando, o que pode ser um grande contributo na área médica e nos cursos de formação médica de todos os níveis.

Atualmente, de acordo com o “Diagnóstico situacional das RM de CP no Brasil” (ANCP, 2021) são oferecidas 48 vagas ativas, sendo 28 na Região Sudeste, 11 na Região Sul, 6 na Nordeste e 3 na Centro-Oeste. Das 48 vagas ofertadas em 2021, 45 foram ocupadas. Até 2021, foram formados 151 médicos residentes. Observou-se que a Região Sudeste apresenta o maior número de programas de residência (56%), seguida pela Região Sul (25%). Não foram informados programas de residência em Medicina Paliativa na Região Norte. No entanto, vale ressaltar que a ampliação do ensino em CP na graduação médica e nas residências médicas de outras especialidades é de suma importância, pela crescente demanda de pacientes requerem esse tipo de cuidado.

Na questão sobre o que seria a formação ideal para o ensino de MP, os 9 entrevistados (100%) entendem ser importante que haja maior conhecimento sobre CP, e a grande maioria aponta para a necessidade de sua presença, principalmente, na graduação e residência médica, como meio de maior aprendizado da matéria a ser aplicada à prática clínica.

Nesse sentido, ao analisarem currículo de 58 escolas de medicina no Brasil, Toledo e Priolli (2012) identificaram que apenas 35,1% delas tratam da MP, em algum momento, mas a maioria (67%) das escolas ofertam essa disciplina como optativa. Esses dados reforçam a importância de tornar os CP mais presentes no âmbito da graduação médica, para permitir que o meio acadêmico tenha um contato maior e desperte o interesse dos estudantes em trabalhar na área.

Pelos relatos dos entrevistados, a pós-graduação pode ampliar os conhecimentos sobre MP (F2), de modo que o ideal seria pelo menos dois anos de residência médica (F2, F3).

Reforçam que os Cuidados Paliativos exigem um conhecimento multiprofissional (M1), sendo ideal a participação de médicos de múltiplas áreas (F1, F5, F6), e que o contato com esse conhecimento deveria ocorrer ao longo da graduação – no curso de medicina, com estágio supervisionado de Cuidados Paliativos (F7, M2).

Nessa questão, a entrevistada F1 relatou que fez uma excelente pós-graduação e, na sua opinião, “a pós do Sírio Libanês foi muito boa, muito abrangente”. Completa:

[...] eu acho que é fundamental e que, independentemente ao grupo a quem se destina, a formação tem que ser multi. Então tem que ter professores de todas as áreas do conhecimento. [...] acho muito importante que quem vai para uma pós-graduação efetivamente tenha um pouco de prática, porque precisa estar ali no dia a dia, pondo a mão na massa, enfrentando o desafio, vendo quais são os problemas, lidar com as dificuldades para você, durante o curso de pós-graduação aprender e aproveitar o que você vai usar no seu dia a dia. Acho que fazer uma pós-graduação em algo que você não trabalha, apesar de adquirir conhecimento, ele é pouco aplicável, e acaba se perdendo. Então eu fico pensando que estar trabalhando efetivamente com Cuidados Paliativos seja uma coisa importante para quem está em uma pós-graduação. Porque a pós-graduação, por vários motivos, não tem a parte prática real. Elas até te passam relatos de casos reais, mas você não está ali vendo o paciente, tendo que resolver o que vai ter que fazer com ele. [...] Então acho que ter a prática no trabalho é uma coisa importante e a qualidade da pós-graduação. (F1, 45 anos, Pediatria/Terapia Intensiva)

A participante F2 entende que o ideal para formação em MP é a residência mesmo, e que “do jeito que é a forma atual, um ano é pouco [...] o ideal seria pelo menos dois anos de residência”. O médico M1 entrevistado vai nessa direção, corroborando o entendimento da médica F2, dizendo que

[...] o ideal é a residência mesmo. Mas a pós-graduação consegue atender à necessidade, consegue ajudar. E a prática virá no dia a dia mesmo. [...] quem procura uma pós em Cuidados Paliativos sabe exatamente o que está procurando, está interessado naquilo. [...] então a pós-graduação, para ampliar o número de profissionais, poderá atender bem. E voltando na pergunta anterior, o fato de a medicina paliativa ser área de atuação ainda, acho que também isso limita muito [...] o interesse das pessoas em fazer medicina paliativa. (F2, 46 anos, Geriatria/Medicina do Trabalho)

Nesse ponto, a entrevistada F3 entende que

[...] o ideal da formação é que todos os estudantes, seja de medicina, seja de todas as demais dezoito áreas de saúde, tivessem Cuidados Paliativos ao longo da sua formação. De tal maneira que todos os profissionais saíssem com competências mínimas de Cuidados Paliativos, não com nível de especialista, mas capazes de compreenderem e cuidarem até dos seus pacientes com os valores e os princípios dos Cuidados Paliativos, e só precisando do especialista para casos mais complexos. [...] Para os médicos, pelo menos, existem as residências em Cuidados Paliativos,

mas não são muitas. Mas, o médico é o pior cliente para Cuidados Paliativos, ainda hoje. As atividades devem ser multiprofissionais. Além de elas serem estruturalmente mais adequadas, porque tem a ver com a proposta dos Cuidados Paliativos, elas se implantam com muito mais facilidade. (F3, 72 anos, Psiquiatria)

Já a entrevistada F4 afirma que não é favorável ao ensino de CP somente na residência médica. Deveria ter “x horas, inclusive de estágio”, e explica:

[...] quem já está formado há mais tempo, não tem condição de voltar e fazer uma residência médica. Não tem condição de parar tudo e ter dedicação exclusiva para um tipo de formação que remunera muito mal, cuja os ganhos são baixos. Então eu acho que afunilar dentro da residência médica excluiria uma série de pessoas [médicos] mais experientes, inclusive, mais vividos dentro dessa área. Só quem consegue fazer residência é recém-formado. E definitivamente essa é uma área que o recém-formado não tem a bagagem que ele precisa [...] a bagagem emocional, a bagagem humanista. Porque não é só uma especialidade médica com outra qualquer. Precisa desenvolver conhecimentos teóricos e habilidades técnicas [...], desenvolver como ser humano. Esse desenvolvimento como ser humano, para um jovem de 25 anos, que tá começando... que irá melhorando ao longo do tempo. E já temos muita gente com essa questão bem desenvolvida, que tem interesse em Cuidados Paliativos. É uma vantagem muito grande. Eu acho que o ideal é um misto da formação teórica, que as pós-graduações são capazes de ser e são; com uma exigência com campo de estágio que hoje não existe. E aí esse campo de estágio que poderia fazer ao longo de um tempo que permitisse dedicar-se [...] ao que for necessário, se for necessário dois, três anos, a sua formação vai validar e comprovar que você se dedicou. Mas se não tiver a exigência de uma dedicação exclusiva durante dois anos intensos, inviabilizam a vida das pessoas. E eu não acho isso só para Cuidados Paliativos, eu acho que [...] os médicos deveriam ter a oportunidade, de melhorar sua formação [...] através de programas de desenvolvimento profissional, que incluísse campos de estágio, que é o que a gente não tem hoje em dia. (F4, 49 anos, Ginecologia/Obstetrícia, atuação em CP)

Para F5, “a formação ideal é a residência médica”, porque não dá para aprender Cuidados Paliativos somente em teoria. Continua:

Então, se tiver uma pós-graduação com uma parte prática, aí aceito que também forma um bom profissional. Mas eu acho que, principalmente dentro do cuidado paliativo, tem que ter habilidades, como comunicação difícil [...], várias “delicadezas” que você precisa da parte prática, precisa do domínio da habilidade. Então, eu acho que o cenário ideal é a residência, pois a residência tem uma carga horária prática muito grande além da teórica. [...] E a gente pode ver isso no exterior. Hoje em dia, o cuidado paliativo é reconhecido como especialidade na Inglaterra desde 1987, nos EUA também, já tem muitos anos. E lá, além da residência, que é o *fellow* que eles fazem, também tem a prova de título, o *board certification*. Então, isso é reconhecido como uma especialidade; a pessoa precisa ter uma certificação formal e provar que ela tem capacidade de atuar. Porque é uma área que não basta só ter bom senso, precisa de ter muito conhecimento técnico, muito treino de habilidades, e a gente lidar não só com paciente, mas com família, extremamente num momento de vulnerabilidade e fragilidades. [...] É lamentável que a gente ainda não tenha um número de vagas suficientes para todos os profissionais. Mas eu acredito que é uma tendência, cada vez mais. Nos próximos anos, isso vai acontecer de forma natural. (F5, 33 anos, Clínica Médica, professora, preceptora, coordenadora da residência de cuidados paliativos)

No que diz respeito à formação em MP/CP, A médica F6 concorda com a entrevistada F5, pois entende que o ideal é que ocorra na residência médica:

[...] a formação ideal teria que ser com muita prática no modelo de residência médica. [...] Eu aproveitei bastante, porque eu tinha prática no meu dia a dia. Então eu consegui. Mas eu acho que se faz uma formação só teórica, para qualquer coisa, não só para medicina paliativa, eu acho que você perde muito. Para mim, o melhor modelo de formação para o médico é o modelo de residência médica, de fazer na prática, todo dia, e discutir e ter alguém para assessorar. (F6, 43 anos, Clínica Médica/Pneumologia, atua na medicina paliativa)

De acordo com M2, “o caminho é o da residência. Eu acho que tem que ter uma base, ter prática, na condução, no manejo. Não acredito que um ano seria o suficiente. Se o pré-requisito seria somente a clínica médica. Pensar em uma área de atuação; ter bagagem previa é muito importante” (47 anos, Clínica Médica/Geriatria, atendimento ambulatorial em cuidados paliativos).

A opinião da entrevistada F7 corrobora os demais entrevistados, entendendo que o ideal na formação paliativista seria que ocorresse durante a residência médica, pois tem prática e teoria que se complementam. Ela explica que

[...] tem que ter vivência, experiência [...] acho que na residência, ou algum curso de pós-graduação que tenha uma vivência e faça alguma prática. [...] as residências ainda saem muito heterogêneas, na questão de luto, da espiritualidade. Algumas coisas que a gente acaba, talvez, buscando depois da formação, esse aprofundamento. Que talvez em um ano, todos os serviços conseguem contemplar isso. [...] o paliativista precisa ter essa bagagem também de outras áreas que ajudam a ampliar o olhar. Então, seria a formação ideal. Mas uma formação mais robusta [...], mais básica, seria a do sistema e mais do cuidado paliativo mesmo. E depois a pessoa se aprofundar em outras áreas. (F7, 47 anos, Clínica Médica/Acupuntura, atua na medicina paliativa)

Observa-se que os entrevistados, em relação à formação de ensino ideal do médico paliativista em nível de pós-graduação, entendem que o ideal seria ocorrer na residência médica. Os CP como uma especialidade, obtida em uma pós-graduação de apenas um ano, ensina somente a teoria, e o médico paliativista tem que ter conhecimento para lidar com situações limítrofes entre a vida e a morte. Além disso, não se pode deixar de lado que a família do paciente, na terminalidade, também faz parte desse contexto, e talvez seja a comunicação mais delicada, mais sensível nesse processo de vida e morte.

Nesse sentido, Quintiliano (2020, p. 14) relata que, ao realizar a pós-graduação em aperfeiçoamento em cuidados paliativos, percebeu a deficiência na formação médica no Brasil, e que isso é “uma realidade” no país, a qual precisa ser mudada, sendo necessário “definir as competências em cuidados paliativos, principalmente para o perfil dos egressos em Medicina”.

No mesmo entendimento, as recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2020) preconizam que os cuidados paliativos devem ser priorizados na graduação da Medicina. Assim também seguem Mendes, Pereira e Barros (2021), que corroboram essas recomendações, defendendo que priorizar os CP na graduação médica é de suma importância, de modo que se estabeleça uma relação entre teoria e prática a partir dos primeiros anos da formação médica. Isso contribuirá para a formação dos novos médicos, tornando-os mais capacitados para o atendimento paliativo futuramente.

A maioria dos entrevistados médicos que atuam com CP disseram que não se basearam em nenhum currículo pré-existente nem em nenhuma base curricular para se orientarem sobre os CP. Somente 3 tomaram tiveram uma referência, sendo 2 na EAPC (F2 e F7) que aborda CP, por meio de um “Manual de Orientação”: “a questão da educação e formação para profissionais de saúde de cuidados paliativos” em diversos contextos de saúde, ou seja, “desde cuidados terciários em hospitais aos cuidados em atenção básica de saúde”. E 1 na ANCP (F5), que é, até o momento, a entidade principal de representação multiprofissional da prática de Cuidados Paliativos no Brasil.

De acordo com a entrevistada F1, que não teve como base nenhum currículo pré-existente:

Existe um grupo de pessoas em vários lugares do Brasil que estão fazendo uma matriz curricular para Cuidados Paliativos, não apenas para adultos, mas para pacientes pediátricos. Eu estou no grupo para montar a matriz de cuidado paliativo pediátrico, então existe um grupo para montar essa matriz na pediatria. Atualmente, a gente não tem essa matriz, a gente desenvolveu um curso que é realizado no ano inteiro do residente, abordando pontos importantes dos cuidados paliativos pediátricos: a questão espiritual, questão de bioética, a gente tem partes de sintomas físicos dor e não dor, questão de luto, terminalidade, sedação paliativa, cuidados no fim de vida. Isso tudo tem na temática a ser discutida com o residente, ao longo da residência de um ano. Nossa residência é de um ano. Mas não tem uma coisa bem estruturada, de como avaliar cada competência, em que momento avaliar cada competência, essas coisas vão acontecendo à medida que os casos vão surgindo. (F1, 45 anos, Pediatria/Terapia intensiva)

Segundo a entrevistada F2, “a base central é a recomendação de EAPC de cuidados paliativos. Só que ela é muito geral. Então acaba que eu vou me baseando em recomendações da EPAC, de artigos. Não existe uma matriz específica, só uma especificamente”.

O entrevistado M1, por sua vez, parece ir na mesma direção das entrevistadas F1 e F2, pois, segundo ele, que leciona na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ministra uma “aula introdutória” somente para que seus alunos tenham uma “ideia” do que são cuidados paliativos.

Já F3 disse não ter participado da “montagem” de nenhum curso, e recebeu “a estruturação do curso, a justificativa da ementa, não só da minha disciplina, mas do curso todo”, tendo participado apenas da elaboração da matriz de sua disciplina. No entanto, ressalta que tem conhecimento de que

[...] muitas experiências internacionais foram aproveitadas aqui no Brasil. Principalmente a experiência espanhola, pois a sociedade espanhola de Cuidados Paliativos é muito forte, muito atuante, e o país tem proximidade cultural com o nosso [ensino brasileiro em Medicina]. Mas eu não sei te dar muito mais detalhes do que isso. (F3, 72 anos, Psiquiatria)

A entrevistada F4, igualmente à F3, disse que nunca participou de algum projeto “neste nível de envolvimento”:

Eu sei que, na minha área, dou aula sempre sobre controle de sintomas ou comunicação com as áreas que mais atuo. E, na realidade, eu acho que não variam muito, seguem um pouco a matriz curricular que a gente teve lá no Instituto *Paliium*, que teve nos primeiros cursos e que também é a mesma matriz dos cursos internacionais. [...] Mas não sei te dizer em cima do quê as capacidades são desenvolvidas. (F4, 49 anos, Ginecologia/Obstetrícia, atuação em CP)

Já a médica F5 disse que se baseia na matriz curricular da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e relata que a ANCP “está desenvolvendo uma matriz de competências para a residência em Cuidados Paliativos. Essa matriz está sendo construída a partir da experiência de programas de residência existentes no Brasil e no exterior, bem como da literatura científica sobre a área”. Oportuno mencionar que esta é a mais nova profissional dentre os entrevistados. Percebe-se seu comprometimento com os CP academicamente e na prática.

Ainda sobre a criação da matriz, ela destacou que

[...] uma das coordenadoras do desenvolvimento da matriz explica que a ideia é que ela seja um documento oficial, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Isso garantiria que todas as residências em Cuidados Paliativos no Brasil tenham um currículo mínimo padronizado, o que contribuiria para a qualidade da formação dos profissionais. O desenvolvimento da matriz está em andamento e deve ser concluído em breve. A ANCP espera que ela seja um importante passo para o reconhecimento dos Cuidados Paliativos como especialidade médica no Brasil. Aqui estão alguns pontos importantes sobre a matriz de competências que está sendo desenvolvida pela ANCP: Ela será baseada na experiência de programas de residência existentes no Brasil e no exterior, bem como da literatura científica sobre a área. Ela será um documento oficial, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Ela garantirá que todas as residências em cuidados paliativos no Brasil tenham um currículo mínimo padronizado. Ela é um importante passo para o reconhecimento dos Cuidados Paliativos como especialidade médica no Brasil. (F5, 33 anos, Clínica Médica, professora, preceptora, coordenadora da residência de Cuidados Paliativos)

Sobre esse assunto, F6 relata:

[...] a gente sabe que não há uma matriz muito definida e há uma dificuldade nisso, em fazer essa matriz e ter um padrão em relação a isso. Não só em pós-graduação, mas em residência também. [...] a gente faz um curso de formação para os médicos que trabalham com a gente [...] faz uma sequência de conceitos, elegibilidade, controle de sintomas [...]. Coisas básicas, por exemplo: quando a gente dividiu a turma em grupos, para discutir casos clínicos, automaticamente dividiu grupo dos médicos, dos enfermeiros e dos psicólogos. A gente percebeu que eles não tinham sido trabalhados para atuar em equipe multi. Então, é fundamental, faz parte do conceito básico de Cuidados Paliativos. Primeira coisa que se aprende. [...] Então, apesar de dar aula nessa especialização [...], eu não recomendo. Mas eu acho que a minha participação, ainda que pequena, pode engrandecer de alguma forma. Sem falsa modéstia. (F6, 43 anos, Clínica Médica/Pneumologia)

Este relato parece antagônico, pois, ainda que atue na área médica com Cuidados Paliativos, a entrevistada não recomenda essa especialização. No entanto, reconhece que sua contribuição é importante, por menor que seja. Talvez por reconhecer que, quando leciona CP, minimamente garante um ensino-aprendizagem de qualidade — nesse ponto, demonstra seu interesse na área. Por outro lado, talvez adote uma didática (ou pedagogia) que desperte interesse dos alunos nas pós-graduações, uma vez que, em sua entrevista, diz que “sempre é convidada para dar aula sobre CP, geralmente em dois módulos”, e sempre aceita.

O entrevistado M2 confirma que, no que concerne à sua atividade docente na pós-graduação em CP, a matriz curricular do seu curso foi baseada na matriz do Instituto *Pallium* e na da pós-graduação da PUC Minas. A equipe consultou “vários currículos, como ‘Casa do Cuidar’,

‘Paliar’, e na pós-graduação [a matriz] foi condensada em 20 horas no final de semana. Pegamos pontos centrais e estruturamos”.

A entrevistada F7 disse que tem sido bastante difícil criar uma matriz curricular para CP, e usa uma expressão popular “Pior que foi uma peleja” para descrever sua experiência. Explica que

[...] não existia. Na verdade, para você ter ideia, eu peguei uma aula [...] lá do servidor, quando falava quantos por cento tinha em cada enfermaria, ambulatório. Barretos tinha um pouquinho mais estruturado. Mas, na época, não fiz uma pesquisa extensa. Tem algumas coisas da EAPC (*European Association for Palliative Care*), mas mais para a graduação. Mas para a residência, agora que tem surgido, ou talvez eu tenha pesquisado mais. Mas não tem um currículo estruturado aqui no Brasil. Nós estamos, inclusive, tentando criar um. Mas é uma necessidade mesmo. (F7, 47 anos, Clínica Médica/Acupuntura, medicina paliativa)

Barros (2018, p. 20) reforça o entendimento que “pacientes com enfermidades que demandam tratamentos longos ou mesmo sem possibilidade de cura, devem ter o modelo holístico de assistência, centrado na pessoa, buscando promover o bem-estar e qualidade de vida, e aliviar o sofrimento do paciente e de sua família”.

Este “reforço” mencionado refere-se às diretrizes do Consenso da Associação Europeia para Cuidados Paliativos, elencando dez competências interdisciplinares principais para atender o paciente. Elas são baseadas “nos princípios para trabalhar em equipe com parceria, compartilhando habilidades específicas de disciplina com colegas e com vontade de aprender uns com os outros, melhorando resultados gerais dos cuidados paliativos para pacientes e famílias” (p. 20). Essas competências, segundo os autores Gamondi *et al.* (2013), citados por Barros (2018),

[...] pretendem complementar as habilidades e atitudes que os profissionais de saúde já adquiriram na prática clínica, esperando que sejam capazes de integrar suas novas competências na prática clínica diária: 1. Aplicar os princípios básicos dos Cuidados Paliativos no ambiente onde os pacientes e as famílias estão inseridos; 2. Aumentar o conforto físico ao longo da trajetória da doença dos pacientes; 3. Atender às necessidades psicológicas dos pacientes; 4. Atender às necessidades sociais dos pacientes; 5. Atender às necessidades espirituais dos pacientes; 6. Responder às necessidades dos cuidados familiares em relação aos objetivos de atendimento ao paciente a curto, médio e longo prazo; 7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos; 8. Praticar a coordenação de cuidados abrangentes e trabalho em equipe interdisciplinar em todos os ambientes, onde os Cuidados Paliativos são oferecidos; 9. Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação adequadas aos Cuidados Paliativos; 10. Praticar a autoconsciência e buscar atualização profissional e educação continuada. (Barros, 2018, p. 20)

Nesse sentido, Mendes diz que

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. 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. 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. (Mendes, 2021, p. 28)

Ainda sobre essa temática, Figueiredo (2013) entende que é de suma importância aprender os preceitos paliativos ao longo da formação médica acadêmica. Para a autora,

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)

A partir desses relatos, foi possível observar a importância dos CP na formação médica desde o seu início. Ainda que em alguns momentos os relatos não sejam convergentes, em tempos em que a população se depara com tantas doenças e patologias, algumas até sem muito entendimento dos profissionais, compreender a linha limítrofe entre a vida e a morte é fundamental para aqueles, de qualquer área de atuação, que tenham competências e habilidades no trato dos pacientes que demandam cuidados paliativos, como também seus cuidadores e familiares.

6.3.2 A trajetória profissional em MP

Nesse aspecto, os participantes da pesquisa foram questionados sobre como podemos despertar o interesse dos médicos em MP, tendo em vista a crescente demanda de especialistas na área. A maioria entende que seria na graduação. Os demais se dividem entre a convivência diária no meio hospitalar, inserir a disciplina CP no currículo do curso de Medicina e tornar o CP uma especialidade médica.

Ressalta-se que, de acordo com a Resolução CNE/CES 3, de 3 de novembro de 2022, citada anteriormente, houve alterações nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Segundo Castro *et al.* (2021, p. 2), “a identificação de barreiras no ensino de CP

aponta os desafios enfrentados pelos coordenadores dos cursos de Medicina, como falta de corpo docente especializado, ausência de serviço clínico de CP, reduzido interesse da instituição, verbas insignificantes e escassez de tempo e de material didático apropriado”.

De acordo com a entrevistada F1, os CP chamaram sua atenção a partir de uma aula a que assistiu:

Quem eu ouvi falar de CP que fez meu olho brilhar, e eu falei “Nossa! Eu quero aprender esse negócio”, foi a Ana Cláudia Arantes no TED. Eu assisti ao TED dela e eu nem sabia o que era, quem era. Mas ela me fez ficar emocionada, ela trouxe para mim uma vontade de ser aquela médica. “Nossa! Ela está falando da médica que eu gostaria de ser”. Então eu acho que tem que ter alguma coisa dentro de cada um. Tem que ter uma semente ali plantada, um desejo, um sonho. Mas eu acho que ver alguém que te estimula, que te encanta, falar sobre os CP é uma coisa que pode trazer sua atenção e te fazer buscar mais informação a respeito disso. (F1, 45 anos, Pediatria/Terapia intensiva)

Já a médica F2 foi bastante concisa na sua colocação. Segundo ela,

[...] o foco principal é educação. Eu acho que a falta de conhecimento é o grande impasse. Mas não só de profissionais de saúde, mas da sociedade, mesmo. Assim, saber o que o paliativista pode fazer, como ele pode fazer, acabar com esse medo de final de vida que é só morte. É valorizar o que o paliativista é capaz de fazer e agregar a cuidado do paciente. (F2, 46 anos, Geriatria/Medicina do Trabalho)

O entrevistado M1 acredita que o interesse deve ser despertado na graduação, na formação inicial dos futuros médicos. Assim justifica sua resposta:

Na graduação as pessoas vão começar a entender isso, e dentro das residências com estágios obrigatórios em Medicina Paliativa. Hoje tenho algumas pessoas que despertaram o interesse em medicina paliativa, que passaram no estágio conosco. Então tem um número grande que despertara o interesse, que me falam que despertou o interesse em medicina paliativa por causa do estágio, então ser obrigatório seria interessante. Tentar fazer com que essas pessoas tenham uma formação mínima de cuidados paliativos para todo profissional. (M1, 46 anos, Geriatria/Medicina do trabalho)

A médica entrevistada F3 deu um exemplo das regras feitas pelo Governo Federal, em que consta a obrigatoriedade de ter Cuidados Paliativos em todas as unidades oncológicas:

Vai levar um tempo para a gente ter equipes disponíveis e experientes para os locais onde precisam. Agora, [sobre] como mexer com médico, eu tenho uma visão, muito, muito imediatista a respeito disso. Eu tenho a convicção de que se você não luta para colocar Cuidados Paliativos na formação durante os seis anos, com privilégio nos últimos anos, os anos de internato mesmo, nos anos de prática, que para todo médico, ainda hoje, são os anos mais importantes da vida dele, a gente vai ter muita dificuldade. Porque, depois que o médico já fez a sua experiência, já tem em média

5 a 10 anos de especialização, ele até pode ser “contaminado”, mas é muito mais difícil. Ao passo que, se você oferece esse conhecimento, que na verdade, convenhamos, não é um conhecimento, não é de especialidade, quer dizer, não tem uma doença própria dos Cuidados Paliativos, não tem um remédio que seja próprio dos Cuidados Paliativos, então até o nome “especialidade” não cabe muito bem. Mas Cuidados Paliativos são uma forma de atuar, uma forma de ver o cuidado, é um olhar. Os Cuidados Paliativos é a formação de um olhar no profissional. É esse olhar que é a forma mais eficaz de se formar, e durante a formação, dando os mesmos privilégios que se dá para cirurgia ou para neurologia. Agora, é difícil, é! Não tem professor de Cuidados Paliativos ainda, em número suficiente para as trezentas e cinquenta e tantas especialidades, se é que não aumentou desde a última contagem. Sem dúvida nenhuma, parece simples na fala, mas não é na prática. Agora, se a tarefa em si já é difícil, qualquer esforço que você faz demanda energia, na minha concepção, vamos botar energia no lugar em que rende mais. Não é fazer mais curso de pós-graduação, mas é destinar a mesma energia para convencer metade, que seja. [...] As faculdades de medicina precisam colocar Cuidados Paliativos não como disciplina específica, [mas] como conteúdo ao longo de todo o curso, o que inclusive pode ser bem melhor. Eu tenho essa disciplina, mas eu acredito em introduzir os conceitos de Cuidados Paliativos longitudinalmente durante os 6 anos, na prática e no internato. (F3, 72 anos, Psiquiatria)

Sobre essa questão, a médica F4 entende que “o primeiro passo é tornar uma especialidade médica”. E completa, afirmando que se não “tornar uma especialidade, a gente fica no limbo, no limbo de interesse e de remuneração”. Nesse sentido, ela sugere que

A segunda coisa a se fazer é um *lobby* junto à Agência Nacional de Saúde, junto ao Ministério da Saúde, para que exista uma previsão de carreira nesta área, que exista uma remuneração por atendimento, para que exista uma remuneração por conferência familiar, para que exista uma carreira de Cuidados Paliativos dentro do serviço público, onde exista a possibilidade de você ser contratada através de concurso. E que você possa crescer neste sentido. Que exista uma carreira de Cuidados Paliativos dentro das universidades e que não simplesmente faça parte, né, como um cantinho da clínica médica, ou um cantinho da saúde coletiva, ou um cantinho da geriatria ou oncologia. A partir disso, começa a ter fomento de pesquisa, de carreira universitária, e aí as pessoas vão começar a ficar mais interessadas. Neste momento eu acho que a gente está muito longe disso. Por enquanto estão só os inspirados, vamos dizer, que estão se dedicando. Pessoas que desde cedo têm interesse nesta área. Outra coisa são as ligas. Eu as vejo crescerem bastante hoje em dia. Então, entrar na graduação mostrando “a cara” dos Cuidados Paliativos, como a gente tem feito no trabalho com as ligas, eu acho que semear, põe uma sementinha de curiosidade de interesse. Se a gente começa com, vou dizer, “o canto da sereia”, durante a graduação, é muito difícil que as pessoas escolham seguir. (F4, 49 anos, Ginecologia/Obstetrícia, atuação em CP)

A entrevistada F4 deixa claro seu interesse pelo ensino dos CP, não apenas na graduação, mas como uma continuidade, inclusive no campo da pesquisa, e zela pela divulgação da prática associada à teoria, mostrando realmente o que são Cuidados Paliativos e como atuar nessa área. Ela também menciona a necessidade de regulamentação governamental, com possibilidade de contratação via concurso. No entanto, o que se vê na prática é o desinteresse dos órgãos governamentais, das escolas de medicina e, até, dos próprios estudantes, que escolhem áreas que são bem remuneradas, em tese fáceis, e assim por diante.

A entrevistada F5 corrobora o entendimento da médica F4, entendendo que o “interesse dos médicos em Medicina Paliativa, diante da crescente demanda de especialistas na área”. Assim, acredita que deve começar na formação básica e, conseqüentemente, haverá mais interesse. Segundo ela,

Os acadêmicos começam a despertar quando eles sentem a inserção durante a faculdade. Seja em disciplinas, seja em ligas, seja em eventos. Eu acho que a gente deve buscar despertar. Eu falo até mesmo antes da formação acadêmica, na formação escolar. Se você tem esses conceitos, se você entende que isso é uma coisa natural que faz parte da vida, e você precisa saber focar no paciente como um todo, focando na qualidade de vida, desde o diagnóstico até a finitude, eu acho que essa temática tem que estar desde a formação escolar, principalmente na formação acadêmica da área da saúde, mas em todas as áreas. E aí, é lógico que esse interesse vai ser desenvolvido, e na hora que chegar o momento da residência, o aluno já vai ter se despertado. Então, eu acho que o fato de não ter o menor contato com isso na formação acadêmica é o que mais a gente vê como barreira hoje em dia. [...] na hora de escolher sua área de atuação, sua especialidade, de não optar por não ter realmente o conhecimento. Então eu acho que é isso, é lógico, exemplos na área, congressos, seminários, simpósios, isso tudo ajuda muito. Mas eu acredito que a gente tem que saber inserir lá na graduação mesmo. (F5, 33 anos, Clínica Médica, professora, preceptora, coordenadora da residência de Cuidados Paliativos)

Sob esse ponto de vista, a médica, como outros entrevistados, entende que o interesse deve começar na graduação. Continua:

Então a gente precisa, dentro da graduação, mostrar o que são os Cuidados Paliativos de fato. Não sei, uma aula, uma disciplina opcional, aqui na Faculdade Baiana tem uma disciplina de Cuidados Paliativos, que é uma disciplina optativa, assim, a pessoa pode escolher fazer ou não. Um dos professores que dá aula — aliás, nenhum dos professores tem especialização em Cuidados Paliativos —, um dos professores é até antigo no mercado, que tem pós-doutorado, mas não tem especialização, e outro professor tem formação, mas não tem especialização ainda. (F6, 43 anos, Clínica Médica/Pneumologia)

Já o entrevistado M2 tem uma opinião sobre questões que devem ser pensadas a priori:

[...] tem que ter uma geografia, um *designer*. Acho que essa é a geografia mínima. [...] precisa ter uma aula, pelo menos uma disciplina, que possa apresentar e [o aluno] vai entender e vai sair da faculdade sabendo o que é, pelo menos. Então, a partir daí, a gente tem que conversar sobre aquelas áreas que estão próximas [...], a oncologia, a pediatria, a própria área médica. Por exemplo, aqui o residente da Clínica só corre comigo se for eletivo. [...] Acho que precisamos colocar na matriz curricular da graduação para se ter uma disciplina. A partir daí, as áreas que são proximidades, e discutir as matrizes de clínica médica, oncologia, geriatria. Tem que ter uma vivência de paliativo. Naturalmente, a pessoa vai querer se aprofundar mais. (M2, 47 anos, Clínica Médica/Geriatria, atendimento ambulatorial em cuidados paliativos)

De acordo com a médica F7, enquanto professora de MP na residência, a convivência hospitalar é muito importante, sendo essencial a presença de uma equipe de Cuidados Paliativos. De acordo com sua percepção na residência, ela conta que

[...] os residentes, quando passam na unidade, desperta o interesse. [...] Uma coisa é educação na graduação. Na residência é um momento ótimo para o residente ter esse contato. Para os médicos que estão atuando há mais tempo, muitos deles vão se identificar percebendo. Esse caminho de uma residência que está mais na tecnologia, mais afastado do paciente. Essa questão da finitude mesmo. Então, essa sensibilização e o contato de acompanhar o paciente. Uma equipe de Cuidados Paliativos que ele vai acompanhar com interconsulta, e as pessoas perceberão um diferencial. Acho que é sensibilização. Penso mais nesse sentido, do contato com o trabalho da equipe e da sensibilização nas pessoas para ver em quem desperta esse interesse. (F7, 47 anos, Clínica Médica/Acupuntura, medicina paliativa)

A percepção que se teve ao longo das entrevistas é que a maioria das respostas se convergem e há poucas divergências. Isso porque os entrevistados entendem que o interesse pelos CP deve se dar a partir da graduação, ao longo da formação e na residência médica. Como disciplina, talvez, mas o entendimento majoritário é de que os CP são uma forma de atuação que deve ser aprendida ao longo de toda a formação médica.

Importa mencionar, ainda, que no Brasil existe uma desigualdade quanto à distribuição de médicos paliativistas entre as regiões. Considerando os participantes deste estudo, a maioria atua na região Sudeste (66%). Segundo dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), São Paulo conta com 126.687 médicos, e entre os 191 serviços de CP no Brasil, 55% (101 serviços) se encontram na Região Sudeste, em maioria nas capitais brasileiras (ANCP, 2020). Com isso, um dos grandes desafios a serem enfrentados no país refere-se ao aumento da dispersão dos serviços (ANCP, 2020a).

No entanto, se levar em consideração a população nacional, o número de médicos que atuam com CP é ainda muito irrisório. Além da percepção de haver necessidade crescente em Cuidados Paliativos em diversas áreas da prática médica, talvez a área mais carente seja a Oncologia, dada a sua complexidade. Nesse sentido, dadas as dimensões geográficas do Brasil e a crescente demanda em CP, são poucos os médicos atuando nessa área (Freitas, 2017).

Os resultados aqui encontrados são similares à pesquisa de Freitas (2017), quando diz que o ensino de CP na formação médica no Brasil ainda é muito tímido e restrito em parte das grades curriculares de graduação em Medicina. E, geralmente, quando ofertados é disciplina

optativa, ou seja, não faz parte integrante do currículo dos cursos de graduação em Medicina (Freitas, 2017).

Freitas (2017) cita alguns trechos (fragmentos dos textos 1, 3 e 4) da Carta de Praga, um “documento de afirmação dos cuidados paliativos como direito dos pacientes e obrigação legal dos governantes” (p. 528), redigido “pelas principais organizações que promovem cuidados paliativos no mundo: a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) e o Observatório dos Direitos Humanos (HRW)” (p. 528). Diz o texto 1:

“Porque todos vamos morrer! Na morte fazemos uma escolha. O processo de morrer não precisa ser como estamos acostumados. A vida é um ciclo e a morte faz parte dela. [...] Vê-la com dignidade, como parte desse processo. E ter dignidade ao morrer requer cuidados e atenção”. (Freitas, 2017, p. 528)

No texto 3: “Os cuidados paliativos não se limitam ao fim da vida”. E, no texto 4, traz que “A importância de se fornecer cuidados paliativos ao paciente reside na necessidade de ratificar a morte como processo natural”. (Freitas, 2017, p. 528)

Percebe-se a necessidade da MP nos cursos de Medicina na graduação, na pós-graduação e na residência médica, pois é de suma importância que o pacientes, como sujeitos de direito, tenham o mínimo indispensável ofertado na prática clínica, principalmente quanto aos CP.

As falas dos entrevistados remeteram ao meu tempo de clinica direcionado a idosos, mas também como professora no Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPITAN), onde leciono a disciplina Serviço e Saúde Comunitária (IESC V), para o quinto período do curso de Medicina, e também como preceptora no curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), em São João del Rei, estado de Minas Gerais, Brasil. Meu entendimento coaduna com os respondentes, pois, na prática diária, tanto clinica como acadêmica, sinto certa dificuldade em lidar com residentes em situações de gravidade, cronicidade e terminalidade da doença. Lidar com a dor, com o diálogo com paciente e familiares em situações complicadas, como as mencionadas, não é tarefa fácil, pois requer habilidade, empatia e, ao mesmo tempo, resolutividade. No entanto, é gratificante cuidar e lidar com esse público, seja acadêmica ou profissionalmente, pois me identifico,

principalmente ao cuidar de idosos. Conhecer e aprender sobre Cuidados Paliativos fez com que me identificasse ainda mais com o trabalho oferecido a esse público.

No entanto, como professora entendo que os Cuidados Paliativos merecem estar incluído no currículo regulamentar das faculdades e universidades de Medicina, pois, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, conseqüentemente as doenças são mais frequentes em idosos, devido ao processo natural e/ou a doenças pré-existentes. Por outro lado, em situações mais complexas, como as frequentemente encontradas nas unidades de terapia intensiva (UTIs), os alunos (acadêmicos ou residentes) precisam estar conscientes de suas atribuições e saber desenvolvê-las. E esses conhecimentos podem ser adquiridos na teoria, mas, fundamentalmente, apenas na prática diária.

A dinâmica de tratamento e análise dos dados e informações levaram à interrupção de novos participantes por vários motivos. Um deles foi a ausência de respostas, a negação em participar da pesquisa, o que levou à falta de novos enunciados, “correspondendo ao que se designa como saturação teórica”, ou seja, “foi atingido, supostamente, o adensamento teórico possível, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos” (Fontanella *et al.*, 2011) da pesquisa original. No entanto, a coleta de novos dados e informações através da entrevista supostamente acrescentaria poucos elementos para a discussão em relação à densidade das respostas obtidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à percepção dos médicos quanto à formação em MP, a maioria entende que é necessário fortalecer a formação e a especialização em CP para médicos, principalmente na residência médica. De acordo com os participantes deste estudo, atualmente a formação paliativista envolve apenas o conhecimento clínico para lidar com o controle de sintomas e gestão da dor, não preparando os futuros médicos para o doente crônico e terminal.

Sobre a trajetória dos especialistas em MP, todos eles atuam nesta área médica, ou seja, em CP. No entanto, suas trajetórias profissionais e acadêmicas são muito diversificadas. Independentemente da formação, não houve alteração nos resultados o fato de ter feito prova da AMB, ou ter feito residência em MP, podendo ser considerada a pós-graduação na formação de médicos paliativistas, desde que possua uma parte prática para que, assim, o conhecimento seja mais consolidado. Essa outra formação pode gerar mais profissionais capacitados e, com isso, melhorar a assistência que o paciente tanto necessita.

No que se refere à experiência dos médicos paliativistas ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional, a maioria relatou que tem sido “gratificante” na prática clínica diária. Porém, ressaltam que muito ainda depende de ser ensinado e aprendido durante a trajetória acadêmica, seja durante a graduação, a pós-graduação e a residência médica, destacando a necessidade de aquisição de habilidades de comunicação sensível, empatia e compaixão, fundamentais para o atendimento centrado no paciente.

Os entrevistados entendem que os aspectos capazes de despertar o interesse dos estudantes de Medicina e médicos em MP seria a partir da graduação, através da inserção da disciplina CP no currículo do curso de Medicina, e da possibilidade de tornar os CP uma especialidade médica, não somente uma subespecialidade. Nesse ponto, é interessante destacar o ponto da integração dos CP a outras especialidades médicas, uma vez que todo médico pode ser paliativista, acompanhando todo o percurso do paciente e garantindo melhor acolhimento ao longo da sua vida.

Em síntese, os médicos paliativistas entrevistados destacam a necessidade urgente de aprimorar a formação em CP desde a graduação. Embora as trajetórias acadêmicas e profissionais sejam diversas, existe consenso sobre a importância de uma especialização mais

estruturada, focada na prática, para consolidar o conhecimento. Além disso, é ressaltada a necessidade de tornar a MP acessível a todos os médicos, permitindo que qualquer profissional médico possa ser especialista, sem a necessidade de uma subespecialização formal. A inclusão da disciplina de CP no currículo de Medicina e sua possível formalização como uma especialidade médica são vistas como medidas essenciais para garantir um atendimento de maior qualidade e humanização aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **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. Acesso em: 30 jun. 2024.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Diagnóstico situacional das RM de CP no Brasil**. ANCP, 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/analise-situacional-recomendacoes-ancp-desenvolvimento-cuidados-paliativos-brasil/>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- ALMEIDA, A. M. Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400005>. Disponível em: www.scielo.br/j/rbem/a/mgkJVSVZB8sPQWW5KRLGvfm/. Acesso em: 15 ago. 2024
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados Paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, e238471, p. 1-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>. Disponível em: www.scielo.br/j/pcp/a/YjthVg7rxNhm5nhDqrsCqTQ/?lang=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, I. C. **Reflexões sobre o ensino da Bioética e Cuidados Paliativos em uma Escola Médica do Distrito Federal** [manuscrito]. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2018.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul.-dez. 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202013000200003. Acesso em: 15 ago. 2024.
- CARAMICO, H. J.; ZAHER, V. L.; ROSITO, M. M. B. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. **Bioethikos**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 76-90, 2007. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Ensino_da_bioetica.pdf. Acesso em: 12 jul. 2024.
- CASTRO, A. A. *et al.* Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210310>. Disponível em: www.scielo.br/j/rbem/a/nGdd6Pg6wtMqJMZMkLZZRWB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

CASTRO, A.; TAQUETTE, S. R.; MARQUES, N. O. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162.ing>. Disponível em: Acesso em: 5 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 338, de 25 de novembro de 2022. Altera as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 nov. 2022. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/legislacoes/detalhe/204/parecer-cne-ces-n.-338>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os Artigos 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022. Disponível em: www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2022/11/resolucao-cne-ces-3-3-novembro-2022.pdf. Acesso em: 4 nov. 2024.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Tradução: Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALL'OGGIO, L. M. *et al.* Ensino de Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras: uma revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, Curitiba, v. 22, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e705>. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/705>. Acesso em: 30 jun. 2024.

DANIEL, B. K. Empirical verification of the “TACT” framework for teaching rigour in qualitative research methodology. **Qualitative Research Journal**, v. 18, n. 3, p. 262-275, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1108/QRJ-D-17-00012>. Disponível em: <https://colab.ws/articles/10.1108%2Fqrj-d-17-00012>. Acesso em: 5 nov. 2024.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. **Palliative care: a human right**. Praga: EAPC. Disponível: <https://eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=6AmBAJNDb8A%3D&tabid=1871>. Acesso em: 19 jul. 2024.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências – Profissional) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2013.

FLICK, U. **An Introduction to Qualitative Research**. Washington: SAGE Publications, 2018.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>. Disponível em: www.scielo.br/j/rbem/a/DJvJFJxwSSZ9CDBxkvMmHYfj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 jul. 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em:

www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt. Acesso em: 14 ago. 2024.

FREITAS, E. D. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 527-35, 2017.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995.

GONZÁLEZ, F. E. Reflexões sobre alguns conceitos da pesquisa qualitativa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 8, n. 17, p. 155-183, 2020.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Grupo Ânima Educação: Belo Horizonte, 2014.

JOHNSON, R. B. *et al.* New directions in mixed methods research [Special issue]. **Research in the Schools**, Flórida, v. 13, n. 1, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/421440276/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

KUROGI, L. *et al.* Implantação e implementação de serviços em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 1-16, out./dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304573PT>. Disponível em: www.scielo.br/j/bioet/a/sNrsYtmbycSGChtvSdbcwtf/. Acesso em: 16 ago. 2024.

KANASHIRO, A. C. S.; GRANDINI, R. I. C. M.; GUIRRO, U. B. P. Cuidados paliativos e o ensino médico mediado por tecnologias: avaliação da aquisição de competências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 739-747, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210254>. Disponível em: www.scielo.br/j/rbem/a/ZjVBsdsKsF5hqFjnMWWwsWJ/abstract/?lang=pt. Acesso em 19 ago. 2024.

KVALE, S. The Social Construction of Validity. **Qualitative Inquiry**. [S.l.], v. 1, 1995. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/107780049500100103>. Acesso em: 25 out. 2024.

MELO, C. de F. *et al.* O binômio morte e vida para idosos em cuidados paliativos. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 1-16, jul./dez. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000200002. Acesso em: 19 ago. 2024.

MENDES, P. B., PEREIRA, A. A., BARROS, I. C. Bioética e Cuidados Paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 534-546, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021293489>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MENDES, P.; OLIVEIRA, J.; PEREIRA, A. Perfil do médico que atua em Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 837-49, out/dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304574PT>. Disponível em: www.scielo.br/j/bioet/a/pwRTLK7k8QTsrjDXqQQTm9x/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 ago. 2024.

MENDES, P. **Perfil sociodemográfico da formação profissional e do trabalho dos Médicos que atuam em Cuidados Paliativos no Brasil**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2021.

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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 out. 2024.

MINEIRO, M. A. S. A.; GRACIA, L. F. Pesquisa Qualitativa e Quantitativa: imbricação de múltiplos e complexos fatores das abordagens investigativas. **Momento: Diálogos Em Educação**, Rio Grande, v. 31, n. 3, pág. mar. 2022. Disponível em: <https://seer.furg.br/momento/article/view/14538>. Acesso em: 30 jun. 2024.

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

OLIVEIRA, G. B.; GUAÍUMI, T. J.; CIPULLO, J. P. Avaliação do ensino de Bioética nas faculdades de medicina do estado de São Paulo. **Arquivo de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 125-131, jul.-set. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-522543>. Acesso em: 15 set. 2024.

OLIVEIRA, J. R. **Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2014.

OLIVEIRA, S. R.; PICCININI, V. C. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. **Cadernos Ebape.BR**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512009000100007>. Disponível em: www.scielo.br/j/cebape/a/5ss33Zwp89j3wW89mXWkG5Q/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados paliativos**: uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023.

PAIVA, L. M.; GUILHEM, D.; SOUSA, A. L. L. O Ensino da Bioética na Graduação do Profissional de Saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 4, p. 357-369, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i4p357-369>. Disponível em: www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/89580. Acesso em: 29 ago. 2024.

PINHEIRO, T. *et al.* Teaching palliative care in a free clinic: a Brazilian experience. In: CHANG, E.; JOHNSON, A. **Contemporary and innovative practice in palliative care**. Croatia: InTech, 2012. Disponível em: <http://cdn.intechopen.com/pdfs/27611/InTech-teaching_palliative_care_in_a_free_clinic_a_brazilian_experience.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H., *et al.* (orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

QUEIROZ, L. M. P. de. *et al.* Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230170.pt>. Disponível em: www.scielo.br/j/rbgg/a/KsDVHgsGVc67bnJhq6RpfyP/. Acesso em: 12 jan. 2025.

QUINTILIANO, K.; SOARES, F. Definição de competências em Cuidados Paliativos na Formação do Médico Generalista. **Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e desafios**. Alagoas, v.3, p. 175-187, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.175-187>. Disponível em: www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP_28842821f24150946cfda84aa430a81c. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA JUNIOR, L. A.; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>. Disponível em: www.scielo.br/j/ciedu/a/yBwC9L74v4vD3s4PwVXggsk/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 ago. 2024.

SILVA, R. V.; OLIVEIRA, W. F. O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1421-1441, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00162>. Disponível em: www.scielo.br/j/tes/a/KDLCKfXGXMwJrFfbzWdWRdt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 14 out. 2024.

SOUZA, L. C. de *et al.* Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, 2025. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>. Disponível em: www.scielo.br/j/ape/a/YkL3fkKZ4C6Z6nqGKNSSc4j/. Acesso em: 24 jul. 2024.

SOUZA, V. R. dos S. *et al.* (2023). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/abstract/?lang=pt. Acesso em: 6 nov. 2024.

TAQUETTE, S. R., VILLELA, W. V. Qualitative research in medicine. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.12322016>. Disponível em: www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/4-4/en/. Acesso em: 14 nov. 2024.

TORLIG, E. G. S. *et al.* Proposta de Validação para Instrumentos de Pesquisa Qualitativa (Vali-Quali). **Administração: Ensino e Pesquisa (RAEP)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 5-31, 2022. DOI: <https://doi.org/10.13058/raep.2022.v23n1.2022>. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/2022>. Acesso em: 21 out. 2024.

ZAMARCHI, G. C. G.; LEITÃO, B. F. B. Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais da saúde. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233491PT>. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3491. Acesso em: 17 ago. 2024.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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, 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

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

Telefone: (31) 988668081

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

E-mail: 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

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 B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Código da entrevista:

1. Dados Gerais

Data:

Idade:

Sexo:

Ano de formatura:

Graduação em Escola Médica Pública ou Privada:

Tempo de experiência em Cuidados Paliativos:

Tempo de especialidade em Medicina Paliativa:

Forma de obtenção da Medicina Paliativa como especialidade:

2. Questões temáticas das entrevistas:

2.a Como foi sua trajetória profissional até se tornar especialista em Medicina Paliativa?

2.b Na sua opinião, por que o tema Cuidados Paliativos ainda tem espaço limitado nas residências médicas de outras especialidades?

2.c Segundo Oliveira (2014), “O fato de criar vagas de Residência Médica em Medicina Paliativa não significou em matrículas e preenchimento das vagas”. A que você atribui o não preenchimento de vagas de alguns serviços de Residência Médica em Medicina Paliativa no país?

2.d Como você acha que deve ser a formação de ensino ideal do médico paliativista em nível de pós-graduação?

2.e Na sua atividade de preceptoria e Residência Médica ou Professor em nível de pós-graduação em Cuidados Paliativos, você se baseou em algum currículo pré-existente? Como foi feito a matriz curricular do seu curso?

2.f Para você, como podemos despertar o interesse dos médicos em Medicina Paliativa, visto a crescente demanda de especialistas na área?

ANEXO C – QUADRO DE RECORTES TEMÁTICOS

1	<p>A temática dos CP no Brasil tem ganhado espaço e importância na área da saúde, principalmente com o envelhecimento da população e do aumento de doenças crônicas e/ou terminais. No entanto, a formação médica no país ainda precisa de uma abordagem mais robusta sobre o manejo dos pacientes críticos e terminais. Sendo assim, entender a autopercepção dos médicos em relação à sua formação e a percepção de suas competências na área de cuidados paliativos é de suma importância, visando à melhoria da educação médica e, conseqüentemente, da qualidade do atendimento desses pacientes.</p>	
2	<p>A formação médica em CP no Brasil ainda é um tema pouco abordado de maneira sistemática nos currículos das faculdades de medicina em geral. Embora os CP sejam reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como essencial para o bem-estar dos pacientes com doenças crônicas avançadas e terminais, sua inclusão na graduação dos cursos de medicina, até o momento, tem sido limitada e fragmentada, pois esta é oferecida como disciplina optativa e não obrigatória. Portanto, a ausência de preparo específico pode resultar em profissionais com pouca (ou nenhuma) habilidade para lidar com questões como a dor, o sofrimento, a morte e, também, com questões éticas envolvendo pacientes terminais. Entender a autopercepção dos médicos sobre sua formação nesta área é primordial notadamente nos cursos da área médica.</p>	
3	Agrupamento das categorias	
3.1	<p>Cuidados Paliativos como tema limitado em residência médica e outras especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escassez de formação em Cuidados Paliativos nas residências médicas. • Dificuldades institucionais e estruturais para integrar Cuidados Paliativos ao currículo de residência. • Percepção da importância do tema nos diferentes contextos e especialidades médicas.
3.2	<p>Motivos do não preenchimento de vagas em residência médica em Cuidados Paliativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmas sobre cuidados paliativos, como sendo uma área “menos prestigiosa” ou associada à morte. • Falta de conhecimento e conscientização sobre a importância da especialização. • Ausência de um mercado de trabalho consolidado para médicos paliativistas.

3.3	Ensino ideal do médico paliativista em pós-graduação	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo curricular/educacional ideal para médicos paliativistas: teoria x prática. • Necessidade de uma abordagem interdisciplinar na formação em Cuidados Paliativos. • Importância das habilidades na condução da comunicação, dor, morte e ética e suporte emocional em Cuidados Paliativos, em situações de agravos e terminalidade.
3.4	Atividade de preceptoria e residência médica em Cuidados Paliativos, com base em currículo pré-existente	<ul style="list-style-type: none"> • Desafios na(s) preceptoria(s) e supervisor(es) de residentes em Cuidados Paliativos. • Efetividade dos currículos na prática de Cuidados Paliativos. • Importância da experiência prática e do aprendizado situacional na residência médica.
<p>Esses temas foram extraídos das entrevistas com o objetivo de compreender, de forma mais abrangente, as experiências e percepções dos médicos sobre a formação tanto a nível de graduação e pós-graduação, quanto na residência médica, e no campo de atuação em CP, nas mais diversas áreas da medicina. A percepção que se teve ao longo deste estudo foi baseada nas respostas dos entrevistados, identificação das lacunas no ensino na área médica, fatores que de alguma maneira dificultam a formação e o crescimento da área de CP, bem como os possíveis caminhos para a formação dos médicos paliativistas no Brasil.</p>		