



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fabíola de Fátima Sousa

**Análise do grau de conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família no
Distrito Federal referentes aos cuidados paliativos**

Campo Grande

2022

Fabíola de Fátima Sousa

**Análise do grau de conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família no
Distrito Federal referentes aos cuidados paliativos**

Dissertação apresentada ao Programa em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Tereza Gomes Guerrero.

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde: Tendências contemporâneas da educação e estratégias.

Campo Grande

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S725a Sousa, Fabíola de Fátima.
Análise do grau de conhecimento dos médicos da estratégia saúde da família no Distrito Federal referentes aos cuidados paliativos/
Fabíola de Fátima Sousa. -- 2022.
43 f. : il. ; tab.

Orientadora: Ana Tereza Gomes Guerrero.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande - MS, 2022.

1. Cuidados Paliativos. 2. Médicos. 3. Conhecimento. 4. Estratégia saúde da família. 5. Distrito Federal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10981

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Ana Paula Neves Longobuco – CRB/7-6876
Biblioteca de Saúde Pública

Fabíola de Fátima Sousa

**Análise do grau de conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família no
Distrito Federal referentes aos cuidados paliativos**

Dissertação apresentada ao Programa em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 05 de setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul

Prof.^a Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia
Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul

Prof.^a Dra. Ana Tereza Gomes Guerrero (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul

Campo Grande

2022

Dedico essa dissertação aos meus filhos Letícia, Sofia e Maria Clara que são minhas inspirações de persistência, dedicação e superação.

AGRADECIMENTOS

À Deus acima de tudo.

Ao meu esposo Weverton pelo incentivo, amor e compreensão durante todo esse processo.

Aos meus pais Cecília e João Luís que sempre estiveram ao meu lado incentivando os estudos.

À minha orientadora Prof. Dra. Ana Tereza Gomes Guerrero, por toda sabedoria, disponibilidade e ensinamentos compartilhados.

À Prof. Dra. Débora Dupas, por tantas oportunidades ofertadas, generosidade e acolhimento.

Aos amigos Debora Dorneles, Fabricia Paola e Sinthia Dayanne embarcaram juntas nessa jornada.

Ao Cristiano Nery, por todo o carinho e presteza, e por ser meus olhos em terra de cego.

Não há riqueza maior que a saúde do corpo,
nem contentamento maior que a alegria do
coração. É melhor a morte do que uma vida
amarga e o descanso eterno, mais que uma
doença prolongada.

(ECLESIÁSTICO 30, 16-17)

RESUMO

Este trabalho aborda o tema cuidados paliativos, numa perspectiva histórico-conceitual. O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que defrontam com doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento e da dor. E objetiva trazer uma reflexão sobre a temática dos CP's, e avaliar o grau do conhecimento que os profissionais médicos atuantes em Estratégia Saúde da Família (ESF) na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) tem ao lidar com os pacientes em CP's e o seu controle e manejo da dor. A metodologia do estudo transversal de abordagem observacional, analítica e quantitativo. Foram realizados com médicos da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no período de julho e dezembro de 2021. A população do estudo foi composta por 94 (noventa e quatro) participantes, de um total de 453 médicos de família e comunidade, os critérios de inclusão foram ser médico da ESF da SES-DF e estar cadastrado em uma equipe da ESF da SES-DF, foram excluídos médicos que não estavam na assistência médica. Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio de 02 (dois) questionários autoaplicáveis pelo *Google Forms*, no período de julho e dezembro de 2021. O primeiro instrumento foi um questionário de caracterização do profissional médico, elaborado pela pesquisadora. Foram investigadas as seguintes variáveis: gênero, idade, tempo de formação, graduado em faculdade pública ou privada, residência médica em saúde da família, residência médica em cuidados paliativos, pós-graduação em medicina de família e comunidade, pós-graduação em cuidados paliativos. O segundo instrumento o “Teste de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos de Bonn” (Anexo), parte da tradução e adaptação transcultural da *Bonn Palliative Care Knowledge Test*. Este avalia cinco domínios dos cuidados paliativos que são divididos por quesitos de conhecimento geral (QCG), quesito de controle de sintomas (QCS), quesito dor (QD) e quesito atenção sobre morrer (QASM) e a avaliação de autoeficácia. Foi desenvolvido na Alemanha em 2011 e incorpora as mudanças das diretrizes adotadas em CP's pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰. Este teste contém 23 (vinte e três) itens que analisam o conhecimento sobre CP, abordando tópicos como dor e controle de sintomas, conhecimento geral sobre o tema e atitudes sobre a morte e o morrer. Além disso, inclui 15 (quinze) questões de avaliação de auto eficácia na prestação de CP. Os resultados contribuem no âmbito de políticas públicas e de introdução desta matéria em currículos escolares para formação dos profissionais, pois indicam que existe uma falha na formação dos profissionais de saúde para a atuação em CP e discute a necessidade da ampliação de serviços dedicados

aos CP's. E a educação permanente como qualificação do serviço, com vista em melhorar a atuação dos profissionais atuantes na ESF quando se deparar com pacientes que necessitem de CPs, trazendo uma articulação com gestores locais no intuito de promover protocolos e matriciamentos para tais profissionais.

Palavras-chave: cuidados paliativos; médicos; conhecimento; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

This work addresses the topic of palliative care, from a historical-conceptual perspective. Palliative Care (PC) is an approach that promotes the quality of life of patients and their families, who face diseases that threaten the continuity of life, through the prevention and relief of suffering and pain. It aims to bring a reflection on the theme of PC's, and to assess the degree of knowledge that medical professionals working in the Family Health Strategy (ESF) at the Health Department of the Federal District (SES-DF) have when dealing with patients in PC's and its control and management of pain. The methodology of the cross-sectional study of observational, analytical and quantitative approach. They were carried out with physicians from the Family Health Strategy of the Health Department of the Federal District (SES-DF) between July and December 2021. The study population consisted of 94 (ninety-four) participants, out of a total of 453 family and community doctors, the inclusion criteria were to be a doctor from the ESF of the SES-DF and to be registered in an ESF team of the SES-DF, doctors who were not in medical care were excluded. Data were collected by the researcher, through 02 (two) self-administered questionnaires using Google Forms, between July and December 2021. The first instrument was a questionnaire to characterize the medical professional, prepared by the researcher. The following variables were investigated: gender, age, training time, graduate from public or private colleges, medical residency in family health, medical residency in palliative care, postgraduate studies in family and community medicine, postgraduate studies in palliative care. The second instrument, the "Bonn Palliative Care Knowledge Test" (Annex), is part of the translation and cross-cultural adaptation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test. This assesses five domains of palliative care that are divided into general knowledge (QCG), symptom control (QCS), pain (QD) and attention to dying (QASM) and self-efficacy. It was developed in Germany in 2011 and incorporates changes to the guidelines adopted in PC's by the World Health Organization (WHO)²⁰. This test contains 23 (twenty-three) items that analyze knowledge about PC, covering topics such as pain and symptom control, general knowledge about the topic and attitudes about death and dying. In addition, it includes 15 (fifteen) questions to assess self-efficacy in the provision of PC. The results contribute within the scope of public policies and the introduction of this subject in school curricula for the training of professionals, as they indicate that there is a failure in the training of health professionals to work in PC and discuss the need to expand services dedicated to PC's. And permanent education as a service qualification, with a view to improving the performance of

professionals working in the ESF when faced with patients who need PCs, bringing articulation with local managers in order to promote protocols and matrix support for such professionals.

Keywords: palliative care; doctors; knowledge; family health strategy.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Distribuição absoluta e relativa para as respostas dos profissionais para o questionário da satisfação do teste de conhecimento sobre CP nas questões de autoeficácia..... | 25 |
| Tabela 2 | Média e desvio padrão para a proporção de respostas corretas, por dimensão, comparadas as características do perfil da amostra | 28 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CP | Cuidados Paliativos |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DF | Distrito Federal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | equipe Saúde da Família |
| HAB | Hospital de Apoio de Brasília |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MFC | Médico de Família e Comunidade |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SES-DF | Secretaria de Saúde do Distrito Federal |
| SPSS | <i>Statistics Product and Service Solutions</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| QCG | Quesito Conhecimento Geral |
| QD | Quesito Dor |
| QCS | Quesito Controle de Sintomas |
| QASM | Quesito Atenção Sobre Morrer |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|--|----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. | OBJETIVOS | 17 |
| 2.1. | OBJETIVO GERAL..... | 17 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 3. | METODOLOGIA | 18 |
| 3.1. | TIPO DA PESQUISA..... | 18 |
| 3.2. | LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO..... | 18 |
| 3.3. | PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO | 18 |
| 3.4. | INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS | 18 |
| 3.5. | ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS | 19 |
| 3.6. | ASPECTOS ÉTICOS | 19 |
| 4. | RESULTADOS | 21 |
| 4.1. | ARTIGO | 21 |
| | REFERÊNCIAS | 36 |
| | APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-EDUCACIONAL | 39 |
| | APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO CÍVICO E ESCLARECIDO | 40 |
| | ANEXO | 40 |

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais (CENSO, 2020). A população idosa tende a crescer nas próximas décadas, como aponta a projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em 2018(CENSO, 2020). Em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, esse processo de envelhecimento propõe mudança no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento de base (menos crianças e jovens) e alargamento do corpo (adultos) e topos (idosos) (CENSO, 2020). Compreende-se que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial que decorre da redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida (COELHO, 2012).

O envelhecimento é um processo natural com diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo e leva ao declínio do funcionamento de três grandes sistemas orgânicos: o imune, o endócrino e o nervoso (MS, 2007) (ZABAN, 2009). Este processo não ocorre de forma uniforme em todos os indivíduos, variando no tempo histórico, culturas, classes sociais, história de vida pessoal, condições educacionais, estilos de vida, determinações genéticas, gênero, profissões, entre outros aspectos envolvidos (HEIN, 2012) (VERAS, 2009).

Esta mudança no perfil demográfico determinou também mudanças no perfil epidemiológico e de morbidade, realçando o aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como a necessidade de adequações nos encargos familiares, novos desafios para as áreas da saúde, da previdência, da educação, do transporte, da moradia, do lazer, entre outros, no intuito de assegurar qualidade de vida no idoso (VERAS, 2009). Essa transformação nas necessidades populacionais desencadeou também modificações nas demandas das políticas públicas de saúde (HEIN, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no âmbito da saúde pública no Brasil desde a segunda década do século XX (VILAÇA, 2018). A APS surge como um modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) que ao longo de décadas tenta se consolidar no país (VILAÇA, 2018). Nessa conjuntura desenvolve-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada ao SUS, com o intuito de romper a atenção fragmentada e centralizada e com o papel de coordenadora do cuidado e organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (VILAÇA, 2018).

A ESF tem como uma de suas principais características o cuidado por equipes

multidisciplinares, com objetivo de atenção integral aos indivíduos, família e comunidade em todos os ciclos de vida, tendo como base e orientação o cuidado centrado na pessoa e a clínica ampliada e compartilhada (VILAÇA, 2018) (BRASIL,2009). A equipe de ESF é composta por um (a) médico (a) de família e comunidade, um (a) enfermeiro (a), pelo menos um (a) técnico (a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas equipes contam com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que é composto por outros especialistas, como nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo (a), assistente social.

Nesse contexto, o médico de família de comunidade (MFC) irá atender enfermidades crônicas fora da possibilidade de cura que pode gerar diferentes graus de sofrimento físico, emocional, social e espiritual às pessoas e suas famílias (VIEIRA *et al*, 2017). Evidencia-se que este é mais um desafio para a equipe que deve manter assistência integral, oportunizando o oferecimento de um cuidado de saúde que prioriza qualidade de vida, dignidade e autonomia (VIEIRA *et al*, 2017).

Na década de 1980, surge o termo Cuidados Paliativos (CP), e em 1990 ele é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MIYAJIMA, 2009). Os CP's são uma abordagem integral para a promoção de qualidade de vida e minoração do sofrimento para os pacientes e sua família frente a uma enfermidade que ameaça à vida, considerando não apenas o aspecto biológico do ser humano, mas todas as suas outras facetas, como psicossociais e espirituais) (MIYAJIMA, 2009).

Conforme a OMS, essa modalidade de cuidado deve ser oferecida o mais precoce possível, a fim de evitar sintomas e complicações de doença de base colaborando com a sobrevivência do paciente (WORLD, 2015). Recomenda como princípio de atuação, o controle de sintomas e dor, o alívio do sofrimento, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar (WORLD, 2015).

No intuito de garantir essa abordagem integral é necessária uma abordagem multiprofissional (DOURADO, 2017). Uma equipe multiprofissional que trabalha bem conectada possibilita a ampliação do olhar frente ao indivíduo e sua experiência com o sofrimento, com o objetivo de um cuidado horizontal, holístico e estendido ao seu contexto social (DOURADO, 2017). No contexto brasileiro, os CP's envolvem um movimento crescente, mas ainda é uma especialidade nova, que se consolidou em 2011(DOURADO, 2017).

No Brasil a taxa de mortalidade por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), está diminuindo 1,8% ao ano, sendo um dos motivos, a ampliação da APS. Segundo registros

da OMS, dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônicas degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil tem 1 milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles são por doenças crônicas (MATSUMOTO,2012).

O papel da APS na assistência às pessoas em cuidados paliativos é cada dia maior, gerando a necessidade de aquisição de novas habilidades e competências para lidar com a finitude da vida¹⁴. Diante deste complexo e desafiadora realidade os CP's apontam como uma forma contemporânea de assistência à saúde na última década. Diferencia-se da medicina curativa por enfatizar cuidados integrais, com prevenção e controle de sintomas para indivíduos com doenças graves ameaçadoras da vida e cuidados também para seus familiares (MATSUMOTO, 2014).

No Distrito Federal (DF), há o Hospital de Apoio de Brasília (HAB) inaugurado em 1994 e funcionando como serviço de CP desde 2000, é o único hospital do DF especializado em reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas graves e em cuidados paliativos oncológicos. Possui atendimento ambulatorial e de internação com leitos para pacientes que não estejam realizando tratamento modificador da doença e que almejam momentos de despedida com familiares (ANCP, 2012).

O HAB possui uma equipe interdisciplinar que atua de acordo com necessidade de cada indivíduo, incluindo tratamento com a família sobre lidar com a doença do paciente, o objetivo é trazer apoio e melhora da qualidade de vida (ANCP, 2012). Identifica-se que o Hospital seja uma referência na área e os pacientes são encaminhados via regulação ou e-mail da instituição pelos hospitais gerais das redes públicas ou APS ou em acompanhamento domiciliar, e que não tenham indicação de procedimentos invasivos. E também, recebem pacientes de todas as regiões administrativas do DF (ANCP,2012).

No Brasil a estimativa para 2020, é de 389 mil novos casos de câncer, sendo a segunda causa de morte em todo o mundo e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018(INCA, 2016). Em razão desses indicadores e aos avanços, melhorias nos diagnósticos e tratamento precoce, apresenta-se um aumento no número de pacientes recuperados pelo câncer. Neste contexto, os CP's se apresentam como um avanço especializado em ofertar suporte ao paciente e familiares.

Pacientes com dor crônica necessitam de um acompanhamento multidisciplinar com tratamento adequado de dor crônica (SESDF, 2022). Evidencia-se que vários são os sintomas desconfortáveis que poderão se apresentar sobre os indivíduos em CP na APS, dentre eles a dispneia, a dor, delirium ou agitação, febre, tosse e sonolência, mas há plena possibilidade de manejo desses sintomas pela equipe Saúde da Família (eSF) na APS (KUNZ,2020).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento do profissional médico da Estratégia Saúde da Família relativo ao cuidado paliativo, controle e manejo da dor prestado ao paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar o conhecimento do profissional médico atuante na Estratégia Saúde da Família relativo ao cuidado paliativo e a capacidade técnica formativa dos profissionais médicos da ESF;

-Comparar se há diferença deste conhecimento, práticas e formação médica entre os profissionais médicos da ESF com e sem formação específica em cuidados paliativos.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DA PESQUISA

Estudo transversal de abordagem observacional, analítica e quantitativo.

3.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Foram realizados com médicos da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no período de julho e dezembro de 2021.

3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população do estudo foi composta por 94 (noventa e quatro) participantes, de um total de 453 médicos de família e comunidade, os critérios de inclusão foram ser médico da ESF da SES-DF e estar cadastrado em uma equipe da ESF da SES-DF, foram excluídos médicos que não estavam na assistência médica.

3.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio de 02 (dois) questionários autoaplicáveis pelo *Google Forms*, no período de julho e dezembro de 2021, foram enviados via WhatsApp ou e-mail para cada participante por duas vezes.

O primeiro instrumento foi um questionário de caracterização do profissional médico, elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1). Foram investigadas as seguintes variáveis: gênero, idade, tempo de formação, graduado em faculdade pública ou privada, residência médica em saúde da família, residência médica em cuidados paliativos, pós-graduação em medicina de família e comunidade, pós-graduação em cuidados paliativos.

O segundo instrumento o “Teste de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos de Bonn” (Anexo), parte da tradução e adaptação transcultural da *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (MINOSSO,2017). Este avalia cinco domínios dos cuidados paliativos que são divididos por quesitos de conhecimento geral (QCG), quesito de controle de sintomas (QCS), quesito dor (QD) e quesito atenção sobre morrer (QASM) e a avaliação de

autoeficácia. Foi desenvolvido na Alemanha em 2011 e incorpora as mudanças das diretrizes adotadas em CP's pela OMS (MINOSSO, 2017). Este teste contém 23 (vinte e três) itens que analisam o conhecimento sobre CP, abordando tópicos como dor e controle de sintomas, conhecimento geral sobre o tema e atenção sobre a morte e o morrer. Além disso, inclui 15 (quinze) questões de avaliação de auto eficácia na prestação de CP. A escala é do tipo Likert e as possíveis respostas incluem “correto”, “bastante correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de alfa de Cronbach de 0,71 para os itens sobre conhecimento e de 0,86 para os de avaliação da autoeficácia (PFISTER *et al*, 2011).

Cada participante do estudo, antes de receber o questionário, foi informado dos seus objetivos e procedimentos e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Somente aqueles que concordaram e assinaram o TCLE responderam ao questionário. Compreende-se que o risco é mínimo na pesquisa e importante destacar que todos os dados foram tratados de forma a manter o sigilo, anonimato e não rastreabilidade das informações dos participantes.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, amplitude e amplitude interquartis), com estudo da simetria pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

A comparação das proporções de respostas corretas entre dois grupos independentes ocorreu pelo teste de *Mann Whitney U*. Para critérios de decisão estatística considerou-se o nível de significância de 5%.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi protocolado na Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº42471120.1.0000.8027, como também no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF)

sob o CAAE nº42471120.1.3001.5553, com aprovação na data de 04 de maio de 2021 na FIOCRUZ e 11 de agosto de 2021 na FEPECS. Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidas conforme Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012) (Apêndice 2).

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigo intitulado Análise do grau de conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal referentes aos cuidados paliativos que será submetido à Revista Brasileira de Educação Médica.

4.1. ARTIGO

Cuidados Paliativos: Análise do grau de conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre Cuidados Paliativos (CP), numa perspectiva histórica no que tange o conhecimento sobre o tema. CP é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que defrontam com doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento e da dor. Este trabalho tem como objetivo analisar o conhecimento dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal (DF) referente a temática dos CP's. A metodologia foi um estudo transversal de abordagem observacional, analítica e quantitativo. Foram realizados com médicos da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no período de julho e dezembro de 2021. A população do estudo foi composta por 94 (noventa e quatro) participantes, de um total de 453 médicos de família e comunidade, os critérios de inclusão foram ser médico da ESF da SES-DF e estar cadastrado em uma equipe da ESF da SES-DF, foram excluídos médicos que não estavam na assistência médica. Foi adotada a aplicação de 02 (dois) questionários, um sobre a caracterização sócio educacional do médico construída pelo próprio pesquisador e o segundo foi o “teste de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos de Bonn”. Este avalia cinco domínios dos cuidados paliativos que são divididos por quesitos de conhecimento geral (QCG), quesito de controle de sintomas (QCS), quesito dor (QD), quesito atenção sobre morrer (QASM) e a avaliação de autoeficácia na prestação de CP. Os resultados indicam que existe uma falha na graduação dos profissionais de saúde para a atuação em CP e discute a necessidade da ampliação de serviços voltado para essa temática ou pelo aprimoramento das já existentes, com novos enfoques

sendo a educação permanente para qualificação profissional.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Médicos; Conhecimento; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This work is a study on Palliative Care (PC), in a historical perspective regarding the knowledge on the subject. PC is an approach that promotes the quality of life of patients and their families, who face diseases that threaten the continuity of life, through the prevention and relief of suffering and pain. This study aims to analyze the knowledge of doctors working in the Family Health Strategy (ESF) of the Federal District (DF) regarding the PC's theme. The methodology was a cross-sectional study with an observational, analytical and quantitative approach. They were carried out with physicians from the Family Health Strategy of the Health Department of the Federal District (SES-DF) between July and December 2021. The study population consisted of 94 (ninety-four) participants, out of a total of 453 family and community doctors, the inclusion criteria were to be a doctor from the ESF of the SES-DF and to be registered in an ESF team of the SES-DF, doctors who were not in medical care were excluded. The application of 02 (two) questionnaires was adopted, one on the socio-educational characterization of the doctor constructed by the researcher and the second was the "Knowledge test on Palliative Care of Bonn". This assesses five domains of palliative care that are divided into general knowledge (QCG) questions, symptom control (QCS), pain (QD), attention to dying (QASM) and self-efficacy in the provision of PC. . The results indicate that there is a failure in the graduation of health professionals to work in PC and discusses the need to expand services focused on this theme or to improve existing ones, with new approaches being permanent education for professional qualification. **Keywords:** Palliative Care; Doctors; Knowledge; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais¹. A população idosa tende a crescer nas próximas décadas, como aponta a projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em 2018¹. Em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, esse processo de envelhecimento propõe mudança no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento de base (menos crianças e jovens) e alargamento do

corpo (adultos) e topo (idosos)¹. Compreende-se que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial que decorre da redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida²

Esta mudança no perfil demográfico determinou também mudanças no perfil epidemiológico e de morbidade, realçando o aumento das doenças crônicas degenerativas, bem como a necessidade de adequações nos encargos familiares e novos desafios para as áreas da saúde, no intuito de assegurar qualidade de vida para o idoso². Essa transformação nas necessidades populacionais desencadeou também modificações nas demandas das políticas públicas de saúde^{2,3,4}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no âmbito da saúde pública no Brasil desde a segunda década do século XX⁴, desenvolvendo-se, nessa conjuntura, a ESF como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e com o intuito de romper a atenção fragmentada e centralizada⁴.

A ESF tem como uma de suas principais características o cuidado por equipes multidisciplinares, com objetivo de atenção integral aos indivíduos, família e comunidade em todos os ciclos de vida, baseado na orientação do cuidado centrado na pessoa^{4,5}.

Na década de 1980, surge o termo CP, e em 1990 ele é conceituado pela OMS como uma abordagem integral para a promoção de qualidade de vida e minoração do sofrimento para os pacientes e sua família frente a uma enfermidade que ameaça a vida, considerando não apenas o aspecto biológico do ser humanos, mas todas suas outras facetas, como psicossociais e espirituais⁶.

Qualquer paciente que possui doença crônica e/ou ameaçadora da vida poderá se beneficiar com os CP⁷. Os cuidados paliativos não devem substituir os cuidados curativos apropriados. O preconizado é uma melhor e mais precoce integração dos CP com o tratamento ativo. Os benefícios consistem em melhor planejamento prévio de cuidados, melhora da qualidade de vida, redução de sintomas desagradáveis, maior satisfação dos pacientes e do núcleo cuidador e menor utilização do sistema de saúde⁷.

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, com a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS⁸. A resolução propõe, que nas redes de atenção à saúde, sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá. A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todo ponto da rede, na atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar,

urgência e emergência⁸. Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção a Saúde (RAS)⁸.

Recomenda-se como princípio de atuação o controle de sintomas e dor, alívio do sofrimento, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar⁹.

No contexto brasileiro, os CP's envolvem um movimento crescente, que se consolidou como especialidade médica em 2011⁹. No DF, o Hospital de Apoio de Brasília (HAB), funcionando como serviço de CP desde 2000, é o único local do DF especializado em reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas graves e em CP oncológicos, porém é ainda incipiente a experiência na área, bem como nos fluxos de trabalho da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)¹⁰. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento do profissional médico da ESF do DF, relativo aos CP's, no intuito de disseminar a informação no âmbito da APS.

METODOLOGIA

Este é um estudo primário, observacional, transversal, quantitativo que foi realizado com a coleta de 02 (dois) questionários autoaplicáveis pelo *Google Forms*, no período de julho a dezembro de 2021, para avaliar o conhecimento e práticas do profissional médico da ESF no DF.

O primeiro instrumento constou de um questionário de caracterização sócio educacional do profissional médico, construído pela própria pesquisadora, na qual foram investigadas, as seguintes variáveis: gênero, idade, tempo de formação, graduado em faculdade pública ou privada, residência médica em saúde da família, residência médica em cuidados paliativos, pós-graduação em medicina de família e comunidade, pós-graduação em cuidados paliativos.

O segundo constou do “Teste de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos de Bonn”, parte da tradução e adaptação transcultural da *Bonn Palliative Care Knowledge Test*. Este avalia cinco domínios dos cuidados paliativos¹¹. São divididos por quesitos de conhecimento geral (QCG), quesito de controle de sintomas (QCS), quesito dor (QD) e quesito atenção sobre morrer (QASM) e a avaliação de autoeficácia. Foi desenvolvido na Alemanha em 2011 e incorpora as mudanças das diretrizes adotadas em CP pela OMS¹¹. Este teste contém 23 (vinte e três) itens que analisam o conhecimento sobre CP's, abordando tópicos como dor e controle de sintomas, conhecimento geral sobre o tema e atitudes sobre a

morte e o morrer. Além disso, inclui 15 (quinze) questões de avaliação de auto eficácia na prestação de CP. A escala é do tipo *Likert* e as possíveis respostas incluem “correto”, “bastante correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de alfa de Cronbach de 0,71 para os itens sobre conhecimento e de 0,86 para os de avaliação do auto eficácia¹².

Todos os participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como preconiza a resolução CNS/MS 466/12 que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos¹³. Uma vez que as participações serão apenas com resposta de questionário anônimo, o risco é mínimo na pesquisa. Importante destacar que todos os dados foram tratados de forma a manter o sigilo, anonimato e não rastreabilidade das informações dos participantes.

O presente estudo foi protocolado na Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº42471120.1.0000.8027, como também no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF) sob o CAAE nº42471120.1.3001.5553, com aprovação na data de 04 de maio de 2021 na FIOCRUZ e 11 de agosto de 2021 na FEPECS. Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidas conforme Resolução Nº 466/2012¹⁴

RESULTADOS

Os resultados referem-se a uma amostra de 94 (noventa e quatro) profissionais médicos da estratégia saúde da família atuantes na SES/DF, predominantemente do sexo feminino, 52,1% (n=49), e com idades variando de 26 a 63 anos, e média estimada em 37,8 (*DP* = 8,5) anos.

Observou-se que pouco mais da metade da amostra realizou a graduação em instituição pública, 53,2% (n=50).

O tempo de trabalho na SES/DF variou de 6 meses até 32 anos, sendo que a mediana foi de 5,0 anos.

Metade dos profissionais, 50,0% (n=47) confirmaram ter residência medicina de saúde da família e comunidade. No entanto, 8,5% (n=8) declararam ter pós-graduação lato-senso em CP.

Foi questionado junto aos profissionais se, caso nunca tenha frequentado formação

extracurricular na área dos CP, se gostaria de frequentar e, 71,3% (n=67) responderam de forma positiva. A presença de outra especialidade alcançou 41,5% (n=39) da amostra.

Buscou-se investigar se, durante o curso de graduação o profissional recebeu informação suficiente sobre cuidados à doentes em situação terminal, e 6,4% (n=6) responderam que sim.

Ainda, 18,1% (n=17) da amostra considerou suficiente o conhecimento que possui sobre CP. A dimensão Quesito Dor (QD) concentrou a maior proporção médias de acertos, 74,7%. No que se refere a dimensão com a menor proporção de acertos nas respostas, está foi detectada na dimensão Quesito Atenção Sobre Morrer (QASM), com estimativa de 63,1%,

Quando as questões para a autoeficácia foram avaliadas sobre o quanto os profissionais se sentiram capacitados, considerou-se como sentir-se incapaz às respostas, Incorreto/Pouco correto, enquanto que, para sentir-se capaz as classificações, Razoavelmente correto/Correto.

De acordo com os resultados o destaque foi para as elevadas proporções na classificação “sente-se capazes”, principalmente nas questões 15, 89,2% (n=83); 2, 85,0% (n=79); 12, 82,7% (n=77) e as questões 5 e 7, cada uma representando 80,6% (n=75).

Entretanto, nas questões 6 e 9, chama a atenção pelo elevado percentual de profissionais que assinalaram “pouco correto”, demonstrando que não se sentem tão autoconfiantes para as respectivas proposições.

No item 6, o fluxo para atendimento de pacientes em CP na SES/DF não ser amplo em decorrência de ter somente uma referência, o HAB, para dar suporte a tal paciente com internações e consultas multiprofissionais, que recebem pacientes de todas as regiões administrativas do DF. É uma referência na área e os pacientes são encaminhados via regulação ou e-mail da instituição pelos hospitais gerais das redes públicas, APS ou em acompanhamento domiciliar.

A questão 9, foi onde ocorreu empate entre as capacidades dos profissionais como aponta na tabela 1 a seguir:

Tabela1: Distribuição absoluta e relativa para as respostas dos profissionais para o questionário da satisfação do teste de conhecimento sobre CP nas questões de autoeficácia

| Autoeficácia: penso que sou capaz de: | Teste de conhecimento sobre CP ^A | | | |
|--|--|------|---|------|
| | Sente-se Incapaz (Incorreto + pouco correto) | | Sente-se capaz (Razoavelmente correto + Correto) | |
| | n | % | n | % |
| 1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP | 24 | 25,8 | 69 | 74,2 |
| 2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas | 14 | 15,0 | 79 | 85,0 |
| 3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde | 27 | 29,0 | 66 | 71,0 |
| 4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP | 25 | 26,5 | 69 | 73,5 |
| 5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP | 18 | 19,4 | 75 | 80,6 |
| 6. Organizar o contato com um serviço de CP | 39 | 42,0 | 54 | 58,0 |
| 7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros | 18 | 19,4 | 75 | 80,6 |
| 8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada: | 29 | 31,5 | 63 | 68,5 |
| 9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP | 46 | 50,0 | 46 | 50,0 |
| 10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte | 43 | 46,3 | 50 | 53,7 |
| 11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida | 43 | 46,3 | 50 | 53,7 |
| 12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos | 16 | 17,3 | 77 | 82,7 |
| 13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP | 23 | 24,7 | 70 | 75,3 |
| 14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida | 32 | 34,5 | 61 | 65,5 |
| 15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir | 10 | 10,8 | 83 | 89,2 |

A: Percentuais de cada questão obtido sobre o total da amostra.

Dados ausentes (Não respondeu): Questões de 1 a 3; De 5 a 7, DE 10 a 15 [1(1,1%)];

Questões 8 e 9 [2(2,1%)

As proporções de acertos, em cada uma das dimensões, foram comparadas as variáveis do perfil geral da amostra e, a idade mostrou-se representativa na dimensão Quesito Conhecimento Geral (QCG), apontando para uma correlação significativa positiva ($r = 0,219$; $p=0,036$) onde os profissionais com idades mais elevadas devem apresentar proporção de acertos, também, elevadas na referida dimensão ou então quanto menor a idade do profissional, menor deve ser a proporção de acertos.

A informação referente à pós-graduação lato-senso em CP, mostrou-se representativa sobre a proporção de acertos na dimensão Quesito Controle de Sintomas (QCS) ($p=0,036$). Verificou-se que o grupo que informou não ter pós-graduação lato-senso em CP ($68,0\pm 33,4$) concentrou proporções médias inferiores, quando comparado aos casos que relataram ter sim pós-graduação lato-senso ($87,5\pm 25,4$). Desta forma, ter pós-graduação lato-senso em CP implica em uma proporção média de acertos significativamente maior.

Outra característica da amostra que se mostrou importante foi a questão se tem outra especialidade nas dimensões QCG ($p=0,04$) e QCS ($p=0,029$). Identificou-se que a média de acertos foi significativamente maior entre os profissionais que não têm outra especialidade, tanto na dimensão QCG [outra especialidade – Sim: $63,8\pm 14,3$ vs. Não: $71,4\pm 10,7$], quanto na dimensão QCS [outra especialidade – Sim: $64,1\pm 26,2$ vs. Não: $73,6\pm 31,7$], como mostra a tabela 5.

Tabela 2: Média e desvio padrão para a proporção de respostas corretas, por dimensão, comparadas as características do perfil da amostra.

| Variáveis | % de Acertos | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------|---------------|------------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | n | QCG | | QD | | QCS | | QASM | |
| | | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Feminino | 49 | 67,6% | 12,5% | 72,9% | 13,4% | 68,4 % | 36,4 % | 61,9 % | 15,6% |
| Masculino | 45 | 68,9% | 13,2% | 76,8% | 12,3% | 71,1 % | 31,1 % | 63,3 % | 16,9% |
| p(value)^c | | 0,629 | | 0,243 | | 0,296 | | 0,672 | |
| Idade (anos) – [r; (p)] | 82 | 0,219 (p=0,036) | | -0,052 (p=0,623) | | 0,016 (p=0,882) | | -0,118 (p=0,262) | |
| Sua graduação foi em Faculdade/Universidade | | | | | | | | | |
| Particular. | 44 | 66,8% | 12,9% | 75,0% | 12,8% | 69,3 % | 32,7 % | 63,3 % | 14,6% |
| Pública. | 50 | 69,5% | 12,7% | 74,6% | 13,3% | 70,0 % | 35,0 % | 62,0 % | 17,5% |
| p(value)^c | | 0,303 | | 0,874 | | 0,923 | | 0,708 | |
| Há quanto tempo você trabalha na SES/DF – [r; (p)] (anos) | 94 | -0,172 (p=0,103) | | -0,058 (p=0,587) | | -0,004 (p=0,968) | | -0,192 (p=0,072) | |
| Tem Residência Médica de Família e Comunidade | | | | | | | | | |
| NÃO | 47 | 66,2% | 13,3% | 75,7% | 12,6% | 70,2 % | 34,0 % | 62,1 % | 16,2% |
| SIM | 47 | 70,2% | 12,1% | 73,8% | 13,4% | 69,1 % | 33,9 % | 63,1 % | 16,3% |
| p(value)^c | | 0,131 | | 0,500 | | 0,880 | | 0,752 | |
| Tem pós-graduação lato-senso em CP | | | | | | | | | |
| NÃO | 86 | 68,5% | 13,0% | 74,6% | 13,0% | 68,0 % | 33,4 % | 62,6 % | 16,4% |
| SIM | 8 | 65,6% | 11,1% | 76,8% | 13,1% | 87,5 % | 25,4 % | 62,5 % | 14,8% |
| p(value)^c | | 0,552 | | 0,649 | | 0,036 | | 0,988 | |
| Se nunca frequentou formação extracurricular na área dos CP gostaria de frequentar | | | | | | | | | |
| NÃO | 22 | 64,2 % | 11,1 % | 74,7 % | 15,2 % | 70,5 % | 29,5 % | 65,2 % | 13,5% |
| SIM | 67 | 69,0 % | 13,3 % | 74,2 % | 12,5 % | 68,7 % | 34,6 % | 61,2 % | 17,0% |
| p(value)^c | | 0,129 | | 0,884 | | 0,827 | | 0,324 | |

| Tem outra especialidade | | | | | | | | | |
|---|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NÃO | 55 | 71,4% | 10,7% | 74,8% | 12,0% | 73,6% | 31,7% | 64,2% | 15,2% |
| SIM | 39 | 63,8% | 14,3% | 74,7% | 14,5% | 64,1% | 26,2% | 60,3% | 17,4% |
| p(value)^c | | 0,004 | | 0,978 | | 0,029 | | 0,240 | |
| Considera que durante o curso de graduação recebeu informação suficiente sobre cuidados a doentes em situação terminal | | | | | | | | | |
| NÃO | 88 | 68,5% | 13,0% | 74,5% | 13,1% | 69,3% | 33,4% | 62,7% | 16,4% |
| SIM | 6 | 64,6% | 9,4% | 78,6% | 12,0% | 75,0% | 41,8% | 61,1% | 13,6% |
| p(value)^c | | 0,475 | | 0,462 | | 0,692 | | 0,819 | |
| Considera suficiente o conhecimento que possui sobre CP | | | | | | | | | |
| NÃO | 77 | 68,7% | 12,6% | 73,6% | 13,3% | 68,8% | 33,5% | 61,9% | 16,4% |
| SIM | 17 | 66,2% | 13,8% | 79,8% | 10,2% | 73,5% | 35,9% | 65,7% | 15,0% |
| p(value)^c | | 0,470 | | 0,064 | | 0,606 | | 0,386 | |

C: Teste de *Mann Whitney*

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

QCG: quesito conhecimento geral

QD: quesito dor

QCS: quesito controle de sintomas

QASM: quesito atenção sobre morrer

DISCUSSÃO

O resultado da pesquisa mostrou um número maior de mulheres entre os participantes e compreende-se que de acordo com os dados do estudo da Demografia Médica no Brasil, os homens são a maioria entre os médicos em atividade, porém, essa diferença de gênero vem diminuindo, evidenciando uma feminização da profissão¹⁵. Em relação ao gênero, 58,7% dos Médicos de Família no Brasil são mulheres¹⁵. Observa-se que o estudo citado não faz menção à especialidade Medicina Paliativa.

Foi questionado aos entrevistados se haviam recebido informações suficientes sobre cuidados à pacientes em situação terminal na sua formação e apenas 6,4% responderam de forma positiva. 18,1% da amostra considerou suficiente o conhecimento que possui sobre cuidados paliativos. A formação médica é ainda pautada no modelo técnico-científico hospitalocêntrico, médico-centrado voltado para o processo curativo¹⁶. As novas diretrizes nacionais curriculares de 2014 para os cursos de graduação em medicina incorporaram os conteúdos para aquisição de habilidades humanistas e uma melhor formação ética incluindo a terminalidade da vida, entretanto, o tema aparece ainda de forma limitada nos currículos das instituições¹⁶. Um estudo americano que Mason e *etall* mostrou que 84% dos reitores de faculdades de medicina consideraram a educação em cuidados paliativos muito importante, incentivando o estudo desse conteúdo na graduação. Já outro estudo europeu mostrou que apenas em 9 dos 51 países da Europa cursaram a disciplina de CP's em todas suas escolas médicas¹⁷. No Brasil o ensino é ainda limitado, apresentando pouca prioridade¹⁷.

No que tange à questão relacionada à residência de Medicina de Família, metade dos participantes da pesquisa tem residência médica em Medicina de Família e Comunidade e 41,5% têm outra especialidade. No Brasil, mais da metade dos médicos têm pelo menos um título de especialista, sendo 1,7% destes Médicos de Família e Comunidade, um total de 7.149¹⁵. Apenas 8,5% dos profissionais entrevistados afirmaram ter alguma formação na área de CP, porém a maioria (71,3%) informou que têm interesse em frequentar uma formação nessa área. O presente estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa nos quesitos avaliados entre os profissionais que se especializaram ou não nesta área, o que demonstra a insuficiência dos conhecimentos sobre CP's adquiridos durante a formação ou o despreparo profissional para lidar com este tema. Infere-se que esta lacuna gere temor ao falar sobre morte e finitude de vida¹⁸.

Percebeu-se que há insuficiente abordagem sobre morte e o morrer durante a graduação, cursos pós-graduação lato senso em CP, o que leva os profissionais médicos a desenvolver poucas habilidades humanitárias e emocionais necessárias para se trabalhar nesta

área¹⁹. Além disso, escassos são aqueles dispostos a refletir e a conversar com o paciente e a família diante da irreversibilidade do quadro clínico²⁰. Evidencia-se que esse despreparo seja resultado de questões sociais e espirituais dos próprios médicos e também do ensino da área da saúde, que prioriza o conhecimento técnico-científico em detrimento de uma abordagem social, emocional e espiritual²¹.

O estudo também apontou que profissionais que tiveram o curso de pós-graduação lato-senso em CP's obtiveram um melhor desempenho no quesito sintomas, porém, no quesito dor o mesmo não ocorreu. Sendo a dor um dos principais sintomas para tratamento de paciente em CP, é imperioso conhecer-se sobre a morfina, que é a droga de primeira escolha para tratamento de dor moderada a severa, segundo as recomendações da OMS²². O uso de opióides é essencial para o tratamento de pacientes em CP, já que cerca de 25 milhões de pessoas morreram em 2015 com doenças terminais crônicas. Desse total, 80% estavam em países de renda média e baixa e muitos deles morreram com os sintomas, sem acesso a CP's e medicamentos para a dor²³.

É preciso mudar a mentalidade dos profissionais de saúde e sensibilizar a população para desfazer a atitude do medo da morfina, já que a dor é um sintoma básico que deve ser resolvida com recursos médicos em todos os casos, devendo-se investir na educação dos profissionais em todos os níveis de atenção.²⁴

Distinto ponto importante relaciona-se com o QCS e QCG. Questiona-se, portanto, o fato de o conhecimento sobre CP estar sendo melhor abordado em outras especialidades médicas que não à Medicina de Família. Outra possível interpretação refere-se ao tempo de serviço e sua vivência, o qual poderia ter influência sobre o melhor tratamento nos sintomas e conhecimentos sobre CP's. Segundo Lemos e *et al*²⁴ que avaliou o conhecimento em CP afirma que nem o internato (período em que os estudantes têm maior carga horária prática) foi suficiente para melhorar a aprendizagem nesse tópico, sendo estatisticamente significativa a ausência de ganho em conhecimentos. Todavia, outros trabalhos como o de Schimit e *et al*, asseguraram que médicos com maior contato com a prática de CP durante a faculdade se sentiram mais seguros nas atividades de residência²⁵. Apesar dessas discrepâncias, o que une as pesquisas citadas por Schimit e *et al* e esta investigação é a ausência ou pouco treinamento e prática em CP's pelos médicos.

Demonstrou-se que o contato dos médicos com os CP's durante a formação acadêmica foi insuficiente, tornando-se necessária uma discussão maior sobre a área durante a formação. Além disso, urge desenvolver-se políticas públicas que incluam as ações em CP's na APS e a capacitação dos profissionais de saúde da SES/DF, para que seja possível

proporcionar melhor qualidade de vida e de morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos da ESF da SES/DF consideraram não ter recebido, durante a graduação, informações suficientes sobre pacientes em situação terminal, e apenas uma parcela ínfima apresentou altos índices de acerto nos questionamentos específicos. Esses resultados sugerem uma falha na formação médica em nosso país quanto aos CP's. Evidenciou-se que a melhoria desse conhecimento pode ser construída por meio de disciplinas que se voltem para essa temática ou pelo aprimoramento das já existentes, com novos enfoques e até estágios durante a residência voltados a esse tipo de cuidado. E a educação permanente como um processo de ensino aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, qualificando o serviço, com vista em transformar as práticas em saúde na formação e desenvolvimento de profissionais melhor capacitados em lidar com CP buscando articular a integração entre ensino e serviço, promovendo protocolos e matriciamento para tais profissionais.

REFERÊNCIAS

1. CENSO 2020, Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html>.
Acesso em: 17 jun. 2022.
2. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Jun;43(3):548–54.
3. DANILOW MZ, MOREIRA ACS, VILLELA CG, BARRA BB, NOVAES MRCG, OLIVEIRA MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2007; 18(1):9-16.
4. OLIVEIRA MPF de, NOVAES MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Apr;18(4):1069–78.
5. VILAÇA EM. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
6. ZOBOLI ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *O Mundo da Saúde*. 2009 Jun 5;33(2):195–204.
7. Manual de Cuidados Paliativos, Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.
8. Ministério da Saúde, 2018, Resolução 41, Disponível em: <https://paliativo.org.br/publicada-resolucao-no41-que-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-organizacao-dos-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 20 jun. 2022
9. MIYAJIMA, K. et al. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org). Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2009, p14-19
10. Atendimento Cuidados Paliativos, SESDF, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/cuidados-paliativos-2>. Acesso em: 10 jun. 2022
11. MINOSSO J, MARTINS M, Oliveira M. Cross-cultural adaptation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test: an instrument to assess knowledge and self-efficacy. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017 Jun 14; IV Série (13):31–42.
12. PFISTER D, MÜLLER M, Müller S, KERN M, Rolke R, RADBRUCH L. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). *Der Schmerz*. 2011 Nov 27;25(6):643–53.
13. BARBOSA CA, SILVA MNA da, VERAS RM. Consentimento Livre e Esclarecido: Análise em face da Resolução 466/12 DO CNS. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2018 Oct 17;7(1):47–60.

14. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União/ DOU, 2013c.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. VI Jornada de Cuidados Paliativos do INCA. Revista Brasileira de Cancerologia. 2016 Sep 30;62(3):271–8.
16. SULLIVAN AM, WARREN AG, LAKOMA MD, LIAW KR, HWANG D, BLOCK SD. End-of-Life Care in the Curriculum: A National Study of Medical Education Deans. Academic Medicine. 2004 Aug;79(8):760–8.
17. MASON SR, LING J, STANCIULESCU L, PAYNE C, PAAL P, ALBU S, *et al.* From European Association for Palliative Care Recommendations to a Blended, Standardized, Free-to-Access Undergraduate Curriculum in Palliative Medicine: The EDUPALL Project. Journal of Palliative Medicine. 2020 Jul 21;
18. MENDES PB, PEREIRA A de A, BARROS I da C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. Revista Bioética [Internet]. 2021 Oct 18 [cited 2022 Feb 21]; 29:534–42. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/4N8y8fbcgqvyyP7sffsTmyt/>
19. SCHAMM FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002 Mar 29;48(1):17–20
20. RIBEIRO JR, POLES K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2019 Jul [cited 2021 Apr 15];43(3):62–72. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n3/1981-5271-rbem-43-3-0062.pdf>
21. MATTER HB, Dor não tratada: um efeito colateral da política de drogas. Swansea University. 2019. Congresso Internacional ABRAMD.docx. mapa.pdf
22. FONSECA A, GEOVANINI F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2013 Mar [cited 2021 May 30];37(1):120–5. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>
23. LUSTOSA AM, DUTRA F, MOREIRA MADM, EVANGELISTA CB, DUARTE MCS, ZACCARA AAL, *et al.* Palliative care: the speech medical residents. Revista Médica de Minas Gerais. 2015;25(3).
24. LEMOS CFP de, BARROS G de S, MELO NCV, AMORIM FF, SANTANA ANC. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017 Jun;41(2):278–82.
25. SCHMIT JM, MEYER LE, DUFF JM, DAI Y, ZOU F, CLOSE JL. Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. BMC Medical Education [Internet]. 2016 Nov 21 [cited 2020 Jan 30];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5117582>

REFERÊNCIAS

ANCP. **Os serviços de cuidados paliativos do hospital de apoio de Brasília**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/os-servicos-de-cuidados-paliativos-do-hospital-de-apoio-de-brasilia>. Acesso em: 12 mar., 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União/ DOU, 2013c.

BRASIL. MS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: MS; 2009.

CENSO 2020, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html>.

COELHO, T. C. **Risco cardiovascular, adesão ao tratamento medicamentoso antihipertensivo e fragilidade em idosos hipertensos**. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2012.

CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA COVID-19: como proceder, 2020. Disponível em: <https://secad.artmed.com.br/blog/coronavirus/cuidados-paliativos-na-covid-19>. Acesso em 04, abr. 2021.

DOURADO, T. **Cuidado paliativo: a integralidade do cuidado e seus avanços na história / Palliative Care: The Integrality of Care and its Advances in Historia** Marília-SP; s.n; 2017. 27 p.

HEIN MA; ARAGAKI SS. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012 Aug;17(8):2141-50

INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. VI Jornada de Cuidados Paliativos do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2016 Sep 30;62(3):271-8.

KUNZ R, Minder M. **COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes**. Swiss Medical Weekly(internet). 2020 Mar 24. (Cited 2020 Apr 14);150(1314). Available from: [://smw.ch/article/doi/smw.2020.2023525](https://smw.ch/article/doi/smw.2020.2023525)-

MATSUMOTO DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MINOSSO J, Martins M. Cross-cultural adaptation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test: na instrument to assess knowledge and self-efficacy. **Revista de Enfermagem**. Referência 2017 Jun 14; IV Serie(13):31-42

MS. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS; 2007.

MIYAJIMA, K. *et al*. Academia Nacional de Cuidados. Paliativos (org.). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

PFISTER D, MULLER M, MULLEr S, KERN M, ROLKE R, RADBRUCH L. **Valdierung des Bonner Palliativwissenstests (BWP)**. *Der SChmerz*. 2011 Nov27;25(6):643-53

SESDF. **Atendimento em Cuidados Paliativos** [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/cuidados-paliativos-2>. Disponível em:<https://paliativo.org.br/ancp/covid19>. Acesso em: 12,marc.2021.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. 2009 Jun;43(3):548–54.

VIEIRA RR, ROBORTELLA AR, BRÓLIO de Souza A, KERR GS, CAMARGO de Oliveira JA. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2017 Jan 11;11(38):1-7.

VILAÇA, M. E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 2018 Jun 22;31(2):1–3.

WORLD Health Organization. Paliative Care: fact sheet n° 402. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**; Geneva:WHO; 2015[Disponívelem: em:<http://www.who.int/mediacentre/>. Acesso em 15, marc.2021.

ZABAN ALRS, NOVAES MRCG. Impact of the Home Enteral Nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. e-SPEN, the **European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism**. 2009 Aug;4(4):e193–8.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-EDUCACIONAL

| |
|--|
| Qual sua idade? _____ |
| Qual seu gênero? () Feminino () Masculino |
| Sua graduação foi em Faculdade/Universidade () Particular () Pública |
| Há quanto tempo você trabalha na SES-DF? _____ |
| Tem Residência Médica de Família e Comunidade? () Sim () Não |
| Tem Residência Médica em Cuidados Paliativos? () Sim () Não |
| Tem pós-graduação lato-sensu em Cuidados Paliativos? () Sim () Não |
| Se nunca frequentou formação extracurricular na área dos cuidados paliativos gostaria de frequentar? () Sim () Não |
| Tem outra especialidade? () Sim () Não |
| Considera que durante o curso de graduação recebeu informação suficiente sobre cuidados a doentes em situação terminal? () Sim () Não |
| Considera suficiente o conhecimento que possui sobre cuidados paliativos? () Sim () Não |

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ fui convidado (a) a participar de um estudo de pesquisa clínica a ser realizado pela médica Fabíola de Fátima Sousa, servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Fui informado que este estudo visa investigar, através de entrevistas individuais feitas pela plataforma *google forms* a avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos médicos da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Fui informado que minha participação é voluntária e não obrigatória, e que poderei me retirar dela a qualquer momento, por decisão própria e que, se eu o fizer. Se eu decidir participar concordo em preencher o questionário. Todas as informações obtidas durante o estudo são confidenciais. Meu nome não aparecerá em nenhuma publicação ou apresentação de dados. Os registros médicos serão tratados sigilosamente, de acordo com as normas éticas de conduta para pesquisa. Declaro que entendi a natureza do estudo ao qual fui convidado a participar e concordo cooperar com os procedimentos mencionados.

Contato da pesquisadora: ESF diamante, telefone (61)91753883 e

E-mail: sofabiola24@gmail.com.

ANEXO

Bonn Palliative Care Knowledge Test (Adaptado ao português, 2015)

QCG: quesito de conhecimento geral

QD: quesito sobre dor

QCS: quesito sobre controle de sintomas

QASM: quesito sobre atenção sobre morrer

Secção 1

QCG 1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opióide:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 4. A gestão da dor com opióide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 15. As competências de comunicação podem ser aprendidas:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com Opióides:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes

mesmo no processo de morrer:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

Secção 2 – Avaliação da autoconfiança

Penso que sou capaz de...

1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

6. Organizar o contato com um serviço de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()