



Igor Cabral Santos de Melo

**Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos
atuantes na Atenção Primária à Saúde**

Brasília

2021

Igor Cabral Santos de Melo

**Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos
atuantes na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada como requisito a obtenção de grau de Mestre no programa de Pós-graduação em Saúde da Família, na Escola Superior de Ciências da Saúde como exame de qualificação do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Área de concentração: Cuidados Paliativos e Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Brasília

2021

Ficha Catalográfica

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde
Biblioteca Central da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Melo, Igor Cabral Santos de. Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde / Igor Cabral Santos de Melo; – Brasília, 2021

no. f. : il.

Orientador(a): Fabio Ferreira Amorim
Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2021.

82p

1. Cuidados paliativos. 2. Atenção primária. 3. Conhecimentos. 4. Autoeficácia. 5. Medicina familiar e comunitária. I. Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde

TERMO DE APROVAÇÃO

IGOR CABRAL SANTOS DE MELO

Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária a Saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovado em: 15/10/2021.



Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientador



Profª Drª Leila Bernarda Donato Gottems

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna

ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ
SANTANA.57543860568

Assinado de forma digital por
ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ
SANTANA.57543860568
Data: 2021.10.15 14:27:40 -03'00'

Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinador Externo



Profª Drª Cláudia Vicari Bolognani
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

Dedico essa dissertação aos que amo
e a todos aqueles que se beneficiam e
beneficiarão dos cuidados paliativos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente aos meus familiares, minha avó **Desirê** (in memorian) cujo legado permanece vivo e é uma das minhas referências de vida. Minha mãe **Dorislei**, pai **Carmo**, tios **Edcélia**, **Wilton** e **Daniel** e todos aqueles que compartilham do meu amor.

Enorme gratidão a professores que muito me ensinaram e a **equipe do Hospital de Apoio de Brasília** (HAB), local em que pude viver aprender os cuidados paliativos em sua integralidade em meio a pessoas tão especiais. Agradeço ao professor Dr. **Fabio Amorim** pelo incentivo e parceria na elaboração deste trabalho, bem como a cada um dos participantes dessa pesquisa.

Em especial, agradeço a cada um dos **pacientes** que tenho/tive o prazer de cuidar e de forma recíproca cuidam/cuidaram de mim.

EPÍGRAFE

Não se iluda. Fugindo ou não dela, é a morte que dá sentido à vida. É diante da possibilidade do fim que criamos uma existência que valha a pena.

Eliane Brum

RESUMO

Referência: Conhecimento e percepção de autoeficácia em cuidados paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde

Introdução: O progressivo envelhecimento da população, em conjunto com as mudanças nos padrões de mortalidade, morbidade acarretados pela transição demográfica e epidemiológica da população brasileira tem provocado crescente demanda pelos cuidados paliativos (CP). A Atenção Primária à Saúde vem sendo apontada como um nível estratégico para implementação dos preceitos preconizados pela Medicina Paliativa. A proximidade geográfica, cultural e emocional com que atuam os profissionais de saúde nesse nível de atenção, em tese, propiciaria a identificação precoce, maior acessibilidade e continuidade dos CP, considerando as múltiplas dimensões do processo de adoecimento humano. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e percepção de autoeficácia de profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde em relação a conceitos, fundamentos e abordagens empregadas aos CP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal realizado por meio da aplicação do questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), em sua versão traduzida e validada para o português, aplicado a médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família da Regional Centro-Sul do Distrito Federal (DF), Brasil, realizado no período de abril de 2021 a setembro de 2021. **Resultados:** Foram incluídos 57 médicos, a mediana de idade foi de 40,0 (IQ25-75%: 35,0 – 43,0) anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=34, 59,6%), 29 possuíam titulação ou residência médica em MFC (50,9%) e somente 8 relataram ter cursado disciplina de CP durante o Curso de Graduação (14,0%). A mediana da porcentagem de acertos no Conhecimento em CP foi de 60,9% (IQ25-75% 52,2%-69,6%) e na Autoeficácia em CP de 73,3% (IQ25-75% 46,7%-93,3%). Foi observada correlação negativa entre a idade e o Conhecimento em CP, embora fraca ($r =$

-0,195, $p = 0,044$), assim como entre a Autoeficácia e o Conhecimento em CP ($r = -0,303$, $p = 0,002$). Médicos com tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde entre 5 a 10 anos apresentaram maior porcentagem de acertos em Conhecimento em CP do que médicos com tempo de atuação abaixo de 5 anos ($p = 0,047$) e acima de 10 anos ($p = 0,043$). Em relação ao Conhecimento em CP, não houve diferença em relação ao sexo, ser Médico de Família e Comunidade titulado ou com residência, relatar experiência em CP, considerar-se apto a prestar CP e ter vivenciado processo de morte / morrer com familiar próximo. **Conclusão:** Foi observado que o Conhecimento em CP foi considerado abaixo do esperado. Há a necessidade de organizar modelos assistenciais adequados ao paciente com doenças ameaçadoras à vida incluindo a abordagem em cuidados paliativos no âmbito de atuação da atenção primária, bem como a necessidade de efetivação de políticas que priorizem os cuidados paliativos com foco na assistência e no aperfeiçoamento de profissionais da assistência a saúde com investimento em educação tanto em programas de graduação, pós-graduação, quanto em relação a programas de educação continuada para profissionais que atuam na APS.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Conhecimentos; Autoeficácia; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Reference: Knowledge and perception of self-efficacy in palliative care by physicians working in the primary health care

Introduction: The progressive aging of the population, together with changes in the patterns of mortality, morbidity, and disability caused by the demographic and epidemiological transition of the Brazilian population, has caused a growing demand for palliative care (PC). Primary Health Care has been identified as a strategic level for implementing the precepts recommended by Palliative Medicine. The geographic, cultural, and emotional proximity with which health professionals work at this level of care, in theory, would provide early identification, greater accessibility, and continuity of PC, considering the multiple dimensions of the human illness process. **Objective:** To assess the knowledge and perception of self-efficacy of medical professionals in Primary Health Care concerning concepts, fundamentals, and approaches used in PC. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out by applying the Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) questionnaire, in its translated and validated version into Portuguese, applied to physicians working in the Family Health Strategy of the Central-South Region from the Federal District (DF), Brazil, carried out from April 2021 to September 2021. **Results:** 57 physicians were included, the median age was 40.0 (IQ25-75%: 35.0 – 43.0) years, most of them female (n=34, 59.6%), 29 had a degree or residency in MFC (50.9%), and only eight reported having attended a CP subject during the Undergraduate Course (14 .0%). The median percentage of correct answers in PC Knowledge was 60.9% (IQ25-75% 52.2%-69.6%) and 73.3% in PC Self-efficacy (IQ25-75% 46.7% -93.3%). A negative correlation was observed between age and PC

Knowledge, although weak ($r = -0.195$, $p = 0.044$), as well as between Self-efficacy and PC Knowledge ($r = -0.303$, $p = 0.002$). Physicians with experience in Primary Health Care between 5 to 10 years had a higher percentage of correct answers in Knowledge in PC than physicians with experience of fewer than five years ($p = 0.047$) and over ten years ($p = 0.043$). Regarding knowledge in PC, there was no difference regarding gender, being a qualified Family and Community Physician or with residency, reporting experience in PC, considering themselves able to provide PC, and having experienced the process of death/dying with a close family member. **Conclusion:** It was observed that the knowledge in PC lower than expected. There is a need to organize adequate care models for patients with life-threatening diseases, including the approach to palliative care within the scope of primary care, as well as the need to implement policies that prioritize palliative care with a focus on assistance and improvement of health care professionals with investment in education both in undergraduate and graduate programs, as well as in continuing education programs for professionals working in PHC.

Keywords: Palliative care; Primary Health Care, Knowledge; Self-efficacy; Family practice.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Regionais de Saúde do Distrito Federal | 31 |
| Figura 2 | Box-plot dos escores de avaliações positivas segundo o Bonn Palliative Care Knowledge Test em Conhecimento e Autoeficácia em Cuidados Paliativos de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 39 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Características dos médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil, que responderam o questionário (n=57) | 36 |
| Tabela 2 | Conhecimento em Cuidados Paliativos (CCP) e Autoeficácia em Cuidados Paliativos (ACP) segundo o Bonn Palliative Care Knowledge Test de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 37 |
| Tabela 3 | Conhecimento em Cuidados Paliativos segundo o Bonn Palliative Care Knowledge Test de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 39 |
| Tabela 4 | Autoeficácia em Cuidados Paliativos segundo o Bonn Palliative Care Knowledge Test de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 40 |
| Tabela 5 | Correlação entre idade, Autoeficácia em Cuidados Paliativos (ACP) e Conhecimento em Cuidados Paliativos (CCP) de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 41 |
| Tabela 6 | Fatores associados ao Conhecimento sobre Cuidados Paliativos e Autoeficácia em Cuidados segundo o Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) em médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul (n=57) | 42 |

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 7 | Fatores associados aos domínios do Conhecimento sobre Cuidados Paliativos a partir do Bonn Palliative Care Knowledge Test de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57) | 43 |
|----------|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| ANCP | Academia Nacional de Cuidados Paliativos |
| ACP | Autoeficácia em Cuidados Paliativos |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| BPW | <i>Bonn Palliative Knowledge Test</i> |
| CCP | Conhecimento em Cuidados Paliativos |
| CP | Cuidados Paliativos |
| DF | Distrito Federal |
| DCNT | Doenças Crônica Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MFC | Medicina de Família e Comunidade |
| MP | Medicina Paliativa |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PCKT | <i>Palliative Care Knowlegde Test</i> |
| PCQN | <i>Palliative Care Quiz for Nursering</i> |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 17 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 2.1 | CUIDADOS PALIATIVOS | 19 |
| 2.2 | CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 21 |
| 2.3 | CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS | 22 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 25 |
| 4 | HIPÓTESE | 28 |
| 5 | OBJETIVOS | 29 |
| 5.1 | OBJETIVO GERAL | 29 |
| 5.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 29 |
| 6 | METODOLOGIA | 30 |
| 6.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO | 30 |
| 6.2 | LOCAL DO ESTUDO | 30 |
| 6.3 | POPULAÇÃO | 31 |
| 6.4 | COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA .. | 32 |
| 6.5 | ANÁLISE DOS DADOS | 34 |
| 6.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 34 |
| 7 | RESULTADOS | 36 |
| 8 | DISCUSSÃO | 44 |
| 9 | CONCLUSÃO | 49 |
| | REFERÊNCIAS | 51 |
| | APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico | 57 |
| | APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 58 |
| | APÊNDICE C – Projeto de intervenção | 61 |
| | ANEXO A – BONN PALLIATIVE KNOWLEDGE TEST (BPW) – SESSÃO 1 – CONHECIMENTOS | 73 |
| | ANEXO B – BONN PALLIATIVE KNOWLEDGE TEST (BPW) – SESSÃO 2 – AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA | 75 |
| | ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE | 76 |

1 APRESENTAÇÃO

Para ser um bom médico de família e comunidade é necessário dominar áreas diferentes da medicina com muita propriedade bem como também a arte de acessar o paciente de forma abrangente, considerando seus valores, vontades e experiências. Circunstâncias que exigem esforço, dedicação constante e maleabilidade para que, enquanto profissional, esteja-se disposto a se desconstruir e reconstruir.

Dentro desta perspectiva, enquanto Médico de Família e Comunidade, deparei-me com a necessidade de reorganizar meus conceitos no que diz respeito aos Cuidados Paliativos. Atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como na preceptoria da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), me vi diante de inúmeros pacientes que demandavam dessa proposta de cuidados. Tratar a doença já não era suficiente. O sofrimento, a dor, as angústias e sintomas precisavam ser vistos com outro olhar: o olhar de um profissional que sabe paliar.

Com isso, diante de um processo de autoanálise e muita reflexão sobre a minha capacidade de suprir, enquanto médico e ser humano, tais demandas, passei a me questionar: estaria mesmo preparado para lidar de maneira eficaz com pacientes em Cuidados Paliativos? Ou ainda: quantos pacientes eu já não havia deixado de paliar por desconhecer técnica e conceitualmente as propostas contidas nessa modalidade de cuidado?

Dessa maneira, por meio de uma, até então imprevista, alteração de minha trajetória profissional, que já me parecia consolidada, e buscando construir e agregar mais a minha formação, decidi iniciar um novo e complexo estudo sobre os Cuidados Paliativos. Para isso, especializei-me em Medicina Paliativa, por meio da residência

médica. A necessidade me revelou a importância de se saber os Cuidados Paliativos com propriedade e essa percepção me permitiu complementar a minha formação de MFC.

Enquanto médico de família e comunidade e paliativista, após vivenciar esse processo transformador de preparo e aperfeiçoamento, pergunto-me quantos profissionais atuantes na APS, assim como eu, não estariam tendo as mesmas inseguranças e dificuldades em manejar, dentro de suas práticas, os pacientes que se beneficiam de Cuidados Paliativos, bem sobre o que poderia ser feito para minimizar essa problemática. A partir dessas indagações surgiu a idealização desta dissertação.

2 INTRODUÇÃO

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

“Paliar” é uma palavra que se origina do latim *Palliare* e significa encobrir com manto, tampar. Na origem da palavra, significa, portanto, oferecer abrigo, trazer conforto, minimizar o sofrimento e diminuir a dificuldade de um processo. Ações que, portanto, seriam destinadas a qualquer indivíduo que necessitasse de determinados cuidados específicos ou que estivessem enfrentando progressões de doenças. Assim, esses tipos de cuidados são hoje reconhecidos verdadeiramente como uma ciência, designada pelo nome de Medicina Paliativa, sendo respaldada sua abordagem no Brasil pelo Código de Ética Médica Brasileiro (2019), que estabelece o emprego de Cuidados Paliativos (CP) a todo e qualquer paciente que esteja enfrentando doenças sem possibilidades de cura terapêutica (CFM, 2019).

Os conceitos atuais de Medicina Paliativa surgiram com Cecily Saunders, médica e enfermeira britânica, fundadora, na década de 60, em Londres, do primeiro serviço a oferecer serviço integral dedicado a pacientes terminais, cuidando tanto do controle de sintomas físicos, quanto do sofrimento psicológico. Contudo, pode-se dizer que os CP sempre existiram, mesmo em épocas não tão providas de recursos tecnológicos e terapêuticos para mudança de progressão de doença como nos dias atuais. Isso se deve ao fato de seus cuidados se fundamentarem primordialmente no doente e família e não na doença exclusivamente (PIMENTA, 2010), com foco na qualidade de vida, conforto, apoio e garantia da dignidade até o último suspiro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define os CP como sendo:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por

meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (HALL, *et al.*, p 6, 2011).

CP é, portanto, uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares em face de uma doença que põe em risco a continuidade da vida. O progressivo envelhecimento da população mundial tem evidenciado o aumento crescente da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como, cardiovasculares, síndromes demenciais, doenças neurodegenerativas e neoplasias. Concomitantemente, tem ocorrido um aumento expressivo da demanda pelos CP. Nesse contexto, por meio de abordagem multiprofissional, tem-se que os CP têm como finalidade prevenir e aliviar o sofrimento em suas variadas dimensões (física, emocional, espiritual e social), identificar precocemente, avaliar rigorosamente e tratar a dor, bem como outros sintomas de ordens biopsicossocial independente de se estar ou não em processo terminal de vida (CEVELIN, *et al.*, 2014).

Essa modalidade de cuidados surgiu na contramão de um processo de especialização e subespecialização das áreas médicas com foco na doença e não no indivíduo como um todo (BRUGUGNOLLI, *et al.*, 2013). Assim, por meio de uma assistência que aborda integralmente o paciente, visa a redução do sofrimento inerente a processos intervencionistas capazes de prolongar a vida artificialmente a partir de novas tecnologias (MACIAL, 2008). Isso corrobora o princípio e a concepção dos CP de que a morte é um processo natural e humano, sendo uma prática adequada do cuidado no contexto da ortotanásia (ANDRADE, 2002). Trata-se de uma modalidade cujo comportamento médico:

Frente a uma morte iminente e inevitável, suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, que o levariam a um tratamento inútil e a um

sofrimento desnecessário, e passa a emprestar-lhe os cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade (SANTORO, p 118, 2010).

Essa modalidade de cuidados pode ser realizada no ambiente hospitalar, ambulatorial, bem como no próprio domicílio do paciente. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), enquadra CP em níveis de atenção. Nesse contexto, a APS dentro atua primordialmente nos Cuidados de Nível 1 que consiste em “Ações Paliativas”, ou seja, cuidado desempenhado por equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) treinada para tal finalidade na forma domiciliar e/ou ambulatorial. Já os demais níveis 2 e 3 estão dispensados a equipes especializadas em CP em nível ambulatorial, domiciliar com ou sem leito próprio de internação (RODRIGUES, 2012). Dessa forma, entende-se como fundamental a atuação competente de profissionais das equipes de ESF em CP no contexto da APS, já que a preocupação com os CP não deve ser restrita aos especialistas em Medicina Paliativa, mas também aos profissionais generalistas, cuidadores e familiares (SOUZA, *et al.*, 2015).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Art. 2º da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que estabelece o seguinte:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A partir disso, tem-se que a ESF apresentam proximidade geográfica, cultural e emocional com a sua população adscrita (SILVA, 2014). Isso pode contribuir grandiosamente para que o cuidado do paciente com proposta de CP nível 1 ocorra de forma humanizada e coordenada, respeitando-se a autonomia de pacientes e das famílias, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos múltiplos especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos, devido à sua complexidade (MCDANIEL, *et al.* 2005).

Dessa maneira, tem-se que a APS dispõe de ferramentas que podem privilegiar a permanência do paciente em CP no domicílio, favorecendo para que os pacientes que assim desejem, mantenham-se dentro do convívio de seus lares, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais de vida (FLORIANI, *et al.*, 2007).

Esse contexto de prática, evidencia-se, claramente, o papel da APS no suporte aos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, exclusivos ou não, bem como no manejo envolvendo a coordenação de cuidados dentro de um contexto intersetorial. Com isso, exige-se cada vez mais que tais profissionais se encontrem tecnicamente preparados e um ponto inicial para traduzir isso seria uma avaliação de seu nível de conhecimento a percepção do próprio profissional a cerca de sua atuação na referida área de atuação, ou seja, sua percepção sobre autoeficácia em CP.

2.3 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

O manejo em cuidados paliativos exige uma série de competências clínicas que comumente não são abordadas nas formações profissionais (AL QADIRE, 2014). As formações acadêmicas tendem a valorizar o ensino de tratamentos curativos, não destinando tamanha importância aos CP no currículo acadêmico. Com isso, essa

modalidade de cuidados que demanda tanto de saberes específicos se torna subutilizada em contextos em que poderia ser muito bem aplicada.

O paciente em CP costuma ser um paciente complexo dada a multiplicidade de afecções de natureza física, decorrentes da progressão das doenças, bem como de outras dimensões. Essa influência holística no manejo de CP tornam os ensaios clínicos inaplicáveis em diversos contextos, seja por inadequação ética ou mesmo prática (MINOSSO, *et al.*, 2017).

Dessa maneira, considerando, inclusive a carência de ferramentas que auxiliem no dimensionamento do entendimento dos CP pelos profissionais da saúde, tem-se que estudos envolvendo a percepção de autoeficácia assumem um papel relevante. A maioria dos instrumentos que avaliam tal percepção se estabelecem através de entrevistas ou questionários, alguns de fácil aplicabilidade tal como o Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN), que possui 20 itens que identificam déficit de conceitos em relação aos CP (ROSS, *et al.*, 1996). Apesar de muito utilizado previamente, hoje encontra-se desatualizado em relação as novas diretrizes da OMS para os CP. Outro interessante instrumento, mas que falha por não se utilizar de aspectos psicossociais é o Palliative Care Knowledge Test (PCKT) (NAKAZAWA, *et al.*, 2009).

O questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) é um instrumento que aborda o conhecimento e a autoeficácia em CP, além de ser autoaplicado, de preenchimento rápido e incluir questões sobre diferentes áreas dos CP. Ademais, ele já foi traduzido para diferentes idiomas, mostrando-se útil para medir o conhecimento em CP, não apenas em relação ao controle de sintomas, mas também por explorar aspectos psicossociais. Como, nos CP, o foco da assistência ao paciente e do cuidado se voltam para a atenção que promova boa qualidade de vida, conforto, alívio dos sintomas, suporte psicossocial e espiritual e apoio no processo de enlutamento (LUSTOSA, *et al.*, 2015),

entende-se que algumas competências sejam necessárias para atingir os devidos objetivos dos CP que devem ser alcançados por meio de medidas e procedimentos que respeitem o indivíduo e o incluam como ser social, repleto de valores, crenças e necessidades (DA SILVA, *et al.*, 2008). Dessa forma, a versão portuguesa do BPW foi escolhida para avaliar o conhecimento e percepção de autoeficácia de médicos atuantes na atenção primária devido a sua brevidade, facilidade de aplicação e exatamente por abordar aspectos não apenas em relação ao manejo de sintomas, mas também em relação a aspectos psicossociais e que envolvem situações que envolvem habilidade de comunicação e empatia (MINOSSO, *et al.*, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

O aumento progressivo das DCNT impactou sobremaneira na demanda pelos CP como proposta adjuvante ou exclusiva dessas doenças. A abordagem adequada dessas condições tem acarretado uma busca crescente pelas intervenções minimamente invasivas voltadas para o conforto e redução do sofrimento dos pacientes e familiares proporcionados pelos CP. Isso destaca não somente sua importância, como também a necessidade de organização dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar sua oferta (SOUZA *et al.*, 2015), ainda que a maioria desses esteja ligada a hospitais especializados e de ensino, por meio de internação, atendimento ambulatorial e domiciliar (RABELLO, *et al.*, 2010).

Assim, tem-se que os profissionais da ESF, por meio de um trabalho que aborda a integralidade do indivíduo e pela proximidade cultural e geográfica com a população adscrita, podem exercer um papel decisivo na proposta de CP nível 1. Todavia, há uma série de entraves à incorporação dos CP na APS, sobretudo no que diz respeito a conhecimento técnico e à inabilidade dos profissionais para lidar com as famílias (BALIZA, *et al.*, 2012). Isso permite algumas reflexões relacionadas a formação profissional técnica para atuação em CP de maneira competente, bem como, para o preparo contínuo em habilidades de comunicação, já que a prática da medicina tende a não dedicar a devida atenção a temas relacionados ao sofrimento e a morte (BLASCO, 1997). Ao encontro disso, tem-se que educadores multiprofissionais em saúde evidenciam na prática clínica atual uma crescente necessidade do ensino médico para o cuidado de pacientes elegíveis para propostas de CP, sejam eles exclusivos ou não. Atesta-se, inclusive, que o déficit na educação médica, tanto na graduação, quanto na pós-graduação

em área não específica de Cuidado paliativo, causam consequências negativas para os médicos e os pacientes (PINHEITO, 2010).

Portanto, em face da crescente demanda pelos serviços de CP nos diversos níveis de atenção a saúde e, especificamente, na APS, e reconhecida necessidade de aprimoramento técnico dos profissionais de saúde para atuar nessa área é de fundamental importância que seja avaliado o grau de conhecimento acerca dos conceitos e práticas dos CP pelos Médicos de Família e Comunidade atuantes na ESF, bem como que seja dimensionado sua percepção de autoeficácia a respeito da sua atuação frente a pacientes que demandem tais cuidados. Com isso, será possível evidenciar lacunas que permitam o desenvolvimento e aprimoramento técnico desses profissionais para que, em equipe multiprofissional, possam oferecer melhor assistência na APS aos pacientes que não apresentem propostas modificadoras de doenças.

Alguns estudos com profissionais da saúde da equipe multiprofissional ou mesmo com estudantes de graduação de cursos relacionados a área da saúde tem demonstrado lacunas e/ou déficits no conhecimento a cerca dos conceitos, técnicas, estratégias e habilidades de comunicação empregadas nos Cuidados Paliativos (MOURA, *et al.*, 2017). Resultados corroborados por estudos que aplicaram o Palliative Care Knowledge Kest (PCKT) – uma ferramenta de identificação de conhecimentos em Cuidados Paliativos – a profissionais de saúde (PREM, *et al.*, 2012).

Dessa maneira, como hipótese e metas, espera-se avaliar falhas existentes no conhecimento dos fundamentos que norteiam à prática dos CP, bem como detectar lacunas na formação dos profissionais em saúde nesta referida área relacionados as abordagens e os processos de comunicação empregados nos CP que justifiquem tais falhas. Com isso, busca-se evidenciar um conhecimento moderado com relação as noções básicas de Cuidados Paliativos, bem como um melhor desempenho geral na autoeficácia

em relação a habilidade de comunicação com pacientes em CP e familiares pelos médicos de família e comunidade do Distrito Federal (DF).

4 HIPÓTESE

Acredita-se que a maioria dos participantes do estudo não tiveram a disciplina de CP durante a graduação em medicina, bem como não apresentem formação em CP, assim não considerando aptos a prestar cuidados a pacientes em CP ou mesmo não manejando adequadamente os sintomas do referido questionário. Contudo, é provável que os médicos de família do estudo, em sua maioria, considerem importante os CP apesar de não se sentirem aptos a prestar abordagem em CP na APS, sendo, portanto, não capazes de manejar alguns dos sintomas, comunicar com familiares sobre CP, identificar pacientes em que os CP seriam benéficos, intermediar contato com uma equipe em CP especializada, informar possíveis efeitos adversos de algumas medicações, integrar aspectos culturais da morte e do morrer. Além disso, é provável que tenham dificuldade e não se sintam capazes de conversar com a equipe de saúde sobre a necessidade de CP para determinados pacientes, comunicar com a pessoa ansiosa e familiares em CP de forma a deixá-los seguros, identificar necessidades complexas em pacientes em fim de vida e problemas psicológicos específicos.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento e percepção de autoeficácia de profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde em relação a conceitos, fundamentos e abordagens empregadas aos Cuidados Paliativos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar lacunas nos conhecimentos a cerca dos Cuidados Paliativos em profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde;
- Avaliar capacidade de manejo de sintomas em pacientes sob Cuidados Paliativos em profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde;
- Avaliar a segurança de profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde quanto a comunicação como método de abordagem a pacientes em Cuidados Paliativos e familiares;
- Identificar possíveis limitações na abordagem dos pacientes em Cuidados Paliativos e familiares relacionadas a habilidades de comunicação na Atenção Primária à Saúde;
- Propor estratégias para melhorar a atuação dos Médicos de Família e Comunidade na área de Cuidados Paliativos.

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado por meio da aplicação do questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), em sua versão traduzida e validada para o português, aplicado a médicos atuantes na ESF da regional Centro-Sul do Distrito Federal (DF), Brasil, realizado no período de abril de 2021 a setembro de 2021.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

Localizado na região Centro-Oeste, o DF é a menor unidade federativas do Brasil, na qual se situa Brasília, a capital federal. Possui uma população estimada de aproximadamente 2.974.703 habitantes (IBGE, 2019) e uma das mais altas taxas de urbanização do país, aproximadamente 95%, sendo um território autônomo, dividido em 33 regiões administrativas com administradores nomeados pelo governador do DF.

O Projeto de Lei número 6133 de 6 de abril de 2018 estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento no DF. Segundo dados da Secretaria de Saúde do DF, o DF atualmente possui 176 UBS distribuídas nas seguintes Regionais: Central, Centro-Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Norte e Sul. Dessas, 19 UBS estão localizadas na Regional Centro-Sul, que compreende as regiões administrativas da Candangolândia, Cidade Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA), correspondendo a uma população estimada de 432.344 habitantes (IBGE, 2019).

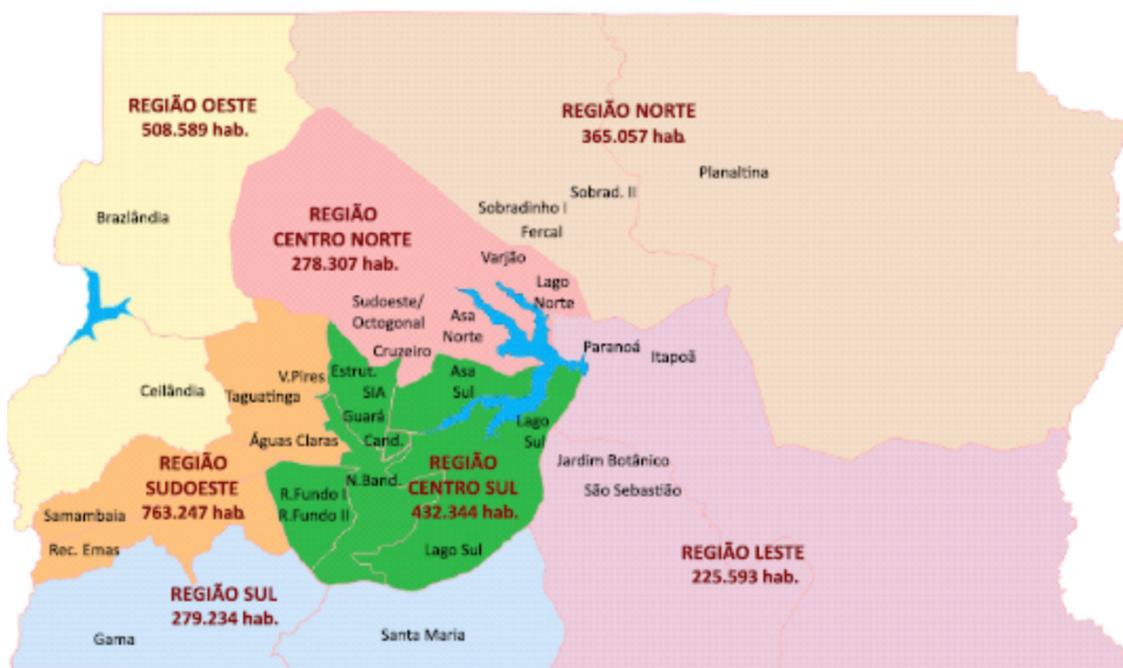


Figura 1. Regionais de Saúde do Distrito Federal.

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DIVEP/SES-DF)

6.3 POPULAÇÃO

O questionário foi encaminhado por via eletrônica a todos os médicos servidores da Secretaria de Estado de Saúde do DF, de ambos os sexos, atuantes na ESF da regional Centro Sul do DF.

Desse modo, o critério de inclusão foi:

- Ser Médico de Família e Comunidade servidor da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal atuante na ESF da Regional Centro-Sul do DF;

Os critérios de exclusão foram:

- Profissionais de férias ou licença.
- Qualquer condição que prejudicasse a responder de forma fidedigna às questões apresentadas.

- Recusa do participante a responder o questionário;

Como a população do estudo foi constituída por todos os médicos que compõem as ESF da Regional Centro-Sul ativas no Distrito Federal, o que totalizava 66 profissionais, já que há equipes com vacância de cargo, o mínimo de respondedores necessários para uma amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% era de 57 médicos.

6.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Inicialmente, o questionário foi encaminhado por via eletrônica a todos médicos pela plataforma *Google Forms*[®] e pelo aplicativo *WhatsApp*[®]. De forma a aumentar a quantidade de respondedores, após contato do pesquisador, o questionário foi entregue impresso aos profissionais para autopreenchimento na Unidade Básica de Saúde e posteriormente recolhido.

O instrumento de pesquisa foi composto por itens referentes a dados sociodemográficos (idade, gênero, tempo de atuação na APS, UBS de atuação, residência médica em MFC, disciplina de CP na graduação, considerar importante conteúdo de CP na graduação, formação específica em CP, ter vivenciado processo de morrer/morte de familiares próximos e se considerar apto a prestar cuidados aos pacientes em CP – Apêndice A) e pelo questionário *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW), versão em português (Anexos A e B).

O questionário *Bonn Palliative Care Knowledge Test* foi originalmente desenvolvido em alemão, sendo posteriormente realizada adaptação transcultural e validado para o português (MINOSSO *et al.*, 2017). O questionário é composto por 23 questões a cerca de conhecimentos em CP (Anexo A) e 15 questões que avaliam a

percepção do profissional em relação à autoeficácia em CP (Anexo B), sendo as alternativas de resposta divididas em uma escala Likert como corretas, razoavelmente corretas, pouco corretas e incorretas, e analisadas conforme descrito a seguir:

- Conhecimentos sobre CP (CCP): aborda conhecimentos envolvendo, conceitos, controle de sintomas, identificação de problemas psicossociais, articulação de cuidados, atitudes relacionadas a empatia e comunicação com pacientes, familiares e equipes de saúde em CP. Nos itens 1 a 4, 6 a 10, 12, 14, e 16 a 20, as respostas “Correto” ou “Razoavelmente correto” devem ser consideradas como erro e “Pouco correto” ou “Incorreto” devem ser considerados como acerto. Nos demais itens (5, 11, 13, 15, e 21 a 23), as respostas “Correto” ou “Razoavelmente correto” devem ser consideradas como acerto e “Pouco correto” ou “Incorreto” devem ser considerados como erro (PFISTER *et al.*, 2013). As questões de conhecimento foram ainda agrupadas em três domínios: (1) Avaliação e manejo de sintomas físicos (questões 1 a 5, 7, 11 e 19 a 20), (2) Empatia e Comunicação com paciente, equipe e família (questões 8, 12, 14 a 16 e 22) e (3) Identificação de problemas psicossociais e articulação de cuidados (questões 6, 9, 10, 13, 17, 18, 21 e 23).
- Autoeficácia em CP (ACP): avalia a percepção de autoeficácia do profissional na prestação de CP a cerca de habilidades de comunicação e segurança na formulação de estratégias de manejo em CP. A reflexão nas questões é suscitada pela expressão “Penso que sou capaz de” e as respostas “Correto” ou “Razoavelmente Correto” devem ser consideradas com acerto e “Pouco correto” ou “Incorreto” devem ser considerados com avaliação erro (PFISTER *et al.*, 2013)

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do CCP e seus domínios e ACP, foi utilizada a porcentagem de acertos, que corresponde a média da porcentagem de acertos de todos os profissionais em cada questão que compõe a variável estudada (questões do CCP ou de seus domínios, ou da ACP).

A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. De acordo com sua distribuição, os dados quantitativos serão expressos como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis categóricas foram expressas em número e porcentagem (%). Como as variáveis contínuas não apresentavam distribuição normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar variáveis quantitativas em dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis para comparar acima de dois grupos, quando apropriado. Quando o teste Kruskal-Wallis era estatisticamente significativo, foi realizada análise post hoc. Variáveis contínuas foram comparadas por meio da Correlação de Spearman. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa IBM Statistical Package for the Social Sciences 20.0 for Mac® (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). O nível de significância estatística foi definido como valor de p bicaudal menor ou igual a 0,05.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAAE: 44362720.3.0000.5553). Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice B) em sua integralidade, tanto no questionário online, quanto na abordagem presencial, sendo ainda informado que a participação seria voluntária. Em qualquer tempo, foi permitido solicitação de retirar-se da pesquisa sem qualquer prejuízo e respeitado o anonimato e o sigilo individual a respeito das informações fornecidas.

7 RESULTADOS

Dos 57 médicos de ESF que responderam o questionário, a mediana de idade foi de 40,0 (IQ25-75%: 35,0 – 43,0) anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=34, 59,6%) e 29 possuíam titulação ou residência médica em MFC (50,9%). O tempo de atuação na APS era variado com uma parcela significativa atuando há mais de 10 anos na APS (42,1%), 26,3% atuando entre 5 e 10 anos e 31,6% atuando há menos de 5 anos na APS (Tabela 1). Dezoito referiram possuir experiência em CP (31,6%), 14 se consideravam aptos a prestar CP (24,6%) e 24 vivenciaram processo de morte/morrer com familiar próximo (42,1%). Somente 8 relataram ter cursado disciplina de CP durante o Curso de Graduação (14,0%). Desses 8, somente 2 atuavam na APS há mais de 10 anos. Cinquenta e seis consideravam ser importante a oferta dessa disciplina durante a curso (98,2%), Tabela 1.

Tabela 1. Características dos médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil, que responderam o questionário (n=57).

| | Valor |
|---|------------------|
| Idade, anos | |
| Média (DP) | 40,0 (8,6) |
| Mediana (IQ25-75%) | 40,0 (35,0-43,0) |
| Sexo feminino, n (%) | 34 (59,6) |
| Residência ou titulação em MFC, n (%) | 29 (50,9) |
| Tempo Atuação APS, n (%) | |
| até 5 anos | 18 (31,6) |
| 5-10 anos | 15 (26,3) |
| acima 10 anos | 24 (42,1) |
| Disciplina de CP durante o Curso de Graduação, n (%) | 8 (14,0) |
| Considera importante ter Disciplina de CP durante o Curso de Graduação, n (%) | 56 (98,2) |
| Possui experiência em CP, n (%) | 18 (31,6) |
| Possui formação específica em CP, n (%) | 1 (1,8) |
| Considera-se apto a prestar CP, n (%) | 14 (24,6) |
| Vivenciou processo de morte/morrer com familiar próximo, n (%) | 24 (42,1) |

MFC: Medicina de Família e Comunidade; APS: atenção primária à saúde; CP: cuidados paliativos; DP: desvio padrão, IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A Tabela 2 e a Figura 2 mostram a porcentagem de acertos em CCP e ACP. A mediana da porcentagem de acertos no CCP foi de 60,9% (IQ25-75% 52,2%-69,6%) e na ACP de 73,3% (IQ25-75% 46,7%-93,3%). Em relação aos domínios da CCP, a mediana de acertos em Sintomas Físicos foi de 66,7% (IQ25-75%: 55,6%-72,2%), na Empatia e Comunicação com Paciente/Famíliares de 56,1 (IQ25-75%: 50,0%-66,2%) e na Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados de 62,5 (IQ25-75%: 43,8%-75,0%).

Tabela 2. Conhecimento em Cuidados Paliativos (CCP) e Autoeficácia em Cuidados Paliativos (ACP) segundo o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57).

| Variável | Valor |
|---|---------------------------------|
| ACP, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%) | 73,3 (25,5) 73,3 (46,7-93,3) |
| CCP, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%) | 60,9 (14,0) 60,9 (52,2-69,6) |
| CCP - Sintomas Físicos, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%) | 60,2 (17,2) 66,7 (55,6-72,2) |
| CCP - Empatia e Comunicação com Paciente/Famíliares, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%) | 60,9 (14,0) 56,1 (50,0-66,2) |
| CCP - Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%) | 62,1 (20,0) 62,5 (43,8-75,0) |

DP: desvio padrão, IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

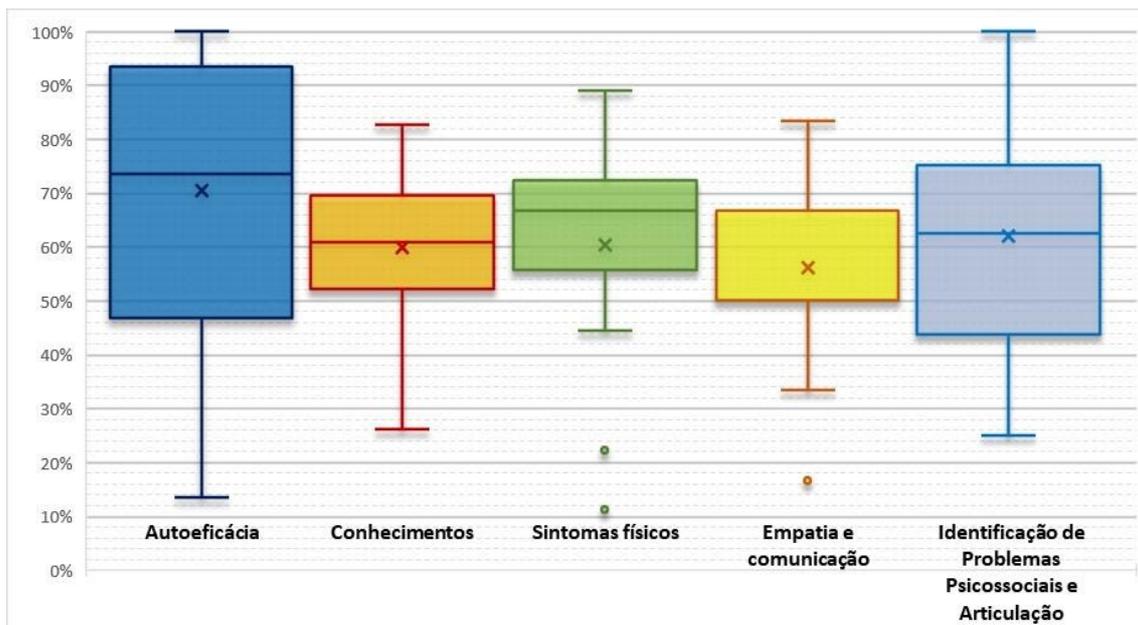


Figura 2. Box-plot dos escores de avaliações positivas segundo o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* em Conhecimento e Autoeficácia em Cuidados Paliativos de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57).

Ao avaliar o CCP, houve uma variação elevada na porcentagem de acertos. As questões que apresentaram pior desempenho foram relacionadas à permanência de familiares junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra (5 acertos, 8,8%), gestão da dor com opioide transdérmico (10 acertos, 17,5%), combinação de cuidados paliativos com cuidados com tratamentos curativos (12 acertos, 21,1%) e os CP requererem proximidade emocional constante (14 acertos, 24,6%). Já as questões que apresentaram melhor desempenho foram a possibilidade de competências de comunicação serem aprendidas (57 acertos, 100,0%), possibilidade de membros da equipe não serem crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida (55 acertos, 96,5%), importância de terapias não farmacológicas na gestão da dor (54 acertos, 94,7%) e o uso de antidepressivos na gestão da dor (51 acertos, 89,5%), Tabela 3.

Tabela 3. Conhecimento em Cuidados Paliativos segundo o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57).

| Item | Acertos, n (%) |
|--|----------------|
| 1. Os Cuidados Paliativos devem ser combinados com tratamentos curativos | 12 (21,1) |
| 2. Os fármacos antiinflamatórios não esteroidais não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides. | 27 (47,4) |
| 3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida. | 33 (57,9) |
| 4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida. | 10 (17,5) |
| 5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor. | 54 (94,7) |
| 6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra. | 12 (21,1) |
| 7. A obstipação (constipação) o deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante. | 40 (70,2) |
| 8. Os Cuidados Paliativos requerem uma proximidade emocional constante. | 14 (24,6) |
| 9. Com avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências. | 32 (56,1) |
| 10. A filosofia dos Cuidados Paliativos preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida. | 28 (49,1) |
| 11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga. | 39 (68,4) |
| 12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer. | 5 (8,8) |
| 13. Os membros da equipe não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida. | 55 (96,5) |
| 14. A pessoa que recebe Cuidado Paliativo deve aceitar a morte. | 32 (56,1) |
| 15. As competências de comunicação podem ser aprendidas. | 57 (100,0) |
| 16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações. | 41 (71,9) |
| 17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos Cuidados Paliativos. | 38 (66,7) |
| 18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimônias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietação. | 48 (84,2) |
| 19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado. | 51 (89,5) |
| 20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides. | 43 (75,4) |
| 21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida. | 20 (35,1) |
| 22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa. | 43 (75,4) |
| 23. A sexualidade é importante mesmo no processo de morrer. | 50 (87,7) |

Em relação à ACP, as questões com maior percentual de acertos (ou seja, participantes que responderam “correto” ou “razoavelmente correto” considerando-se

capazes de possuir ou realizar determinadas habilidades presentes nas assertiva) foram ter empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, bem como intervir (51 acertos, 89,9%), aconselhar sobre como aliviar as náuseas (48 acertos, 84,2%) e convencer a equipe sobre a necessidade de apoio de CP (48 acertos, 84,2%). Já as questões com menor percentual de acertos foram ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa em CP com dor (29 acertos, 50,9%), prestar os cuidados orais adequados a pessoa em fim de vida (31 acertos, 54,4%), e comunicar com a pessoa em Cuidados Paliativos que expressa o desejo de antecipar a morte (32 acertos, 56,1%), Tabela 4.

Tabela 4. Autoeficácia em Cuidados Paliativos segundo o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57).

| Item | Acertos, n (%) |
|--|----------------|
| 1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em Cuidados Paliativos. | 47 (82,5) |
| 2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas. | 48 (84,2) |
| 3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde. | 43 (75,4) |
| 4. Convencer a equipe sobre a necessidade de apoio de CP. | 48 (84,2) |
| 5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP. | 40 (70,2) |
| 6. Organizar um contato com um serviço de CP. | 38 (66,7) |
| 7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros. | 44 (77,2) |
| 8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada. | 35 (61,4) |
| 9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa em CP com dor. | 29 (50,9) |
| 10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte. | 32 (56,1) |
| 11. Prestar os cuidados orais adequados a pessoa em fim de vida. | 31 (54,4) |
| 12. Informar a pessoa em CP sobre os possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos | 46 (80,7) |
| 13. Identificar problema psicológicos específicos das pessoas em CP. | 37 (64,9) |
| 14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida. | 33 (57,9) |
| 15. Ter empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, bem como intervir. | 51 (89,9) |

CP: Cuidados paliativos.

Foi observada correlação negativa entre a idade e o CCP, embora fraca ($r = -0,195$, $p = 0,044$). Não foi observada correlação significativa entre a idade e a ACP ($r = 0,102$, $p = 0,293$). ACP apresentou correlação negativa e fraca com CCP ($r = -0,303$, $p = 0,002$), assim como com os domínios Sintomas Físicos ($r = -0,377$, $p = 0,004$) e Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados ($r = -0,325$, $p = 0,014$), mas não com Empatia e Comunicação com Paciente/Famíliares ($r = -0,224$, $p = 0,094$), Tabela 5.

Tabela 5. Correlação entre idade, Autoeficácia em Cuidados Paliativos (ACP) e Conhecimento em Cuidados Paliativos (CCP) de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil (n=57).

| Variável | Coefficiente | Valor p |
|--|--------------|---------|
| Idade e ACP | 0,102 | 0,293 |
| Idade e CCP | -0,195 | 0,044 |
| Idade e Sintomas Físicos | -0,224 | 0,094 |
| Idade e Empatia e Comunicação com Paciente/Famíliares | -0,540 | 0,688 |
| Idade e Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados | -0,199 | 0,137 |
| ACP e CCP | -0,303 | 0,002 |
| ACP e Sintomas Físicos | -0,377 | 0,004 |
| ACP e Empatia e Comunicação com Paciente/Famíliares | -0,224 | 0,094 |
| ACP e Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados | -0,325 | 0,014 |

CP: Cuidados paliativos

Médicos com tempo de atuação na APS entre 5 a 10 anos apresentaram maior porcentagem de acertos em CCP do que médicos com tempo de atuação abaixo de 5 anos ($p = 0,047$) e acima de 10 anos ($p = 0,043$). Em relação ao CCP, não houve diferença em relação ao sexo ($p = 0,646$), ser Médico de Família e Comunidade titulado ou com residência ($p = 0,741$), relatar experiência em CP ($p = 0,311$), considerar-se apto a prestar

CP ($p = 0,355$) e ter vivenciado processo de morte / morrer com familiar próximo ($p = 0,778$). Na ACP, relatar experiência em CP e considerar-se apto a prestar CP estiverem associados a melhores desempenhos, $p = 0,002$ e $p = 0,004$ respectivamente. Não foram observadas diferenças nas outras variáveis avaliadas, como sexo ($p = 0,158$), tempo de atuação na APS ($p = 0,380$), ser Médico de Família e Comunidade titulado ou com residência ($p = 0,959$) e ter vivenciado processo de morte / morrer com familiar próximo ($p = 0,216$), Tabela 6.

Tabela 6. Fatores associados ao Conhecimento sobre Cuidados Paliativos e Autoeficácia em Cuidados segundo o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW) em médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul ($n=57$).

| Variável | Conhecimento, %, mediana (IQ25-75%) | Valor p | Autoeficácia, %, mediana (IQ25-75%) | Valor p |
|---|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 60,9 (52,2-69,6) | 0,646 | 66,6 (45,0-93,3) | 0,158 |
| Masculino | 65,2 (52,2-73,9) | | 86,8 (46,7-100,0) | |
| MFC | | | | |
| Sim | 62,2 (50,0-73,9) | 0,741 | 73,3 (46,7-93,3) | 0,949 |
| Não | 60,9 (52,2-69,6) | | 70,0 (46,7-93,3) | |
| Tempo Atuação APS | | | | |
| Até 5 anos | 56,5 (46,7-69,6) | 0,034* | 66,7 (46,7-95,0) | 0,380 |
| 5 a 10 anos | 69,6 (65,2-73,9) | | 66,7 (40,0- 86,7) | |
| acima 10 anos | 58,7 (48,9-69,6) | | 80,0 (46,7-1,00) | |
| Possui experiência em CP | | | | |
| Sim | 67,3 (52,2-70,6) | 0,311 | 93,3 (73,3-1,00) | 0,002 |
| Não | 60,9 (47,8-69,6) | | 66,7 (40,0-86,7) | |
| Considera-se apto a prestar CP | | | | |
| Sim | 67,4 (52,2-73,9) | 0,355 | 93,3 (83,3-1,00) | 0,004 |
| Não | 60,9 (52,2-69,6) | | 66,7 (40,0-93,3) | |
| Vivenciou processo de morte / morrer com familiar próximo | | | | |
| Sim | 60,9 (52,2-69,6) | 0,778 | 73,3 (51,7-95,0) | 0,216 |
| Não | 65,2 (52,2-69,6) | | 66,7 (40,0-86,7) | |

MFC: médico titulado ou com residência em Medicina de Família e Comunidade; APS: atenção primária à saúde; CP: cuidados paliativos; IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

* Até 5 anos versus 5 a 10 anos: $p = 0,047$; até 5 anos versus acima de 10 anos: $p = 0,818$; e 5 a 10 anos versus acima de 10 anos: $p = 0,043$.

Em relação aos domínios do CCP, somente o tempo de atuação na APS esteve associada a diferença significativa na Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados ($p = 0,004$), sendo que médicos com tempo de atuação na APS entre 5 a 10 anos apresentaram maior porcentagem de acerto do que médicos com tempo de atuação abaixo de 5 anos ($p = 0,003$) e acima de 10 anos ($p = 0,006$). Não foi observada diferença significativa em nenhuma das outras variáveis avaliadas nesse domínio ou nos domínios Sintomas Físicos, e Empatia e Comunicação com Paciente/Familiares.

Tabela 7. Fatores associados aos domínios do Conhecimento sobre Cuidados Paliativos a partir do *Bonn Palliative Care Knowledge Test* de médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Centro-Sul de Saúde do Distrito Federal, Brasil ($n=57$).

| Variável | Sintomas Físicos, % mediana (IQ25-75%) | Valor p | Empatia e Comunicação com Paciente / Familiares, % mediana (IQ25-75%) | Valor p | Identificação de Problemas Psicossociais e Articulação de Cuidados, % mediana (IQ25-75%) | Valor p |
|---|--|---------|---|---------|--|---------|
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 61,1 (55,6-69,4) | 0,900 | 50,0 (45,8-66,7) | 0,064 | 62,5 (50,0-78,1) | 0,497 |
| Masculino | 66,7 (55,6-77,8) | | 66,7 (50,0-66,7) | | 62,5 (37,5-75,0) | |
| MFC | | | | | | |
| Sim | 55,6 (50,0-72,2) | 0,646 | 50,0 (33,3-66,7) | 0,987 | 62,5 (43,8-81,2) | 0,631 |
| Não | 66,7 (55,6-75,0) | | 58,3 (50,0-66,7) | | 62,5 (40,6-75,0) | |
| Tempo Atuação APS | | | | | | |
| Até 5 anos | 66,1 (44,4-77,8) | 0,202 | 58,3 (50,0-66,7) | 0,969 | 50,0 (37,5-65,6) | 0,004* |
| 5 a 10 anos | 66,7 (55,6-77,8) | | 50,0 (50,0-66,7) | | 87,5 (62,5-87,5) | |
| Acima 10 anos | 55,6 (55,6-66,7) | | 58,3 (33,3-66,7) | | 62,5 (40,6-75,0) | |
| Vivenciou processo de morte/morrer com familiar próximo | | | | | | |
| Sim | 61,1 (55,6-69,4) | 0,730 | 50,0 (45,8-66,7) | 0,396 | 62,5 (46,9-75,0) | 0,712 |
| Não | 66,7 (55,6-77,8) | | 66,7 (50,0-66,7) | | 62,5 (37,5-87,5) | |
| Possui experiência em CP | | | | | | |
| Sim | 66,7 (55,6-69,4) | 0,578 | 66,7 (50,0-70,8) | 0,242 | 62,5 (50,0-78,1) | 0,431 |
| Não | 66,7 (55,6-77,8) | | 50,0 (50,0-66,7) | | 62,5 (37,5-75,0) | |
| Considera-se apto a prestar CP | | | | | | |
| Sim | 66,7 (52,8-69,4) | 0,668 | 66,7 (50,0-83,3) | 0,161 | 62,2 (50,0-75,0) | 0,617 |
| Não | 55,6 (55,6-77,8) | | 50,0 (50,0-66,7) | | 68,8 (37,5-87,5) | |

MFC: médico titulado ou com residência em Medicina de Família e Comunidade; APS: atenção primária à saúde; CP: cuidados paliativos; IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

* Até 5 anos versus 5 a 10 anos: $p = 0,003$; até 5 anos versus acima de 10 anos: $p = 0,242$; e 5 a 10 anos versus acima de 10 anos: $p = 0,006$.

8 DISCUSSÃO

Embora os CP sejam uma demanda crescente da sociedade, associada ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônico-degenerativas, tem se notado um déficit na formação médica em relação as competências em CP (LEMOS, *et al.*, 2017; PONTUAL, *et al.*, 2017; PREM, *et al.*, 2012). Em nosso estudo, foi observado que o CCP dos médicos da ESF foi abaixo do esperado, uma vez que a mediana foi de apenas 60,9% de acertos em CCP. O valor obtido foi abaixo ao encontrado por profissionais experts em cuidados paliativos (77,9%), porém maior que o valor médio de profissionais alemães no estudo original (52,8%) (PFISTER, *et al.*, 2013) e equivalente à média encontrada em outros estudos relacionados a conhecimentos, como o PCKT, cuja média foi de 62% (RAUDONIS, *et al.*, 2002). A ACP apresentou mediana mais elevada com 73,3% de acertos, porém menos de um quarto dos médicos que responderam o questionário se considerava apto a realizar CP (24,6%). Nossos achados estão em consonância com os dados encontrados no estudo de adaptação transcultural do BPKT (MINOSSO, *et al.*, 2017) e com outro estudo que também apresentou resultado semelhante (HENDERSON, 2016). Esses achados corroboram a necessidade da melhora da formação médica nos diversos aspectos que envolvem os CP (CHAVES, *et al.*, 2011; PONTUAL, *et al.*, 2017). De fato, não é possível dissociar o déficit na prática de CP da pequena inserção que esse tema teve nos cursos de graduação dos médicos entrevistados, sendo que 86% referiu que não teve disciplina de CP durante a graduação, embora quase todos concordassem que a inserção dessa disciplina fosse importante (98,2%).

Em relação aos CP na APS, a prática médica da MFC é o ambiente ideal para a realização da chamada abordagem em cuidados paliativos (GHOSH, *et al.*, 2015). Segundo a European Association for Palliative Care (EAPC), essa abordagem consiste

em uma forma de integrar métodos e procedimentos de CP em contextos de cuidados gerais – tal qual a APS – ou seja, em ambientes nos quais há uma diversidade de pacientes e que, apesar dos CP não serem o foco de atuação principal, muitos pacientes se beneficiariam desses cuidados. Por acompanharem a população de seu território ao longo de suas vidas, o médico da ESF vivencia os processos de envelhecimento, de adoecimento e de fragilização das pessoas que estão sob seus cuidados. Nesses casos, é importante a presença do médico da ESF para a orientação e acolhimento no caminho da palição quando indicada (SILVA, 2014). Porém, apesar do médico da ESF estar nesse ambiente propício para a abordagem em cuidados paliativos, o déficit em sua formação em CP impacta em sua atuação, não conseguindo lidar de forma adequada com o usuário que teria benefício com a instituição de CP (CHAVES, *et al.*, 2011). De fato, a falta formação da equipe de saúde em CP é uma das principais barreiras à sua implantação (OUCHI, *et al.*, 2014; BEERNAERT, 2015). Isso mostra a necessidade de se organizar um modelo de assistência mais adequado para a atenção à saúde de pessoas com doenças avançadas e terminais, de modo a, inclusive, evitar a exclusão dos pacientes com demandas paliativas da assistência, propiciando uma dignidade nos cuidados. Para isso é importante, entre outros fatores, que a disciplina de cuidados paliativos faça parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde (FLORIANI, *et al.*, 2008).

Ademais, considerando que não foi observada diferença significativa no CCP e na ACP ao comparar o grupo de médicos com titulação ou residência médica em MFC e o grupo de médicos sem titulação ou residência médica em MFC, pôde-se evidenciar que o déficit de formação em CP não perpassa apenas os cursos de graduação em medicina, mas também o processo de formação em MFC posterior a graduação, o que inclui a residência médica. Portanto, a melhora do processo de ensino-aprendizagem em CP é um desafio que envolve a formação do Médico de Família e Comunidade como um todo. Um melhor

processo de formação em CP permitiria na prática assistencial que tais profissionais saibam oferecer à população a devida assistência paliativa no nível de APS. Ademais, na pós-graduação, como na residência médica em MFC, a estruturação dessa aprendizagem possibilitaria formar profissionais com capacitação plena para conduzir os pacientes com necessidades de CP (SANTOS, 2017).

Em nosso estudo, é interessante notar que, embora o grupo de médicos que se considerava apto a prestar CP e o grupo que relatava experiência com CP tenham apresentado ACP maior do que os que os grupos que não se considerava apto ou não relatava experiência, não houve diferença entre esses grupos no CCP. Ao contrário, houve uma correlação inversa, porém fraca, entre ACP e CCP, isto é, profissionais que apresentaram APC maiores tenderam a CCP menores. De fato, alguns estudos já evidenciaram uma percepção desproporcionalmente elevada na autoeficácia em CP por profissionais de saúde, sendo um dos possíveis motivos eles subestimarem a complexidade que é a execução dos CP de uma maneira eficaz, que por sua multidimensionalidade, exige do profissional, treino, estudo, aprimoramento e desenvolvimento de diversas competências (ADRIAANSEN, *et al.*, 2004). Ademais, tal fato vai de encontro ao resultado dos autores do instrumento (PFISTER, *et al.*, 2013), subentende-se que esses grupos acreditavam desenvolver mais atividades relacionadas a prestação dos cuidados paliativos do que demonstram conhecimento para tal.

Outro fato que chamou a atenção foi a correlação negativa, embora também fraca, entre idade e CCP. Os achados de nosso estudo chamam a atenção que a percepção de ACP e a experiência com a idade não estão necessariamente acompanhadas de melhora no CCP e, conseqüentemente, na competência para o desempenho de CP, sendo que outros fatores podem ser também importantes, como a educação formal em cuidados paliativos durante o curso de graduação. Nesse aspecto, em nosso estudo, somente dois

dos profissionais acima de 10 anos de atuação em APS tiveram disciplina de CP no curso de graduação médica. De fato, estudos mostram que os cuidados em fim de vida, embora ainda com deficiência tem sido incorporado em uma proporção maior no ensino médico nos últimos anos (DICKINSON, 2017). Dessa forma, profissionais mais jovens possuem maior chance de já terem contato com a temática de CP na graduação seja por meio de disciplinas, discussão do tema ou de cenários de ensino.

Todavia, apesar do achado de nosso estudo, a idade e anos de atuação em APS por possibilitarem uma maior chance de o médico ter convivido com situações de necessidade de cuidados paliativos podem estar associados a uma melhor qualidade da assistência em pacientes em CP, talvez por focarem não apenas em aspectos básicos do cuidado, mas também em aspectos complexos e psicológicos, característica que é adquirida com a experiência (FARBER, *et al.*, 2003; CHOVER-SIERRA, *et al.*, 2017). Esse fator realmente parece ser importante, mas não deve ser analisado dissociado de outros fatores, como o contato com o tema de CP em seus processos formativos. Possivelmente, seja a associação desses fatores, que explique, em nosso estudo, os médicos com 5 a 10 anos de atuação na APS apresentaram maior CCP do que os profissionais com menos de 5 anos e mais de 10 anos de atuação na CCP, o que foi observado principalmente nos conhecimentos quanto à identificação de problemas psicossociais e articulação de cuidados.

Vale salientar que, além do déficit educacional, há outros problemas que dificultam o acesso pleno do paciente aos cuidados e abordagem paliativa na APS. Mendes (2011) cita várias dificuldades dos profissionais em exercer seus trabalhos baseados nos princípios e diretrizes da APS, conseqüentemente no CP, por exemplo, a fragmentação dos sistemas de saúde que muitas vezes tem falhas sérias na comunicação, medidas ineficazes em promoção e prevenção de saúde e assim o foco do atendimento é

mais voltado para o atendimento de "cura", rompem o princípio da continuidade da atenção, tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica, criam incentivos para a indução da demanda pela oferta, e apresentam problemas de qualidade (COBÔ, *et al.*, 2019). Esses entraves contribuem para a dificuldade de articulação das redes de Atenção inclusive com relação aos CP.

Entre as limitações do nosso estudo, encontra-se o número de médicos que respondeu, porém as 57 respostas obtidas encontram-se dentro do intervalo de confiança e margem de erro definidos para refletir as características da Regional de Saúde estudada. Em segundo lugar, o desenho transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas e outras variáveis não avaliadas no estudo podem ter influenciado esses resultados. Apesar dessas limitações, nosso estudo chama a atenção para as fragilidades do CCP em médicos da ESF. Assim, recomenda-se a adoção de estratégias com foco no aprendizado e no aperfeiçoamento das competências profissionais para abordagem na APS dessa modalidade de cuidado.

9 CONCLUSÃO

Este estudo revelou um déficit de conhecimento em relação aos cuidados paliativos em médicos da estratégia da saúde da família na atenção primária à saúde em uma das regionais do Distrito Federal. Considerando que a demanda por cuidados paliativos tem sido crescente, observa-se concomitantemente a isso, um aumento de necessidade de aperfeiçoamento profissional para abordagem na APS dessa modalidade de cuidado, tanto para identificação dos pacientes que se beneficiam de tais cuidados, quanto em relação a abordagem multidimensional que esses cuidados exigem.

Isto poderia ser obtido por meio de investimento em educação em cuidados paliativos tanto em graduação, pós-graduação, quanto em relação à educação continuada já que, nesse estudo este estudo temos que não há diferença em relação aos conhecimentos de médicos de família e comunidade titulados ou com residência médica e profissionais que atuam na atenção primária sem a referida titulação.

O BPW é um instrumento que aborda o conhecimento e autoeficácia não apenas em relação ao controle de sintomas, mas também explora aspectos psicossociais. Com isso, observou-se nesse estudo o elevado número de profissionais que não se consideram aptos para realização de abordagem paliativa nos pacientes que demandam de tal modalidade de cuidados, bem como dificuldades diversas nos 3 grupos de subdivisão. Evidenciando dificuldades tanto relacionadas a conceitos, quanto em relação a abordagem prática.

Verifica-se, portanto, a necessidade de organizar modelos assistenciais adequados ao paciente com doenças ameaçadoras à vida incluindo os cuidados paliativos no programa de cuidados, bem como a efetivação de políticas públicas que priorizem os

cuidados paliativos com foco no aprendizado e no aperfeiçoamento de profissionais da assistência a saúde, incluindo os profissionais da atenção primária.

REFERÊNCIAS

ADRIAANSEN, M. J. M.; VAN ACHTERBERG, T. **A test instrument for palliative care.** International Journal of Nursing Studies, Oxford, v. 41, n. 1, p. 107-117, 2004.

AL QADIRE, M. **Knowledge of palliative care:** An online survey. Nurse Education Today, Edinburgh, v. 34, n. 5, p. 714-718, 2014.

ANDRADE, J. C.; ANDRADE FILHO, A. C. C. **Estamos preparados para a medicina paliativa?** Revista Simbidor, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 8-19, 2002.

BALIZA, M. F. et al. **Cuidados paliativos no domicílio:** percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 13-18, 2012.

BEERNAERT K. et al. **What Are Physicians' Reasons for Not Referring People with Life-Limiting Illnesses to Specialist Palliative Care Services?** A Nationwide Survey. PLoS One, San Francisco, v. 10, n. 9, p. 1-13, 2015.

BLASCO, P. G. **O médico de família, hoje.** São Paulo: SOBRAMFA, 1997.

BRASIL. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

BRUERA, E. et al. (Ed.). **Textbook of palliative medicine and supportive care**. 3a edição, London: Routledge & CRC Press, 2021.

BRUGUGNOLLI, I. D.; GONSAGA, R. A. T.; DA SILVA, E. M. **Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?** Revista Bioética, Brasília, v. 21, n. 3, p. 477-485, 2013.

CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Riode Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014.

CHOVER-SIERRA, E.; MARTÍNEZ-SABATER, A.; LAPEÑA-MOÑUX, Y. **Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital**, Ribeirão Preto, Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, p. e2847, 2017.

CÔBO, V. A. et al. **Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde**. Boletim-Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

DICKINSON, G. E. **A 40-year history of end-of-life offerings in US medical schools: 1975–2015**. The American Journal of Hospice & Palliative Care, Weston, v. 34, n. 6, p. 559-565, 2017.

ENCARNAÇÃO, Paula et al. Competências centrais em cuidados paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos: parte 1. 2013.

FARBER, Stuart J. et al. **Issues in end-of-life care: patient, caregiver, and clinician perceptions.** Journal of Palliative Medicine, Larchmont, v. 6, n. 1, p. 19-31, 2003.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

GHOSH, A.; DZENG, E.; CHENG, M. J. **Interaction of palliative care and primary care.** Clinics in Geriatric Medicine, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 207-218, 2015.

HALL, S. et al. **Palliative care for older people: better practices.** Washington: World Health Organization, 2011.

HENDERSON, A. et al. **Graduating nurses' self-efficacy in palliative care practice: An exploratory study.** Nurse Education Today, Edinburgh, v. 39, p. 141-146, 2016.

LEMOS, C. F. P. et al. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 278-282, 2017.

LIMA, C. A. S. **Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos.** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-17, 2015.

McDANIEL, S. H. et al. **Family-oriented primary care**. New York: Springer-Verlag, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINOSSO, J. S. M. et al. **Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia**. Revista de Enfermagem Referência, n. 13, p. 31-42, 2017.

NAKAZAWA, Y. et al. **The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals**. London: Palliative Medicine, v. 23, n. 8, p. 754-766, 2009.

OUCHI, K. et al. **Initiating Palliative Care Consults for Advanced Dementia Patients in the Emergency Department**. Journal of Palliative Medicine, Larchmont, v. 17, n. 3, p. 346-50, 2014.

PFISTER, D. et al. **German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care**. Journal of palliative medicine, Larchmont, v. 16, n. 7, p. 794-798, 2013.

PIMENTA, C. A. de M. **Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 3, p. v-viii, 2010.

PINHEIRO, T. R. S. P. **Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 320-326, 2010.

PREM, V. et al. **Study of nurses' knowledge about palliative care:** a quantitative cross-sectional survey. Indian Journal of Palliative Care, Mumbai, v. 18, n. 2, p. 122, 2012.

RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A. **Saúde da família e cuidados paliativos infantis:** ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 379-388, 2010.

RAUDONIS, B. M.; KYBA, F. C. N.; KINSEY, T. A. **Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care.** Geriatric Nursing, Saint Louis, v. 23, n. 6, p. 296-301, 2002.

RODRIGUES, L. F. **Manual de Cuidados Paliativos ANPC:** Ampliado e atualizado, 2ª ed., São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

ROSS, M.; McDONALD, B.; MCGUINNESS, J. **The palliative care quiz for nursing (PCQN):** the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. Journal of advanced nursing, Oxford, v. 23, n. 1, p. 126-137, 1996.

SANTORO, L. F. **Morte digna:** o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014.

SOUZA, H. L. de et al. **Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas**. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 349-359, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Palliative care for older people: better practices*. WHO; 2011.

APÊNCIDE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico
(A identificação não será considerada para análise dos dados)

| | | | | |
|--|----------|------------------|-------------------|-----------|
| e-mail | | | | |
| Idade | | | | |
| Sexo | Faminino | | Masculino | |
| É Médico de Família e Comunidade (MFC) com residência médica e/ou titulação na área? | Sim | | Não | |
| Tempo de atuação na APS? | < 1 ano | Entre 1 e 5 anos | Entre 5 e 10 anos | > 10 anos |
| Qual a sua UBS atual? | | | | |
| Já vivenciou o processo de morrer/morte de familiares próximos? | Sim | | Não | |
| Tem experiência em CP? | Sim | | Não | |
| Tem formação específica em CP? | Sim | | Não | |
| Considera-se apto a prestar cuidados aos pacientes em CP? | Sim | | Não | |
| Teve CP como disciplina na graduação? | Sim | | Não | |
| Considera importante conteúdo de CP na sua graduação? | Sim | | Não | |

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

**Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos
atuantes na Atenção Primária à Saúde**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde” desenvolvida como parte das exigências do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), área de concentração em Saúde da Família, por Igor Cabral Santos de Melo, Médico de Família e Comunidade e Paliativista, sob orientação do Prof. Dr. Fabio Ferreira Amorim.

O objetivo central do estudo é: avaliar o conhecimento de médicos da Estratégia de Saúde da família atuantes em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal em relação aos Cuidados Paliativos bem como avaliar a percepção de autoeficácia desses profissionais no manejo em Cuidados Paliativos.

O convite a sua participação se deve à inclusão de todos os Médicos de Família e Comunidade e profissionais em exercício vinculados a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES DF) atuantes na Atenção Básica a Saúde em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal da regional Centro-Sul.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas já que nenhuma pessoa alheia à pesquisa terá acesso mínimo aos dados de maneira individualizada, apenas aos resultados e coletivos.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro, onde será realizado esclarecimento individualmente onde serão resguardadas as privacidades do profissional.

Serão prestadas informações em linguagem clara e acessível para informar os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios e que a qualquer momento poderiam desistir da participação na pesquisa sem nenhum ônus. Em seguida será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concedido um tempo em que apresentaremos a pesquisa para a reflexão e decisão sobre a participação ou não.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder um questionário sociodemográfico e o questionário adaptado do Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) – versão portuguesa - e consistirá de informações gerais pessoais e de conhecimento em Cuidados Paliativos (23 perguntas), bem como avaliação de autoeficácia (15 perguntas) no manejo de pacientes que demandem cuidados Paliativos.

O tempo de duração do questionário é de aproximadamente 10 (dez) minutos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012.

A pesquisa traz como benefício de permitir conclusões acerca do nível de conhecimento dos profissionais da Atenção Básica acerca dos Cuidados Paliativos o que permitirá explorar lacunas de conhecimento técnico e propor formas de aperfeiçoamento tendo em vista a crescente demanda por Cuidados Paliativos dentro do ambiente da Atenção Básica.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em ambiente acadêmico na Escola Superior de Ciências da Saúde/ Hospital de Apoio de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Igor Cabral Santos de Melo/ Fabio Ferreira Amorim na Escola Superior de Ciências da Saúde no telefone (62)998324939/ (61)999773516 no horário de 07:00h as 18:00h disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: igorcabral@live.com Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CAAE: 44362720.3.0000.5553). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa

podem ser obtidas através do telefone: (61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assinale a pergunta obrigatória de declaração de leitura e consentimento para participação da pesquisa.

APÊNCIDE C – PROJETO DE INTERVENÇÃO

Igor Cabral Santos de Melo

Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde

Projeto de intervenção apresentado como requisito a obtenção de grau de Mestre no programa de Pós-graduação em Saúde da Família, na Escola Superior de Ciências da Saúde como exame de qualificação do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Área de concentração: Cuidados Paliativos e Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Brasília

2021

APRESENTAÇÃO

Este Projeto de Intervenção visa aprimorar os conhecimentos de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) com atuação na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal, principalmente da regional Centro Sul. Visa ainda estimular o interesse dos profissionais pela temática dos cuidados paliativos na prática da APS e garantir maior acesso dos pacientes a essa abordagem de cuidados.

Para isso, propõe-se a de Curso de Educação Continuada de participação voluntária com aulas em modalidade a distância ou presencial como parte do processo de formação em relação a abordagem de cuidados paliativos na APS.

As temáticas abordadas no curso serão voltadas para conceitos e princípios em Cuidados Paliativos, identificação e critérios de elegibilidade, comunicação, manejo dos principais sintomas em cuidados paliativos, formulação de diretivas antecipadas de vontade e cuidados de fim de vida na APS.

Será realizada avaliação somativa a fim de avaliar as competências adquiridas pelos alunos ao final do processo educacional.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 64 |
| 2 OBJETIVOS | 65 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 65 |
| 2.2 OBJETIVOS SECUNÁRIOS | 65 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 66 |
| 4 METODOLOGIA | 67 |
| 5 RECURSOS | 69 |
| 5.1 RECURSOS MATERIAIS | 69 |
| 6 PROPOSTA DE AVALIAÇÃO | 70 |
| 7 PROPOSTA DE CRONOGRAMA | 71 |
| 7.1 PLANEJAMENTO | 71 |
| 7.2 TURNO DE ATIVIDADES | 71 |
| 7.5 CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES | 71 |
| 8 REFERÊNCIAS | 72 |

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção, diante da crescente demanda por cuidados paliativos, do progressivo envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas não progressivas, visa auxiliar no processo educacional de profissionais da APS para realização de abordagem em cuidados paliativos no contexto da ESF.

Para isso, é delimitado os objetivos pedagógicos dessa inserção a fim de agregá-los nas atividades diárias da Estratégia de Saúde da Família equilibrando a assistência comunitária com o propósito acadêmico que visa o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para que o profissional possa oferecer cuidado integral, compreendendo o indivíduo no contexto de vida familiar, social e ambiental (SILVA, 2017) essencialmente aos pacientes que se beneficiam de cuidados paliativos, adjuvante ou não aos tratamentos modificadores de doenças.

A proposta metodológica está fundamentada na atuação multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, profissionais de saúde bucal, agentes comunitários e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no acolhimento e abordagem ao paciente em cuidados paliativos, dispondo, portanto, que a participação se estenda a todos os profissionais da APS interessados no aprimoramento de sua prática.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Aprimorar os conhecimentos em cuidados paliativos, em relação a Conceitos e princípios em Cuidados Paliativos, Identificação precoce e critérios de elegibilidade, manejo dos principais sintomas em cuidados paliativos, formulação de diretivas antecipadas de vontade, e cuidados de fim de vida em ambiente domiciliar dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Secundários:

- Aumentar o acesso dos pacientes a abordagem de cuidados paliativos;
- Aumentar qualidade de vida;
- Qualificar a assistência aos pacientes que desejam cuidados de fim de vida em ambiente domiciliar;
- Aprimorar o manejo de sintomas aos pacientes que se beneficiam de cuidados paliativos;

3 JUSTIFICATIVA

Muito se discute em contexto nacional e internacional a formação médica devido às mudanças na sociedade contemporânea e suas demandas de saúde (SILVA, 2017). Considerando o aumento da demanda por cuidados paliativos, o estudo intitulado “Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária a Saúde” identificou um déficit de conhecimento em relação aos cuidados paliativos em médicos da estratégia da saúde da família na atenção primária à saúde em uma das regionais do Distrito Federal. Com isso, verificou-se que uma forma que sanar tal déficit poderia ser por meio do investimento em educação em cuidados paliativos tanto em graduação, pós-graduação, quanto em relação à educação continuada já que, nesse estudo foi observado que não há diferença em relação aos conhecimentos de médicos de família e comunidade titulados ou com residência médica e profissionais que atuam na atenção primária sem a referida titulação.

4 METODOLOGIA

Inicialmente seria verificado autorização e cooperação entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Escola Superior de Ciências da Saúde para a viabilização e efetivação da proposta de educação continuada em cuidados paliativos aos profissionais atuantes da APS, no Distrito Federal. O acesso aos profissionais será por meio de divulgação dos meios de comunicação institucionais, bem como por meio de divulgação via aplicativos WhatsApp[®], Instagram[®], e-mail e via SEI. A proposta de atividades aos participantes se dará de forma não presencial ou a depender de possibilidades podendo ser realizada via presencial.

A depender de adesão, os participantes poderão ser organizados em grupos. A participação será gratuita e voluntária. Em caso de curso de educação continuada por meio de atividades online, o cronograma será fragmentado em 4 encontros, com um módulo por encontro, ao passo que, se for realizado de forma presencial, o cronograma será condensado para realização do projeto em um único dia (podendo sofrer alterações).

O curso de educação continuada será ministrado por profissionais especialistas em Cuidados Paliativos vinculados ou não a Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Durante o curso, caberá a equipe de organização e palestrantes:

- Apresentar a proposta do projeto;
- Organizar inscrições;
- Acolher os participantes;
- Organizar cronograma de aulas e módulos e manter participantes informados;
- Incentivar o engajamento participativo dos participantes;
- Organizar proposta de aulas, utilizando de metodologias ativas de aprendizagem;
- Discutir sobre temas preconizados;

- Realizar métodos avaliativos;
- Permitir realização de feedback;
- Ser receptivo a críticas e sugestões;
- Monitorar frequência dos alunos.

Será agendada reunião presencial antes do início do curso com todos os envolvidos na organização. Os temas abordados dentro da perspectiva dos cuidados paliativos são:

- Conceitos e Princípios dos Cuidados Paliativos;
- Identificação e critérios de elegibilidade;
- Comunicação com pacientes e familiares;
- Elaboração de diretivas antecipadas de vontade;
- Manejo de principais sintomas em Cuidados Paliativos;
- Cuidados Interdisciplinares de fim de vida na APS.

A obtenção de certificação será condicionada a participação de 75% nos módulos apresentados.

5 RECURSOS

5.1 RECURSOS MATERIAIS:

Os recursos dispostos são:

- Sala de reuniões da Escola Superior de Ciências da Saúde ou da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para capacitação dos envolvidos no curso de Educação Continuada em Cuidados Paliativos;
- Plataforma online de aulas para encontros online;
- Sala adequada para encontros presenciais;
- Recursos de comunicação e marketing para divulgação.

6 PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Ao final do curso os palestrantes e organizadores se reúnem para troca de experiências avaliando pontos positivos e negativos vivenciados durante o curso. Será apresentado os problemas observados e autorreflexões a cerca do processo de formação.

Pautas a serem discutidas:

- Situações individuais de aprendizado e comportamentais;
- Frequência;
- Participação integral nas atividades;
- Conquistas de objetivos propostos;
- Métodos avaliativos;
- Feedback;
- Sugestões de melhorias.

7 PROPOSTA DE CRONOGRAMA

7.1 PLANEJAMENTO:

O curso será dividido em quatro módulos da seguinte forma:

Módulo 1:

- Conceitos e Princípios dos Cuidados Paliativos;
- Identificação e critérios de elegibilidade;

Módulo 2:

- Comunicação com pacientes e familiares;
- Elaboração de diretivas antecipadas de vontade;

Módulo 3:

- Manejo de principais sintomas em Cuidados Paliativos;

Módulo 4:

- Cuidados Interdisciplinares de fim de vida na APS.

7.2 TURNO DA ATIVIDADE:

Em caso de atividade online, o curso será ministrado durante a semana (entre segunda e sexta feira, em período noturno. Se presencial, o curso será ministrado preferencialmente no final de semana.

7.3 CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES

As avaliações serão realizadas com método somativa ao final de cada módulo com resposta de questionário de avaliação.

8 REFERÊNCIAS

CRUESS, Richard L.; CRUESS, Sylvia R.; STEINERT, Yvonne. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. **Academic Medicine**, v. 91, n. 2, p. 180-185, 2016.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.

SILVA, Andréa Tenório Correia da et al. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2017

ANEXO A – BONN PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE TEST

Bonn Palliative Knowledge Test (BPW) - Versão Portuguesa

Sessão 1 – Conhecimentos

Versão portuguesa do BPW. Porto, 2015

| BPW (<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>) | Correto | Razoavelmente Correto | Pouco Correto | Incorreto |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Secção 1 - Conhecimentos | | | | |
| 1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A obstipação deve ser aceite como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. As competências de comunicação podem ser aprendidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

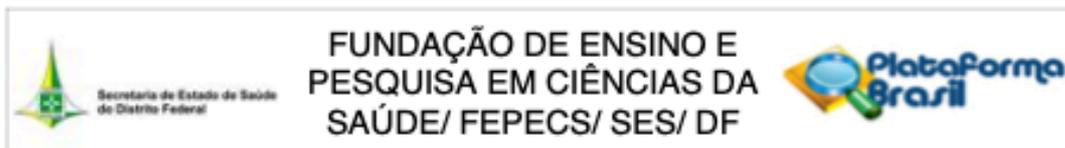
ANEXO B – BONN PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE TEST

Bonn Palliative Knowledge Test (BPW) - Versão Portuguesa

Sessão 2 – Avaliação de autoeficácia

| Secção 2 – Avaliação da autoeficácia | Correto | Razoavel- mente Correto | Pouco Correto | Incorreto |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Penso que sou capaz de... | | | | |
| 1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Organizar o contacto com um serviço de CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos em médicos atuantes na Atenção Primária a Saúde

Pesquisador: IGOR CABRAL SANTOS DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44362720.3.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.642.176

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1674664.pdf", postado em 26/02/2021.

Resumo:

"O progressivo envelhecimento da população, em conjunto com as mudanças nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez acarretados pela transição demográfica e epidemiológica da população brasileira tem provocado crescente demanda pelos cuidados paliativos (CP). Os CP envolvem um conjunto de ações, de natureza multiprofissional, voltadas para prevenção e alívio do sofrimento dos pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, sendo reconhecidos como uma ciência designada pelo nome de "Medicina Paliativa". Uma maior procura por Cuidados Paliativos nos diversos níveis de atenção à saúde trouxe consigo a necessidade premente de adequação e capacitação dos profissionais de saúde para a prática das ações paliativas. A Atenção Primária à Saúde vem sendo apontada como um nível estratégico para implementação dos preceitos preconizados pela Medicina Paliativa. A proximidade geográfica, cultural e emocional com que atuam os profissionais de saúde nesse nível de atenção, em tese, propiciaria a identificação precoce, maior acessibilidade e continuidade dos cuidados paliativos, considerando as múltiplas dimensões do processo de adoecimento humano. Entretanto, o déficit

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.642.176

de profissionais capacitados para o provimento adequado dos Cuidados Paliativos é um grande limitador para a oferta ampliada dessas ações na Atenção Primária à Saúde. O objetivo desse projeto é, portanto, avaliar o grau de conhecimento e percepção de autoeficácia dos profissionais que atuam na Atenção Primária no Distrito Federal, com vistas a propor estratégias para melhorar a oferta e, conseqüentemente, o acesso da população aos CP. Por meio desse estudo de delineamento transversal, será aplicado um questionário a população de médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família do DF. Isso permitirá a coleta de informações relativas ao nível de conhecimento técnico, habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal em saúde, necessárias à boa prática em CP".

Hipótese:

"Acredita-se que a maioria dos participantes do estudo não tiveram a disciplina de CP durante a graduação em medicina, bem como não apresentem formação em Cuidados Paliativos, assim não considerando aptos a prestar cuidados a pacientes em CP ou mesmo não manejando adequadamente os sintomas do referido questionário. Contudo, é provável que os médicos de família do estudo, em sua maioria, considerem importante os CP apesar de não se sentirem aptos a prestar abordagem em CP na APS, sendo, portanto, não capazes de manejar alguns dos sintomas, comunicar com familiares sobre CP, identificar pacientes em que os CP seriam benéficos, intermediar contato com uma equipe em CP especializada, informar possíveis efeitos adversos de algumas medicações, integrar aspectos culturais da morte e do morrer. Além disso, é provável que tenham dificuldade e não se sintam capazes de conversar com a equipe de saúde sobre a necessidade de CP para determinados pacientes, comunicar com a pessoa ansiosa e familiares em CP de forma a deixá-los seguros, identificar necessidades complexas em pacientes em fim de vida e problemas psicológicos específicos".

Critério de Inclusão:

• "Ser médico de Família e Comunidade servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal atuantes Federal na ESF das Unidades de APS do Distrito Federal atuante na Regional Centro-Sul";

Critério de Exclusão:

• "Qualquer condição que prejudique o participante a responder de forma fidedigna às questões apresentadas.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.642.176

- Recusa do participante a responder o questionário";

Metodologia Proposta:

"Trata-se de um estudo transversal por meio de questionário eletrônico a ser encaminhado a médicos atuantes na ESF no Distrito Federal, a ser realizado no período de março de 2021 a junho de 2021. Será encaminhado questionário eletrônico (através de plataforma "surveymonkey" ou "googleform") via e-mail ou aplicativo "whatsapp" composto por itens referentes a dados sociodemográficos e questionário de composto por itens referentes a dados sociodemográficos (idade, gênero e grau de escolaridade – residência em curso ou finalizada, mestrado e/ou doutorado) e pelo questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), versão em português. O questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test foi originalmente desenvolvido em alemão, sendo posteriormente realizada adaptação transcultural e validado para o português (MINOSSO et al., 2017). O questionário é composto por 23 perguntas acerca de conhecimentos sobre Cuidados Paliativos (Sessão 1) e 15 perguntas sobre a avaliação de autoeficácia (Sessão 2). A sessão 1 aborda conhecimentos sobre cuidados paliativos envolvendo, conceitos, controle de sintomas e conhecimentos gerais sobre luto e morte. A sessão 2 aborda sobre avaliação de autoeficácia na prestação de Cuidados Paliativos a cerca de habilidades de comunicação e segurança na formulação de estratégias de manejo em Cuidados paliativos."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Avaliar o conhecimento de Médicos de Família e Comunidade atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF em relação a conceitos, fundamentos, abordagens e percepção de autoeficácia empregadas aos Cuidados Paliativos".

Objetivo Secundário:

- Identificar lacunas nos conhecimentos a cerca dos Cuidados Paliativos;
- Avaliar capacidade de manejo de sintomas em pacientes sob Cuidados Paliativos;
- Avaliar a segurança do profissional quanto a comunicação como método de abordagem a pacientes em Cuidados Paliativos e familiares;
- Identificar possíveis limitações na abordagem dos pacientes em Cuidados Paliativos e familiares relacionadas a habilidades de comunicação;
- Avaliar subjetivamente atitudes sobre a morte, luto e processo de morrer;
- Propor estratégias para melhorar a atuação dos Médicos de Família e Comunidade na área de

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.642.176

Cuidados Paliativos*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Estigmatização do indivíduo; divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se comprometem a limitar o acesso aos questionários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); assegurar a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro".

Benefícios:

"Com a pesquisa será possível avaliar a capacidade de abordagem em CP de médicos atuantes na APS. Os resultados poderão se tornar ferramentas para políticas públicas de incentivo a formação em CP na APS a fim de oferecer melhor cuidado aos pacientes que demandem dessa modalidade de cuidados na Atenção Primária a Saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto TCC, qualificação do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE do Programa de Pós-graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Consiste em estudo transversal que tem por objetivo primário "Avaliar o conhecimento de Médicos de Família e Comunidade atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF em relação a conceitos, fundamentos, abordagens e percepção de autoeficácia empregadas aos Cuidados Paliativos". A coleta de dados ocorrerá por meio virtual, em que serão utilizados instrumentos que contemplam questões referentes aos dados sociodemográficos/profissionais, questões sobre Cuidados Paliativos e questões sobre autoeficácia. (encontram-se em apêndice ao projeto brochura). A previsão de início de coleta de dados é março/maio de 2021, e o pesquisador responsável garante cumprir exigências ético-normativas, aguardando a aprovação do protocolo de pesquisa por este comitê de ética, para dar início à pesquisa.

Cerca de 100 profissionais servidores (médicos da atenção primária da regional centro-sul) serão convidados a participar da pesquisa. O Termo de anuência da SES/DF foi apresentado, constando a concordância da Diretoria Regional de Atenção Básica da Região Centro Sul.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.642.176

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. Projeto de informações básicas -PB, postado em 26/02/2021.
2. Projeto detalhado brochura, postado em 26/02/2021.
3. Carta de encaminhamento adequada, postada em 25/02/2021.
4. Termo de Anuência, devidamente datado e assinado pelo Diretor Regional de Atenção Primária (DIRAPS) da regional Centro-Sul, postado em 25/02/2021.
5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE, postado em 25/02/2021. (deferido).
6. Cronograma, postado em 25/02/2021-coleta de dados março a abril/2021 (deferido).
7. Currículos do pesquisador e orientador, postados 15/12/2020 (atualizados).
8. Termo de compromisso, postado em 15/12/2020, devidamente datado e assinado.
9. Folha de rosto, postada em 15/12/2020, devidamente datada e assinada pelo pesquisador responsável e pela Coordenadora CPECC/ESCS.

Recomendações:

Informações de caráter educativo:

Observar as orientações contidas na Carta Circular nº 01/2021- CONEP (procedimentos em pesquisas em ambiente virtual):

2. "Em relação aos procedimentos que envolvem contato por meio de ambiente virtual:

2.1 O convite para participação na pesquisa não deve ser feito com a utilização de listas que permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros.

2.1.1. Qualquer convite individual enviado por e-mail só poderá ter um remetente e um destinatário, ou ser enviado na forma de lista oculta.

2.1.2. Qualquer convite individual deve esclarecer ao candidato a participantes de pesquisa, que antes de responder às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário/formulário ou entrevista), será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ou Termo de Assentimento, quando for o caso) para a sua anuência.

2.2. Quando a coleta de dados ocorrer em ambiente virtual (com uso de programas para coleta ou registro de dados, e-mail, entre outros), na modalidade de consentimento (Registro ou TCLE), o pesquisador deve enfatizar a importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.642.176

2.2.1. Deve-se garantir ao participante de pesquisa o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

2.2.2. Caso tenha pergunta obrigatória deve constar no TCLE o direito do participante de não responder a pergunta.

2.2.3. Deve-se garantir ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento(tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.

2.2.4. O participante de pesquisa terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento.

[...]

2.4. Caberá ao pesquisador responsável conhecer a política de privacidade da ferramenta utilizada quanto a coleta de informações pessoais, mesmo que por meio de robôs, e o risco de compartilhamento dessas informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços de maneira a assegurar os aspectos éticos.

[...]

3. COM RELAÇÃO À SEGURANÇA NA TRANSFERÊNCIA E NO ARMAZENAMENTO DOS DADOS:

3.1. É da responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

3.2. Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

3.3. O mesmo cuidado deverá ser seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio. É recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados, não sendo indicado a sua manutenção em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.642.176

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1674664.pdf | 26/02/2021 00:03:55 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Mestrado_Projeto_final_word.docx | 26/02/2021 00:03:42 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | carta_encaminhamento_final_.pdf | 25/02/2021 23:57:27 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Declaração de concordância | Anuencia_diraps_coaps.pdf | 25/02/2021 16:38:33 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 25/02/2021 16:30:17 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 25/02/2021 16:09:59 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Outros | Curriculo_Fabio.docx | 15/12/2020 12:29:54 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_compromisso.pdf | 15/12/2020 12:26:16 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Outros | Curriculo_Igor.docx | 15/12/2020 12:24:28 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.docx | 15/12/2020 12:13:26 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_rosto_igor.pdf | 15/12/2020 12:01:36 | IGOR CABRAL SANTOS DE MELO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 10 de Abril de 2021

Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scanduzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br