

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

Vitória Dias Campos

**Educação permanente para a atenção primária: cartilha de cuidados paliativos
para capacitação médica no município de Juiz de Fora**

Juiz de Fora

2026

Vitória Dias Campos

**Educação permanente para a atenção primária: cartilha de cuidados paliativos
para capacitação profissional no município de Juiz de Fora**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família PROFSAÚDE, da
Universidade Federal de Juiz de Fora, como
requisito para a qualificação. Área de
concentração: Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Andreia Miranda de Aparecida Ramos

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dias Campos, Vitória.

Educação permanente para a atenção primária : cartilha de cuidados paliativos para capacitação médica no município de Juiz de Fora / Vitória Dias Campos. -- 2026.
165 p.

Orientadora: Andreia Miranda de Aparecida Ramos
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, CEAD- Centro de Educação à Distância. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2026.

1. Cuidados Paliativos. 2. Atenção Primária. 3. Educação Permanente. I. Miranda de Aparecida Ramos, Andreia, orient. II. Título.

Vitória Dias Campos

Educação permanente para a atenção primária: cartilha de cuidados paliativos para capacitação profissional no município de Juiz de Fora

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para a qualificação. Área de concentração: Educação em Saúde

Aprovada em 28 de agosto de 2026:

BANCA EXAMINADORA

Leticia de Castro Martins Ferreira, Doutora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Luipa Michele Silva, Doutora

Universidade Federal do Catalão

Sérgio Xavier de Camargo, Doutor

Universidade Federal de Juiz de Fora

Antonia Rios Almeida, Doutora

Universidade Federal Fluminense

Vitória Dias Campos

Educação permanente para a atenção primária: cartilha de cuidados paliativos para capacitação médica no município de Juiz de Fora

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 28 de agosto de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Andreia Aparecida de Miranda Ramos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Letícia de Castro Martins Ferreira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Luípa Michele Silva

Instituição

Juiz de Fora, 28/08/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Aparecida de Miranda Ramos, Coordenador(a)**, em 31/08/2026, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Letícia de Castro Martins Ferreira, Chefe de Departamento**, em 01/09/2026, às 22:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luípa Michele Silva Cabral, Usuário Externo**, em 09/09/2026, às 19:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3183373** e o código CRC **0C16176C**.

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos (CP) promovem qualidade de vida e dignidade às pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e aos seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas progressivas ampliam a demanda por essa abordagem, tornando a Atenção Primária à Saúde (APS) um cenário estratégico para sua implementação. No Brasil, esse papel foi fortalecido pela Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída em 2023. Entretanto, lacunas na formação e na Educação Permanente em Saúde ainda dificultam sua incorporação à Estratégia Saúde da Família (ESF). **Objetivo:** Identificar os conhecimentos e as lacunas formativas dos médicos da ESF do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, sobre CP, visando subsidiar o desenvolvimento de uma tecnologia educacional para instrumentalizar sua prática na APS. **Método:** Estudo transversal, descritivo. Foi aplicado um questionário estruturado aos médicos da APS de Juiz de Fora para identificar conhecimentos, práticas e necessidades relacionadas aos cuidados paliativos. Os resultados subsidiaram o desenvolvimento do produto técnico-tecnológico e a elaboração dos três artigos científicos que compõem este Trabalho de Conclusão de Mestrado. **Resultados:** Participaram do estudo 52 médicos, representando 53% das Unidades Básicas de Saúde do município e 22,9% dos médicos atuantes na APS. Os resultados evidenciaram fragilidades na identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos, na utilização de instrumentos específicos, no manejo clínico, na comunicação de más notícias e no conhecimento dos fluxos da rede de atenção. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de EPS voltadas às demandas da APS, favorecendo a qualificação da assistência em cuidados paliativos. **Produto Técnico Tecnológico (PTT):** Como produto técnico-tecnológico, foi desenvolvida a cartilha online "Cuidados Paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora", destinada à Educação Permanente dos médicos da ESF. Fundamentada nas necessidades identificadas na pesquisa e nos referenciais da Medicina de Família e Comunidade, dos cuidados paliativos e da EPS, a cartilha foi disponibilizada para acesso online e download, acompanhada de videoaula introdutória, questões reflexivas e caso clínico para profissionais de saúde da ESF. O material aborda identificação de pacientes elegíveis, manejo de sintomas, comunicação de más notícias, diretivas antecipadas de vontade, luto, prescrição de medicamentos e fluxos assistenciais da rede municipal, constituindo uma ferramenta para qualificar a assistência em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é

fruto do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE).

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Cuidados Paliativos; Educação Permanente.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care (PC) promotes quality of life and dignity for people living with life-threatening illnesses and their families through the prevention and relief of physical, psychological, social, and spiritual suffering. Population aging and the increasing prevalence of chronic progressive diseases have expanded the demand for this approach, making Primary Health Care (PHC) a strategic setting for its implementation. In Brazil, this role was strengthened by the National Palliative Care Policy established in 2023. However, gaps in professional training and Permanent Health Education continue to hinder the integration of palliative care into the Family Health Strategy (FHS). **Objective:** To assess the knowledge of physicians working in the Family Health Strategy in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, regarding palliative care and to develop a technical-technological educational product focused on Permanent Health Education to improve palliative care delivery in PHC. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted as part of an intervention project. A structured questionnaire was administered to PHC physicians in Juiz de Fora to assess their knowledge, practices, and educational needs regarding palliative care. The findings supported the development of the technical-technological product and the preparation of the three scientific articles included in this Master's Thesis. **Results:** A total of 52 physicians participated in the study, representing 53% of the municipality's Primary Health Care Units and 22.9% of PHC physicians. The findings revealed important gaps in identifying patients eligible for palliative care, using assessment tools, clinical management, communication of bad news, and understanding local healthcare pathways. These results highlight the need to strengthen Permanent Health Education strategies tailored to the realities of Primary Health Care, contributing to the improvement of palliative care delivery. **Technical-Technological Product (TTP):** The online educational booklet *Palliative Care for Primary Health Care in Juiz de Fora* was developed as the technical-technological product of this study. Based on the educational needs identified during the research and grounded in the principles of Family and Community Medicine, palliative care, and Permanent Health Education, the booklet was made available online and as a downloadable PDF, accompanied by an introductory video lecture, reflective questions, and a clinical case. The material covers patient identification, symptom management, communication of bad news, advance care planning, grief, medication prescribing, and local healthcare referral pathways, providing practical support for improving palliative care in PHC. This Master's Thesis was developed within the Stricto Sensu Professional Master's Degree

Program in Family Health (PROFSAÚDE).

Keywords: Primary care; Palliative care; Health Education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Dimensão e discriminação dos itens considerados relevantes para a construção do PTT.....	36
Tabela 1	– Características sociodemográficas dos médicos participantes do estudo (n=52).....	47
Tabela 2	– Distribuição dos participantes segundo especialidade médica, tempo de formação e tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2025 (n=52).....	48
Tabela 3	– Percepção dos participantes sobre a dificuldade no manejo de pacientes em cuidados paliativos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2025 (n=52).....	49
Tabela 1	– Estrutura do formulário diagnóstico utilizado para construção da tecnologia educacional.....	64
Tabela 2	– Estrutura do formulário de avaliação da tecnologia educacional.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CP	Cuidados Paliativos
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEDLINE/Pubmed	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PTT	Produto Técnico-Tecnológico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivos gerais.....	13
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA (ARTIGO 1).....	14
2.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E A CRONIFICAÇÃO DE DOENÇAS.....	20
2.2 O INÍCIO DOS CUIDADOS PALIATIVOS – A HISTÓRIA DE CICELY SAUNDERS.....	21
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO.....	21
2.5 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.....	23
2.5 O PAPEL DA APS NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	24
2.6 CUIDADOS PALIATIVOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA E O DESPREPARO PROFISSIONAL.....	26
2.7 CONCLUSÃO.....	27
2.8 REFERÊNCIAS.....	27
3. CAPÍTULO II: METODOLOGIA.....	32
4. CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	39
4.1 ARTIGO 2.....	39
4.2 ARTIGO 3.....	59
5. PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO.....	77
6. CONCLUSÃO.....	136
7. REFERÊNCIAS.....	136
8. APÊNDICE.....	144
9. ANEXOS.....	147

1. CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os Cuidados Paliativos (CP) são, por definição,

“cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida” (SILVA *et al.*, 2022).

Essa abordagem busca promover qualidade de vida e dignidade para pacientes, familiares e cuidadores com doenças incuráveis e ameaçadoras da continuidade da vida, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento (SILVA *et al.*, 2022).

O envelhecimento populacional, a transição demográfica e epidemiológica e o aumento da prevalência de doenças crônicas progressivas ampliaram significativamente a necessidade de CP em todo o mundo. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda sua oferta de forma precoce - preferencialmente no diagnóstico - e integrada aos diferentes níveis de atenção à saúde, perspectiva reforçada no Brasil pela recente instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que reconhece a responsabilidade compartilhada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na organização dessa assistência (BRASIL, 2024).

Os CP podem ser ofertados nos níveis hospitalares, ambulatoriais e domiciliares (ORDONHO *et al.*, 2021). Entre esses cenários, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se pelo potencial para sua implementação, em razão de atributos como longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e vínculo com usuários e familiares, possibilitando uma assistência centrada na pessoa e adequada às necessidades do território (MATTOS *et al.*, 2020; ORDONHO *et al.*, 2021; PARAIZO-HORVATH *et al.*, 2022; GHOSH *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2022; SILVA, 2014).

Entretanto, apesar desse potencial e dos benefícios associados à introdução precoce dos CP — como melhora da qualidade de vida, controle de sintomas, redução de internações e de intervenções desproporcionais (ELMOKHALLALATI *et al.*, 2020; GORMAN, 2016; ORDONHO *et al.*, 2021) —, sua incorporação na prática da APS ainda ocorre de forma limitada e frequentemente tardia. Entre os principais desafios descritos na literatura destacam-se o despreparo dos profissionais, a dificuldade em identificar pacientes elegíveis, a compreensão equivocada de que os cuidados paliativos se restringem ao fim da vida e a insuficiência de

estratégias sistematizadas de qualificação para as equipes de saúde (CAREY et al., 2019; CORREIA et al., 2018; MATTOS et al., 2020; ORTH et al., 2019).

Frente a esse cenário, torna-se fundamental investir em estratégias que fortaleçam a qualificação dos profissionais da APS para a identificação precoce de pacientes elegíveis e para a condução dos cuidados paliativos na prática cotidiana. Entre essas estratégias, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), por favorecer processos de aprendizagem construídos a partir das necessidades identificadas no cotidiano dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2019; LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

Nesse contexto, as tecnologias educacionais configuram-se como importantes ferramentas de apoio à EPS, ampliando o acesso ao conhecimento e favorecendo a atualização contínua dos profissionais de saúde (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019; OLIVEIRA, 2007; SILVA et al., 2015). Quando construídas a partir das demandas reais do processo de trabalho, essas estratégias apresentam potencial para fortalecer a prática assistencial e contribuir para a qualificação do cuidado ofertado na APS.

Ademais, a experiência profissional da pesquisadora como Médica de Família e Comunidade, aliada à atuação na área de CP desde 2021, em diferentes cenários assistenciais, incluindo hospitalar, ambulatorial e domiciliar, contribuiu para a aproximação e o aprofundamento na temática. A formação em Medicina Paliativa, concluída em 2023, ampliou essa perspectiva e possibilitou uma compreensão mais abrangente das necessidades apresentadas pelas pessoas em CP e seus familiares. Nesse percurso, foram identificadas dificuldades relacionadas ao reconhecimento e ao manejo das demandas desses pacientes por profissionais de saúde, especialmente no que se refere à abordagem integral dos sintomas, à comunicação e ao planejamento do cuidado. Tais aspectos podem comprometer a qualidade da assistência e repercutir negativamente na qualidade de vida das pessoas que vivenciam condições ameaçadoras à vida. Essa realidade evidenciou a necessidade de fortalecer a qualificação dos profissionais, particularmente no âmbito da APS, considerando seu papel na coordenação do cuidado e no acompanhamento longitudinal das pessoas e de suas famílias. Nesse contexto, a experiência profissional e a aproximação com as demandas relacionadas aos cuidados paliativos constituíram elementos motivadores para o desenvolvimento deste estudo e para a elaboração de uma estratégia de educação permanente voltada à qualificação da assistência paliativa na APS.

Diante desse contexto, este estudo foi norteado pela seguinte questão: quais são as necessidades de aprendizagem dos médicos da ESF relacionadas aos CP na APS? Para responder a essa questão, foi realizado um diagnóstico situacional com médicos atuantes na ESF do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os resultados obtidos subsidiaram o desenvolvimento de uma tecnologia educacional voltada à EPS, composta pela cartilha *Cuidados Paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora* e por uma videoaula introdutória sobre o tema.

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado foi estruturado na modalidade multipaper e reúne três artigos científicos articulados entre si, além do Produto Técnico-Tecnológico (PTT) desenvolvido a partir da pesquisa. Espera-se que os resultados contribuam para a qualificação dos profissionais da APS e para o fortalecimento da assistência em cuidados paliativos no âmbito do SUS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivos gerais

Identificar os conhecimentos e as lacunas formativas dos médicos da ESF sobre CP, visando subsidiar o desenvolvimento de uma tecnologia educacional para instrumentalizar sua prática na APS.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar e caracterizar os conhecimentos e as necessidades de aprendizagem dos médicos da ESF sobre CP na APS.
- Elaborar um PTT fundamentado nos princípios da EPS a partir das lacunas formativas identificadas.
- Avaliar a pertinência e aplicabilidade do PTT como estratégia de EPS para a qualificação da prática médica em cuidados paliativos na APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA: ARTIGO 1

ENTRE AVANÇOS E DESCOMPASSOS: A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E A PRÁTICA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

BETWEEN ADVANCES AND GAPS: THE EVOLUTION OF PALLIATIVE CARE AND MEDICAL PRACTICE IN PRIMARY HEALTH CARE

ENTRE AVANCES Y ERRORES: LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Vitória Dias. Médica, Mestranda do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Andréia Aparecida de Miranda Ramos. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Resumo:

Introdução: Os cuidados paliativos (CP) promovem qualidade de vida e dignidade para pessoas com doenças ameaçadoras a continuidade da vida, considerando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Sua importância cresce diante do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas progressivas. A Atenção Primária à Saúde (APS) é apontada como o cenário com maior espaço estratégico para a prática dos CP, reforçado pela Política Nacional de Cuidados Paliativos de 2023. Contudo, muitos médicos da Estratégia Saúde da Família se sentem inseguros para essa assistência. **Objetivo:** Analisar criticamente, à luz da literatura científica e de documentos normativos, a trajetória e a inserção dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, destacando o papel da APS, a formação e o preparo médico e os desafios para sua efetiva implementação no contexto brasileiro. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão narrativa da literatura nas bases BVS, SciELO, MEDLINE/PubMed e Cochrane, além de documentos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Utilizaram-se descritores relacionados a cuidados paliativos e APS, com filtros para texto completo, revisões, estudos qualitativos, ensaios clínicos, metanálises e recorte temporal de dez anos. **Resultados:** Os achados mostram que, apesar de avanços desde as iniciativas de Cicely Saunders, persistem lacunas importantes no conhecimento de profissionais, pacientes e familiares. **Conclusão:**

Apesar do crescimento das políticas e diretrizes que reconhecem a obrigatoriedade dos CP, a formação médica não acompanhou esse movimento. A maioria dos profissionais atuantes na APS não recebeu capacitação adequada, gerando um descompasso entre o que as políticas exigem e o que é possível realizar na prática. Diante da crescente demanda por CP, torna-se essencial investir na qualificação dos profissionais para garantir uma implementação efetiva e equitativa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Cuidados Paliativos, Educação em Saúde, Medicina

Abstract:

Introduction: Palliative care (PC) promotes quality of life and dignity for people with life-threatening illnesses, considering physical, psychological, social, and spiritual suffering. Its importance grows in the face of population aging and the increase in progressive chronic diseases. Primary Health Care (PHC) is identified as the setting with the greatest strategic space for the practice of PC, reinforced by the National Palliative Care Policy of 2023. However, many physicians in the Family Health Strategy feel insecure about providing this care.

Objective: To critically analyze, in light of the scientific literature and normative documents, the trajectory and insertion of palliative care in Primary Health Care, highlighting the role of PHC, medical training and preparation, and the challenges for its effective implementation in the Brazilian context. **Methodology:** A narrative literature review was conducted in the BVS, SciELO, MEDLINE/PubMed, and Cochrane databases, in addition to documents from the National Academy of Palliative Care. Keywords related to palliative care and primary health care were used, with filters for full text, reviews, qualitative studies, clinical trials, meta-analyses, and a ten-year time frame. **Results:** The findings show that, despite advances since Cicely Saunders' initiatives, significant gaps persist in the knowledge of professionals, patients, and families. **Conclusion:** Despite the growth of policies and guidelines that recognize the mandatory nature of palliative care, medical training has not kept pace with this movement. Most professionals working in primary health care have not received adequate training, creating a mismatch between what policies require and what is possible to achieve in practice. Given the growing demand for palliative care, it is essential to invest in the qualifications of professionals to ensure effective and equitable implementation.

Keywords: Primary Health Care, Palliative Care, Health Education, Medicine.

Resumen:

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) promueven la calidad de vida y la dignidad de las personas con enfermedades potencialmente mortales, considerando el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual. Su importancia crece ante el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas progresivas. La Atención Primaria de Salud (APS) se identifica como el entorno con el mayor espacio estratégico para la práctica de los CP, reforzado por la Política Nacional de Cuidados Paliativos de 2023. Sin embargo, muchos médicos en la Estrategia de Salud Familiar se sienten inseguros al brindar este cuidado. **Objetivo:** Analizar críticamente, a la luz de la literatura científica y los documentos normativos, la trayectoria e inserción de los cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud, destacando el rol de la APS, la formación y preparación médica, y los desafíos para su implementación efectiva en el contexto brasileño. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos BVS, SciELO, MEDLINE/PubMed y Cochrane, además de documentos de la Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Se utilizaron palabras clave relacionadas con los cuidados paliativos y la atención primaria de salud, con filtros para texto completo, revisiones, estudios cualitativos, ensayos clínicos, metaanálisis y un período de diez años. **Resultados:** Los hallazgos muestran que, a pesar de los avances desde las iniciativas de Cicely Saunders, persisten importantes lagunas en el conocimiento de profesionales, pacientes y familiares. **Conclusión:** A pesar del desarrollo de políticas y directrices que reconocen la obligatoriedad de los cuidados paliativos, la formación médica no ha evolucionado al mismo ritmo. La mayoría de los profesionales que trabajan en atención primaria de salud no han recibido la formación adecuada, lo que genera una discrepancia entre lo que exigen las políticas y lo que es posible lograr en la práctica. Dada la creciente demanda de cuidados paliativos, es fundamental invertir en la cualificación de los profesionales para garantizar una implementación eficaz y equitativa.

Palabras clave: Atención Primaria. Cuidados Paliativos. Educación para la Salud. Medicina.

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) são, por definição segundo a OMS,

“Cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes — adultos e crianças — e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente ameaçadoras da vida. Previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.”¹

Portanto, busca a qualidade de vida e dignidade para pacientes, famílias e cuidadores, com doenças incuráveis e ameaçadoras à continuidade da vida, considerando os aspectos de sofrimento físico-psicológico-social-espiritual^{1,2}.

As ações em CP podem ser prestadas por meio de três modelos de assistência à saúde: hospitalar, ambulatorial e domiciliar³. Cada um com suas particularidades, mas quando se trata da atenção domiciliar a Atenção Primária em Saúde (APS) merece destaque pelo entendimento de ser local privilegiado para a prática do CP, pela proximidade com o paciente e a família, integralidade e longitudinalidade da assistência, com a pessoa como centro do cuidado^{1,3,4,5,6,7}.

No entanto, quando considerado o modelo tradicional de suporte, com foco na doença, cura e reabilitação, acontece frequentemente a negligência do sofrimento do paciente e seus familiares, que também gera oferta de medidas desproporcionais e onerosas para os serviços de saúde^{7,8}. Nesse contexto, é percebida mundialmente que a trajetória de acesso aos CP, quando acontece, é de forma tardia e aquém do desejável e tem como justificativa: o despreparo na formação dos profissionais de saúde para este tipo de assistência, a dificuldade de identificação do paciente elegível aos CP, o entendimento de que é sinônimo de cuidados de fim de vida, o baixo conhecimento da população sobre o que é CP, a falta de políticas nacionais adequadas, educação e treinamento dos profissionais, a baixa disponibilidade de medicamentos e a falta implantação deste tipo assistência em todos os níveis de atenção^{4,8,10,11}.

Por outro lado, quando realizada de forma antecipada, a palição reduz o tempo de internações hospitalares, evita medidas desproporcionais e negligência, melhora a qualidade de vida, evita procedimentos indesejados, diminui a sobrecarga dos serviços de saúde e o luto complicado, reduz o risco de infecções e gastos dispendiosos de saúde, melhora a satisfação dos familiares e pode até aumentar a sobrevida^{1,3,4,12,13}. Para tal, torna-se indispensável que os médicos atuantes na APS estejam treinados e devidamente habilitados para essa finalidade^{1,4,5,9,11,14,15}.

Em virtude disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a evolução histórica dos

CP destacando o descompasso entre o avanço dessa abordagem e o preparo dos profissionais médicos para sua aplicação na prática clínica, especialmente considerando o âmbito da APS.

Objetivo

Analisar criticamente, à luz da literatura científica e de documentos normativos, a trajetória e a inserção dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, destacando o papel da APS, a formação e o preparo médico e os desafios para sua efetiva implementação no contexto brasileiro.

Metodologia

Foi realizado levantamento bibliográfico guiados pela pergunta de pesquisa “o CP está sendo aplicado no cenário da APS?”.

Para isto, foram utilizados como critérios de seleção a avaliação do título e resumo que incluem a abordagem dos CP na APS com foco no público médico, considerando o conhecimento médico sobre CP, EPS, medicina de família, cuidados domiciliares, despreparo profissional, entre outros. Enquanto para critérios de exclusão foram consideradas a avaliação do título e resumo que abordavam os CP em outro contexto além da APS ou tinham como enfoque outra categoria profissional ou abordavam somente questões técnicas específicas, além de artigos que se repetiam entre as plataformas.

Este estudo caracteriza-se como reflexão teórica baseada em revisão narrativa, modalidade de investigação que permite a análise crítica e interpretativa da produção científica disponível sobre determinado tema, possibilitando a integração de conhecimentos teóricos, conceituais e normativos acerca dos CP na APS.

A busca bibliográfica foi realizada entre dezembro de 2024 e agosto de 2026 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed) e Cochrane Library. Complementarmente, foram consultados documentos institucionais e normativos produzidos pela ANCP, OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Para a localização das publicações foram utilizados os descritores e termos livres em português e inglês relacionados ao tema, incluindo: “cuidados paliativos”, “atenção primária à saúde”, “medicina de família e comunidade”, “*palliative care*”, “*palliative medicine*”, “*primary care*” e “*primary health care*”. As estratégias de busca foram adaptadas às especificidades de cada base consultada.

Foram incluídas publicações que abordavam CP no contexto da APS, formação profissional em cuidados paliativos, organização dos sistemas de saúde para oferta desses cuidados e documentos normativos relacionados à temática.

Foram priorizados artigos de revisão, estudos observacionais, pesquisas qualitativas, documentos técnicos, diretrizes nacionais e internacionais e marcos regulatórios publicados predominantemente nos últimos 10 anos, sem exclusão de estudos clássicos considerados fundamentais para a compreensão histórica do tema. Foram excluídos estudos cuja temática principal não apresentava relação com a APS, publicações exclusivamente hospitalares sem interface com a atenção comunitária, resumos de eventos, editoriais e documentos sem acesso ao texto completo.

A seleção dos materiais ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e textos completos, considerando sua aderência aos objetivos da investigação e sua contribuição para a compreensão da inserção dos cuidados paliativos na APS e da formação médica para atuação nesse campo. Em consonância com a natureza narrativa da revisão, não foi adotado protocolo de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos nem procedimentos de síntese quantitativa dos achados. A análise ocorreu de forma interpretativa e temática, permitindo a construção de uma síntese crítica organizada em eixos relacionados à evolução histórica dos cuidados paliativos, ao contexto brasileiro, ao papel da APS e à formação médica para atuação nesse campo.

A estratégia de busca identificou inicialmente 533 publicações. Após remoção de duplicidades e leitura dos títulos e resumos, 56 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Ao final, 37 publicações compuseram o corpus analítico da revisão.

A síntese interpretativa buscou identificar convergências, divergências, avanços e lacunas do conhecimento, permitindo a construção de uma reflexão crítica sobre os desafios para a incorporação dos CP na APS e sobre a formação médica necessária para sua efetiva

implementação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

O envelhecimento da população e a cronificação de doenças

O envelhecimento da população mundial, somado à transição demográfica e epidemiológica são considerados um desafio significativo, considerando o contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e potencialmente fatais, que são responsáveis por aproximadamente 72% das mortes no Brasil (SILVA et al., 2022; ORDONHO et al., 2020; SILVA et al., 2014; ORTH et al., 2019). Dessa forma, a OMS considera que entre as mortes por causas naturais até 80% seriam merecedoras de CP, enquanto Mattos *et al.* (2020) considera que cerca de 20 milhões de pessoas necessitam dessa abordagem (MATTOS et al., 2020, SILVA et al., 2014).

Apesar do aumento da expectativa de vida, esse avanço não tem acompanhado, de forma proporcional melhorias substanciais na qualidade de vida, o que torna essencial o modelo de CP, que nos últimos anos têm ganhado espaço no Brasil e no mundo, ajudando a oferecer suporte a pacientes com doenças graves, como câncer, tuberculose resistente, insuficiência cardíaca, doenças renais crônicas, doenças pulmonares crônicas, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e doenças neurodegenerativas, como a Doença de Alzheimer (ORDONHO et al., 2021, MATTOS et al., 2020; SILVA et al., 2014; GORMAN et al., 2016). Nesse contexto, a assistência em saúde na fase final da vida tem se consolidado como uma realidade cada vez mais presente no cotidiano dos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, inclusive no SUS (SILVA et al., 2022; SILVA et al., 2014; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

O crescimento da população idosa e o aumento da sobrevivência de pessoas com doenças graves exigem uma abordagem mais estruturada e organizada, especialmente aos pacientes em fase finitude, em que grande parte ainda morre sem acesso aos CP, o que destaca a necessidade urgente de garantir a disponibilidade desses cuidados em todas as unidades de saúde, particularmente na APS (SILVA et al., 2022; SILVA et al., 2014; CAREY et al., 2019; DIAS et al., 2024; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). Este nível de assistência é considerado o mais adequado para coordenar esses cuidados, pois oferece proximidade geográfica, vínculo de longo prazo e acesso para os pacientes (ORDONHO et al., 2021; MATTOS et al., 2020; SILVA et al., 2014). No entanto, a identificação dos indivíduos

que necessitam de CP continua sendo um desafio e os serviços de saúde precisam se adaptar à crescente demanda gerada pelo envelhecimento da população e pela maior prevalência das DCNTs que devem ser atendidas no SUS e, particularmente na atenção básica^{1,3,10}.

O início dos cuidados paliativos – a história de Cicely Saunders

Cicely Saunders foi enfermeira, assistente social e médica britânica, conhecida como a fundadora dos CP modernos. Sua trajetória começou na década de 1940, quando se deparou com a realidade de pacientes em fase final de vida. Ao perceber a carência de cuidados específicos para aliviar o sofrimento desses pacientes, passou a entender que o cuidado não deveria se limitar ao tratamento de doenças, mas também ao alívio da dor física, emocional e espiritual (RICHMOND, 2005).

Na década de 1960, Cicely fundou o *St. Christopher's Hospice* em Londres o primeiro hospital dedicado aos CP – hoje conhecidos como *hospices* - um espaço onde os pacientes próximos ao fim da vida podem receber cuidados que levam em consideração suas necessidades físicas, emocionais e espirituais (PINELI et al., 2016).

A abordagem de Cicely se espalhou rapidamente pelo mundo e foi, também, fundamental enquanto pesquisadora e referência nos estudos em CP, conscientizando sobre a importância da temática na formação de profissionais da saúde (RICHMOND, 2005).

Cuidados paliativos no mundo

A demanda global por CP tem crescido significativamente, especialmente devido ao aumento de DCNTs, câncer e HIV/AIDS (SILVA et al., 2014). Estima-se que, até 2060, aumentará em 87% ou mais o número de pessoas que morrerão com sofrimento relacionado à saúde, com um aumento mais acentuado entre pessoas com mais de 70 anos, demência, câncer e doenças cerebrovasculares, especialmente em países de baixa e média renda. Anualmente, mais de 60 milhões de pessoas no mundo vivenciam algum tipo de sofrimento relacionado à saúde que poderia ser aliviado com a intervenção de CP (SIMÃO et al., 2016).

Apesar dessa crescente demanda, o acesso aos CP é extremamente desigual. De acordo com o *Global Atlas of Palliative Care*, publicado pela *Worldwide Hospice Palliative Care*

Alliance e pela OMS, há disparidades significativas no acesso e na integração dos serviços de CP ao redor do mundo (CAREY et al., 2019). A distribuição desigual de opioides tem causado sofrimento desnecessário, especialmente em regiões carentes e em populações vulneráveis (SANTOS et al., 2023).

Outro desafio importante é a formação de profissionais de saúde em CP. A educação e o treinamento na área avançam de forma lenta, descoordenada e desigual, com variações significativas na inclusão de competências essenciais nos currículos acadêmicos (ORTH et al., 2019). E não só o desconhecimento por parte de profissionais de saúde, mas também o desconhecimento de pacientes e suas famílias representam um obstáculo significativo para a prática dessa assistência (MATTOS et al., 2020; SANTOS et al., 2023).

Atualmente, existem cerca de 16 mil serviços de CP no mundo, com os países sendo classificados em grupos de acordo com o nível de desenvolvimento dos serviços (MATTOS et al., 2020). O Brasil está classificado no grupo 3a, o que significa que os serviços de CP são isolados, com recursos limitados, dependentes de doações e com baixa disponibilidade de medicamentos essenciais, como a morfina (MATTOS et al., 2020).

Em contraste, países como Austrália e Estados Unidos têm observado um aumento significativo no uso de serviços de CP e o Reino Unido projeta um crescimento de até 47% na demanda por esses cuidados até 2040 (CAREY et al., 2019). Na Europa, com o envelhecimento da população, países como a Espanha têm implementado estratégias para expandir o acesso a esses cuidados (LLOBERA et al., 2017).

Na América Latina, o envelhecimento populacional também tem gerado uma demanda crescente. Projeções indicam que, até 2050, a população com mais de 60 anos será predominante em países como o Uruguai, Argentina e Brasil (SIMÃO et al., 2016). Em resposta a essa necessidade, a OPAS tem trabalhado para garantir que todos os países da região implementem serviços de CP (SIMÃO et al., 2016; LLOBERA et al., 2017).

O Brasil regulamentou oficialmente os CP em 2006, com a Portaria nº 2.529, e, embora a prática ainda seja emergente, os CP têm se expandido gradualmente desde o final da década de 1990 (SILVA et al., 2022).

Em muitos países desenvolvidos, a APS tem sido o principal nível de cuidado para pacientes em fim de vida, com o apoio de serviços especializados quando necessário (LLOBERA et al., 2017).

Cuidados paliativos no Brasil

Ainda que resoluções do CFM garantam que em casos de doenças em fases terminais sejam permitidas a suspensão de tratamentos que prolonguem a vida a qualquer custo, o acesso a ortotanásia no Brasil ainda é limitado, com grande parte da população sem assistência de CP adequada (SILVA et al., 2022; ORTH et al., 2019; SILVA et al., 2022). Nesse contexto, em 2023, o país ocupava a 42ª posição do total de 80 países no ranking global de “Índice de Qualidade de Morte” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2022).

Embora os CP tenham sido reconhecidos oficialmente como especialidade médica em 2011, sua integração ao SUS foi formalizada tardiamente, sendo a última atualização em 2023 através da PNCP (ORDONHO et al., 2021; ORTH et al., 2019; CORREIA et al., 2019; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). Em 2018 foi emitida, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Resolução nº 41/2018, que estabelece diretrizes para organização dos CP no âmbito do SUS, com o objetivo de garantir sua disponibilidade em toda a RAS – da atenção básica aos serviços hospitalares e de urgência. Contudo, semelhante ao que ocorre, até a presente data com a PNCP, suas efetivas implementações permanecem incipientes e pouco perceptíveis nos cenários assistenciais reais (SILVA et al., 2022; ORDONHO et al., 2021; SOUZA et al., 2024; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

Até 2022, existiam 234 serviços registrados no país, segundo o mapeamento realizado pela ANCP, revelando um aumento no número de serviços disponíveis ao longo dos anos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). No entanto, a distribuição geográfica desses serviços é desigual, com mais de 50% concentrados na região Sudeste, enquanto a Região Norte conta com apenas 3% dos serviços (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). Quando considerado o Estado de Minas Gerais, totalizam apenas 22 serviços de CP, com 805 novos casos assistidos por mês, 50% na modalidade de ambulatório e 72% na modalidade interconsulta. Ademais, a maior parte deste tipo de assistência ainda é oferecida em hospitais e a presença de equipes especializadas é restrita a

menos de 10% dos estabelecimentos de saúde (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

Apesar de avanços no número de serviços e na formalização das políticas públicas no Brasil, a realidade ainda apresenta obstáculos, como a dificuldade no acesso a medicamentos essenciais, como opioides e a escassez de CP na APS, que é considerada uma estratégia mais acessível e eficaz para atender a população (SILVA et al., 2022; CAREY et al, 2019).

O papel da APS nos cuidados paliativos

A APS desempenha um papel fundamental no SUS, sendo a porta de entrada e coordenadora do cuidado, abrangendo ações em saúde para todas as fases da vida e diferentes condições de saúde (SILVA et al., 2022; ORDONHO et al., 2021; PARAIZO-HORVATH et al., 2022). É considerada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), pela ANCP, pela Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) e outras políticas públicas, como a PNCP, o local com maior potencial para a implementação de CP (ORDONHO et al., 2021; MATTOS et al., 2020; SILVA et al., 2014; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018; MARCON et al., 2024). Apesar disso, muitos profissionais médicos do nível primário de atenção, ainda se sentem despreparados para oferecer esse tipo de manejo, devido à formação médica tradicionalmente voltada ao tratamento curativo e não ao cuidado centrado no conforto e qualidade de vida que deveriam existir também na finitude (GHOSH et al., 2015; CORREIA et al., 2018; ELMOKHALLALATI et al., 2020; MARCON et al., 2024).

Além disso, é reconhecida como o nível mais adequado para identificação precoce das necessidades de CP e para a possibilidade do fim da vida em domicílio - considerado um importante indicador de qualidade de assistência de CP (ORDONHO et al., 2021; MATTOS et al., 2020; PARAIZO-HORVATH et al., 2022; GHOSH et al, 2015).

No Brasil, a PNCP tem ganhado progressiva relevância e a APS, com seu modelo de equipe multidisciplinar, desempenha um papel central para sua implementação, em articulação com o Sistema de Atenção Domiciliar (SAD) "Melhor em Casa" (ORDONHO et al., 2021).

A SBMFC destaca, dentre as competências básicas do médico especialista em MFC, as

habilidades relacionadas a CP como: manejo de dor em paciente em fase terminal, manejo de úlceras de pressão, orientação de familiares quanto a providências relacionadas à morte do paciente, manejo de intercorrências no paciente paliativo e abordagem do luto (MATTOS et al., 2020; DIAS et al., 2024).

E embora o nível primário de atenção à saúde venha comprovando benefícios claros, a implementação plena de CP ainda enfrenta desafios (ORDONHO et al., 2021; SILVA et al., 2014). A falta de recursos tecnológicos, a descontinuidade dos cuidados e o despreparo dos profissionais para lidar com as complexidades emocionais e psicológicas das famílias são os principais obstáculos (PARAIZO-HORVATH et al., 2022; CAREY et al., 2019; CORREIA et al., 2018). Por isso, a integração precoce dos CP na APS deve ser prioridade, uma vez que contribui para uma melhor qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir os custos com cuidados especializados (MATTOS et al., 2020; GHOSH et al., 2015; DIAS et al., 2024; DE NOOJER et al., 2020).

No levantamento bibliográfico para esta revisão, foi identificado apenas um estudo que analisou os atendimentos registrados no Brasil entre 2015 e 2024, demonstrando aumento progressivo ao longo do período, com total de 113.076 registros extraídos do TabNet/DataSUS (SILVA et al., 2024). Contudo, não explicita os critérios utilizados para classificar esses atendimentos como CP. Não há descrição sobre a natureza das equipes envolvidas, se os dados incluem serviços de atenção domiciliar, nem se foram empregados instrumentos padronizados de identificação ou estratificação dos pacientes. Essa lacuna metodológica amplia o risco de vieses de classificação, podendo resultar em super ou subestimação dos números apresentados e limitando a interpretação do cenário real da oferta de CP na APS (SILVA et al., 2024).

Dessa forma, ainda não existe um registro global padronizado que informe quantos serviços de CP são especificamente prestados na APS por país, em parte devido à diversidade de modelos de prestação de serviços (ex.: equipes domiciliares, APS formal, serviços especializados hospitalares). Relatórios globais frequentemente combinam todos os tipos de serviços paliativos (especializados e não), sem distinguir claramente os que são executados na APS, representando uma lacuna em indicadores internacionais (WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020).

Formação médica e cuidados paliativos: entre o conhecimento e os desafios da prática na Atenção Primária à Saúde

Pesquisa realizada por Finkelstein et al. (2022) classifica o Brasil como o 3º pior país do mundo para se morrer e esse fato se relaciona com as fragilidades na qualidade do cuidado no fim da vida, que refletem também o despreparo profissional para lidar com os cuidados paliativos e com a morte. Problemas como falhas na comunicação, no manejo de sintomas e no reconhecimento das preferências dos pacientes, expõem lacunas na formação e na educação permanente dos profissionais que atuam na APS (FINKELSTEIN et al., 2022).

Esse cenário reflete um modelo de formação na graduação em saúde, historicamente centrado no tratamento curativo, com limitada abordagem na morte e nos CP, o que tem contribuído para a formação de profissionais despreparados para enfrentar situações de fim de vida (ORTH et al., 2019; SANTOS et al., 2015; MARCON et al., 2024). Somente em novembro de 2022 foi homologada, no Brasil, a obrigatoriedade da inclusão do ensino de CP na formação médica, evidenciando que até então, esse ensino não era incorporado de forma sistemática na grade curricular do ensino médico, o que ajuda a explicar a reduzida aplicabilidade dos CP nos diferentes cenários de atenção à saúde atualmente (BRASIL, 2022). Mais recentemente, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025, reforçaram a inclusão dos cuidados paliativos entre as competências da formação médica (BRASIL, 2025).

Além disso, existem outras barreiras para a implementação efetiva dos CP entre os profissionais médicos como a baixa utilização de ferramentas para identificar pacientes que necessitam de CP, dificuldades financeiras, escassez de opioides e a falta de articulação entre os serviços de saúde (MATTOS et al., 2020; CORREIA et al., 2018). Há também uma resistência cultural e uma desconfortável abordagem sobre a morte por parte de muitos médicos, que associam os CP à eutanásia, o que dificulta ainda mais a adesão a essa abordagem (ORTH et al., 2019; SANTOS et al., 2015; CORREIA et al., 2018).

Assim, cria-se um cenário paradoxal: existe uma demanda crescente e explícita por cuidados paliativos, impulsionada pela transição epidemiológica e pela predominância de doenças crônicas, mas faltam profissionais devidamente capacitados para atender a essa necessidade.

Conclusão

A revisão da literatura evidencia que o desenvolvimento dos CP, desde as primeiras observações de Cicely Saunders, tem sido um processo longo, custoso e marcado por avanços lentos. Apesar das vulnerabilidades identificadas há décadas, muitas delas permanecem até hoje, especialmente aquelas relacionadas ao desconhecimento generalizado sobre CP por parte de profissionais de saúde, pacientes e familiares. Essa falta de compreensão impacta negativamente tanto a execução dos cuidados na prática quanto na sua consolidação como política pública.

Diante desse contexto, torna-se evidente que a expansão dos CP no Brasil depende diretamente da qualificação da força de trabalho em saúde, especialmente na APS. A efetividade das políticas públicas vigentes exige ações robustas de formação e capacitação que permitam que profissionais atuantes — especialmente, entre aqueles formados antes da obrigatoriedade curricular — desenvolvam competência técnica e sensibilidade para oferecer assistência adequada. Somente assim será possível garantir que as pessoas que necessitam de CP recebam atenção de forma integral, oportuna e alinhada às melhores práticas contemporâneas.

Referências

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: ANCP, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/analise-situacional-recomendacoes-ancp-desenvolvimento-cuidados-paliativos-brasil/>. Acesso em: 12 abr. 2025.
2. AOKI, M.; YAMAMOTO, S.; TAKAO, A.; TAMURA, S.; KIZAWA, Y.; ARAO, H. Identifying physicians' needs in community-based palliative care consultation for cancer patients in palliative care specialist-deficient settings: a qualitative study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, v. 55, n. 2, p. 131-139, 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 12 abr. 2026.

4. CAREY, M. L. et al. Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. *Palliative Medicine*, v. 33, n. 9, p. 1131-1145, 2019.
5. CORREIA, D.; BEZERRA, M.; LUCENA, T. et al. Cuidados paliativos: importância do tema para discentes da graduação de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 78-86, 2018.
6. DE NOOIJER, K. et al. Specialist palliative care services for older people in primary care: a systematic review using narrative synthesis. *Palliative Medicine*, v. 34, n. 1, p. 32-48, 2020.
7. DE OLIVEIRA, S. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina de 2025: um convite para a transformação da educação médica no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 50, n. 1, e050, 2026.
8. DIAS, M. F.; COSTA, M. M. S.; CLAUSEN, N. C. A importância dos cuidados paliativos exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 19, n. 46, e3416, 2024.
9. DOWNING, J. et al. The global need for paediatric palliative care: the evolution of serious health-related suffering in children aged 0-19 years from 1990 to 2023. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 10, n. 3, p. 167-178, 2026.
10. EDWARDS, R. L. et al. Best teaching practices in primary palliative care education for health professions students in the United States: Palliative care in primary health care: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3324, 2020.
11. ELMOKHALLALATI, Y.; BRADLEY, S. H.; CHAPMAN, E.; ZIEGLER, L.; MURTAGH, F. E. M.; JOHNSON, M. J.; BENNETT, M. I. Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care. *Palliative Medicine*, v. 34, n. 8, p. 990-1004, 2020.
12. FINKELSTEIN, E. A.; BHADLIA, A.; GOH, C.; BAID, D.; SINGH, R.; BHATNAGAR, S.; CONNOR, S. R. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 63, n. 4, p. e419-e429, 2022.
13. GHOSH, A.; DZENG, E.; CHENG, M. J. Interaction of palliative care and primary care. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 31, n. 2, p. 207-218, 2015.
14. GOMES, S. Palliative care needs in adults with chronic disease: a systematic review of measuring instruments. *BMC Palliative Care*, v. 25, n. 1, art. 40, 2026.

15. GORMAN, R. D. Integrating palliative care into primary care. *Nursing Clinics of North America*, v. 51, n. 3, p. 467-477, 2016.
16. JUSTINO, E. T. Palliative care in primary health care: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3324, 2020.
17. LLOBERA, J. et al. Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC Palliative Care*, v. 16, p. 24, 2017.
18. MARCON, S. S.; OLIVEIRA, V. G.; GOMES, B. J. O.; MENDES, A. H.; MANTOVANI, E. B.; FERREIRA, P. C. Concepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde acerca dos cuidados paliativos. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 16, e13076, 2024.
19. MATTOS, C.; DERECH, R. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde: um survey nacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020.
20. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BRASIL). Conselho Nacional de Educação: parecer homologado. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2022-pdf/238001-pces265-22/file>. Acesso em: 17 mar. 2026.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023>. Acesso em: 17 mar. 2026.
22. ORDONHO, L.; DIAS, I.; BERNARDINO, J. et al. Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 36, p. 1-7, 2021.
23. ORTH, L.; HARAGUSKIKU, E.; FREITAS, I. et al. Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 286-295, 2019.
24. PARAIZO-HORVATH, C. M. S.; FERNANDES, D. S.; RUSSO, T. M. S.; SOUZA, A. C.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3547-3557, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.01152022.
25. PASTRANA, T. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020. 2. ed. Houston: IAHPC Press, 2020. Disponível em:

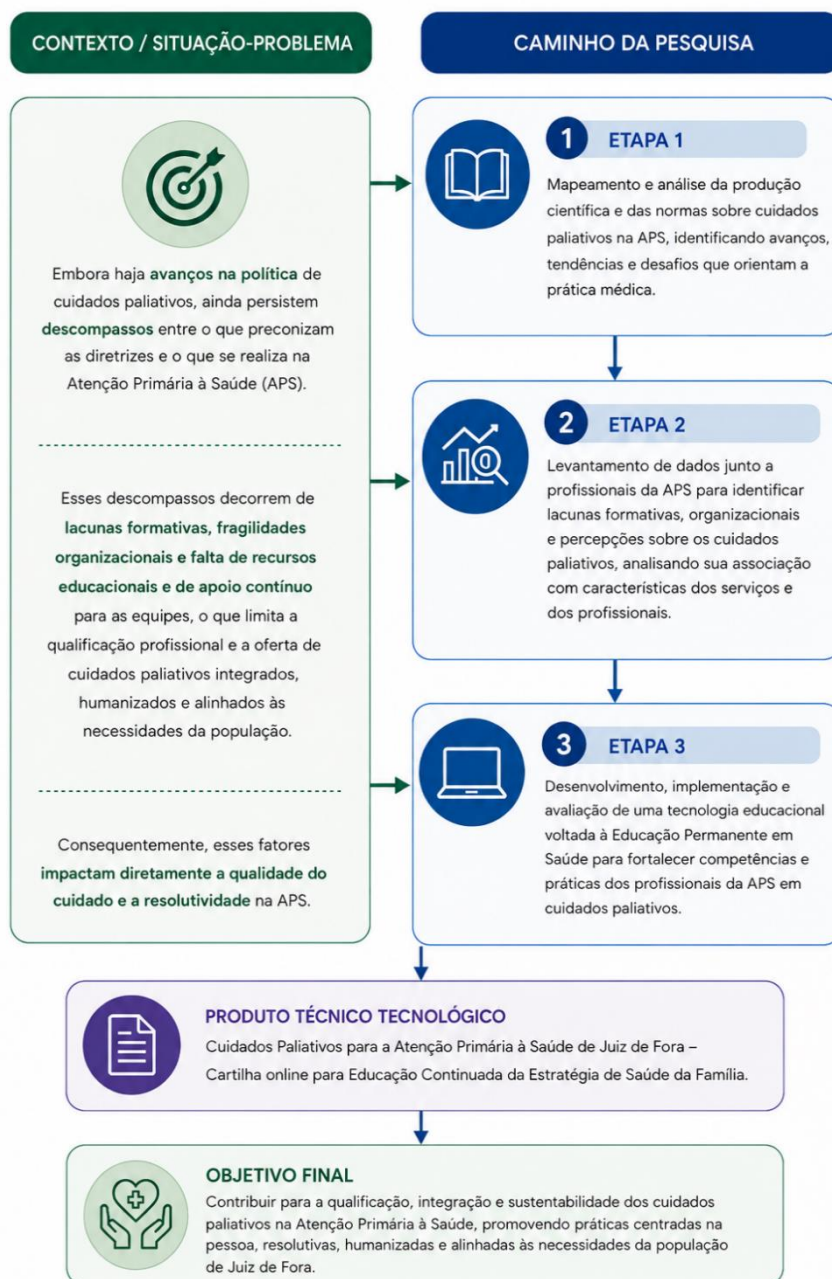
- <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>. Acesso em: 2026.
26. PINELI, P. P. et al. Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016.
 27. RICHMOND, C. Dame Cicely Saunders. *BMJ*, v. 331, n. 7510, p. 238, 2005. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1179787/>. Acesso em: 27 abr. 2025.
 28. SANTOS, M. C. L. et al. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 18, n. 45, p. 3345, 2023.
 29. SILVA, M. O papel do profissional da atenção primária à saúde nos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014.
 30. SILVA, R. S.; SANTOS, A. F.; OLIVEIRA, S. G. et al. Patient care in palliative care in primary care in Brazil from 2015 to 2024. *MOJ Public Health*, v. 14, n. 1, p. 110-114, 2025.
 31. SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 13-24, 2016.
 32. SLEEMAN, K. E. et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 7, p. e883-e892, 2019.
 33. SOUZA, A. R. N. D. et al. Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 142, 2024.
 34. TRIPODORO, V. A. et al. First-ever global ranking of palliative care: 2025 world map under the new WHO framework. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 70, n. 5, p. 447-458, 2025. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026.
 35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: key facts. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 21 abr. 2026.
 36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care for noncommunicable diseases: a global snapshot. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/palliative-care-for-noncommunicable-diseases-a-global-snapshot-2020>. Acesso em: 21 abr. 2026.
 37. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global atlas of palliative care. 2. ed. London: WHPCA, 2020. 120

p. Disponível em: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_FINAL-1.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

3 CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A figura 1 apresenta as etapas realizadas no estudo.

Figura 1 – Etapas da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Trata-se de um estudo de abordagem predominantemente quantitativa, de delineamento transversal e caráter descritivo, integrado a uma revisão narrativa da literatura e ao desenvolvimento de um produto técnico-tecnológico. O estudo foi desenvolvido em três etapas.

3.1 PRIMEIRA ETAPA

A primeira etapa consistiu em uma revisão narrativa da literatura, realizada com o objetivo de subsidiar a construção do instrumento de coleta de dados e a discussão dos achados do estudo transversal.

3.2 SEGUNDA ETAPA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, integrado ao desenvolvimento de um Produto Técnico-Tecnológico (PTT) de educação permanente em saúde (EPS).

3.1.1 População e participantes

A população elegível foi constituída por médicos atuantes em equipes da ESF vinculadas ao município estudado. Foram incluídos os profissionais em exercício durante o período da coleta de dados e participantes das ações municipais de EPS. Foram excluídos médicos em período de férias ou afastamento, bem como aqueles vinculados ao Programa Mais Médicos, por não integrarem a política municipal de EPS e, conseqüentemente, não terem acesso à plataforma institucional utilizada para divulgação do questionário e do produto educacional.

Utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência, baseada na adesão voluntária dos participantes. Todos os profissionais elegíveis tiveram acesso ao convite por meio dos canais institucionais utilizados para divulgação da pesquisa, sendo incluídos aqueles que concordaram com a participação e preencheram o questionário no período estabelecido.

3.1.2 Instrumento e variáveis

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado, composto por 28 questões predominantemente fechadas, elaborado especificamente para esta pesquisa (Anexo 01). O instrumento foi fundamentado na literatura científica nacional e internacional sobre CP e APS, nos conteúdos identificados na revisão narrativa e na experiência prática da pesquisadora na atuação junto a pacientes com necessidades de CP.

O questionário contemplou variáveis relacionadas às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, formação e experiência na APS, conhecimentos sobre CP, utilização de ferramentas para identificação de pacientes elegíveis, práticas assistenciais, dificuldades relacionadas ao manejo clínico e conhecimento sobre a organização da RAS e dos fluxos assistenciais.

As variáveis relacionadas ao conhecimento sobre CP foram mensuradas por meio de questões específicas do instrumento, sendo analisadas de acordo com as respostas obtidas pelos participantes.

A mensuração do conhecimento e das necessidades formativas relacionadas aos cuidados paliativos foi realizada por meio da terceira seção do questionário, intitulada **“Avaliação de conhecimento empírico sobre cuidados paliativos”**, composta por 19 questões (questões 9 a 27), todas de resposta obrigatória. O instrumento foi estruturado de modo a contemplar diferentes dimensões relacionadas à preparação dos médicos da ESF para a abordagem dos CP na APS.

As questões foram organizadas em quatro dimensões analíticas: (1) conhecimento e concepções sobre CP; (2) identificação de pacientes com necessidades de CP e utilização de instrumentos; (3) preparo, segurança e dificuldades percebidas para a prática assistencial; e (4) acesso a fontes de informação e conhecimento sobre a organização da assistência na RAS.

A primeira dimensão contemplou o reconhecimento dos CP, sua concepção e importância na APS, bem como a formação acadêmica prévia sobre o tema (questões 9 a 12). A segunda abordou o perfil dos pacientes acompanhados no domicílio, a percepção sobre condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos, a presença de pacientes considerados elegíveis na área de abrangência e o uso de escalas e ferramentas para identificação e estratificação desses pacientes (questões 13 a 20).

A terceira dimensão contemplou aspectos relacionados à comunicação de más notícias, abordagem da morte, dificuldade percebida no manejo de pacientes em CP e segurança autorreferida para a prescrição de opioides de baixa, moderada e alta potência na APS (questões 17, 18, 21, 24 e 25). Esses itens foram considerados indicadores do preparo percebido e das necessidades de qualificação para a prática, não sendo interpretados como medidas objetivas

de competência clínica.

A quarta dimensão investigou a frequência e os tipos de materiais utilizados pelos participantes para estudar ou orientar o manejo de pacientes em CP, bem como os conteúdos que os médicos consideravam prioritários em um material de consulta rápida e o conhecimento sobre o fluxo municipal de CP em Juiz de Fora (questões 22, 23, 26 e 27).

As questões relacionadas ao conhecimento foram analisadas de forma descritiva, considerando-se a distribuição das respostas em frequências absolutas e relativas. Nas questões de seleção múltipla, cada alternativa foi analisada individualmente, permitindo identificar os conteúdos, condições clínicas, instrumentos e recursos reconhecidos ou utilizados pelos participantes. Nas questões que utilizaram escalas ordinais de percepção, segurança ou dificuldade, as categorias de resposta foram mantidas conforme apresentadas no instrumento e analisadas por frequências absolutas e relativas.

A análise das respostas foi utilizada para identificar lacunas de conhecimento, formação e preparo percebido relacionadas aos cuidados paliativos, considerando-se, especialmente, o reconhecimento dos pacientes elegíveis, o conhecimento e a utilização de ferramentas de identificação, a comunicação sobre morte e más notícias, o manejo clínico, a segurança na utilização de opioides e o conhecimento sobre o fluxo assistencial da rede. Esses achados, articulados aos resultados da revisão narrativa realizada na primeira etapa, subsidiaram a definição dos conteúdos e a elaboração do PTT.

Ressalta-se que o instrumento não foi concebido como teste psicométrico ou prova de conhecimento com escore global. Assim, os resultados foram interpretados como indicadores descritivos do conhecimento empírico, da formação e das lacunas percebidas pelos participantes, não sendo estabelecidos pontos de corte para classificação individual do conhecimento ou inferências sobre competência profissional.

3.1.3 Procedimentos de coleta

O questionário foi disponibilizado eletronicamente por meio da plataforma Google Forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado na página inicial do formulário, sendo o preenchimento condicionado à manifestação de concordância dos

participantes.

A coleta de dados ocorreu entre 1º e 30 de dezembro de 2025. O link para acesso ao questionário foi divulgado na plataforma municipal de EPS e em grupo institucional de WhatsApp destinado aos médicos vinculados à APS. A plataforma integra a política municipal de educação permanente e encontra-se disponível aos médicos da ESF com contratos efetivos ou temporários, que possuem carga horária de trabalho parcialmente destinada a atividades formativas. Não houve envio individualizado de convites.

A tabela (Tabela 1) abaixo apresenta uma classificação metodológica das 19 questões, distinguindo a dimensão e o que efetivamente mede cada questão.

Tabela 1 – Dimensão e discriminação dos itens considerados relevantes para a construção do PTT

Dimensão	Questões	O que efetivamente mede
Conhecimento/concepção	9, 10	Reconhecimento e compreensão conceitual
Formação prévia	11	Exposição ao conteúdo na graduação
Percepção da importância	12	Atitude/percepção
Reconhecimento de elegibilidade	13, 14, 15	Conhecimento aplicado/percepção
Perfil assistencial	16	Característica da população atendida
Comunicação	17, 18	Autopercepção de habilidade/preparo
Escalas e ferramentas	19, 20	Conhecimento/uso na prática
Manejo clínico	21	Autopercepção de dificuldade
Busca de informação	22, 23	Prática de aprendizagem
Opioides	24, 25	Segurança autorreferida
Necessidades educacionais	26	Demanda formativa percebida
Organização da RAS	27	Conhecimento do fluxo assistencial

Tabela 1. Do autor, 2026

3.1.4 Análise dos dados

Os dados foram exportados para planilha eletrônica e submetidos à análise estatística descritiva. Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequências absolutas e relativas, apresentadas sob a forma de números e percentuais. Utilizou-se o software Microsoft Excel versão 365.

3.1.5 Controle de vieses

A utilização de amostragem não probabilística por conveniência e a adesão voluntária dos participantes foram consideradas fontes potenciais de viés de seleção, uma vez que profissionais com maior interesse ou sensibilização em relação aos CP poderiam apresentar maior probabilidade de participação. Além disso, as informações relativas às práticas assistenciais e às dificuldades profissionais foram autorreferidas, podendo estar sujeitas a viés de informação.

3.1.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 90200525.5.0000.5147, atendendo aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante leitura e aceite do TCLE.

3.3 TERCEIRA ETAPA

A terceira etapa consistiu na construção e disponibilização de uma tecnologia educacional destinada à EPS, elaborada a partir dos resultados da revisão narrativa e das lacunas formativas identificadas no estudo transversal com médicos da ESF. O PTT foi desenvolvido sob o título *Cuidados Paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora: cartilha online para educação permanente de médicos e demais profissionais da Estratégia Saúde da Família*.

A cartilha foi estruturada em 14 capítulos, contemplando conteúdos considerados essenciais para a atuação dos profissionais da APS em CP, incluindo fundamentos dos CP, identificação de pacientes elegíveis, utilização de instrumentos de identificação e avaliação,

manejo de sintomas, comunicação com pacientes e familiares, abordagem de questões relacionadas à morte e ao morrer, diretivas antecipadas de vontade, aspectos éticos e legais, organização da RAS e fluxo municipal CP, além de aspectos relacionados ao planejamento do cuidado.

A tecnologia foi disponibilizada em formato digital e também em arquivo PDF, de modo a ampliar sua acessibilidade e possibilitar sua utilização de forma autônoma pelos profissionais. Como recursos complementares, foram incorporados um vídeo introdutório, com aproximadamente 35 minutos de duração, uma atividade baseada em caso clínico e uma atividade reflexiva em formato de linha do tempo. Embora direcionado prioritariamente aos médicos participantes da pesquisa, o material foi disponibilizado também aos demais profissionais das equipes da ESF, considerando a natureza interdisciplinar dos CP e os princípios da EPS.

Após quatro meses de disponibilização da tecnologia educacional, os médicos que haviam participado da primeira etapa de coleta de dados foram convidados a responder a um segundo instrumento eletrônico, no período de 20 de março a 30 de abril de 2026, com o objetivo de avaliar sua experiência de utilização da cartilha. O instrumento contemplou questões relacionadas à utilização da tecnologia educacional, sua aplicabilidade na prática profissional, usabilidade e sugestões para seu aprimoramento. A análise dos dados dessa etapa foi realizada de forma descritiva, considerando as respostas dos participantes aos diferentes domínios avaliados.

Ressalta-se que essa etapa não teve como objetivo realizar validação formal da tecnologia educacional, não tendo sido conduzidos procedimentos de validação de conteúdo, aparência, construto ou propriedades psicométricas. Também não se buscou avaliar a eficácia da tecnologia na produção de mudanças objetivas no conhecimento ou nas práticas profissionais. A avaliação realizada correspondeu à experiência de utilização e à percepção dos médicos usuários acerca da aplicabilidade e usabilidade da tecnologia educacional, após seu período de disponibilização.

4 CAPÍTULO III: RESULTADOS

4.1 ARTIGO 2

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LACUNAS FORMATIVAS E DESAFIOS PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: TRAINING GAPS AND CHALLENGES FOR PHYSICIANS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Vitória Dias. Médica, Mestranda do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Andréia Aparecida de Miranda Ramos. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica têm ampliado a demanda por cuidados paliativos, especialmente na atenção primária à saúde, que desempenha papel estratégico na coordenação do cuidado. **Objetivo:** Caracterizar os conhecimentos, a formação, o preparo percebido e as principais lacunas formativas de médicos da Estratégia Saúde da Família para a atuação em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa descritiva, transversal realizada por meio de formulário estruturado com 28 questões aplicado a médicos da Atenção Primária de um município mineiro de médio porte em dezembro de 2025. Utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência, baseada na adesão voluntária dos participantes. Foram investigadas características sociodemográficas, formação, prática assistencial e conhecimentos em cuidados paliativos, com análise por estatística descritiva. **Resultados:** Ao final do período de coleta, foram obtidas 52 respostas válidas. Embora os 52 participantes tenham referido conhecimento prévio sobre o tema, parcela expressiva não teve formação estruturada. A maioria reconheceu pacientes elegíveis em sua prática, porém muitos não utilizavam ferramentas específicas de identificação. Também foram frequentes dificuldades no manejo clínico, na comunicação de más notícias e insegurança no uso de opioides de maior potência. **Conclusão:** Os achados evidenciam o descompasso entre a demanda assistencial e o preparo profissional, indicando a necessidade de estratégias de educação permanente.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Atenção Primária à Saúde, Educação Continuada

Abstract:

Introduction: Population aging and the epidemiological transition have increased the demand for palliative care, especially in primary health care, which plays a strategic role in care coordination. **Objective:** This study aimed to characterize the knowledge, training, perceived preparedness, and main training gaps of physicians in the Family Health Strategy for working in palliative care in Primary Health Care. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study conducted using a structured questionnaire with 28 questions applied to primary care physicians in a medium-sized municipality in Minas Gerais, Brazil, in December 2025. Non-probabilistic convenience sampling was used, based on the voluntary participation of the staff. Sociodemographic characteristics, training, clinical practice, and knowledge of palliative care were investigated, with analysis using descriptive statistics. **Results:** At the end of the data collection period, 52 valid responses were obtained. Although all 52 participants reported prior knowledge of the subject, a significant portion did not have structured training. Most recognized eligible patients in their practice, but many did not use specific identification tools. Difficulties in clinical management, communicating bad news, and insecurity in the use of higher-potency opioids were also frequent. **Conclusion:** The findings highlight the mismatch between care demands and professional preparedness, indicating the need for continuing education strategies.

Key words: Palliative Care, Primary Health Care, Continuing Education

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a transição epidemiológica observada nas últimas décadas têm modificado significativamente o perfil de adoecimento da população, com maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), progressivas e potencialmente ameaçadoras à continuidade da vida. Esse cenário impõe desafios aos sistemas de saúde, historicamente organizados sob um modelo centrado na cura e no manejo de condições agudas, frequentemente insuficiente para atender às necessidades de pacientes em situação de maior complexidade clínica e sofrimento (MATTOS; DERECH, 2020; SANTOS JUNIOR; SANTOS; PESSALACIA, 2016). Nesse contexto, os Cuidados Paliativos (CP) consolidam-se

como uma abordagem essencial, voltada à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento em suas múltiplas dimensões (SANTOS JUNIOR; SANTOS; PESSALACIA, 2016). Importante destacar que essa abordagem não se restringe à fase final da vida, sendo indicada desde o diagnóstico de uma doença grave e potencialmente ameaçadora da continuidade da vida, de forma concomitante ao tratamento modificador da doença, quando este ainda está indicado (GHOSH; DZENG; CHENG, 2015; SANTOS et al., 2023).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que aproximadamente 56,8 milhões de pessoas necessitam desse cuidado a cada ano com tendência para uma expansão progressiva dessa demanda nas próximas décadas, tornando os CP um componente fundamental para a organização de sistemas de saúde mais integrais, equitativos e centrados nas necessidades das pessoas (OMS, 2020; OMS, 2023; MATTOS; DERECH, 2020).

Nesse sentido, a atualização da *Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief* destaca que o sofrimento relacionado à saúde permanece uma das formas mais negligenciadas e desigualmente distribuídas de sofrimento humano, afetando de maneira desproporcional países de média e baixa renda e evidenciando a necessidade de ampliação do acesso aos CP como questão prioritária de saúde pública (KNAUL et al., 2025).

No Brasil, assim como no cenário global, apesar dos avanços observados nas últimas décadas, a oferta permanece insuficiente e marcada por importantes desigualdades regionais (OMS, 2020). Os serviços especializados concentram-se predominantemente nas regiões Sul e Sudeste, com menor disponibilidade em áreas de maior vulnerabilidade social e sanitária, contribuindo para iniquidades no acesso e para a fragmentação do cuidado (CARVALHO et al., 2018; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). Além disso, a assistência permanece fortemente vinculada ao ambiente hospitalar, em contraste com recomendações nacionais e internacionais que apontam a Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço estratégico para a ampliação do acesso, a coordenação do cuidado e a integração dessa abordagem à Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A APS apresenta características que a tornam estratégica para a ampliação dos CP, como a proximidade com o território, o vínculo longitudinal com os usuários e a possibilidade de

acompanhamento contínuo ao longo do curso das doenças, assim como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (PARAIZO-HORVATH, 2022; JUSTINO et al., 2020; BRASIL, 2017). Além disso, esse nível de atenção favorece a realização do cuidado no domicílio, respeitando as preferências dos pacientes e contribuindo para a redução de hospitalizações desnecessárias (CARVALHO et al., 2018). Nesse sentido, a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, em especial, do Médico de Família e Comunidade (MFC) é fundamental para a identificação precoce, o manejo clínico e o suporte às famílias em situações de adoecimento avançado. Além disso, reconhece-se que grande parte das necessidades paliativas pode ser atendida na APS, sem necessidade de equipes especializadas em todos os casos (MATTOS; DERECH, 2020; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018; BRASIL, 2018; OMS, 2020). Esse direcionamento foi reforçado pela Resolução nº 41, de 2018, que estabeleceu diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, determinando sua integração à RAS e reconhecendo a importância da APS nesse processo (BRASIL, 2018).

Entretanto, a incorporação dos CP na APS ainda enfrenta obstáculos importantes. Entre eles, a insuficiente formação dos profissionais na área, a dificuldade de reconhecimento de pacientes elegíveis, especialmente em fases iniciais da doença, e a insegurança no manejo clínico e na comunicação em situações de fim de vida (CARVALHO et al., 2018; PARAIZO-HORVATH, 2022; SANTOS JUNIOR; SANTOS; PESSALACIA, 2016).

A integração dos CP à prática da APS exige não apenas a reorganização dos serviços, mas também investimento em estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) que apoiem os profissionais no desenvolvimento de competências específicas, incluindo avaliação integral, controle de sintomas e comunicação com pacientes e familiares (SILVA et al., 2024; BALASUNDRAM et al., 2023). Nesse contexto, estratégias de capacitações profissionais tornam-se fundamentais para qualificar o cuidado ofertado e fortalecer o papel da APS.

Diante do que foi exposto, torna-se necessário compreender como os profissionais da APS têm se apropriado dos CP em sua prática cotidiana, bem como identificar lacunas de conhecimento que possam subsidiar intervenções educativas. O presente estudo integra a segunda etapa da dissertação de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), cuja proposta objetivou caracterizar os conhecimentos, a formação, o preparo percebido e as principais lacunas formativas de médicos

da ESF para a atuação em CP na APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, integrado a uma pesquisa desenvolvida em três etapas: revisão narrativa da literatura, estudo transversal com médicos da ESF e desenvolvimento de um Produto Técnico-Tecnológico (PTT) de EPS.

População e participantes

A população elegível foi constituída por médicos atuantes em equipes da ESF vinculadas ao município estudado. Foram incluídos os profissionais em exercício durante o período da coleta de dados e participantes das ações municipais de EPS. Foram excluídos médicos em período de férias ou afastamento, bem como aqueles vinculados ao Programa Mais Médicos, por não integrarem a política municipal de EPS e, conseqüentemente, não terem acesso à plataforma institucional utilizada para divulgação do questionário e do produto educacional.

Utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência, baseada na adesão voluntária dos participantes. Todos os profissionais elegíveis tiveram acesso ao convite por meio dos canais institucionais utilizados para divulgação da pesquisa, sendo incluídos aqueles que concordaram com a participação e preencheram o questionário no período estabelecido.

Instrumento e variáveis

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado, composto por 28 questões predominantemente fechadas, elaborado especificamente para esta pesquisa (Anexo 01). O instrumento foi fundamentado na literatura científica nacional e internacional sobre CP e APS, nos conteúdos identificados na revisão narrativa e na experiência prática da pesquisadora na atuação junto a pacientes com necessidades de CP.

O questionário contemplou variáveis relacionadas às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, formação e experiência na APS, conhecimentos sobre CP, utilização de ferramentas para identificação de pacientes elegíveis, práticas assistenciais,

dificuldades relacionadas ao manejo clínico e conhecimento sobre a organização da RAS e dos fluxos assistenciais.

As variáveis relacionadas ao conhecimento sobre CP foram mensuradas por meio de questões específicas do instrumento, sendo analisadas de acordo com as respostas obtidas pelos participantes.

A mensuração do conhecimento e das necessidades formativas relacionadas aos cuidados paliativos foi realizada por meio da terceira seção do questionário, intitulada **“Avaliação de conhecimento empírico sobre cuidados paliativos”**, composta por 19 questões (questões 9 a 27), todas de resposta obrigatória. O instrumento foi estruturado de modo a contemplar diferentes dimensões relacionadas à preparação dos médicos da ESF para a abordagem dos cuidados paliativos na APS.

As questões foram organizadas em quatro dimensões analíticas: (1) conhecimento e concepções sobre cuidados paliativos; (2) identificação de pacientes com necessidades de cuidados paliativos e utilização de instrumentos; (3) preparo, segurança e dificuldades percebidas para a prática assistencial; e (4) acesso a fontes de informação e conhecimento sobre a organização da assistência na RAS.

A primeira dimensão contemplou o reconhecimento dos CP, sua concepção e importância na APS, bem como a formação acadêmica prévia sobre o tema (questões 9 a 12). A segunda abordou o perfil dos pacientes acompanhados no domicílio, a percepção sobre condições potencialmente elegíveis para CP, a presença de pacientes considerados elegíveis na área de abrangência e o uso de escalas e ferramentas para identificação e estratificação desses pacientes (questões 13 a 20).

A terceira dimensão contemplou aspectos relacionados à comunicação de más notícias, abordagem da morte, dificuldade percebida no manejo de pacientes em CP e segurança autorreferida para a prescrição de opioides de baixa, moderada e alta potência na APS (questões 17, 18, 21, 24 e 25). Esses itens foram considerados indicadores do preparo percebido e das necessidades de qualificação para a prática, não sendo interpretados como medidas objetivas de competência clínica.

A quarta dimensão investigou a frequência e os tipos de materiais utilizados pelos participantes para estudar ou orientar o manejo de pacientes em CP, bem como os conteúdos que os médicos consideravam prioritários em um material de consulta rápida e o conhecimento sobre o fluxo municipal de CP em Juiz de Fora (questões 22, 23, 26 e 27).

As questões relacionadas ao conhecimento foram analisadas de forma descritiva, considerando-se a distribuição das respostas em frequências absolutas e relativas. Nas questões de seleção múltipla, cada alternativa foi analisada individualmente, permitindo identificar os conteúdos, condições clínicas, instrumentos e recursos reconhecidos ou utilizados pelos participantes. Nas questões que utilizaram escalas ordinais de percepção, segurança ou dificuldade, as categorias de resposta foram mantidas conforme apresentadas no instrumento e analisadas por frequências absolutas e relativas.

A análise das respostas foi utilizada para identificar lacunas de conhecimento, formação e preparo percebido relacionadas aos CP, considerando-se, especialmente, o reconhecimento dos pacientes elegíveis, o conhecimento e a utilização de ferramentas de identificação, a comunicação sobre morte e más notícias, o manejo clínico, a segurança na utilização de opioides e o conhecimento sobre o fluxo assistencial da rede. Esses achados, articulados aos resultados da revisão narrativa realizada na primeira etapa, subsidiaram a definição dos conteúdos e a elaboração do PTT.

Ressalta-se que o instrumento não foi concebido como teste psicométrico ou prova de conhecimento com escore global. Assim, os resultados foram interpretados como indicadores descritivos do conhecimento empírico, da formação e das lacunas percebidas pelos participantes, não sendo estabelecidos pontos de corte para classificação individual do conhecimento ou inferências sobre competência profissional.

Procedimentos de coleta

O questionário foi disponibilizado eletronicamente por meio da plataforma Google Forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado na página inicial do formulário, sendo o preenchimento condicionado à manifestação de concordância dos participantes.

A coleta de dados ocorreu entre 1º e 30 de dezembro de 2025. O link para acesso ao questionário foi divulgado na plataforma municipal de EPS e em grupo institucional de WhatsApp destinado aos médicos vinculados à APS. A plataforma integra a política municipal de educação permanente e encontra-se disponível aos médicos da ESF com contratos efetivos ou temporários, que possuem carga horária de trabalho parcialmente destinada a atividades formativas. Não houve envio individualizado de convites.

A tabela abaixo apresenta **uma classificação metodológica das 19 questões**, distinguindo a dimensão e o que efetivamente mede cada questão.

Dimensão	Questões	O que efetivamente mede
Conhecimento/concepção	9, 10	Reconhecimento e compreensão conceitual
Formação prévia	11	Exposição ao conteúdo na graduação
Percepção da importância	12	Atitude/percepção
Reconhecimento de elegibilidade	13, 14, 15	Conhecimento aplicado/percepção
Perfil assistencial	16	Característica da população atendida
Comunicação	17, 18	Autopercepção de habilidade/preparo
Escalas e ferramentas	19, 20	Conhecimento/uso na prática
Manejo clínico	21	Autopercepção de dificuldade
Busca de informação	22, 23	Prática de aprendizagem
Opioides	24, 25	Segurança autorreferida
Necessidades educacionais	26	Demanda formativa percebida
Organização da RAS	27	Conhecimento do fluxo assistencial

Fonte: do autor, 2026

Análise dos dados

Os dados foram exportados para planilha eletrônica e submetidos à análise estatística descritiva. Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequências absolutas e relativas, apresentadas sob a forma de números e percentuais. Utilizou-se o software Microsoft Excel versão 365.

Controle de vieses

A utilização de amostragem não probabilística por conveniência e a adesão voluntária dos participantes foram consideradas fontes potenciais de viés de seleção, uma vez que profissionais com maior interesse ou sensibilização em relação aos cuidados paliativos poderiam apresentar maior probabilidade de participação. Além disso, as informações relativas às práticas assistenciais e às dificuldades profissionais foram autorreferidas, podendo estar sujeitas a viés de informação.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 90200525.5.0000.5147, atendendo aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante leitura e aceite do TCLE.

Resultados

O perfil dos participantes evidenciou prevalência de profissionais jovens, representando cerca de 73% da amostra, com predominância do sexo feminino (69,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos médicos participantes do estudo (n = 52).

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	36 (69,2)
Masculino	16 (30,8)
Faixa etária (anos)	
23–30	12 (23,0)
31–45	26 (50,0)
46–55	7 (13,4)
56–65	5 (9,6)
> 65	2 (3,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Em relação à formação profissional, 38,4% dos participantes atuavam como generalistas, enquanto 25% possuíam pós-graduação em MFC e 19,2% residência médica na área, totalizando 44,2% com formação específica em MFC. Outras especialidades foram pouco representadas e nenhum participante possuía formação específica em CP. Quanto ao tempo de formação e de atuação na APS, predominaram profissionais com até dez anos de graduação e experiência na APS (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo especialidade médica, tempo de formação e tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2025 (n=52).

Variável	Categoria	n	%
Especialidade médica	Generalista	20	38,4
	Pós-graduação em MFC	13	25,0
	Residência em MFC	10	19,2
	Pediatria	2	3,8
	Outras especialidades*	7	13,5
Tempo de formação	< 5 anos	18	34,6
	6–10 anos	12	23,0
	11–20 anos	13	25,0
	> 20 anos	9	17,3
Tempo de atuação na APS	< 5 anos	23	44,2
	6–10 anos	11	21,1
	11–20 anos	11	21,1
	> 20 anos	7	13,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

* Outras especialidades: Dermatologia (n=1), Hematologia (n=1), Infectologia (n=1), Medicina da Dor (n=1), Radiologia (n=1), Saúde Pública (n=1) e Saúde Coletiva/Urgência e Emergência (n=1).

No que se refere ao conhecimento sobre CP, todos os participantes afirmaram já ter ouvido falar sobre o tema. Ao analisar a compreensão conceitual por meio da afirmação "*cuidados paliativos são para cuidar da vida*", 84,5% concordaram plenamente e 15,3% concordaram parcialmente. Em relação à formação, 44,1% relataram não ter recebido ensino estruturado sobre CP durante a graduação ou em atividades acadêmicas posteriores. A relevância dos CP na APS foi reconhecida pela maioria dos participantes, sendo considerada muito relevante por 69,2%, relevante por 25% e moderadamente relevante por 5,7%.

A prática assistencial relatada pelos participantes evidenciou acompanhamento frequente de pessoas com doenças crônicas e progressivas. Destacaram-se demência ou doença de Alzheimer, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças neurodegenerativas, doença renal crônica, câncer e insuficiência cardíaca. Em relação à elegibilidade para CP, a maioria dos participantes reconheceu essas condições como passíveis dessa abordagem e 94,2% afirmaram possuir pacientes elegíveis em sua área de abrangência. Também foi relatado

acompanhamento regular de pacientes acamados pelas equipes participantes.

A utilização de ferramentas para identificação de pacientes elegíveis mostrou-se limitada. Cerca de 41,3% dos participantes informaram não utilizar qualquer instrumento para essa finalidade. Entre aqueles que utilizavam escalas, predominavam ferramentas não específicas para CP, enquanto ferramentas validadas como o NECPAL-BR (5,7%) e o SPICT-BR (1,9%), foram pouco mencionadas.

Em relação ao manejo clínico, a maioria dos profissionais relatou dificuldade moderada ou elevada na condução de pacientes em CP (Tabela 3). Quanto à busca por materiais de apoio, mais de 70% informaram nunca ou quase nunca utilizar referências para orientar a prática clínica. Entre os participantes que utilizavam materiais de consulta, predominavam referências da MFC, como o *Tratado de Medicina de Família e Comunidade* e o *Tratado de Visita Domiciliar da SBMFC*, enquanto materiais específicos sobre CP foram menos frequentemente citados. Além disso, 36,5% relataram não utilizar qualquer material de referência.

Tabela 3. Percepção dos participantes sobre a relevância dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde e dificuldade percebida no manejo desses pacientes. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2025 (n=52).

Variável	Categoria	n	%
Nível de dificuldade no manejo de pacientes em cuidados paliativos	Muita dificuldade	17	32,7
	Dificuldade moderada	28	53,8
	Pouca dificuldade	7	13,5
	Nenhuma dificuldade	0	0,0
	Nunca refletiu sobre o tema	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A análise das habilidades comunicacionais também revelou limitações importantes, com 71,1% dos participantes relatando dificuldade moderada ou elevada na comunicação de más notícias. Embora 51,1% se declare confortável para conversar sobre morte com pacientes e familiares, ainda há um contingente relevante que apresenta desconforto ou nunca refletiu sobre o tema, evidenciando um cenário de transição na abordagem da finitude na prática médica.

Em relação ao manejo farmacológico, observou-se maior segurança na prescrição de opioides de baixa potência. Por outro lado, 80,7% dos participantes relataram pouca ou nenhuma segurança para prescrever opioides de média e alta potência, como morfina e

metadona.

Quanto à organização da RAS, 82,6% dos participantes afirmaram desconhecer o fluxo assistencial municipal para pacientes em CP.

Por fim, as sugestões apresentadas pelos participantes para a elaboração da cartilha concentraram-se principalmente em temas relacionados à identificação de pacientes elegíveis, controle de sintomas, manejo da dor, comunicação em saúde, fluxos assistenciais, desprescrição, participação familiar, cuidados no fim de vida e diretivas antecipadas de vontade.

Discussão

Os achados deste estudo sugerem que as fragilidades observadas na incorporação dos CP na APS não podem ser interpretadas exclusivamente como insuficiências individuais de conhecimento ou habilidade dos médicos participantes. Embora aspectos relacionados à formação profissional estejam presentes, os resultados evidenciam limitações estruturais que atravessam a organização do SUS e influenciam diretamente a capacidade dos serviços em ofertar CP de forma oportuna, longitudinal e integrada. Dessa forma, a análise dos dados aponta para um cenário em que as necessidades formativas se articulam a desafios organizacionais, institucionais e políticos que extrapolam o desempenho individual dos profissionais.

Os resultados deste estudo evidenciam que os CP já integram a prática cotidiana da APS. A elevada frequência de acompanhamento de pessoas com doenças crônicas e progressivas, associada ao amplo reconhecimento de pacientes elegíveis pelos participantes, demonstra que essa demanda já está presente nos serviços e acompanha a transição demográfica e epidemiológica observada no país. Entretanto, o reconhecimento da necessidade de CP não foi acompanhado pela incorporação de instrumentos e práticas capazes de operacionalizar sua identificação de forma sistemática. Tal cenário sugere que a identificação dos pacientes ocorre predominantemente de forma intuitiva e baseada na experiência clínica.

Nesse sentido, embora a maioria dos profissionais reconheça pacientes elegíveis, parcela expressiva relatou não utilizar ferramentas estruturadas para essa finalidade, enquanto instrumentos validados, como o SPICT-BR e o NECPAL-BR, apresentaram baixa utilização. Esse achado é consistente com a literatura, que aponta a identificação precoce como uma das

principais dificuldades para a incorporação dos CP na APS (PARAIZO-HORVATH, 2022; SANTOS et al., 2023). A ausência de sistematização pode retardar o reconhecimento das necessidades paliativas, comprometer o planejamento longitudinal do cuidado e limitar o exercício da coordenação do cuidado, atributo essencial da APS previsto na PNAB (Ministério da Saúde, 2017).

Além disso, merece destaque o fato de muitos participantes associarem a idade avançada à indicação de CP. Embora o envelhecimento esteja frequentemente relacionado à multimorbidade e à fragilidade, a literatura demonstra que a idade, isoladamente, não constitui critério para essa abordagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; Ribeiro *et al.*, 2025). A utilização desse marcador pode simplificar processos decisórios complexos e retardar o reconhecimento de pacientes mais jovens com doenças ameaçadoras da vida, reforçando a necessidade de ampliar a compreensão dos critérios contemporâneos de elegibilidade.

As dificuldades observadas na identificação dos pacientes parecem estar relacionadas, em parte, às lacunas formativas evidenciadas neste estudo. Apesar da crescente visibilidade dos CP nas últimas décadas, parcela importante dos participantes relatou não ter recebido formação estruturada sobre o tema, resultado semelhante ao encontrado em estudos nacionais que descrevem a insuficiente inserção dos CP na graduação, na residência médica e nas ações de qualificação profissional nos cenários de trabalho (MATTOS; DERECH, 2020; JUSTINO et al., 2020; SANTOS JUNIOR; SANTOS; PESSALACIA, 2016).

Essas lacunas repercutem diretamente na prática clínica. A elevada frequência de profissionais que relataram dificuldades no manejo de pacientes, na comunicação de más notícias e na prescrição de opioides de maior potência sugere que a formação ainda não contempla competências essenciais para o CP. Evidências recentes apontam que a qualificação profissional constitui um dos principais fatores associados à efetividade dos CP desenvolvidos na APS, especialmente no que se refere ao controle de sintomas, comunicação e planejamento compartilhado do cuidado (BALASUNDRAM et al., 2023; SILVA et al., 2024)

Contudo, embora medicamentos como morfina e metadona integrem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2025) e possam ser utilizados na APS quando clinicamente indicados, sua utilização depende não apenas da capacitação dos profissionais, mas também da disponibilidade de recursos institucionais. No município estudado, por exemplo, a ausência da notificação de receita A nas Unidades Básicas de Saúde

(UBS) constitui uma barreira adicional ao manejo adequado da dor, evidenciando que as dificuldades observadas ultrapassam a dimensão individual do conhecimento.

O perfil dos participantes também contribui para compreender esse cenário. A predominância de profissionais com menor tempo de formação e de atuação na APS, inseridos em um contexto de vínculos predominantemente temporários e elevada rotatividade, pode dificultar a consolidação das equipes e dos processos de EPS. Assim, as fragilidades identificadas parecem resultar da interação entre limitações formativas e condições organizacionais do trabalho, indicando que o fortalecimento dos CP requer estratégias permanentes de qualificação articuladas às necessidades concretas dos serviços.

Os resultados também evidenciam a necessidade de repensar os processos de formação médica. O modelo tradicional de ensino, historicamente centrado em doenças agudas, procedimentos diagnósticos e terapêuticas curativas, nem sempre contempla competências essenciais para a prática dos CP. Organismos internacionais e entidades científicas (PINELI et al., 2016; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018; SOUZA et al., 2024) têm defendido a incorporação de currículos baseados em competências, capazes de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à avaliação integral do paciente, comunicação de notícias difíceis, manejo de sintomas, tomada de decisões éticas e trabalho em equipe interdisciplinar. A elevada frequência de profissionais que relataram dificuldades nessas áreas sugere que tais competências ainda não são desenvolvidas de forma suficiente durante a graduação e a formação especializada, repercutindo diretamente na qualidade da assistência ofertada.

Sob essa perspectiva, a EPS assume papel estratégico, não apenas como mecanismo de atualização técnico-científica, mas como política pública capaz de produzir mudanças nos processos de trabalho e fortalecer a capacidade resolutiva da Atenção Primária (MURRAY et al, 2014; WHO, 2018). Diferentemente de ações educativas pontuais e desarticuladas da realidade dos serviços, a Educação Permanente propõe processos formativos baseados na problematização das práticas, na aprendizagem em serviço e na construção coletiva de soluções para os desafios encontrados pelas equipes. As necessidades identificadas neste estudo reforçam a pertinência dessa abordagem, indicando que intervenções educativas devem estar integradas às rotinas assistenciais e articuladas aos processos de gestão, planejamento e organização da RAS. A elaboração da cartilha educacional, desenvolvida na terceira etapa deste estudo, insere-se nessa perspectiva ao buscar oferecer suporte técnico alinhado às necessidades identificadas

pelos próprios profissionais. Contudo, sua efetividade dependerá da integração com estratégias mais amplas de qualificação, incluindo discussão de casos, apoio matricial, atividades interprofissionais e educação em serviço.

Outro aspecto relacionado à elevada rotatividade de médicos observada em diversas redes municipais de Atenção Primária, frequentemente associada à predominância de vínculos temporários e à dificuldade de provimento e fixação desses profissionais, como se identificou nos resultados do perfil deste estudo, constitui um elemento relevante para compreender os resultados encontrados. A descontinuidade das equipes compromete a consolidação de processos de trabalho, dificulta o estabelecimento de vínculo longitudinal com usuários e famílias e reduz as possibilidades de desenvolvimento de estratégias permanentes de qualificação profissional (CAMPOS et al, 2022; OLIVEIRA et al, 2024). Mais do que um problema relacionado à gestão de recursos humanos, trata-se de uma condição que interfere diretamente na capacidade institucional da APS de coordenar o cuidado de pessoas com doenças crônicas avançadas e necessidades paliativas complexas (SANDVIK et al, 2022; CUBAS et al, 2024). No município estudado, esse cenário pode estar relacionado, entre outros fatores, à ausência de concursos públicos para cargos efetivos de médicos da Estratégia Saúde da Família há mais de uma década, o que favorece a manutenção de vínculos precários e maior renovação das equipes (JUIZ DE FORA, 2016).

Os resultados também evidenciam que a incorporação dos CP na APS depende de aspectos que extrapolam a atuação individual dos profissionais. O desconhecimento dos fluxos assistenciais por grande parte dos participantes revela fragilidades na articulação entre os diferentes pontos da RAS, comprometendo atributos fundamentais da APS, como a coordenação do cuidado, a integralidade, a continuidade da assistência, a articulação entre os níveis de atenção, especialmente em situações de maior complexidade.

Esse cenário dialoga com a literatura nacional, que aponta que, apesar dos avanços normativos promovidos pela Resolução nº 41/2018 e pelo reconhecimento da APS como ordenadora da rede na PNAB, a implementação dos CP ainda ocorre de forma heterogênea no SUS, com concentração histórica dos serviços em nível hospitalar e limitada integração entre os diferentes níveis de atenção (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018; Política Nacional de Atenção Básica, 2017, BRASIL, 2018). A insuficiência de fluxos assistenciais formalizados, identificada pela maioria dos participantes, sugere dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção e na definição de responsabilidades

assistenciais. Em muitos contextos, os CP permanecem concentrados em serviços hospitalares ou especializados, enquanto a APS assume papel limitado na coordenação longitudinal desses usuários, contribuindo para a fragmentação do cuidado e para o uso excessivo de serviços de urgência e emergência (ALMEIDA, 2025).

Assim, integração entre APS e atenção especializada constitui um dos principais desafios para a consolidação dos cuidados paliativos no SUS. Considerando que pacientes com doenças crônicas avançadas frequentemente necessitam de acompanhamento compartilhado entre diferentes pontos da rede, torna-se fundamental a existência de mecanismos formais de matriciamento, apoio especializado e comunicação interprofissional (MELO et al, 2021; MOTA et al, 2026). A ausência desses dispositivos pode gerar insegurança clínica, encaminhamentos tardios e descontinuidade do cuidado, especialmente em situações que envolvem manejo de sintomas complexos, tomada de decisão compartilhada e planejamento antecipado de cuidados. Nesse sentido, a APS deve ser reconhecida não apenas como porta de entrada do sistema, mas como coordenadora do cuidado ao longo de toda a trajetória de adoecimento, articulando recursos comunitários, serviços especializados e suporte familiar.

As implicações dos resultados para as políticas públicas são igualmente relevantes. O crescimento da população idosa e o aumento da prevalência de doenças crônicas tornam inevitável a expansão da demanda por CP nas próximas décadas. Diante desse cenário, o fortalecimento da APS como coordenadora dessa assistência deve ser incorporado como prioridade na agenda de gestores e formuladores de políticas de saúde. Isso implica investimentos na formação de recursos humanos, ampliação do acesso a medicamentos essenciais, desenvolvimento de protocolos assistenciais, estruturação de fluxos de referência e contrarreferência e fortalecimento das redes regionais de atenção. Além disso, torna-se necessário avançar na implementação efetiva das diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 41/2018 (BRASIL, 2018), reduzindo desigualdades territoriais e promovendo maior integração dos CP às políticas de atenção às condições crônicas.

Dessa forma, os resultados apresentados neste estudo reforçam que os desafios para a implementação dos CP na APS expressam limitações estruturais da organização dos serviços e dos processos de formação médica, mais do que deficiências atribuíveis exclusivamente aos profissionais. Ao deslocar o foco da análise para as condições institucionais que moldam a prática assistencial, evidencia-se que a consolidação dos CP no SUS exige políticas públicas capazes de integrar qualificação profissional, gestão do trabalho, financiamento adequado e

fortalecimento das redes de atenção, favorecendo a construção de um modelo de cuidado mais integral, equitativo e centrado nas necessidades das pessoas.

Conclusão

Embora haja reconhecimento da relevância dos CP, persistem fragilidades na formação profissional, no manejo clínico, na utilização de ferramentas de identificação e no conhecimento dos fluxos da RAS, que podem comprometer a integralidade e o acesso oportuno ao cuidado na APS. Os achados reforçam que a consolidação dos CP na APS requer, além do reconhecimento conceitual, investimentos em educação permanente, suporte técnico e organização da rede assistencial. Nesse contexto, a cartilha elaborada a partir das necessidades identificadas constitui uma resposta educacional acessível e alinhada à prática, cujo potencial de aplicação depende de sua integração aos processos de trabalho e às estratégias da EPS. Embora os resultados devam ser interpretados considerando o possível viés de participação decorrente da maior adesão de médicos com formação em MFC, as fragilidades observadas são semelhantes às descritas em estudos nacionais, reforçando a relevância dos achados para a qualificação da assistência em CP na APS.

Referências:

38. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: ANCP, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/analise-situacional-recomendacoes-ancp-desenvolvimento-cuidados-paliativos-brasil/>. Acesso em: 12 abr. 2025.
39. ALMEIDA, Ana Flávia dos Santos. Diálogos sobre os fluxos de cuidado no Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Primária. 2025. 58 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/265925>. Acesso em: 8 ago. 2026.
40. BALASUNDRAM, S. et al. Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: a systematic review of

- qualitative literature. BMC Primary Care, London, v. 24, art. 77, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-02038-0.
41. BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 15 jun. 2026.
 42. BRASIL. Ministério da Saúde. 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: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2026.
 43. BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/renome-2024>. Acesso em: 15 jun. 2026.
 44. CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda et al. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.
 45. CARVALHO, Gleyce Any Freire de Lima et al. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 27, n. 2, e5740016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>. Acesso em: 2 maio 2026.
 46. CUBAS, Larissa et al. Intenção de saída de médicos de família e comunidade da Atenção Primária de Florianópolis e fatores associados. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 19, n. 46, p. 4215, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4215>.
 47. GALLO, Farias Oliveira, Larayne et al. Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v. 12, n. 3, p. 4441-4449, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4441-4449>.

48. GHOSH, Amrita et al. Interaction of palliative care and primary care. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 207-218, 2015.
49. JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Edital nº 01/2016 – SARH: Concurso Público para provimento de cargos efetivos do quadro de pessoal da Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Secretaria de Administração e Recursos Humanos, 2016. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: 3 maio 2026.
50. JUSTINO, Eveline Treméa et al. Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3324, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>. Acesso em: 2 maio 2026.
51. KNAUL, Felicia M. et al. The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *The Lancet Global Health*, v. 13, n. 3, p. e422-e436, 2025. DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00476-5.
52. MATTOS, Caroline Wassmansdorf; DERECH, Rodrigo D'Agostini. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094).
53. MELO, Gustavo Alves et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Acesso em: 22 abr. 2026.
54. MOTA, Eylla Vitória Carvalho et al. Atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema único de saúde. *Revista FT*, v. 30, n. 158, p. 1-13, 2026. DOI: <https://doi.org/10.69849/pxzt3f38>. Acesso em: 29 maio 2026.
55. MURRAY, Scott et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Medicine*, v. 29, n. 2, p. 101-111, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216314545006>. Acesso em: 2 maio 2026.
56. PARAIZO-HORVATH, Camila Maria Silva et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3547-3557, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01152022>. Acesso em: 2 maio 2026.

57. PINELI, Paula Pereira; KRASILCIC, Sara; SUZUKI, Fábio Akira; MACIEL, Maria Goretti Sales. Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016.
58. SANDVIK, Hogne et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, v. 72, n. 715, p. e84-e90, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.034022>.
59. SANTOS, Marcia Cristina Lemos dos; SOUZA, Alicia Regina Navarro Dias de; ANDERSON, Maria Inez Padula. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 18, n. 45, art. 3345, 2023.
60. SANTOS, Fernando Ribeiro dos; SANTOS JUNIOR, Aires Garcia dos; PESSALACIA, Juliana Dias Reis. Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 10, n. 7, p. 2708-2719, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11332p2708-2719-2016>.
61. SILVA, Rafaela Pereira da et al. Necessidades e perspectivas sobre educação em cuidados paliativos em oncologia: entrevistas com médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4673>. Acesso em: 2 maio 2026.
62. SOUZA, Alicia Regina Navarro Dias de; SANTOS, Marcia Cristina Lemos dos; ANDERSON, Maria Inez Padula. Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, e9206, 2024.
63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 11 jul. 2026.
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>. Acesso em: 11 jul. 2026.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UTILIZAÇÃO POR MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR CONTINUING EDUCATION IN PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: DEVELOPMENT AND EVALUATION OF ITS USE BY PHYSICIANS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY.

Vitória Dias. Médica, Mestranda do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Andréia Aparecida de Miranda Ramos. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – UFJF

Resumo

Introdução: A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia para qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde a partir das necessidades identificadas no cotidiano dos serviços. No contexto dos cuidados paliativos, tecnologias educacionais podem contribuir para ampliar o acesso a conhecimentos e apoiar a prática profissional na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de uma tecnologia educacional em cuidados paliativos para a APS e avaliar sua utilização, utilidade e aplicabilidade percebidas por médicos da Estratégia Saúde da Família após sua disponibilização. **Métodos:** Estudo descritivo de desenvolvimento e avaliação de tecnologia educacional, realizado com médicos da APS de um município de médio porte da Zona da Mata mineira. A tecnologia foi elaborada a partir de diagnóstico prévio das necessidades formativas dos profissionais e disponibilizada em versão online e PDF, acompanhada de videoaula introdutória, caso clínico e atividade reflexiva. Após quatro meses, os médicos participantes foram convidados a avaliar sua utilização por meio de formulário eletrônico. Registros do diário de campo da pesquisadora foram analisados de forma descritiva para identificar aspectos contextuais relacionados à disponibilização e utilização da tecnologia. **Resultados:** Dos 52 médicos que responderam ao formulário de avaliação, 45 relataram ter utilizado a cartilha e compuseram a amostra analítica. Entre os usuários, 88,7% relataram utilização pelo menos ocasional; 97,7% consideraram que o material contribuiu para a identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos e 100%

o classificaram como útil ou muito útil para a prática profissional. A maioria (88,8%) não relatou dúvidas durante a utilização. Os registros do diário de campo evidenciaram fatores contextuais relacionados à utilização, incluindo elevada rotatividade profissional, mudanças na equipe responsável pelas ações de educação permanente, dificuldades de divulgação institucional e preferência pela versão em PDF. **Conclusão:** A tecnologia educacional apresentou avaliação favorável quanto à utilidade e aplicabilidade entre os médicos que a utilizaram. Entretanto, os achados indicam que sua utilização no contexto dos serviços de saúde é influenciada por fatores organizacionais, pedagógicos e relacionados às estratégias de implementação. A experiência reforça a importância de articular o desenvolvimento de tecnologias educacionais às condições concretas de implementação da Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Tecnologia Educacional; Educação em Saúde.

Abstract

Introduction: Continuing education in health is a strategy for qualifying workers in the Brazilian Unified Health System (SUS) based on needs identified in the daily routine of services. In the context of palliative care, educational technologies can contribute to expanding access to knowledge and supporting professional practice in Primary Health Care (PHC). **Objective:** To describe the development of an educational technology in palliative care for PHC and to evaluate its use, usefulness, and applicability as perceived by physicians in the Family Health Strategy after its availability. **Methods:** A descriptive study of the development and evaluation of educational technology was conducted with PHC physicians in a medium-sized municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais. The technology was developed based on a prior diagnosis of the professionals' training needs and made available in online and PDF versions, accompanied by an introductory video lesson, a clinical case, and a reflective activity. After four months, the participating physicians were invited to evaluate its use through an electronic form. Field diary entries from the researcher were descriptively analyzed to identify contextual aspects related to the availability and use of the technology. **Results:** Of the 52 physicians who responded to the evaluation form, 45 reported using the booklet and comprised the analytical sample. Among the users, 88.7% reported at least occasional use;

97.7% considered that the material contributed to the identification of patients eligible for palliative care, and 100% rated it as useful or very useful for professional practice. The majority (88.8%) reported no doubts during use. Field diary entries revealed contextual factors related to use, including high professional turnover, changes in the team responsible for continuing education activities, difficulties in institutional dissemination, and a preference for the PDF version. **Conclusion:** The educational technology received a favorable evaluation regarding its usefulness and applicability among the physicians who used it. However, the findings indicate that its use in the context of health services is influenced by organizational, pedagogical, and implementation strategy factors. The experience reinforces the importance of linking the development of educational technologies to the concrete conditions for implementing Continuing Health Education.

Keywords: Continuing Health Education; Primary Health Care; Palliative Care; Educational Technology; Health Education.

Introdução

A qualificação dos profissionais constitui um dos principais desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a diversidade das demandas assistenciais exige atualização contínua dos conhecimentos e capacidade de adaptação às necessidades dos territórios. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) consolidou-se como uma estratégia voltada à transformação das práticas profissionais por meio da problematização do cotidiano de trabalho, aproximando ensino, serviço e gestão na construção de soluções para os desafios encontrados pelos trabalhadores da saúde (FERREIRA et al., 2019; BARCELLOS et al., 2020). Diferentemente de modelos centrados apenas na transmissão de conteúdos, a EPS propõe processos de aprendizagem que emergem das necessidades reais dos serviços, favorecendo mudanças no processo de trabalho e a qualificação da assistência (LIMA et al., 2021; RIBEIRO et al., 2016; ZANOTTO et al., 2025).

A institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representou um importante avanço ao reconhecer a aprendizagem em serviço como componente estratégico para a organização do cuidado no SUS. Nessa perspectiva, a qualificação profissional deixa de ser compreendida exclusivamente como atualização técnico-científica e

passa a integrar as estratégias de gestão, contribuindo para fortalecer a autonomia dos trabalhadores, a reflexão crítica sobre a prática e a melhoria da qualidade da atenção à saúde (FERREIRA et al., 2019; LEITE et al., 2020; FAGUNDES et al, 2020; LEMOS et al., 2024).

Paralelamente, o desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação ampliou as possibilidades de implementação de estratégias educativas no âmbito da EPS. Plataformas virtuais, ambientes digitais de aprendizagem e tecnologias educacionais passaram a favorecer maior flexibilidade de acesso, atualização permanente dos conteúdos e ampliação do alcance das ações educativas, especialmente entre profissionais inseridos em serviços assistenciais, cuja rotina frequentemente limita a participação em atividades presenciais (FRANÇA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2007; SILVA et al., 2015).

Nesse cenário, diferentes tecnologias educacionais, como vídeos, cartilhas digitais, *quizzes* e outros recursos interativos, vêm sendo incorporadas aos processos de ensino-aprendizagem por possibilitarem acesso rápido às informações, flexibilidade de estudo e maior compatibilidade com o cotidiano dos profissionais de saúde (BARROS et al., 2024; LIMA et al., 2025). Além disso, a ampla utilização de dispositivos móveis como ferramenta de consulta e aprendizagem reforça o potencial desses materiais para apoiar a tomada de decisão clínica e favorecer processos educativos mais acessíveis e individualizados. Embora evidências apontem boa aceitabilidade dessas tecnologias, sua efetividade depende não apenas da qualidade do conteúdo desenvolvido, mas também da forma como são implementadas e incorporadas ao processo de trabalho (BARROS et al., 2024; SILVA et al., 2025).

Embora iniciativas nacionais, como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Programa Telessaúde Brasil Redes, tenham ampliado a utilização dessas ferramentas, a literatura ainda aponta a necessidade de avaliar de forma mais consistente a utilização e o impacto das tecnologias educacionais desenvolvidas para o contexto dos serviços de saúde (FRANÇA et al., 2019).

Nos mestrados profissionais da área da saúde, a elaboração de produtos técnicos constitui uma estratégia para aproximar a produção científica das necessidades concretas dos serviços. Entretanto, o desenvolvimento de uma tecnologia educacional representa apenas uma etapa desse processo, sendo igualmente necessária a avaliação de sua utilização, aceitabilidade e potencial de contribuição para a prática profissional, produzindo evidências capazes de subsidiar seu aperfeiçoamento e sua incorporação à rotina dos serviços.

Este estudo integra uma dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), cujo produto técnico consistiu na elaboração da cartilha "Cuidados Paliativos para Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora: cartilha online para educação permanente de médicos e demais profissionais da Estratégia Saúde da Família". O material foi desenvolvido a partir de um diagnóstico prévio das necessidades de aprendizagem de médicos atuantes na APS do município, permitindo que seu conteúdo fosse direcionado às lacunas identificadas pelos próprios profissionais e fundamentado nos princípios da EPS. Após sua disponibilização, tornou-se necessária a avaliação da tecnologia educacional quanto ao seu uso, utilidade e aplicabilidade na prática assistencial.

Este estudo teve como objetivo descrever o desenvolvimento de uma tecnologia educacional em cuidados paliativos para a APS e avaliar sua utilização, aplicabilidade e utilidade percebidas por médicos da ESF após sua disponibilização.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo de desenvolvimento e avaliação de uma tecnologia educacional, com abordagem quantitativa na avaliação de sua utilização e abordagem qualitativa complementar a partir de registros do diário de campo da pesquisadora. Os registros do diário de campo foram examinados de forma descritiva e interpretativa, buscando identificar aspectos contextuais e operacionais relacionados à disponibilização, divulgação, utilização e avaliação da tecnologia educacional.

Para a elaboração da cartilha foi realizado um estudo diagnóstico das necessidades de aprendizagem dos médicos da APS relacionadas aos Cuidados Paliativos (CP), através da aplicação de um questionário estruturado eletrônico, composto por 28 questões predominantemente fechadas, contemplando aspectos relacionados ao perfil profissional, conhecimento prévio sobre CP, perfil assistencial dos pacientes acompanhados, competências em comunicação, utilização de instrumentos de identificação de pacientes elegíveis, segurança para o manejo clínico, utilização de materiais de apoio e necessidades de aprendizagem. O último domínio permitiu que os participantes indicassem os temas considerados prioritários para compor a tecnologia educacional, direcionando a elaboração da cartilha às demandas identificadas no cenário de prática. O formulário diagnóstico foi estruturado em nove domínios temáticos (Tabela 1).

Tabela 1. Estrutura do formulário diagnóstico utilizado para construção da tecnologia educacional

Domínio avaliado	Conteúdo investigado	Questões
Consentimento	Apresentação do estudo, TCLE e aceite para participação.	TCLE
Identificação e perfil profissional	Código de identificação (CPF anonimizado), unidade de atuação, faixa etária, sexo, especialidade médica, tempo de formação, tempo de atuação na APS, e-mail e telefone para contato.	1–9
Conhecimento prévio sobre cuidados paliativos	Conhecimento sobre cuidados paliativos, formação prévia durante a graduação, percepção da importância dos cuidados paliativos na APS e compreensão dos conceitos fundamentais.	10–13
Perfil assistencial dos pacientes	Perfil das principais condições clínicas dos pacientes domiciliados, doenças consideradas elegíveis para cuidados paliativos, percepção sobre existência de pacientes elegíveis na área adscrita e número estimado de pacientes acamados.	14–17
Competências em comunicação	Autoavaliação da habilidade para comunicação de más notícias e conforto para conversar sobre morte, processo de morrer e finitude com pacientes e familiares.	18–19
Identificação de pacientes elegíveis	Utilização de escalas de funcionalidade e ferramentas para identificação de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos (PPS, Karnofsky, FAST, SPICT-BR, NECPAL-BR, PIG, Pergunta Surpresa, entre outras).	20–21
Autopercepção de competências clínicas	Grau de dificuldade no manejo de pacientes em cuidados paliativos e segurança para prescrição de opioides de baixa e alta potência na APS.	22, 25 e 26
Recursos utilizados na prática clínica	Frequência de utilização de materiais de apoio, principais referências bibliográficas utilizadas e conhecimento do fluxo municipal de cuidados paliativos.	23, 24 e 28
Necessidades de aprendizagem para construção da cartilha	Identificação, pelos próprios participantes, dos conteúdos considerados prioritários para compor um guia de consulta rápida em cuidados paliativos voltado à APS.	27

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A população elegível foi composta por médicos atuantes em equipes da ESF vinculadas ao município. Foram incluídos profissionais em exercício durante o período da coleta e participantes das ações municipais de educação permanente em saúde. Foram excluídos médicos em período de férias ou afastamento, bem como aqueles vinculados ao Programa Mais Médicos, por não integrarem a política municipal de EPS e, conseqüentemente, não terem acesso à plataforma institucional utilizada para a divulgação do questionário e do produto educacional desenvolvido no estudo.

Utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência, baseada na adesão voluntária dos participantes, composta por 226 médicos vinculados à APS municipal.

Os resultados desse diagnóstico subsidiaram a elaboração da cartilha intitulada "Cuidados Paliativos para Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora: cartilha online para educação permanente de médicos e demais profissionais da Estratégia Saúde da Família", desenvolvida especificamente para responder às principais lacunas de conhecimento identificadas entre os participantes.

A tecnologia educacional foi desenvolvida em formato digital e disponibilizada em duas

modalidades: versão online e arquivo em PDF. A disponibilização em ambiente online teve como objetivo facilitar futuras atualizações do conteúdo, permitindo a incorporação de novas evidências científicas, sugestões dos usuários e demandas identificadas durante sua utilização. A versão em PDF buscou ampliar o acesso ao material e favorecer sua utilização pelos profissionais em diferentes contextos assistenciais. A divulgação ocorreu por meio da plataforma municipal de EPS e dos grupos institucionais de *WhatsApp* da APS.

Além da cartilha, foi disponibilizada uma vídeo-aula introdutória sobre CP, com duração aproximada de 35 minutos, abordando os principais conceitos da temática. Como estratégia complementar de aprendizagem, foram elaboradas duas atividades educativas: um caso clínico para discussão, destinado à aplicação prática dos conhecimentos apresentados, e uma atividade reflexiva baseada na construção da linha do tempo do participante, estimulando a reflexão sobre a vida, o adoecimento, a finitude e o papel do profissional. Os respectivos gabaritos foram encaminhados à coordenação municipal de EPS para subsidiar a condução das atividades educativas.

Tanto a cartilha quanto a videoaula foram disponibilizados na plataforma de EPS para profissionais médicos e não-médicos, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais, visto que os capítulos iniciais abordam temas importantes para todas as categorias profissionais.

O material foi organizado em 14 capítulos, contemplando conteúdos relacionados aos fundamentos dos CP, identificação de pacientes elegíveis, utilização de instrumentos de rastreamento, manejo de sintomas, comunicação em saúde, diretivas antecipadas de vontade, aspectos éticos e legais, organização da RAS, fluxo assistencial municipal e planejamento do cuidado. Ao final da cartilha foi incluída uma seção destinada ao esclarecimento de dúvidas, contendo diferentes canais de contato disponibilizados pela pesquisadora, incluindo correio eletrônico e aplicativo de mensagens instantâneas.

Após quatro meses de disponibilização do material, foi realizada a segunda etapa do estudo, e teve como objetivo avaliar a utilização da tecnologia educacional após sua disponibilização aos profissionais. Para essa finalidade, foi elaborado um segundo formulário eletrônico. A coleta de dados ocorreu entre 20 de março e 30 de abril de 2026. O acesso ao formulário foi precedido pela leitura e aceite do TCLE.

O formulário de avaliação foi estruturado em quatro domínios temáticos (Tabela 2),

contemplando aspectos relacionados à utilização da tecnologia educacional, sua aplicabilidade na prática profissional, usabilidade do material e sugestões para seu aprimoramento. Dessa forma, buscou-se avaliar tanto a incorporação da cartilha ao cotidiano assistencial quanto a percepção dos participantes sobre sua relevância como ferramenta de EPS.

Tabela 2. Estrutura do formulário de avaliação da tecnologia educacional

Domínio avaliado	Conteúdo investigado	Questões
Utilização da tecnologia educacional	Verificação do acesso e utilização da cartilha pelos participantes e frequência de uso do material.	1–2
Aplicabilidade na prática profissional	Avaliação da contribuição da cartilha para a identificação de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e percepção de utilidade do material para a prática médica na Estratégia Saúde da Família.	3–4
Usabilidade e suporte ao usuário	Identificação de dúvidas durante a utilização da cartilha e verificação da utilização dos canais disponibilizados para esclarecimento de dúvidas.	5–6
Avaliação qualitativa do produto	Sugestões dos participantes para atualização, aperfeiçoamento e ampliação do conteúdo da cartilha.	7

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Em virtude da baixa adesão inicial à pesquisa, foi realizada busca ativa dos participantes do estudo diagnóstico anterior por meio de contatos individuais via correio eletrônico e aplicativo WhatsApp. Também foram utilizados os canais institucionais previamente empregados na divulgação da cartilha. Durante o desenvolvimento da pesquisa foram identificados obstáculos operacionais relacionados à disponibilização e utilização da tecnologia educacional e à obtenção de respostas dos participantes, os quais foram considerados na interpretação dos resultados e discutidos como limitações do estudo.

Ambos os instrumentos foram elaborados pela pesquisadora especificamente para esta pesquisa, fundamentado em revisão narrativa da literatura científica nacional e internacional sobre CP e APS e na experiência prática da pesquisadora na atuação junto a pacientes com necessidades de cuidados paliativos.

Os dados foram organizados e analisados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel®, utilizando-se estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Para as análises relacionadas à avaliação da tecnologia educacional foram considerados apenas os participantes que relataram ter utilizado a cartilha.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 90200525.5.0000.5147. Para fins de apoio à revisão textual e organização do manuscrito, foi

utilizado suporte de ferramenta de inteligência artificial generativa, permanecendo a responsabilidade pela concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação final integralmente sob responsabilidade dos autores.

Resultados

Embora o diagnóstico situacional tenha sido realizado exclusivamente com médicos, a cartilha foi concebida para utilização por médicos e demais profissionais da ESF. Essa ampliação do público-alvo fundamentou-se no caráter interdisciplinar dos CP e na necessidade de fortalecer competências compartilhadas entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado. Assim, conteúdos relacionados aos princípios dos CP, identificação de pacientes elegíveis, comunicação em saúde, diretivas antecipadas de vontade, organização da RAS e apoio às famílias foram elaborados para aplicação multiprofissional. Por sua vez, os capítulos relacionados ao manejo farmacológico e à prescrição medicamentosa foram direcionados aos profissionais legalmente habilitados para essa prática, especialmente médicos.

Responderam ao formulário da primeira etapa de avaliação 54 médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde do município. Destes, 9 (16,7%) relataram não ter utilizado a cartilha durante o período avaliado e, portanto, foram excluídos das análises subsequentes relacionadas à avaliação da tecnologia educacional. A amostra final foi composta por 45 participantes.

A figura 1 apresenta o fluxo de participantes ao longo das etapas, desde o universo elegível até a composição da amostra final para avaliação do produto técnico tecnológico.

Figura 1. Fluxo dos participantes nas etapas da pesquisa para desenvolvimento e avaliação da tecnologia educacional entre médicos atuantes na PAS de um município da Zona da Mata Mineira



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Entre os participantes incluídos ($n=45$), 75,5% relataram utilizar a cartilha eventualmente, 6,6% sempre e 6,6% quase sempre, enquanto 11,1% referiram uso quase nunca. Nenhum participante assinalou a opção "nunca". Considerando as categorias sempre, quase sempre e eventualmente, observou-se que 88,7% dos respondentes fizeram uso da cartilha ao menos ocasionalmente durante o período avaliado.

A cartilha foi considerada útil para a identificação de pacientes elegíveis para cpor 97,7% dos participantes, sendo que apenas um respondente (2,2%) referiu não ter obtido essa contribuição. Quanto à utilidade para a prática profissional na ESF, 55,5% classificaram o material como útil e 44,4% como muito útil.

No que se refere à clareza do conteúdo, 88,8% dos participantes relataram não ter apresentado dúvidas durante a utilização da cartilha, enquanto 11,1% referiram alguma dificuldade ou questionamento. Apesar disso, nenhum dos participantes que relataram dúvidas utilizou os canais de comunicação disponibilizados para esclarecimento, mesmo havendo seção específica na cartilha contendo informações de contato da pesquisadora por correio eletrônico e aplicativo de mensagens.

As sugestões apresentadas pelos participantes foram pontuais e, de modo geral, acompanhadas de avaliações positivas acerca do conteúdo disponibilizado. Entre os que fizeram pontuações, 60% dos respondentes destacaram que o material se encontrava atualizado e adequado às necessidades da prática clínica na APS. Entre as propostas de aprimoramento, destacaram-se a inclusão de informações mais detalhadas sobre medicamentos utilizados em CP, especialmente em relação aos efeitos adversos esperados, aos efeitos potencialmente benéficos em determinados contextos clínicos e aos critérios de monitorização necessários para seu uso seguro na APS. Também foram sugeridas estratégias para ampliação da acessibilidade do material, incluindo a disponibilização de versões impressas nas UBS, bem como a incorporação de conteúdos aplicáveis a outros cenários assistenciais, particularmente ao ambiente hospitalar.

Além dos resultados obtidos por meio do questionário, o diário de campo da pesquisadora permitiu identificar aspectos contextuais relevantes para a implementação e avaliação da tecnologia educacional. Entre os principais desafios observados destacaram-se a elevada rotatividade dos profissionais médicos na APS municipal, alterações na composição das equipes durante o período da pesquisa e dificuldades relacionadas à adesão às estratégias institucionais de educação permanente.

Durante a execução do estudo ocorreram desligamentos e substituições de profissionais vinculados às equipes da APS, incluindo encerramento de contratos temporários e mudanças significativas na força de trabalho médica municipal. Esse cenário pode ter influenciado tanto o acesso à cartilha quanto a participação na etapa de avaliação, uma vez que parte dos profissionais que responderam ao primeiro levantamento já não se encontrava atuando na rede no momento da aplicação do segundo formulário.

Também foram observadas limitações relacionadas aos canais institucionais de divulgação. Embora a cartilha tenha sido disponibilizada na plataforma municipal de EPS e divulgada em grupos institucionais de *WhatsApp*, verificou-se baixa adesão às estratégias passivas de divulgação. Nesse contexto, a busca ativa dos participantes por meio de contatos individualizados via correio eletrônico e aplicativo *WhatsApp* mostrou-se a estratégia mais efetiva para obtenção de respostas ao questionário de avaliação.

Outro aspecto observado refere-se ao formato de acesso ao material. Apesar da disponibilização da cartilha em ambiente virtual interativo, o número de acessos registrados na

plataforma online foi reduzido, com predominância da utilização da versão em PDF. Esse achado sugere preferência dos profissionais por formatos de consulta mais simples e diretamente acessíveis, constituindo elemento relevante para futuras estratégias de disseminação de tecnologias educacionais na APS.

Por fim, foram identificadas dificuldades operacionais relacionadas à dependência dos fluxos administrativos municipais para divulgação das atividades de educação permanente, incluindo mudanças nos profissionais responsáveis por essa área durante o período de execução da pesquisa e atrasos na divulgação institucional das etapas previstas. Tais aspectos evidenciam a influência de fatores organizacionais sobre a implementação de intervenções educativas no contexto dos serviços de saúde.

Discussão

Os resultados demonstraram que a cartilha apresentou elevada percepção de utilidade e avaliação favorável entre os médicos que relataram utilizá-la, indicando que a tecnologia educacional respondeu às necessidades previamente identificadas no diagnóstico situacional. A percepção de utilidade para a identificação de pacientes elegíveis para CP, sua aplicabilidade na prática clínica e o reduzido número de dúvidas relatadas sugerem que o conteúdo desenvolvido foi compatível com as demandas dos profissionais da APS. Esses achados reforçam a importância de estratégias educativas construídas a partir das necessidades do próprio serviço, princípio que fundamenta a PNEPS, cuja proposta consiste em transformar as práticas profissionais a partir dos problemas concretos do cotidiano de trabalho (FERREIRA et al., 2019; BARCELLOS et al., 2020).

Entretanto, a experiência de implementação evidenciou que a qualidade do material, isoladamente, não garante sua incorporação ao processo de trabalho. Embora a cartilha tenha sido amplamente bem avaliada pelos participantes que a utilizaram, o diário de campo revelou fatores contextuais que interferiram em sua disseminação e avaliação, como a elevada rotatividade dos profissionais da APS e mudanças entre os responsáveis pelas ações de educação permanente do município. A literatura reconhece a alta rotatividade como um importante obstáculo para a consolidação da EPS, por comprometer a continuidade dos processos educativos, dificultar o planejamento das ações e fragilizar o vínculo dos trabalhadores com as estratégias institucionais de qualificação (FERREIRA et al., 2019;

LEMOS et al., 2024). Da mesma forma, estudos sobre EPS na ESF também identificam baixa adesão e limitada participação dos profissionais como desafios recorrentes para a efetividade das ações educativas, frequentemente associados à sobrecarga de trabalho, às prioridades assistenciais e ao reduzido envolvimento dos trabalhadores nas atividades propostas (PINHEIRO et al., 2018).

A implementação da cartilha também possibilitou uma reflexão que inicialmente não fazia parte dos objetivos deste estudo. O material foi concebido segundo os pressupostos da EPS, uma vez que sua construção teve origem nas necessidades identificadas entre os próprios profissionais da APS. Entretanto, sua disponibilização ocorreu em uma plataforma cujas atividades apresentam características mais próximas da Educação Continuada, baseada predominantemente na oferta de conteúdos previamente definidos seguindo um modelo mais tradicional de educação, diferentemente da EPS, que se estrutura a partir da problematização do processo de trabalho e da participação ativa dos trabalhadores (FERREIRA et al., 2019; LIMA et al., 2016). Esse contexto constitui uma possível explicação para a baixa adesão dos profissionais pelo material, uma vez que ações educativas pouco vinculadas às demandas percebidas pelos trabalhadores tendem a apresentar menor participação e engajamento (FERREIRA et al., 2019; PINHEIRO et al., 2018). Essa interpretação é reforçada por estudos que demonstram persistirem dificuldades na distinção entre EPS e Educação Continuada, inclusive entre gestores e coordenadores responsáveis pela organização dessas iniciativas (LIMA et al., 2016; ZANOTTO et al., 2025).

Embora a literatura reconheça o potencial das tecnologias digitais para ampliar o acesso às ações educativas, favorecer a flexibilidade do aprendizado e aproximar o conhecimento da prática profissional, ainda são escassos os estudos que avaliam quais estratégias favorecem maior adesão e efetividade das ações de EPS em ambientes virtuais (SILVA et al., 2015, FRANÇA et al., 2019; BARROS et al., 2024; LIMA et al., 2025). Experiências recentes têm demonstrado resultados promissores quando recursos digitais são associados a metodologias ativas, discussão de casos clínicos, atividades colaborativas e mediação realizada por profissionais com domínio da temática (LEMOS et al., 2024; PINHEIRO et al., 2018). No presente estudo, embora a cartilha tenha sido acompanhada por aula online, estudo de caso, atividade reflexiva e canais para esclarecimento de dúvidas, não havia espaços estruturados para interação entre os participantes nem mediação por especialistas em CP. Esse aspecto pode ter reduzido as oportunidades de troca de experiências e construção coletiva do conhecimento, características consideradas centrais na proposta da EPS.

Outro achado relevante refere-se ao modo como os profissionais preferiram acessar o material educativo. Apesar da disponibilização da cartilha em ambiente virtual interativo, predominou a utilização da versão em PDF, além de terem sido sugeridas versões impressas para consulta nas UBS. Embora recursos digitais apresentem vantagens relacionadas ao baixo custo, facilidade de atualização e compatibilidade com dispositivos móveis, que inclusive motivaram a escolha deste formato para a produção do PTT, sua incorporação depende das características e preferências do público-alvo. Estudos apontam que fatores como familiaridade variável com as tecnologias, tempo limitado para capacitação e dificuldades de utilização das plataformas podem influenciar o engajamento dos profissionais em estratégias de educação a distância (OLIVEIRA et al., 2007; SILVA et al., 2015). Nesse sentido, os resultados sugerem que a oferta de diferentes formatos de acesso ao mesmo conteúdo — online, PDF e impresso — pode representar uma alternativa para ampliar o alcance e favorecer a utilização de tecnologias educacionais na APS.

Os resultados deste estudo evidenciam que a utilização de uma tecnologia educacional na APS envolve fatores que extrapolam sua qualidade técnico-científica. Embora esta pesquisa não tenha sido delineada segundo referenciais da Ciência da Implementação, seus achados dialogam com modelos amplamente utilizados nessa área, como o RE-AIM, o *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*, a *Normalization Process Theory (NPT)* e a *Knowledge Translation (KT)* (BATISTA, 2022; GARCIA et al., 2022; SANTOS, 2023). Esses referenciais ressaltam que a incorporação os resultados sugerem que a utilização de uma tecnologia educacional pode ser influenciada não apenas pela aceitabilidade pelos usuários, mas também de fatores relacionados ao contexto organizacional, ao engajamento dos profissionais, às estratégias de disseminação e à sustentabilidade da intervenção. Nesse sentido, as dificuldades de adesão observadas neste estudo, associadas à rotatividade profissional, às limitações institucionais de divulgação e à necessidade de maior apoio da EPS, sugerem que futuras pesquisas poderão utilizar esses modelos para compreender, de forma mais abrangente, os determinantes da implementação de tecnologias educacionais na APS.

A cartilha desenvolvida nesta pesquisa representa uma estratégia de tradução do conhecimento ao sintetizar recomendações científicas e normativas em um recurso acessível aos médicos da APS. Entretanto, a experiência observada reforça que a disponibilização de materiais educativos, isoladamente, não garante sua incorporação ao processo de trabalho. O estudo permitiu identificar que a efetividade de uma tecnologia educacional depende não apenas da qualidade do conteúdo produzido, mas também das condições em que ela é implementada.

Aspectos relacionados ao contexto institucional, ao modelo pedagógico adotado, às estratégias de mediação, às formas de divulgação e ao engajamento dos profissionais influenciam diretamente a utilização desses materiais. Embora esses aspectos não tenham constituído objeto de avaliação desta pesquisa, representam perspectivas relevantes para estudos futuros voltados à implementação e sustentabilidade de tecnologias educacionais na APS.

Conclusão

A tecnologia educacional apresentou avaliação favorável quanto à utilidade e aplicabilidade entre os médicos que relataram utilizá-la, especialmente para apoiar a identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos e a prática profissional na APS. A experiência de disponibilização, entretanto, evidenciou que a utilização de tecnologias educacionais é influenciada por fatores que ultrapassam o conteúdo do material, incluindo rotatividade profissional, estratégias institucionais de divulgação, formato de acesso e condições de mediação pedagógica. Os achados reforçam que, no contexto da Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de recursos educacionais deve ser acompanhado de estratégias de implementação articuladas ao processo de trabalho e às características organizacionais dos serviços.

Referências:

65. BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza; CARNEIRO, Larissa Arbués; MELO, Leila Medeiros; SOUZA, Anna Carime; LIMA, Dione Marçal; RASSI, Lenora Taveira. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026092, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00260.
66. BARROS, Larissa Navarro; MUNIZ, José Robertto Bueno; AQUINO, Ana Clara Nascimento de et al. Ferramenta digital como recurso de ensino-aprendizagem da otorrinolaringologia: construção de um protótipo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 4, e103, 2024.
67. BATISTA, Ana Sofia Leal. *(In)sucesso da Telessaúde: fatores que influenciam o processo de implementação e normalização nas organizações de saúde*. 2022.

- Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2022. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/7e163038ebaa164d7353daea507070ec/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 15 jul. 2026.
68. FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017.
 69. FRANÇA, Tania; RABELLO, Elaine Teixeira; MAGNAGO, Carinne. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 106-115, ago. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S109.
 70. GARCIA, Kerolyn Ramos; COSTA, Elísio; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira. Teoria do Processo de Normalização e as tecnologias de inovação em saúde. In: CAROZZO, Nádia Prazeres Pinheiro; LUZ, José Marcelo Oliveira da; ALVES, Cláudia de Oliveira (org.). *Como avaliar programas e intervenções? Um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos*. São Luís: EDUFMA, 2022. p. 239-273. Disponível em: https://edufma.ufma.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2022/03/e-book_COMO-AVALIAR-PROGRAMAS_EDUFMA.pdf#page=239. Acesso em: 15 jul. 2026.
 71. LEITE, Catharina Matos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0025082, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00250.
 72. LEMOS, Ana Silvia Pavani; DUTRA, Evelyn de Britto; KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; CAVACA, Aline Guio; SILVEIRA, Missifany; GASQUE, Kellen Cristina da Silva; PETERSEN, Rafael de Souza. Construção pedagógica de um curso de especialização para gestores da APS sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 2, e8909, 2024. DOI: 10.1590/2358-28982024E28909P.
 73. LIMA, Alessandra Miramontes; CUNHA, Mariana Lucas Rocha. Capacitação eficaz de preceptores em pediatria: desenvolvimento de material educacional digital para feedback. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 49, n. 1, e041, 2025.
 74. LIMA, Ana Paula Freitas; ROCHA, Bárbara Souza; MENEZES, Ida Helena Carvalho

- Francescantonio; PEREIRA, Edna Regina Silva. Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200494, 2021. DOI: 10.1590/interface.200494.
75. LIMA, Luciana Portes de Souza; RIBEIRO, Mara Regina Rosa. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000200008.
 76. OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, set./out. 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000500019.
 77. PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de; BONAMIGO, Andrea Wander. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 187-197, dez. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S415.
 78. SANTOS, Marina Christofoletti dos. *Avaliação do efeito a longo prazo de programas de promoção de saúde na atenção primária à saúde: análise do processo de manutenção da mudança de comportamento em participantes do programa Vida Ativa Melhorando a Saúde*. 2023. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/250157?show=full>. Acesso em: 15 jul. 2026.
 79. SILVA, Adriane das Neves; SANTOS, Ana Maria Gualberto dos; CORTEZ, Elaine Antunes; CORDEIRO, Benedito Carlos. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015204.17832013.
 80. SILVA, Rodolfo Alves da; MEDEIROS, Paulo José de; ARAÚJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de et al. Relato do desenvolvimento de uma ferramenta educacional digital para o ensino do exame urodinâmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 49, n. 1, e033, 2025.
 81. ZANOTTO, Daniele Farina; GELBCKE, Francine Lima; KNIHS, Neide da Silva;

LOCKS, Melissa Orlandi Honório; SALUM, Nádia Maria Chiodelli; OLIVEIRA, Giulia Soares. Gestão da Educação Permanente em Saúde em Escolas de Saúde Pública e Hospitais Universitários Federais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 46, e20250129, 2025. DOI: 10.1590/1983-1447.2025.20250129.pt.

5 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT)

5.1 METODOLOGIAS PARA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

A formação médica e demais categorias profissionais da saúde contemporânea encontra alguns desafios no processo de aprendizagem que envolvem otimização de tempo, facilidade de acesso, aplicabilidade prática e oportunidade de feedbacks. Essas características, em um cenário de processo de trabalho do profissional, normalmente são difíceis de se tornarem oportunas e portanto, tornam-se essenciais a adoção de estratégias que promovam uma aprendizagem reflexiva, individualizada e conveniente, que alavanquem melhorias concretas no desempenho dos aprendizes (BARROS et al, 2024; LIMA et al, 2025).

Para isso, deve ser lembrado que o processo educativo vai além da transmissão de conteúdos: fatores como o acesso fácil e contínuo à informação, o uso cotidiano de dispositivos móveis e a multiplicidade de fontes de aprendizado transformam a relação entre estudantes e o saber. Em estudo realizado por Estanislau et al., observou-se que a grande maioria dos estudantes concluintes de Medicina utiliza o smartphone como principal ferramenta acadêmica como instrumento de estudo e suporte ao aprendizado. Isso reforça a pertinência de investir em formatos educacionais compatíveis com essa nova dinâmica, como os materiais digitais e interativos (BARROS et al, 2024; Estanislau et al, 2019).

Dentro dessa lógica, instrumentos de apoio que tornam o processo mais claro, estruturado e funcional têm sido recomendados - com grande exploração de recursos digitais - como vídeos explicativos, cartilhas interativas, gamificação, quizzes, entre outros (BARROS et al, 2024; LIMA et al, 2025).

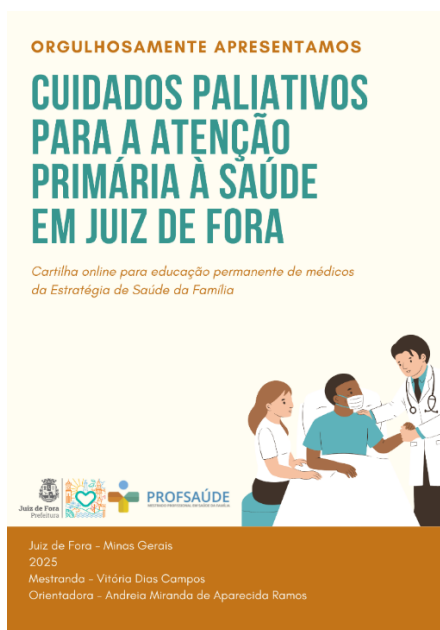
Além disso, ambientes virtuais de aprendizagem, também têm se mostrado eficazes. Alguns estudos revelam, inclusive, que cerca de 86% dos estudantes consideram a modalidade de biblioteca eletrônica interativa superior quando comparada às aulas expositivas. Além disso, a ferramenta digital foi considerada adequada para o ensino do tema por 91% dos participantes, e 75% relataram ter obtido um bom aprendizado por este método consultivo (SILVA et al, 2025).

Em relação às cartilhas, são consideradas atrativas especialmente pela fácil utilização

para viabilização do estudo, além de ser de baixo custo e compatível para consultas pelo smartphone. Em contrapartida, reconhece-se que sua eficácia está atrelada à atualização periódica de seu conteúdo, uma vez que as práticas pedagógicas e as ferramentas digitais estão em constante evolução. Para isto, alguns métodos já são aplicados pela facilidade de atualização da mesma, como aquelas produzidas na plataforma CanvaPro® (BARROS et al, 2024; LIMA et al, 2025).

Por fim, o PTT desenvolvido consistiu em uma cartilha educativa digital intitulada “Cuidados paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora” (Figura 2), classificada como material didático/instrucional, conforme a classificação dos produtos prioritários da Saúde Coletiva. Trata-se de uma tecnologia educacional desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), com a finalidade de apoiar ações de EPS voltadas principalmente aos médicos atuantes na ESF do município de Juiz de Fora.

Figura 2. Produto técnico-tecnológico: “Cuidados paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora”. Disponível em: <https://canva.link/wuodqro3ocv42b6> ou https://drive.google.com/file/d/1MiSeuStpjF96YqtMkyJSU_bP8yCahUGd/view?usp=sharing



O objetivo do produto é instrumentalizar os médicos da ESF para a identificação precoce de pessoas com necessidades de cuidados paliativos e qualificar sua atuação no acompanhamento desses pacientes no contexto da APS, considerando as particularidades do território, a organização da rede municipal de atenção e as competências necessárias para a oferta de um cuidado integral, longitudinal e centrado na pessoa.

O público-alvo principal do produto são os médicos da ESF do município de Juiz de Fora, uma vez que a construção da cartilha foi direcionada a partir das necessidades de aprendizagem identificadas por meio de formulário diagnóstico aplicado a esses profissionais.

Os resultados obtidos nessa etapa orientaram a definição dos conteúdos abordados, considerando as principais lacunas percebidas pelos médicos em relação aos cuidados paliativos, especialmente quanto à identificação de pacientes elegíveis, avaliação clínica, comunicação, planejamento do cuidado e manejo de sintomas.

Embora tenha sido desenvolvida prioritariamente para médicos da ESF, a cartilha também apresenta aplicabilidade para outros profissionais integrantes das equipes da APS e participantes das ações de EPS do município, especialmente enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. Para contemplar diferentes níveis de atuação profissional, o material foi organizado em dois setores principais: conteúdos direcionados aos profissionais não prescritores, abordando aspectos gerais dos CP, identificação de necessidades, comunicação, abordagem da pessoa e família e organização do cuidado; e conteúdos direcionados aos profissionais prescritores, com aprofundamento em aspectos relacionados ao manejo clínico e terapêutico, incluindo avaliação de sintomas e orientações relacionadas à prescrição no contexto da APS.

A elaboração do PTT foi fundamentada nos resultados obtidos na etapa diagnóstica da pesquisa, associada à revisão da literatura científica e às recomendações de instituições nacionais relacionadas aos cuidados paliativos, como a ANCP, o CFM e a SBMFC. Também foram consideradas as políticas públicas relacionadas à APS e às necessidades específicas do cenário assistencial do município de Juiz de Fora.

A cartilha foi estruturada em capítulos temáticos que contemplam conteúdos essenciais para a inserção dos CP na APS, incluindo conceitos e princípios dos CP, identificação de pacientes elegíveis, utilização de instrumentos de avaliação, abordagem centrada na pessoa, comunicação clínica, planejamento antecipado de cuidados, manejo de sintomas prevalentes, aspectos éticos e legais, cuidado domiciliar e organização da rede de atenção municipal.

Como estratégia complementar de educação e sensibilização dos profissionais, a cartilha foi disponibilizada juntamente com uma aula introdutória sobre CP, elaborada em formato audiovisual, e com questões reflexivas contendo casos clínicos, com o objetivo de estimular a associação entre o conteúdo teórico apresentado e situações vivenciadas no cotidiano da prática

profissional.

O desenvolvimento do produto contou com a participação dos atores do campo de prática, especialmente os médicos da ESF que contribuíram para a identificação das necessidades educacionais que direcionaram sua construção. Dessa forma, o PTT foi elaborado a partir de uma demanda concreta do serviço, buscando responder às dificuldades encontradas pelos profissionais no cuidado longitudinal de pessoas com doenças ameaçadoras da vida.

A escolha pelo formato digital e online foi uma decisão estratégica, considerando a necessidade de ampliar o acesso ao material e possibilitar sua atualização contínua. A disponibilização em ambiente virtual permite que novos conteúdos, sugestões dos profissionais e demandas identificadas no processo de utilização da cartilha possam ser incorporados futuramente, favorecendo a manutenção da aplicabilidade do produto frente às mudanças das necessidades assistenciais e educacionais do território.

O produto foi disponibilizado em formato digital, com possibilidade de acesso online e download, integrando as estratégias de EPS desenvolvidas no município. Atualmente, encontra-se finalizado, em sua versão 1.0, constituindo uma tecnologia educacional aplicável ao contexto da APS, com potencial para contribuir para a qualificação dos profissionais e para o fortalecimento da oferta de cuidados paliativos no âmbito da ESF.

ORGULHOSAMENTE APRESENTAMOS

CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUIZ DE FORA

*Cartilha online para educação permanente de médicos e
demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família*



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Juiz de Fora – Minas Gerais

2026 – Versão 1.0

Mestranda – Vitória Dias Campos

Orientadora – Andreia Miranda de Aparecida Ramos

2025

Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Av. Brasil, 2001 – Centro, Juiz de Fora – MG, 36060-010

<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/index.php>

PROFSAÚDE – Mestrado profissional em Saúde da Família

Prefeita da Cidade de Juiz de Fora

Maria Margarida Martins
Salomão

Secretário Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Jonathan Ferreira Tomaz

Coordenadora do Programa de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora

Dalilla Cintra Barbosa Fenton

Coordenação técnica

Andreia Miranda de Aparecida
Ramos

Elaboração

Vitória Dias Campos

Revisão Técnica

Vitória Dias Campos
Andreia Miranda de Aparecida
Ramos
Glenda de Almeida Aquino

Capa

Vitória Dias Campos

Projeto Gráfico e Diagramação

Vitória Dias Campos

SUMÁRIO

Capítulo I - Definição e História dos cuidados paliativos: breve resumo	1
Capítulo II - Ferramentas de identificação dos pacientes elegíveis à cuidados paliativos na APS	2
Capítulo III - Método Clínico Centrado na Pessoa: reconhecendo as prioridades	6
Capítulo IV - Cuidado à nível domiciliar	8
Capítulo V - Mecanismos de morte: direcionando os cuidados	10
Capítulo VI - Comunicação de notícias difíceis: como contornar os obstáculos	12
Capítulo VII - Testamento vital e Diretivas antecipadas de vontade	16
Capítulo VIII - Abordagem do luto	19
Capítulo IX - Legislação	22
Capítulo X - Controle dos principais sintomas em cuidados paliativos na APS	24
X. I. Dor	25
X. II. Náusea/vômito	29
X. III. Tosse	32
X. IV. Cuidados com úlceras de pressão	34
X. V. Dispneia	37
X. V. Anorexia	41
Capítulo XI - Medicamentos disponíveis no SUS e local de retirada	43
Capítulo XII - Receituários B1 e A1	45
Capítulo XIII - Fluxo da Rede de Atenção à Saúde para os cuidados paliativos em Juiz de Fora	47
Capítulo XIV - Contato para dúvidas	49
Referências	50

AGRADECIMENTO

Deixo aqui meu agradecimento aos meus colegas de mestrado, pela companhia nesta jornada.

CAPÍTULO I

Definição e história dos cuidados paliativos: um breve resumo

Cuidados paliativos (CP) não são somente para quem está morrendo e também não é sinônimo de “não tem mais o que fazer”.

São uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves ou ameaçadoras à vida até o seu último dia. Seu foco está no alívio do sofrimento, seja ele físico, emocional, social ou espiritual, promovendo conforto e dignidade. Os CP não buscam acelerar ou adiar a morte, mas sim oferecer suporte para lidar com os desafios associados especialmente a doenças incuráveis ou crônicas desde o momento do diagnóstico.

Este tipo de abordagem surgiu a partir de um movimento organizado no século XX e tem como protagonista a Dame Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e médica britânica, considerada a fundadora do movimento moderno dos CP, motivada pelo envolvimento profundo com pacientes em fase de fim de vida e pela falta de atenção ao sofrimento deles.

Saunders, enquanto pesquisadora, também introduziu o conceito de "dor total", reconhecendo que o sofrimento de um paciente vai além do físico e inclui aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além de ter sido responsável pela fundação do primeiro *hospice* (centro especializado em CP).



Cicely Saunders

“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida” – Cicely Saunders

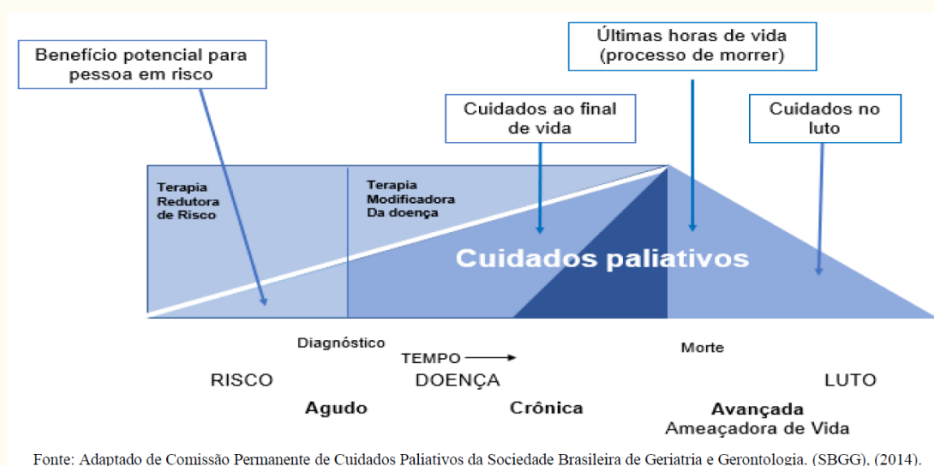
CAPÍTULO II

Ferramentas de identificação dos pacientes elegíveis à cuidados paliativos na APS

Cerca de 40 milhões de pessoas por ano precisam de CP e a Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada o melhor cenário para este tipo de abordagem pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mas afinal, onde estão essas pessoas?

Primeiramente, o que NÃO são CP: abandono, distanásia, eutanásia e limitação de suporte. Então as frases similares a “é só esperar morrer”, “é só dar conforto” e “não tem mais o que fazer”, além de antiéticas podem ser consideradas criminosas (Constituição Federal 1988, art. 1º, III; Resolução CFM nº 2.217/2018).

CP é a assistência para pessoas com doenças ameaçadoras a continuidade da vida, buscando qualidade de vida para elas, sua família e cuidadores. Deve se dar início no diagnóstico da doença grave e incurável, com menor nível de suporte e junto com terapia curativa, com tendência a aumentar a necessidade com a evolução da enfermidade e proximidade do fim da vida, além do luto.



CAPÍTULO II

E para a identificação da pessoa elegível a algum nível de suporte de CP algumas ferramentas podem e devem ser utilizadas. Portanto, quando houver:

Casos de doenças graves e incuráveis, ameaçadoras à continuidade da vida, considere a aplicação do(a):

SPICT-BR

O SPICT™ (*Supportive & Palliative Care Indicators Tool*) é uma ferramenta clínica de triagem utilizada para identificar precocemente adultos e idosos com saúde em declínio devido a doenças graves que podem se beneficiar de CP e do planejamento antecipado do cuidado, visando a melhor qualidade de vida possível.

Se o paciente tiver ao menos 1 critério da seção 1 + 1 critério da seção 2, este é candidato para avaliação mais aprofundada de CP.

[Link para o SPICIT-BR](#)



PERGUNTA SURPRESA

É uma ferramenta simples, rápida e altamente sensível, especialmente considerando a experiência do profissional. É uma pergunta reflexiva em que se a resposta for positiva, o prognóstico é mais favorável e se negativa, deve ser interpretada como um alerta para potencial de suporte de CP.

“Eu me surpreenderia se esse paciente morresse em um ano ou nesta internação?”

CAPÍTULO II

ESCALAS DE FUNCIONALIDADE

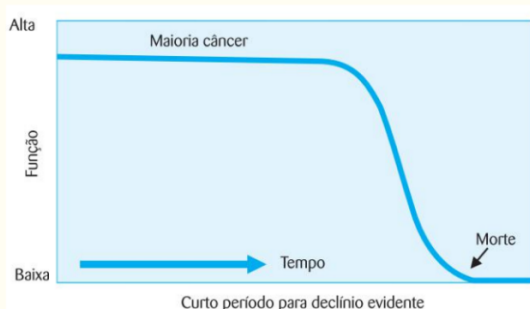
São bastante utilizadas especialmente em pacientes com doenças crônicas, progressivas ou em fase avançada. Elas ajudam a avaliar o nível de dependência e progressão do declínio funcional, que quando declina de forma contínua e irreversível pode indicar o direcionamento para a fase final da vida.

[Link para as escalas de funcionalidade](#)



HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Na avaliação do paciente o próprio diagnóstico já pode prever algumas informações sobre as evoluções das doenças e essa trajetória pode se dividir em 3 categorias de progressão: oncológica, crônica e neurodegenerativa/fragilidade. A identificação do momento em que o paciente se encontra nesta linha do tempo ajuda no entendimento do nível de suporte dos cuidados paliativos.

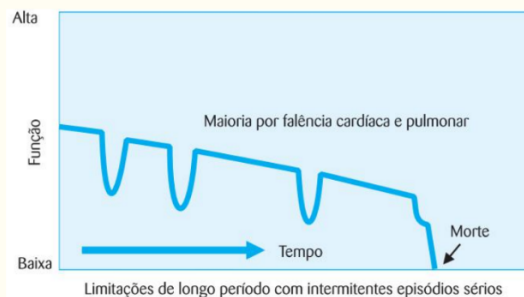


Fonte: Santos, 2023

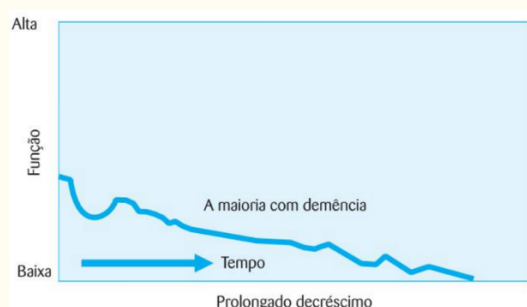
Na doença oncológica, por exemplo, inicialmente costuma ser instituído um tratamento predominantemente curativo que traz estabilidade por um certo tempo até a progressão definitiva com perda importante de funcionalidade.

Já na doença crônica, especialmente as renais, cardiopulmonares e hepáticas (como doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva

CAPÍTULO II



crônica, insuficiência cardíaca e cirrose), a perda de funcionalidade se declina de forma progressiva a partir de momentos de instabilidade (como internações e eventos agudos).



Enquanto nas doenças neurodegenerativas/fragilidade (como demências, Parkinson, sequelas de acidentes vasculares encefálicos) a evolução é lenta e progressiva até a morte.

Fonte: Santos, 2023

AUMENTO DE COMPLEXIDADE E BOUNCE-BACK

O aumento de complexidade dos cuidados, controle de sintomas e exames laboratoriais pode sugerir uma progressão da doença e proximidade do fim da vida.

É comum, inclusive, este paciente ter histórico de múltiplas idas ao pronto atendimento pelo mesmo motivo (dor, sintomas respiratórios e outros de difícil controle).

"As pessoas morrem como viveram. Se nunca viveram com sentido, dificilmente terão a chance de viver a morte com sentido" – Arantes, ACQ

CAPÍTULO III

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP): reconhecendo as prioridades

Tradicionalmente, a prática médica se desenvolveu com grande competência no campo biológico. No entanto, esse olhar técnico muitas vezes deixa em segundo plano outro aspecto essencial: a vida da pessoa que adoece. É comum que se conheça em detalhes o funcionamento de um órgão comprometido, mas se ignore os sentimentos, medos, projetos e valores que envolvem aquele paciente. A doença sempre atinge alguém com história, personalidade, família e vínculos sociais, e por isso precisa ser entendida dentro dessa singularidade.

Nos CP, essa perspectiva ganha ainda mais relevância. Nessa etapa, os objetivos terapêuticos podem se tornar incertos, contraditórios ou até conflituosos. Recaídas, dores persistentes, efeitos colaterais e dúvidas intensificam o sofrimento, e muitas vezes o tratamento da doença pode trazer mais prejuízos do que benefícios. Portanto, a autonomia da pessoa deve se tornar o centro das decisões, é ela a especialista nela mesma, e isso acaba exigindo que equipe, paciente e família tenham clareza sobre o curso da doença e sobre o que realmente é possível alcançar sem sacrificar qualidade de vida da pessoa a ser cuidada.

Além disso, é importante lembrar que a forma como cada pessoa percebe sua condição de saúde é única, variando conforme sua história e sua visão de mundo. Perguntas simples, como “o que te preocupa neste momento?” ou “do que você tem medo?”, podem abrir espaço para uma compreensão mais profunda do que significa estar doente para aquele indivíduo. Cada pessoa adoece e vive à sua maneira, e reconhecer isso é essencial para oferecer cuidado com sentido.

CAPÍTULO III

A enfermidade não limita apenas órgãos ou sistemas, mas repercute diretamente na capacidade de alguém realizar seus planos, sonhos e atividades que dão significado e propósito à vida. Por isso, o método clínico centrado na pessoa propõe que o ponto de partida do cuidado seja a própria experiência do paciente.

Um recurso útil é o modelo **SIFE**, que ajuda a explorar **Sentimentos** relacionados à doença (como medos e ansiedades), **Ideias** sobre o que está acontecendo, **Funcionamento** no cotidiano e **Expectativas** em relação ao tratamento e à equipe de saúde.

Cuidar, nesse sentido, significa enxergar a pessoa para além do diagnóstico: compreender como ela conduz sua vida, quais são suas prioridades e qual é a sua narrativa. Quando a equipe parte apenas de seus próprios referenciais (de filosofia de vida, percepção de qualidade de vida, fé e valores pessoais), corre o risco de oferecer cuidados que não dialogam com os valores do paciente.

O método clínico centrado na pessoa reforça que o protagonista do processo é o paciente — e não o profissional — e que o cuidado ganha potência quando é construído em conjunto, respeitando desejos, limites e escolhas de quem está vivendo a experiência da doença.

Nos CP isso se torna ainda mais evidente, especialmente quando partimos do nosso referencial profissional de que o objetivo deveria ser a cura, enquanto, muitas vezes, será mais adequado pensar: “como eu posso ajudar essa pessoa a viver bem do jeito dela até o seu último dia?” ou “como eu posso fazer com que essa pessoa viva e morra com dignidade?”

“Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas” – Veríssimo, LF

CAPÍTULO IV

Cuidado à nível domiciliar

O cuidado em nível domiciliar representa uma possibilidade de grande impacto na trajetória de vida do paciente e de sua família, especialmente quando se leva em conta os valores da pessoa a ser cuidada, o planejamento da fase final da vida e a forma como os familiares irão lidar com o processo de luto. Nesse contexto, as palavras do profissional de saúde ganham um peso enorme. Promessas como “tudo vai ficar bem” devem ser evitadas, pois ninguém pode garantir esse desfecho. Mais adequado é oferecer presença e acolhimento, dizendo, por exemplo: “imagino que você está passando por um momento difícil e estou aqui para te atender sempre que quiser conversar e compartilhar”.

A atuação da equipe em domicílio deve ter como foco tratar sintomas físicos, atender necessidades emocionais e sociais, garantir comunicação clara e constante, pactuar os cuidados de forma compartilhada e significativa, além de dar espaço para que paciente e familiares expressem sentimentos e preocupações. É também responsabilidade da equipe assegurar a continuidade da assistência, respeitar a autonomia e os valores individuais.

Diversos fatores influenciam a decisão e a viabilidade do cuidado domiciliar no fim da vida. Entre os pacientes que podem ser elegíveis para este tipo de acompanhamento, destacam-se aqueles com doenças crônicas que dificultam a locomoção; pessoas com doenças agudas, mas clinicamente estáveis, que necessitam concluir tratamento (como antibioticoterapia ou controle de anticoagulação); indivíduos que necessitam de reabilitação após eventos como acidente vascular encefálico, traumas ou perda funcional pós-internação; além, é claro, de pacientes em cuidados paliativos.

CAPÍTULO IV

O atendimento realizado em casa mantém os mesmos pilares de qualquer consulta clínica — anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, prognóstico e plano terapêutico — mas inclui algumas especificidades. Entre elas estão a avaliação e manejo de lesões por pressão, a orientação à distância diante de intercorrências, a constatação de óbito no domicílio, as reuniões familiares, a organização de questões práticas (como documentação), além de visitas em momentos-chave: a visita pré-óbito, que prepara a família para a proximidade do fim da vida, e a visita pós-óbito, voltada ao apoio nos primeiros dias ou semanas após a perda.

Também fazem parte do cuidado domiciliar procedimentos técnicos (como manejo de ostomias, sondagens e acessos), bem como a capacitação dos cuidadores para tarefas do dia a dia: higienização, troca de bolsas coletoras e curativos, banho no leito, administração de medicamentos e reconhecimento de sinais de alerta. Essa preparação contribui para reduzir inseguranças e promove maior autonomia e segurança no cuidado prestado pela família.

Assim, o cuidado domiciliar não se limita a transpor o atendimento do hospital para a casa. Ele envolve um olhar integral, que valoriza o contexto de vida, acolhe o sofrimento e busca manter a dignidade da pessoa até o fim, sem perder de vista o apoio aos familiares que também atravessam esse processo.

Escala para classificação de risco e vulnerabilidade de pacientes domiciliados



Minhas habilidades estão a favor de quem?

CAPÍTULO V

Mecanismos de morte: direcionando os cuidados

Assim como o médico do trabalho tenta prever a forma de adoecimento e de possível morte dos trabalhadores em seu local de trabalho, o médico paliativista tenta prever o mecanismo de morte dos pacientes com doenças graves e incuráveis para entender qual o melhor direcionamento dos cuidados e o que faz sentido tratar ou não.

É relativamente comum o estigma de que se a pessoa está em CP, obrigatoriamente ela não tem indicação de antibioticoterapia, hemotransfusão, quimioterapia, cirurgia e outros tratamentos considerados curativos, mas essa obrigatoriedade não é real.

Entendemos no Capítulo 2 que os CP se iniciam no diagnóstico da doença grave e incurável, juntamente com o tratamento curativo, com tendência de iniciar com pouco nível de suporte e aumentar ao longo da progressão da doença e da terminalidade da vida.

Portanto, o que de fato determina a aplicação de qualquer tipo de tratamento é o quanto de benefício este terá na qualidade de vida da pessoa – e não somente na doença. Além disso, para pessoas próximas do fim da vida, deve-se pensar no impacto que isso terá no direcionamento do mecanismo de morte. Vejamos os exemplos:

Antônio, 67 anos, tem câncer de cabeça e pescoço com invasão de carótida e compressão de traqueia. A equipe multiprofissional imagina que os principais mecanismos de morte serão choque hemorrágico ou insuficiência respiratória. Qual o mecanismo de morte que trará menos sofrimento para este caso?

- Entenda que o tratamento de uma coisa, pode direcionar o caminho para outro sentido, então, se eu tratar a causa considerada com menos sofrimento, estarei aumentando a chance de morrer com mais sofrimento?
- É possível que este paciente tenha uma anemia importante. Com a anemia estando assintomática, considerar um tratamento para esta anemia vai mudar o prognóstico?
- Como posso auxiliar nesta fase final de vida, pensando na VIDA desta pessoa?

CAPÍTULO V

Neide, 80 anos, tem doença de Alzheimer há 5 anos, atualmente em fase avançada da doença (FAST 7d), é cuidada pelo filho e esposo e faz uso de fraldas geriátricas. Apresenta sintomas sugestivos de infecção de urina há 1 semana (febre, disúria, polaciúria, alteração de odor da urina). Foi coletada urocultura, com identificação de bactéria gram negativa sensível apenas a medicações endovenosas. Esta infecção deve ser tratada? Em qual ambiente deve ser feito o tratamento? Você internaria essa paciente caso evoluísse para sepse?

- Antes de pensar no tratamento, pense no benefício que essa paciente poderia ter. Com a antibioticoterapia ela teria controle de sintomas, com melhora da qualidade de vida, mas este controle também poderia ser alcançado com uso de medicações sintomáticas (antitérmicos, analgésicos simples, etc).
- A qual(is) risco(s) essa paciente poderia estar sendo exposta caso fosse internada para este tratamento? A internação melhoraria ou pioraria a qualidade de vida dela? Qual a chance dela receber alta, em boas condições, após esta possível internação?
- É possível fazer este tratamento a nível domiciliar com algum suporte da rede, como o programa Melhora em Casa?
- Por fim, quais são os principais mecanismos de morte para a comorbidade e contexto da paciente? Caso a sepse seja tratada com antibioticoterapia, eu estaria melhorando a vida dela ou seria distanásia? Caso a sepse seja tratada com antibioticoterapia, eu estaria aumentando a chance dela morrer de outra causa possivelmente mais sofrida?

Existe uma linha muito tênue entre cuidados paliativos (ortotanásia) e distanásia e o que diferencia uma abordagem da outra é: eu estou prolongando a vida boa ou o sofrimento do meu paciente? Com este manejo que estou propondo, estou melhorando a vida dele ou só tratando a doença?

Lembre-se de que é mais fácil “tratar um exame” do que uma pessoa, por isso a individualização de cada caso é importante. Para uma pessoa X pode ser que faça sentido uma vida com hemodiálise e internações, mas pode ser que para pessoa Y, viver dessa forma seja sinônimo de sofrimento. Por isso é importante saber o que prescrever, quando prescrever, qual o benefício real para o caso e para a melhora da vida e também quando desprescrever. Se não há benefício real para viver bem agora, qual o sentido de medicalizar?

A vida boa é necessariamente a vida que dura mais tempo?

CAPÍTULO VI

Comunicação de notícias difíceis: como contornar os obstáculos

No processo de morte e no diagnóstico de alguma doença grave ou incurável, ameaçadora à continuidade da vida, a necessidade de conversas difíceis se tornam realidade e muitas vezes desafiadoras. Tal desafio, somado aos estigmas em relação a morte, costumam gerar ansiedade e receio em muitos profissionais de saúde, além de distanciar o verdadeiro objetivo dos cuidados paliativos: viver bem até o último dia de vida, da melhor forma possível.

Para tanto, o treinamento de algumas habilidades podem ser utilizadas por todas as categorias profissionais, especialmente aquele com maior vínculo com o paciente e família.

SPIKES

O protocolo SPIKES divide a comunicação de más notícias em 6 etapas (uma para cada letra da sigla), no entanto, esse tipo de conversa pode muitas vezes se desenrolar de forma imprevisível e fora deste “roteiro”. Dessa forma, como sugestão, entenda as etapas do SPIKES como elementos que seriam desejáveis em uma conversa difícil, que não necessariamente precisam ocorrer nesta ordem, mas que servem como um direcionamento.

S <i>(set up)</i>	Preparar o cenário: Perguntar se deseja acompanhante, informar a importância da conversa, que será uma conversa difícil
P <i>(perception)</i>	Avaliar o entendimento sobre o assunto: “Sinto muito encontrá-los pela primeira vez em uma situação tão difícil. Quanto foi dito a você sobre o que ocorreu hoje com a ...?” “Eu imagino que seja uma situação delicada para você, mas poderia me contar o que você entende que tem acontecido com seu ...?”

CAPÍTULO VI

I <i>(invitation)</i>	Convite para a conversa: "Infelizmente trago más notícias. Poderíamos falar sobre isso agora? Estou muito preocupado com gravidade da sua mãe, temo que ela possa ficar muito mal ou até mesmo morrer nessa internação" "Precisamos trabalhar juntos e rapidamente para tomar as melhores decisões para o cuidado dela"
K <i>(knowledge)</i>	Conhecer o paciente para definição do tratamento: "Para decidir que tratamentos podem trazer maior benefício para sua mãe, preciso saber mais sobre ela. Que tipo de atividades ela fazia no dia a dia antes de ficar doente?" "Se ela tiver pouco tempo, o que seria mais importante pra ela?"
E <i>(emotions)</i>	Acolher as emoções verbais e não verbais – momento do toque, do silêncio. "Estou sentindo o senhor incomodado, gostaria de falar sobre isso?" "Sinto muito, eu gostaria que fosse diferente"
S <i>(sumarize)</i>	Revisar o entendimento da conversa: "O que eu compreendi da conversa foi.... é isso mesmo?"

Fonte: do autor

MELHOR X PIOR CENÁRIO

Ainda, uma estratégia que pode ser utilizada como um recurso para direcionamento da conversa seria a descrição do melhor e pior cenário, de forma que a pessoa a receber a notícia entenda a gravidade da situação e também como pode se desenrolar o desfecho, para que sejam elaborados planos terapêuticos e também preparo psicológico para a equipe, paciente e família lidarem com a situação juntos. Veja o exemplo:

"Infelizmente a situação do seu familiar é grave. Então nesse momento importante da vida dele eu gostaria de entender alguns pontos que serão fundamentais para seguirmos com os cuidados, porque eu torço para que aconteça o melhor, mas caso o pior venha a acontecer eu gostaria que estivéssemos preparados para lidar com a situação da melhor forma para ele. Imagine que o melhor cenário seria X e o pior seria Y..."

CAPÍTULO VI

“LIGAR OS PONTOS”

Delinear uma linha de raciocínio, especialmente considerando a história natural da doença com declínio funcional, pode facilitar o entendimento do paciente e família sobre a progressão do quadro de saúde e a terminalidade da vida. Segue o exemplo:

“Você poderia me dizer como o Sr. era antes da doença?”

“E como você estava com a sua saúde no momento do diagnóstico?”

“No último ano, o que você percebeu que mudou?”

“O que você entende da situação atual?”

“O que você acredita que pode vir a acontecer nos próximos dias/meses?”

MUDANÇA DE ABORDAGEM DOS CUIDADOS

A mudança de abordagem de cuidados para os cuidados paliativos exclusivos, sem medidas curativas associadas, pode trazer a ideia de abandono para alguns. Para contrapor essa ideia errônea, deve-se sempre deixar claro que a pessoa está sendo cuidada, mas de uma forma diferente da anterior. Veja o exemplo:

“Maria, eu gostaria que a notícia de hoje fosse diferente, mas infelizmente esgotamos todas as possibilidades de tratamento que poderiam trazer a cura da doença da sua mãe ou retardar a evolução dela. Dessa forma, o que eu tenho para propor hoje é uma mudança nos cuidados, que agora vão ser diretamente relacionados com o fato de ela estar vivendo bem, com os sintomas controlados o máximo possível, até o último dia de vida dela. Então a partir de agora, a forma que ela vai estar vivendo vai ser a nossa maior prioridade”

ANTES X DEPOIS

Assim como nas estratégias anteriores, aqui o objetivo é tornar a realidade palpável e alinhar com as possíveis expectativas dos envolvidos, fazendo uma comparação de como a pessoa era antes da doença e como ela se encontra hoje. Segue o exemplo:

CAPÍTULO VI

“Eu posso imaginar o quanto está sendo difícil para você lidar com toda essa situação, com uma pessoa que você tanto ama. Gostaria, inclusive, que você pensasse nessa pessoa antes do adoecimento e no que ela entende como prioridade para viver bem, porque infelizmente, pelo que já foi sinalizado em outras conversas, essa pessoa que gostava de X e fazia Y, muito provavelmente não vai voltar para nós como ela era. A situação dela hoje é W e, entendendo as particularidades, características dela e forma de viver, eu gostaria de pensar juntos o que poderíamos fazer por ela agora.”

Como facilitar a abordagem:

- 1- Saiba ouvir. É a partir do que você ouve que a conversa é direcionada;
- 2- Tenha compaixão. Assuma o papel de parceria nesta finita jornada, sinalize que você vai sempre estar presente. Falar é negociável, mas ESTAR é inegociável;
- 3- Reconheça até que ponto a pessoa deseja ouvir. Leia a linguagem não-verbal ou pergunte “você quer saber o que está acontecendo?”;
- 4- Conheça o paciente, sua história, seus valores, seus desejos, sua rede, espiritualidade e vínculo;
- 5- NÃO transfira responsabilidade técnica (exemplo: não pergunte “você quer que faça reanimação?”);
- 6- Faça conferências familiares, incentive as Diretivas Antecipadas de Vontade (capítulo adiante) e investigue se já houve conversas de fim de vida. Dê a oportunidade do seu paciente se programar, resolver pendências, planejar seus momentos finais, tentar aproximar seus últimos momentos do que é desejado;
- 7- Diga sempre o que VAI fazer (e não só o que não vai fazer - exemplo: “não vou intubar, não vou reanimar, não vou levar para a internação”);
- 8- Seja claro e objetivo. NÃO utilize termos técnicos e amortizadores (exemplo: ao invés de dizer “sua mãe partiu” diga “sinto muito, a sua mãe morreu”).

CAPÍTULO VII

Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade

Sabemos que a finitude da vida é algo natural e inevitável para todos, no entanto, o estigma muitas vezes criado sobre a morte acaba sendo fator impeditivo para conversas importantes, como os desejos de fim de vida do paciente e da família, a definição de um representante caso o paciente não possa responder por si e a elaboração de um inventário.

A falta dessa conversa ou até mesmo o adiamento da mesma, podem tornar o processo de cuidado ainda mais difícil, pela falta de informações que são relevantes para este momento da vida.

Devem ser destacadas ainda, a importância das ferramentas prognósticas e o conhecimento da história natural da doença que permitem o planejamento desses possíveis desejos, de forma compartilhada com a pessoa central do cuidado, enquanto ainda pode responder por si.

Nesse cenário, assim como existe o “plano de parto” para a gestante, existem o Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como planejamento para o fim da vida e são consideradas como direito do paciente com respaldo legal (Resolução nº 1.995 do CFM de 2012).

Para muitos, as DAV e Testamento Vital podem ser considerados sinônimos. As poucas diferenças que podem ser encontradas é que as DAV costumam ser descrições escritas mais abrangentes dos cuidados em saúde futuros (que incluem também aqueles do Testamento), enquanto o Testamento Vital é mais específico para os cuidados de fim de vida que o paciente deseja ou não, muitas vezes lavrado em cartório de Notas.

CAPÍTULO VII

Cuidado: os desejos do paciente e da família devem sempre ser levados em conta na tomada de decisão, de forma compartilhada. Porém, a decisão técnica sobre as condutas é do profissional de saúde.

Sobre as DAV:

Resolução no 1.995 do CFM, de 2012, estabelece:

Art. 1º - Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º - Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º - Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º - O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º - As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º - O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram diretamente comunicadas pelo paciente.

CAPÍTULO VII

§ 5o – Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Dessa forma, as DAV são um instrumento ético-jurídico de prerrogativa apenas do paciente e não da família, com exceção dos casos em que o paciente tenha nomeado um representante previamente. Todas essas informações devem constar no prontuário do paciente.

[Link com exemplo](#)



Decisões tomadas com a família podem ser caracterizadas apenas como planejamento terapêutico, não diretivas de vontade.

Reflexão: o último dia da vida de uma pessoa é a última memória e experiência que ela vai ter, além do impacto que costuma ter no processo de luto dos familiares. Por que não costumamos levar a importância deste último momento nos nossos cuidados de assistência?

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte” – Cicely Saunders

CAPÍTULO VIII

Abordagem do luto

O enfrentamento do luto pode começar antes mesmo da morte, já no momento em que uma pessoa recebe o diagnóstico de uma enfermidade que ameaça a continuidade da vida. A perda da saúde inaugura mudanças profundas tanto para o doente quanto para sua família, provocando rupturas em papéis, expectativas e projetos. Por isso, em Cuidados Paliativos, o cuidado não se limita ao paciente em vida: ele se estende também àqueles que ficam, apoiando-os na adaptação à ausência.

E esse luto pode se manifestar de formas variadas — no modo de pensar, sentir e nas atitudes. Além da dor dos familiares, também o próprio paciente experimenta um processo de despedida, chamado de luto antecipatório. Muitas vezes esse movimento de recolhimento e reflexão é confundido com depressão, mas na verdade faz parte da preparação para a finitude.

Para isso, a equipe multiprofissional acompanha tanto o paciente quanto a família e nesse contexto, a comunicação clara e acolhedora ajuda a compreender a dinâmica familiar, facilita a divisão de responsabilidades no cuidado e favorece decisões compartilhadas.

É importante que os profissionais estejam atentos a fatores que influenciam como cada pessoa elabora e vivencia a perda, que podem ser facilitadores ou dificultadores do processo, como: o sentido atribuído à morte, a qualidade do vínculo com quem parte, a posição social e familiar do falecido, os recursos internos e externos de enfrentamento, experiências prévias de perda, aspectos culturais e religiosos, idade do enlutado e da pessoa falecida, conflitos não resolvidos, a percepção do que foi ou não vivido, perdas secundárias decorrentes da morte.

CAPÍTULO VIII

O luto é um processo de reorganização: a família passa a reconstruir seu cotidiano, redefinindo funções e buscando novo equilíbrio emocional. Para além disso, também pode ser compreendido como um rito de transição, em que a ausência é simbolicamente reconhecida. Embora inevitável, a morte ainda é vista por muitos como um fracasso da medicina, algo a ser combatido a qualquer custo. Quando profissionais auxiliam paciente e familiares a se prepararem para esse momento, questões práticas — como desejos de despedida, organização de bens e rituais de sepultamento ou cremação — tendem a ser resolvidas com mais serenidade.

Na trajetória da terminalidade, podem surgir sentimentos descritos em estágios, como negação, raiva, barganha, tristeza e aceitação. Esses momentos não seguem ordem fixa e nem necessariamente precisam passar por todas as fases. Ademais, também deve ser pontuado que este processo pode ser vivido de forma pendular, ora direcionado para o sentimento de dor emocional e ora para a saudade e entendimento da naturalidade do fim da vida.

Um cuidado necessário é evitar o **“cerco do silêncio”**: ocultar informações sobre a proximidade da morte, embora pareça proteger, pode causar sensação de abandono e desconfiança, uma vez que a pessoa no fim da vida irá reconhecer esse momento mais cedo ou mais tarde. A comunicação honesta e sensível, ao contrário, favorece que o paciente viva esse tempo de forma mais plena e prepara a família para o luto.

APOIO APÓS A MORTE

A experiência do luto não deve ser vista como doença. Não existe “cura”, mas há possibilidade de ressignificação da perda, de aprender a conviver com a ausência. A equipe pode demonstrar cuidado com

CAPÍTULO VIII

gestos simples, como:

- Telefonar para a família alguns dias após a morte;
- Enviar uma mensagem ou carta de condolências na primeira ou segunda semana;
- Marcar uma visita domiciliar no mês seguinte.
- Ajudar a família a validar o legado de vida do ente falecido (como construir um “altar” em casa, incentivar a manter hábitos que eram da pessoa falecida, entre outros)

Essas atitudes transmitem acolhimento e ajudam a validar a dor da família.

COMO FALAR SOBRE A PERDA

Palavras têm grande impacto no acolhimento. Comentários como “não chore”, “foi melhor assim” ou “seja forte” podem minimizar a dor e não ajudam no processo de elaboração.

Mais adequado é permitir a expressão do sofrimento, como:

- “É compreensível se sentir assim.”
- “Se quiser chorar, está tudo bem.”
- “Imagino como pode estar sendo difícil.”
- “Também gostaria que tivesse sido diferente.”
- “Respeito a forma como você está vivendo esse momento.”

Perguntas abertas também favorecem o diálogo: “Como vocês estão lidando?”, “Há algo que posso fazer por vocês?”

CAPÍTULO IX

Legislação

Muitas pessoas acreditam que a prática de CP pode gerar problemas judiciais, mas a legislação e os códigos de ética das profissões da saúde deixam claro que oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente em fase final de vida é um direito e um dever dos profissionais.

O que a lei diz sobre cuidados paliativos?

Os CP reconhecem que a morte é um processo natural quando não há mais possibilidade de cura. Assim, tentar impedir esse processo com tratamentos desnecessários pode ser considerado um erro ético e até um crime. O CFM, por meio da Resolução nº 1.805, permite que médicos suspendam tratamentos que apenas prolongam o sofrimento de pacientes em fase terminal, desde que respeitem a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Código de Ética Médica também reforça que:

- *Em situações irreversíveis, médicos devem evitar exames e tratamentos desnecessários e priorizar os CP.*
- *É proibido exagerar na gravidade do diagnóstico ou indicar tratamentos sem necessidade.*
- *Nenhum paciente deve ser abandonado, mesmo que tenha uma doença incurável.*

Além da medicina, outras áreas da saúde, como enfermagem, nutrição, psicologia e assistência social, também possuem normas que garantem apoio integral ao paciente e sua família.

CAPÍTULO IX

Distanásia x Ortotanásia: O que pode e o que não pode?

Distanásia: É o uso excessivo de tratamentos para prolongar a vida sem qualidade, podendo causar sofrimento desnecessário. Pode ser considerado crime.

Ortotanásia: É a aceitação do processo natural da morte, evitando medidas invasivas e focando no conforto do paciente. Isso é legal e faz parte da boa prática em saúde.

Por causa da comum confusão entre estas práticas, deve-se fazer um bom registro em prontuário sobre cada caso.

A importância da abordagem correta

Dizer que "não há mais nada a fazer" pode ser interpretado como abandono do paciente. O correto é garantir que ele receba todo o suporte para aliviar sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Os CP não aceleram nem retardam a morte e é importante deixar isso claro para o paciente e família. Seu objetivo é garantir dignidade e bem-estar, respeitando a autonomia e os desejos daqueles a serem cuidados. Portanto, não se deve realizar medidas fúteis para impedir a morte irreversível em curso.

CAPÍTULO X

Controle de sintomas na APS

Neste capítulo serão abordados os sintomas mais prevalentes em pacientes com algum nível de suporte em cuidados paliativos especialmente direcionado para profissionais prescritores médicos. Para mais informações de tratamento sobre os demais sintomas, ou abordagem específica de demais categorias profissionais, acesse os links:

[Livro Manual de Residência de Cuidados Paliativos](#)



[Livro Tratado de Atenção Domiciliar](#)



CAPÍTULO X

Controle de sintomas na APS

DOR

A dor é um dos sintomas mais comuns no cenário dos CP e, embora comum, existem muitas particularidades a seu respeito como a origem da mesma e o sofrimento individualizado causado. Pode ser orgânica (dor nociceptiva somática ou visceral, neuropática, miofascial e mista) e também com outros componentes relacionados, como é o caso da dor total definida por Cicely Saunders (dor de causa física, psíquica, social e espiritual).

Além disso, na avaliação da dor é importante caracterizá-la quanto ao tempo (aguda, subaguda ou crônica), localização, instalação, tipo, sintomas associados, temporalidade, fatores de melhora ou piora e intensidade.

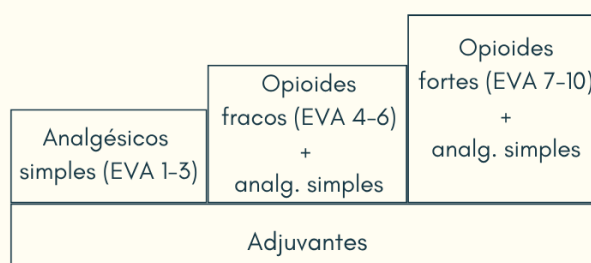
Dessa forma, algumas ferramentas de avaliação são bem-vindas como a Escala Visual Analógica (EVA) e a escada de dor da Organização Mundial de Saúde (OMS), esta última inicialmente utilizada para dor oncológica mas hoje com uso ampliado.

Escala Visual Analógica (EVA)



EVA 1-3 - dor leve
EVA 4-6 - dor moderada
EVA 7-10 - dor intensa

Escada da Dor - OMS



Fonte: do autor

CAPÍTULO X

DOR

No primeiro degrau da escada, pacientes com dor leve (EVA 1-3) devem ser tratados com analgésicos não opioides (analgésicos simples, anti-inflamatórios não-esteroidais), que também deverão ser utilizados de forma associada aos demais degraus nas dores mais intensas.

No segundo, associado à dor moderada (EVA 4-6), deve-se iniciar os opioides fracos (codeína, tramadol). No terceiro (EVA 7-10), são utilizados os opioides fortes (morfina, metadona, oxicodona e fentanil).

Ademais, de acordo com o perfil da dor devem ser utilizados medicamentos adjuvantes de forma direcionada, especialmente considerando a dor neuropática – que habitualmente tem resposta baixa à opioides. São eles:

Corticosteróides	para dores por metástases ósseas e outras síndromes compressivas (compressão de estruturas nervosas, cefaleia por hipertensão intracraniana, obstrução de víscera oca, distensão de cápsula ou linfedema) e artralgia por meio das infiltrações articulares. Representados pela dexametasona (droga de escolha) e prednisona.
Antidepressivos	para dores neuropáticas e crônicas, com destaque para os tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina) e ISRN (duloxetina e venlafaxina).
Anticonvulsivantes	para dores neuropáticas e crônicas, representados pela gabapentina e pregabalina
Relaxantes musculares	utilizados na dor miofascial, representados pela ciclobenzaprina, carisoprodo e baclofeno
Antiespasmódicos	para dores em cólica, representado pela escopolamina
Bifosfonatos	para dores articulares e ósseas (inclusive metástases), como o alendronato e ácido zoledrônico

Fonte: do autor

CAPÍTULO X

DOR

Anestésicos	para dores mais abrangentes e tem como representante importante a lidocaína (gel, adesivo, infiltração e agulhamento úmido)
Radioterapias	para dores oncológicas

Fonte: do autor

Posologia dos analgésicos simples e adjuvantes

Somado à estes, outras terapias comportamentais não medicamentosas devem ser consideradas, como: fisioterapia, terapias manuais, agulhamento seco, controle do ambiente ou conforto, redução da ansiedade, distração, jogo terapêutico, musicoterapia, grupo de autogerenciamento da dor, terapia com animais e as Práticas Integrativas Complementares (PICS), representadas pela fitoterapia, acupuntura, meditação, práticas corporais com massagens, ioga, entre outros.

Quanto aos opioides, existem 3 regras para a prescrição desta classe:

1º “A mão que prescreve opioides é a mão que prescreve laxante” – opioides tem como um dos principais efeitos adversos a constipação, portanto, é comum usuário dessa classe fazer fecalomas. Portanto, devem ser preferidos os laxantes irritativos (bisacodil, picossulfato de sódio e senna) que podem ser associados com as demais categorias (osmóticos – lactulose, polietilenoglicol, sais de magnésio; formadores de bolo fecal – psyllium;)

2º Dose resgate – além da dose regular de horário que deve ser prescrita do opioide, é recomendado prescrever a dose resgate que deve ser usada em caso de dores persistentes nesse intervalo de horas

CAPÍTULO X

DOR

entre a medicação regular, com posologia de 6-10% da dose diária total.

Por exemplo, imagine que a pessoa faça uso de morfina 10 mg 1 comprimido via oral de 4/4h de forma regular, totalizando portanto, dose diária de 60 mg de morfina. Assim, caso haja dor persistente, a pessoa pode fazer uso de 6 mg de morfina se necessário, além da dose de horário, considerando os 10% da dose total diária.

Para ajuste na prescrição, quanto maior a frequência de uso da dose resgate, maior a probabilidade de uma dor mal controlada. Neste caso, o total da dose resgate deve ser somada à dose regular e redistribuída ao longo do dia.

Exemplo: se essa mesma pessoa do exemplo anterior estiver precisando todos os dias fazer uso de 3 doses resgate (18 mg, no exemplo), esta dose deve ser adicionada à dose total diária (60 mg + 18 mg = 78 mg) e redistribuída na dose de horário ao longo do dia (13 mg de 6/6h).

Vale lembrar que a dose deve ser ajustada de acordo com a disponibilidade de apresentação do opioide em questão e que a morfina é a melhor alternativa para a dose resgate.

3º Bom senso! Para aqueles pacientes “virgens de opioides” sempre iniciar com a menor dose possível até a titulação da dose. Comece pelo opióide com manejo mais simples (opioides fracos e morfina).

Vale lembrar que em cuidados paliativos não existe “dose teto”, mas caso a dor seja de difícil manejo mesmo com doses altas considere reavaliar outros componentes relacionados ao sofrimento (como a dor total) e a rotação do opióide.

Posologia e consideração dos opióides



CAPÍTULO X

NÁUSEA/VÔMITO

O vômito é um sintoma frequente em pessoas em CP e pode trazer grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família. Mais do que um simples ato físico, ele interfere na alimentação, na hidratação, na qualidade do sono e na sensação de bem-estar, além de provocar sentimentos de angústia, fraqueza e perda da dignidade.

As causas do vômito são múltiplas e envolvem desde efeitos colaterais de medicamentos, alterações metabólicas, obstruções intestinais, infecções, distúrbios neurológicos e fatores emocionais, o que exige do profissional de saúde uma avaliação cuidadosa para identificar a causa e melhor escolha de tratamento.

Causas químicas (medicações ou metabólicas)	Avaliar nível sérico das drogas, fazer substituições. Haldol e antagonistas 5HT3 são a primeira escolha
Esvaziamento gástrico comprometido	Tratar causa de base. Prescrever prócinéticos.
Causas viscerais	Reduzir a secreção intestinal (corticoides, bloqueadores H2 ou inibidor de bomba de prótons), intervenção cirúrgica conforme o diagnóstico
Cortical/neurológica	Tratar causas reversíveis, corticoide e sedação se necessária
Vestibular	Suspender medicamentos, prescrever meclizina e anti-histamínicos. Terapia cognitivo comportamental.

Fonte: Manual de Residência de Cuidados Paliativos

CAPÍTULO X

NÁUSEA/VÔMITO

O impacto do vômito pode levar à desidratação, perda de peso, fraqueza e dificuldade na adesão ao tratamento.

O manejo deve começar pela escuta atenta do paciente: quando os episódios ocorrem, quais fatores parecem desencadeá-los e de que forma isso repercute no seu cotidiano. Além das medidas gerais — como oferecer pequenas quantidades de líquidos ao longo do dia, manter o ambiente arejado, evitar cheiros fortes e ajustar a alimentação —, muitas vezes é necessário recorrer ao tratamento farmacológico, individualizado de acordo com a provável causa.

Entre as classes de medicamentos utilizadas estão:

- Antagonistas dopaminérgicos (haloperidol, clorpromazina, prometazina, levomepromazina), indicados especialmente em casos associados à obstrução intestinal, pois não aumentam a motilidade gastrointestinal. Devem ser utilizados em doses baixas.
- Agentes procinéticos (metoclopramida, domperidona), com ação agonista 5-HT₄ e antidopaminérgica, úteis em náuseas e vômitos relacionados à gastroparesia, distúrbios metabólicos e hepáticos. Não utilizar em causas obstrutivas!

*Vale lembrar que a bromoprida é um representante anti dopaminérgico e procinético.

- Anti-histamínicos (dimenidrato e meclizina) e anticolinérgicos (escopolamina) eficazes em situações de obstrução intestinal, reduzindo o peristaltismo e as secreções exócrinas, além de contribuir para o alívio de cólicas.

CAPÍTULO X

NÁUSEA/VÔMITO

- Antagonistas 5HT₃ (ondansetrona, 4 a 8 mg a cada 8 horas), bastante eficazes em náuseas de origem medicamentosa, mas que não devem ser usados em associação ao tramadol. Outros fármacos com ação sobre esses receptores, como a mirtazapina (15 a 45 mg/dia) e a olanzapina (2,5 a 10 mg/dia), também podem ser indicados em situações específicas.
- Corticosteroides (como dexametasona, 4 a 8 mg/dia), que ajudam na redução de edemas associados a tumores e podem acelerar a resolução de obstruções intestinais, contribuindo assim para o controle do sintoma.

Além do controle farmacológico, é importante que familiares e cuidadores sejam orientados a reconhecer sinais de alerta, como vômitos persistentes, presença de sangue (orientar o teste da água oxigenada), dificuldade para ingerir líquidos ou sinais de desidratação. Nessas situações, a equipe deve ser acionada para reavaliar a conduta.

CAPÍTULO X

TOSSE

A tosse é, em sua essência, um mecanismo de defesa e apesar desse papel protetor, quando persistente se transforma em fonte de desconforto, prejudicando o sono, dificultando a alimentação, gerando fadiga, dor torácica e grande angústia tanto para o paciente quanto para a família.

No contexto dos CP, a tosse pode estar relacionada a múltiplos fatores e a identificação deles é que vai definir o tratamento mais adequado. Pode ocorrer pelo efeito obstrutivo da massa tumoral, pela presença de derrame pleural ou pericárdico, atelectasias, infecções, fístulas, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior ou mesmo como consequência de radioterapia e quimioterapia. E para além das causas oncológicas, considerar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, doenças intersticiais, sinusopatias e infecções respiratórias. Outro ponto de atenção é a tosse induzida por medicamentos, como: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), alguns agentes inalatórios (como ipratrópio, salbutamol, cromoglicato de sódio e corticosteroides), anti-inflamatórios não hormonais, benzodiazepínicos (como midazolam), agentes citotóxicos (bleomicina, metotrexato) e até meios de contraste.

O manejo terapêutico pode incluir medidas gerais, como manter o ambiente arejado, favorecer a hidratação, realizar nebulizações com solução salina e orientar mudanças de posição que facilitem a respiração. A fisioterapia respiratória também tem papel importante, principalmente quando há secreções abundantes.

No entanto, muitas vezes a tosse exige controle farmacológico, que deve ser direcionado para o tratamento do fator causador, quando possível, ou apenas como controle sintomático.

CAPÍTULO X

TOSSE

Os opioides são considerados as drogas com maior efeito antitussígeno no câncer. A codeína pode ser usada na dose de 10 a 20 mg a cada 4 a 6 horas. A morfina, além de seu papel no controle da dor e da dispneia, pode ser utilizada em doses baixas para controle da tosse, sendo a dose inicial de 5 mg a cada 4 horas por via oral. A metadona, em doses que variam de 2,5 a 10 mg/dia por via oral, também é uma alternativa em casos selecionados.

Também como alternativas de primeira linha em algumas situações, podem ser usados o dextrometorfano e a difenidramina, que apresentam ação antitussígena eficaz em determinados quadros.

O tratamento da tosse em CP deve sempre ser individualizado, buscando equilibrar benefício e risco, e levando em conta os valores, desejos e prioridades do paciente. Mais do que apenas suprimir o sintoma, trata-se de acolher o sofrimento que ele provoca, orientar a família e oferecer segurança diante daquilo que muitas vezes é interpretado como sinal de agravamento da doença.

CAPÍTULO X

ÚLCERAS DE PRESSÃO

Para que uma ferida evolua adequadamente, o principal tecido que buscamos é o tecido de granulação, caracterizado por aspecto esponjoso, róseo ou avermelhado e úmido. É importante orientar familiares e cuidadores de que, ao contrário do senso comum, feridas em bom processo de cicatrização não devem estar secas, especialmente no contexto das úlceras por pressão.

O cuidado inicia-se pela pele íntegra ao redor da ferida, que deve ser higienizada com água corrente e sabonete comum ou sabonete com clorexidina, evitando que essa solução entre em contato com o leito da ferida.

A ferida propriamente dita deve ser lavada com soro fisiológico 0,9% levemente aquecido, pois soluções frias podem causar vasoconstrição local e prejudicar a cicatrização. Alternativamente, pode-se utilizar irrigação exaustiva com solução contendo PHMB. A irrigação deve ser feita com pressão adequada, suficiente para remover detritos sem lesar o tecido viável. Na prática, isso pode ser obtido utilizando-se um frasco de soro fisiológico de 500 ml conectado a agulha ou cateter de calibre 18 ou 19G, que proporciona pressão segura e eficaz para limpeza da ferida.

Após a limpeza, avalia-se o tipo de tecido presente.

Na presença de tecido de granulação, o objetivo é manter o leito da ferida úmido, podendo ser utilizado óleo de girassol como cobertura primária.

Quando há fibrina (esfacelo) ou tecido desvitalizado, está indicada a debridamento, que pode ser mecânica ou química. A debridamento química pode ser feita com papaína gel, que pode ser manipulada em diferentes concentrações, de acordo com a quantidade de tecido desvitalizado:

- 2%: feridas limpas ou com mínima fibrina

CAPÍTULO X

ÚLCERAS DE PRESSÃO

- 4%: feridas com exsudato e fibrina leve
- 10%: feridas com fibrina moderada
- 20%: feridas com grande quantidade de fibrina ou tecido necrótico

A papaína deve ser aplicada exclusivamente sobre áreas com fibrina ou necrose, nunca sobre tecido de granulação, pois pode causar dor intensa e lesão do tecido viável. Por exigir maior frequência de trocas, o curativo com papaína geralmente deve ser renovado duas a três vezes ao dia.

Outras opções para debridação incluem hidrogel com alginato e hidrocoloide, que pode ser aplicado uma a duas vezes ao dia, e placas de cobertura, como:

- placas de hidrogel (auxiliam na debridação autolítica),
- placas com prata (indicadas quando há suspeita de infecção),
- placas com carvão ativado (úteis em feridas com odor intenso).

Essas placas podem ser recortadas conforme o tamanho da ferida e permanecem no local por três a cinco dias, reduzindo a necessidade de trocas frequentes.

Antes de definir a cobertura, é fundamental avaliar se a ferida apresenta sinais de infecção, como secreção purulenta, edema, rubor, calor local, dor intensa ou sintomas sistêmicos, como febre. Feridas que evoluíam bem e deixam de cicatrizar subitamente também devem levantar suspeita de infecção. Nesses casos, pode ser necessário associar tratamento antimicrobiano local ou sistêmico, conforme avaliação clínica.

Em feridas com odor fétido, o uso de metronidazol gel e de placas com carvão ativado costuma ser eficaz no controle do cheiro. Feridas necrosadas podem evoluir com miíase, sendo indicado irrigar o leito com solução contendo ivermectina diluída em soro fisiológico, seguida

CAPÍTULO X

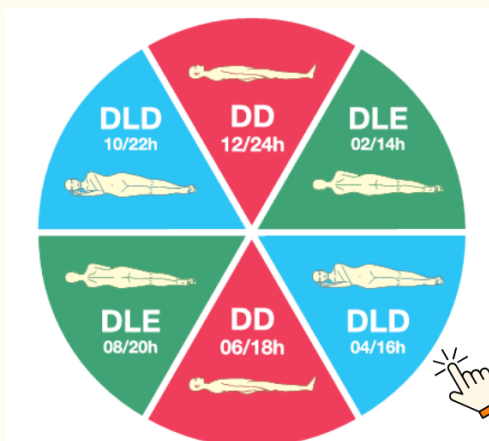
ÚLCERAS DE PRESSÃO

da retirada manual das larvas. A ivermectina via oral pode ser associada, conforme o caso.

Após a aplicação da cobertura primária, o curativo deve ser finalizado corretamente. A primeira gaze colocada sobre a ferida deve ser umedecida, para evitar que absorva o produto aplicado no leito. Essa gaze pode ser umedecida com óleo de girassol apenas com a finalidade de manter a umidade. Sobre ela, coloca-se uma gaze seca ou atadura para proteção.

Além do cuidado direto com a ferida, é fundamental adotar medidas preventivas para evitar o surgimento ou agravamento das úlceras por pressão. Devem ser orientadas:

- mudança de decúbito a cada duas horas, utilizando o relógio de mudança de decúbito como ferramenta de apoio,
- uso de colchão pneumático ou colchão tipo caixa de ovo,
- manutenção do lençol bem esticado,
- uso de coxins para alívio de pressão,
- suspensão dos calcâneos quando possível,
- hidratação adequada da pele,
- proteção e avaliação frequente das áreas de maior pressão, como calcâneos, região sacral, trocânteres e região occipital.



Fonte: SMS Rio de Janeiro

CAPÍTULO X

DISPNEIA

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes nos CP e está muito associada a doenças prevalentes no cenário da APS, como câncer, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares graves, doenças neurodegenerativas e doenças renais ou hepáticas avançadas. É um sintoma que causa grande sofrimento tanto para o paciente quanto para a família, por isso deve ser reconhecido e tratado precocemente. É fundamental orientar a família e os cuidadores a reconhecer sinais de falta de ar. Os principais sinais a serem observados são: aumento da frequência respiratória, uso da musculatura acessória (pescoço, ombros), tiragem intercostal, cianose de lábios ou extremidades, agitação, ansiedade ou expressão facial de desconforto. Para manejar a dispneia adequadamente, é importante entender que ela pode ter três mecanismos principais:

1. **Causa mecânica**

Ocorre quando há dificuldade física para a entrada ou expansão do ar, como nos derrames pleurais, obstruções de vias aéreas, doenças pulmonares restritivas ou massas compressivas.

2. **Aumento do esforço respiratório**

Comum em pacientes com fraqueza muscular, doenças neuromusculares ou caquexia, especialmente em pacientes oncológicos, que passam a fazer muito esforço para respirar.

3. **Aumento da demanda ventilatória**

Acontece em situações de hipóxia, hipercapnia, anemia, acidose metabólica e também em quadros de ansiedade, aumentando a sensação de falta de ar.

CAPÍTULO X

DISPNEIA

Sempre que identificado um fator desencadeante, ele deve ser tratado, respeitando os objetivos de cuidado do paciente:

- Congestão pulmonar: diuréticos, ventilação não invasiva
- Derrame pleural: punção, drenagem ou pleurodese
- Obstrução de vias aéreas: radioterapia, laser ou stent
- Linfangite carcinomatosa: corticosteroides (especialmente dexametasona)
- Infecção respiratória: antibiótico
- Hipertensão pulmonar: sildenafil
- Anemia: transfusão de concentrado de hemácias
- Tromboembolismo pulmonar: anticoagulação

Para além disso, também podem ser utilizadas outras terapias medicamentosas de uma forma mais abrangente.

Os **opioides** são as medicações com melhor evidência para o controle da dispneia. A morfina é a mais estudada e utilizada, pois reduz a percepção de falta de ar e a frequência respiratória.

Pode ser utilizada em doses baixas, como 5 a 10 mg por via oral a cada 4 horas. Outros opioides podem ser usados conforme o contexto clínico, mas a morfina é a primeira escolha.

Já os **corticosteroides** ajudam a reduzir a sensação de falta de ar, principalmente em casos relacionados a neoplasias, edema tumoral ou linfangite carcinomatosa. A dexametasona é a mais utilizada.

Além disso, a dispneia frequentemente gera ansiedade, o que piora ainda mais a sensação de falta de ar. Nesses casos, pode-se associar **benzodiazepínicos**. O midazolam é bastante utilizado, inclusive em contextos de sedação paliativa quando indicada.

Quanto aos **broncodilatadores e inaladores**, estes são especial-

CAPÍTULO X

DISPNEIA

mente úteis em pacientes com DPOC, asma ou componente broncoespástico. Podem ser utilizados broncodilatadores de longa duração, corticosteroides e anticolinérgicos inalatórios.

Secreções respiratórias no fim da vida ("Sororoca")

A respiração ruidosa de fim de vida ocorre pelo acúmulo de secreções nas vias aéreas e costuma causar grande angústia nos familiares. Na maioria das vezes, o paciente não percebe esse desconforto.

O manejo inclui:

- Anticolinérgicos (escopolamina, atropina colírio por via oral/sublingual, propantelina gel, ipratrópio inalatório)
- Evitar aspiração sempre que possível, pois é desconfortável e pouco eficaz
- Redução do volume de hidratação e dieta

O oxigênio deve ser utilizado **apenas quando há hipóxia**, definida como saturação de oxigênio abaixo de 90%. Não há indicação de oxigênio apenas para conforto quando não existe hipóxia documentada.

As medidas não farmacológicas são fundamentais no controle da dispneia e devem sempre ser associadas ao tratamento medicamentoso: manter o paciente em posição sentada ou semi-sentada, ambiente ventilado, com janelas abertas, uso de ventilador direcionado ao rosto, fisioterapia respiratória e exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e economia de energia. Evite aspirações desnecessárias que podem causar desconforto.

CAPÍTULO X

DISPNEIA

No processo ativo de morte, podem surgir padrões respiratórios como a sororoca e o gasping. Esses padrões costumam causar sofrimento em quem observa, mas geralmente *não estão associados a sofrimento do paciente*.

Quando o paciente não consegue se comunicar, o conforto deve ser avaliado por sinais não verbais, como postura corporal relaxada, expressão facial tranquila e ausência de gemidos. A orientação e o acolhimento da família nesse momento são parte essencial do cuidado paliativo.

CAPÍTULO X

ANOREXIA

A alimentação, ao longo da vida, cumpre o papel de nutrir o corpo e produzir prazer. Nos CP, especialmente no fim de vida, é essencial compreender que esses dois objetivos nem sempre caminham juntos. À medida que a pessoa se aproxima da finitude, o próprio organismo se prepara para a morte, e a perda de apetite faz parte deste processo.

A anorexia no fim de vida não significa desistência, abandono ou falta de cuidado. Trata-se de um fenômeno fisiológico esperado em doenças avançadas, como câncer, insuficiências orgânicas, doenças neurodegenerativas e síndromes consumptivas. No entanto, esse sintoma costuma gerar intenso sofrimento emocional, sobretudo para os cuidadores, especialmente dentro da cultura brasileira, na qual a alimentação está profundamente associada a afeto, cuidado, socialização e esperança.

Para o paciente, a ausência de fome não costuma ser vivenciada como sofrimento em si. Pelo contrário, forçar a alimentação pode transformar o ato de comer — que deveria ser fonte de prazer — em uma experiência de desconforto e angústia. Insistir repetidamente para que a pessoa coma, várias vezes ao dia, quando ela não tem desejo ou capacidade para isso, pode aumentar o sofrimento e comprometer a qualidade de vida.

Já para a família, a alimentação frequentemente assume significados simbólicos importantes: comer passa a ser entendido como sinal de vida, força, recuperação ou de que “ainda há o que fazer”. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde acolha esse sofrimento, valide essas emoções e explique de forma clara que, no fim de vida, a nutrição deixa de ser prioridade, e que a pessoa não morrerá de fome, mas sim em decorrência da doença de base que está em curso. Nesse contexto, é comum e adequado optar pela alimentação por

CAPÍTULO X

ANOREXIA

prazer. O paciente deve ser estimulado a *comer apenas o que deseja e o que tolera*, respeitando suas vontades, preferências e limites. Não há restrições rígidas: vale o alimento que traz conforto, memória afetiva e satisfação, mesmo que em pequenas quantidades.

Quando existem dificuldades de deglutição, algumas adaptações podem ser feitas. Em situações específicas, o paciente pode mastigar o alimento para sentir o sabor e cuspir, se isso lhe trazer prazer. O acompanhamento da **fonoaudiologia** é fundamental para avaliar a segurança da via oral, reduzir riscos de broncoaspiração e preservar, sempre que possível, essa fonte de prazer até o final da vida. Da mesma forma, o suporte da **nutrição** auxilia na adaptação da consistência da dieta (livre, pastosa, líquida, com espessantes), respeitando os objetivos do cuidado.

O uso de **sondas de alimentação** deve ser cuidadosamente avaliado. A sonda retira do paciente a experiência oral do prazer e pode causar desconforto significativo. Em cuidados paliativos, especialmente no fim de vida, é importante refletir sobre o real benefício da nutrição artificial. Quando a alimentação não traz melhora funcional, conforto ou qualidade de vida, sua manutenção pode apenas prolongar o sofrimento, caracterizando distanásia.

Existem situações em que a sonda pode ser considerada, principalmente como via para administração de medicamentos essenciais, quando não há outra alternativa viável. Nesses casos, a indicação deve ser individualizada, discutida com o paciente (quando possível) e com a família, sempre alinhada aos objetivos do cuidado.

Medicamentos estimulantes do apetite, como o cobavital, podem ser utilizados em fases mais precoces da doença, quando há expectativa de benefício. No entanto, na fase ativa de morte, a prioridade deve ser o conforto, e não a nutrição.

CAPÍTULO XI

Medicamentos disponíveis no SUS e local de retirada

A assistência farmacêutica do município de Juiz de Fora é dividida em:

1- Componente básico REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Especiais), de responsabilidade do município, dispensados na APS, Farmácia Central e na Atenção Secundária.

Lista de medicamentos disponíveis pela REMUME.



2- Componente estratégico: para doenças estratégicas específicas como sífilis, tabagismo e tuberculose (dispensados na UBS), HIV (dispensado no SAE), hanseníase (dispensados na UBS e no HU), entre outros. De responsabilidade do Estado e dispensação pelo Município e dependem de notificações e fluxos específicos do município.

3- Componente especializado, de responsabilidade do Estado. Para estes, devem ser preenchidos os formulários específicos para a solicitação e autorização e levados pelo paciente ou responsável ao Palácio da Saúde para análise (Av. dos Andradas, 222 - Centro).

Alguns exemplos de comorbidades com grande potencial para CP na APS e que tem suporte do SUS para tratamento:

- Doença de Alzheimer (donepezila, galantamina, rivastigmina, memantina)
- Dor crônica (codeína, morfina, metadona, gabapentina)
- Doença renal crônica (dapaglifozina)
- ICC com FE reduzida (dapaglifozina, sacubitril-valsartana)

CAPÍTULO XI

Lista de medicamentos disponíveis pela SES/MG - lista por doença



Lista de medicamentos disponíveis pela SES/MG - lista por ordem alfabética.



Para a primeira solicitação, deve ser preenchido um formulário inicial específico de cada comorbidade, juntamente com a receita atualizada do medicamento solicitado, o LME (Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos) - que deve ser preenchido posteriormente a cada 6 meses para nova solicitação - e, dependendo de qual medicamento, exames e laudos médicos atualizados conforme direcionado na folha de rosto de cada formulário.

Formulários para solicitação de medicamento por condição doença



LME



Pacientes oncológicos têm direito a adquirir o tramadol na farmácia central, seguindo os seguintes critérios para cadastro na Comissão de Oncologia:

1. Paciente oncológico morador de Juiz de Fora;
2. Receita dos hospitais oncológicos (ASCOMCER, Oncológico, João Felício, Pam Marechal Oncologia, Melhor em Casa - DID);
3. Levar cópia do comprovante de residência, identidade, CPF e cartão SUS;
4. Cópia da última biópsia;
5. Podendo ser o paciente ou o responsável;

Endereço: Rua Marechal, número 496, 3º andar Pam Marechal
Farmácia Central

CAPÍTULO XII

Receituários B1 e A1

Qualquer médico que esteja regular com o Conselho Regional de Medicina pode fazer a solicitação de receituário de controle especial, em especial aqueles identificados como B1 e A1, considerando o cenário de cuidados paliativos.

Em Juiz de Fora, para a solicitação dos receituários como pessoa física você deve comparecer à Vigilância Epidemiológica, localizada no endereço R. Antônio José Martins, 92 - Morro da Glória, 1º andar, com os seguintes documentos em mãos:

- 1- Cópia da carteira do conselho profissional
- 2- Cópia do comprovante de residência
- 3- Cópia da certidão negativa de débito junto ao conselho profissional (retirada no site do CRM-MG)
- 4- Informações sobre a gráfica para confecção dos receituários B1 - Razão social, nome fantasia, endereço completo, CPNJ, telefone e e-mail.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	B		Quantidade e Forma Farmacêutica	
de ____ de ____				Dose por Unidade Posológica	
Paciente: _____				Posologia	
Endereço: _____					
Assinatura do Emissor		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		Nome: _____		Nome do Vendedor _____	
Endereço: _____		Endereço: _____		Data ____/____/____	
Telefone: _____		Telefone: _____			
Identidade nº: _____		Órgão Emissor: _____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta impressão: de ____ a ____			

CAPÍTULO XII

Lá você irá preencher alguns formulários (*links abaixo*), que deverão ser novamente preenchidos a cada nova solicitação de talonários.

Para o receituário A1 você também deve providenciar um carimbo para a retirada do talonário na Vigilância. Este deve ter as seguintes especificações:

- tamanho 1,5 x 6 cm, nome completo do profissional, número do CRM seguido da unidade da federação, endereço (o mesmo do comprovante de residência ou consultório) e telefone de contato.

Em relação à quantidade de folhas de receituário, esta poderá sofrer variações conforme a especialidade médica.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: _____ NÚMERO: _____ A Data: ____ de ____ de ____		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ _____ Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor: _____		ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA Nome: _____ Quantidade e Apresentação: _____ Forma Farm. Concent. Unit. Psicologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: _____ Data: ____/____/____			

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGIC

[Ficha cadastral de prescritores de psicofármacos](#)



[Requisição de receituário B](#)



[Requisição de talonário A](#)



CAPÍTULO XIII

Fluxo da Rede de Atenção à Saúde em Juiz de Fora

A Atenção Primária é o cenário em que acontece a coordenação dos cuidados em saúde da comunidade e para tal é imprescindível que seja reconhecido o fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local. Em Juiz de Fora, se tratando dos cuidados paliativos, podemos contar com o suporte do programa Melhor em Casa - Departamento de Internação Domiciliar (DID), que tem uma equipe de cuidados paliativos para atender todo o município e região aqueles pacientes classificados nas categorias Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3).

Instrumento de elegibilidade e complexidade da AD

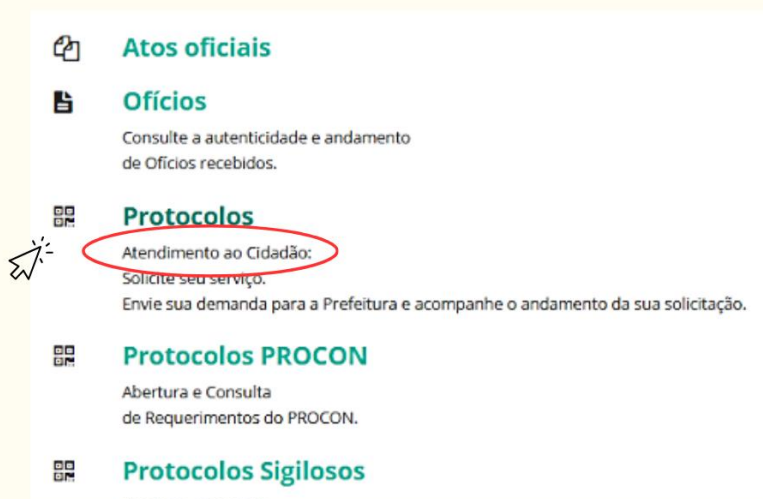


A via de acesso para a solicitação da avaliação do DID deve acontecer pelo IDoc no site da Prefeitura de Juiz de Fora. A seguir:

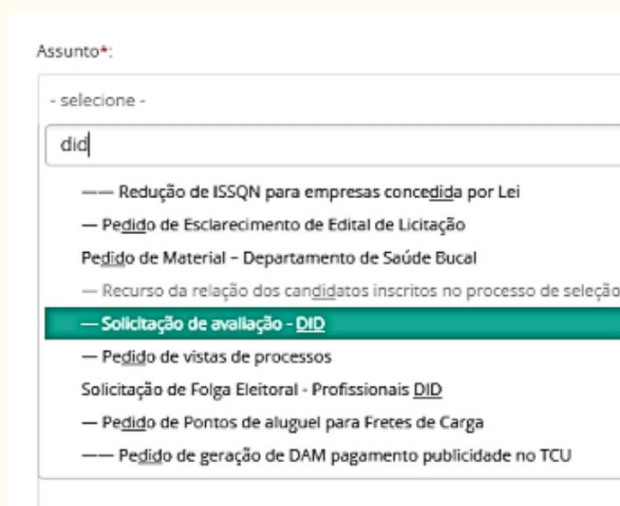


Acesse o “Prefeitura Ágil”

CAPÍTULO XIII



Clique em “Atendimento ao Cidadão” e faça o seu login



Selecione “Solicitação de avaliação - DID” e preencha os formulários com as informações sobre o paciente

Envie a solicitação e aguarde alguns dias para a avaliação da equipe.

Ademais, não há ainda, em Juiz de Fora, atendimento ambulatorial de cuidados paliativos com equipe especializada, o que reforça ainda mais a importância da APS nesse cenário.

CAPÍTULO XIV

Contato para dúvidas

Para o esclarecimento de dúvidas, clique no link abaixo:



Telefone (WhatsApp):
(32) 93502-8974



E-mail:
vitoriacuida@gmail.com



www.dravitoriacuida.com.br



[@vitoriacuida](https://www.instagram.com/vitoriacuida)



REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. ISBN 978-85-4410-470-5

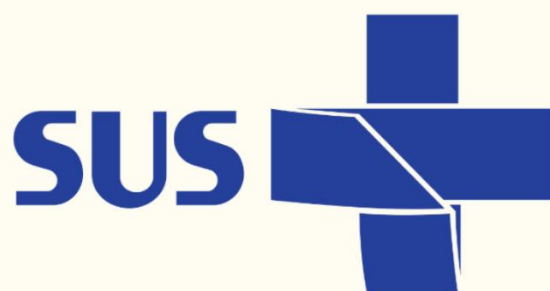
CARVALHO, Ricardo Tavares de; ROCHA, Juraci Aparecida; FRANCK, Ednalda Maria; et al. Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (orgs.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; MELO, Cibelle Gomes Lima; DIAS, Mariana Borges; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; ZACHI, Mara Lúcia Renostro; et al. Tratado de atenção domiciliar. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. (orgs.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.



6 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a existência de um descompasso marcante entre as diretrizes das políticas públicas de saúde e a prática clínica cotidiana no que tange aos CP na APS em Juiz de Fora. Ficou demonstrado que, embora os médicos reconheçam a relevância e a presença desses pacientes no território, enfrentam insegurança clínica no manejo de sintomas e na prescrição de opioides, fragilidades na comunicação de más notícias e desconhecimento dos fluxos da rede assistencial. Diante desse cenário, a elaboração e avaliação da cartilha digital interativa "Cuidados Paliativos para a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora" consolidaram-se como uma resposta concreta de EPS, com boa aceitabilidade e utilidade percebida pelos profissionais. Conclui-se que o fortalecimento dos CP no SUS transcende a oferta de materiais didáticos, exigindo o compromisso contínuo da gestão municipal com a fixação de profissionais, a desburocratização de insumos e a consolidação de redes de apoio integradas, garantindo uma assistência digna, resolutiva e humanizada até a finitude.

7 REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: ANCP, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/analise-situacional-recomendacoes-ancp-desenvolvimento-cuidados-paliativos-brasil/>. Acesso em: 12 abr. 2025.
2. ALMEIDA, A. F. dos S. **Diálogos sobre os fluxos de cuidado no Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Primária**. 2025. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/265925>. Acesso em: 17 mar. 2026.
3. AOKI, M. et al. **Identifying physicians' needs in community-based palliative care consultation for cancer patients in palliative care specialist-deficient settings: a qualitative study**. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, v. 55, n. 2, p. 131–139, 2025. DOI: 10.1093/jjco/hyae157.
4. BALASUNDRAM, S. et al. **Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: a systematic review of qualitative literature**. *BMC Primary Care*, London, v. 24, art. 77, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-02038-0.

5. BARCELLOS, R. M. de S. et al. **Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026092, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00260.
6. BARROS, L. N.; MUNIZ, J. R. B.; AQUINO, A. C. N. de et al. **Ferramenta digital como recurso de ensino-aprendizagem da otorrinolaringologia: construção de um protótipo. Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, e103, 2024.
7. BATISTA, A. S. L. **(In)sucesso da telessaúde: fatores que influenciam o processo de implementação e normalização nas organizações de saúde**. 2022. 120 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2022. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/7e163038ebaa164d7353daea507070ec/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 15 jul. 2026.
8. BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 15 jun. 2026.
9. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer homologado**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2022-pdf/238001-pces265-22/file>. Acesso em: 17 mar. 2026.
10. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1º out. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023**. 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023>. Acesso em: 17 mar. 2026.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 12 abr. 2026.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **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**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68–76, 22 set. 2017.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Acesso em: 15 jun. 2026.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/renome-2024>. Acesso em: 15 jun. 2026.
15. CAMPOS, C. V. de A. et al. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família**. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347–368, 2008. DOI: 10.1590/S0034-76122008000200007.
16. CAREY, M. L. et al. **Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners**. *Palliative Medicine*, v. 33, n. 9, p. 1131–1145, 2019.
17. CARVALHO, G. A. F. de L. et al. **Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 27, n. 2, e5740016, 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180005740016. Acesso em: 2 maio 2026.
18. CORREIA, D.; BEZERRA, M.; LUCENA, T. et al. **Cuidados paliativos: importância do tema para discentes da graduação de medicina**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 78–86, 2018.
19. CUBAS, L. et al. **Intenção de saída de médicos de família e comunidade da Atenção Primária de Florianópolis e fatores associados**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 19, n. 46, p. 4215, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4215>. Acesso em: 17 mar. 2026.
20. DE NOOIJER, K. et al. **Specialist palliative care services for older people in primary care: a systematic review using narrative synthesis**. *Palliative Medicine*, v. 34, n. 1, p. 32–48, 2020.
21. DIAS, M. F.; COSTA, M. M. S.; CLAUSEN, N. C. **A importância dos cuidados paliativos exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 19, n. 46, e3416, 2024.
22. DOWNING, J. et al. **The global need for paediatric palliative care: the evolution of serious health-related suffering in children aged 0–19 years from 1990 to 2023**. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 10, n. 3, p. 167–178, 2026.
23. EDWARDS, R. L. et al. **Best teaching practices in primary palliative care education for health professions students in the United States: an integrative review**. *Journal of Palliative Medicine*, 2025. DOI: 10.1177/10966218251400055.

24. ELMOKHALLALATI, Y. et al. **Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care.** *Palliative Medicine*, v. 34, n. 8, p. 990–1004, 2020.
25. ESTANISLAU, L. J. M. et al. **Uso de aplicativos de tecnologia móvel na rotina de estudantes concluintes de medicina.** *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 13, n. 3, 2019.
26. FERREIRA, L. et al. **Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017.
27. FINKELSTEIN, E. A. et al. **Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021.** *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 63, n. 4, p. e419–e429, 2022.
28. FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 106–115, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S109.
29. GALLO, L. F. O. et al. **Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado.** *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 12, n. 3, p. 4441–4449, 2024. DOI: 10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4441-4449.
30. GARCIA, K. R.; COSTA, E.; KARNIKOWSKI, M. G. de O. **Teoria do Processo de Normalização e as tecnologias de inovação em saúde.** In: CAROZZO, N. P. P.; LUZ, J. M. O. da; ALVES, C. de O. (org.). **Como avaliar programas e intervenções? Um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos.** São Luís: EDUFMA, 2022. p. 239–273. Disponível em: https://edufma.ufma.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2022/03/e-book_COMO-AVALIAR-PROGRAMAS_EDUFMA.pdf#page=239. Acesso em: 15 jul. 2026.
31. GHOSH, A.; DZENG, E.; CHENG, M. J. **Interaction of palliative care and primary care.** *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 31, n. 2, p. 207–218, 2015.
32. GOMES, S.; MOREIRA, I.; MARQUES, A. **Palliative care needs in adults with chronic disease: a systematic review of measuring instruments.** *BMC Palliative Care*, v. 25, n. 1, art. 40, 2026. DOI: 10.1186/s12904-025-01981-2.
33. GORMAN, R. D. **Integrating palliative care into primary care.** *Nursing Clinics of North America*, v. 51, n. 3, p. 467–477, 2016.
34. JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Administração e Recursos Humanos. **Edital nº 01/2016 – SARH: concurso público para provimento de cargos efetivos do quadro de pessoal da Prefeitura de Juiz de Fora.** Juiz de Fora: SARH, 2016. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: 3 maio 2026.

35. JUSTINO, E. T. et al. **Palliative care in primary health care: scoping review.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3324, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3858.3324. Acesso em: 2 maio 2026.
36. KNAUL, F. M. et al. **The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief.** *The Lancet Global Health*, v. 13, n. 3, p. e422–e436, 2025. DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00476-5.
37. LEITE, C. M.; PINTO, I. C. de M.; FAGUNDES, T. de L. Q. **Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia?** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0025082, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00250.
38. LEMOS, A. S. P. et al. **Construção pedagógica de um curso de especialização para gestores da APS sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 2, e8909, 2024. DOI: 10.1590/2358-28982024E28909P.
39. LIMA, A. M.; CUNHA, M. L. R. **Capacitação eficaz de preceptores em pediatria: desenvolvimento de material educacional digital para feedback.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 49, n. 1, e041, 2025.
40. LIMA, A. P. F. et al. **Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200494, 2021. DOI: 10.1590/interface.200494.
41. LIMA, L. P. de S.; RIBEIRO, M. R. R. **A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483–501, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000200008.
42. LLOBERA, J. et al. **Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial.** *BMC Palliative Care*, v. 16, art. 24, 2017.
43. MARCON, S. S. et al. **Concepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde acerca dos cuidados paliativos.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 16, e13076, 2024.
44. MATTOS, C.; DERECH, R. **Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde: um survey nacional.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2094.
45. MELO, G. A. et al. **A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310109, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310109. Acesso em: 22 abr. 2026.

46. MOTA, E. V. C. et al. **Atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema único de saúde.** *Revista FT*, v. 30, n. 158, p. 1–13, 2026. DOI: 10.69849/pxzt3f38. Acesso em: 29 maio 2026.
47. MURRAY, S. et al. **Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care.** *Palliative Medicine*, v. 29, n. 2, p. 101–111, 2014. DOI: 10.1177/0269216314545006. Acesso em: 2 maio 2026.
48. OLIVEIRA, M. A. N. **Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 585–589, 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000500019.
49. OLIVEIRA, S. S. de. **Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina de 2025: um convite para a transformação da educação médica no Brasil.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 50, n. 1, e050, 2026.
50. ORDONHO, L. et al. **Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde.** *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 36, p. 1–7, 2021.
51. ORTH, L. et al. **Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 286–295, 2019.
52. PARAIZO-HORVATH, C. M. S. et al. **Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3547–3557, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.01152022. Acesso em: 2 maio 2026.
53. PASTRANA, T. **Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020.** 2. ed. Houston: IAHPC Press, 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2026.
54. PINELI, P. P. et al. **Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 540–546, 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n4e01182015.
55. PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S. de; BONAMIGO, A. W. **Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 187–197, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S415.
56. RIBEIRO, S. C. da C. et al. (ed.). **Cuidados paliativos no paciente crítico.** 3. ed. Barueri: Manole, 2025.
57. RICHMOND, C. **Dame Cicely Saunders.** *BMJ*, v. 331, n. 7510, p. 238, 2005. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1179787/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

58. SANDVIK, H. et al. **Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway.** *British Journal of General Practice*, v. 72, n. 715, p. e84–e90, 2022. DOI: 10.3399/BJGP.2021.034022.
59. SANTOS, F. R. dos; SANTOS JUNIOR, A. G. dos; PESSALACIA, J. D. R. **Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 10, n. 7, p. 2708–2719, 2016. DOI: 10.5205/1981-8963-v10i7a11332p2708-2719-2016.
60. SANTOS, M. C. dos. **Avaliação do efeito a longo prazo de programas de promoção de saúde na atenção primária à saúde: análise do processo de manutenção da mudança de comportamento em participantes do programa Vida Ativa Melhorando a Saúde.** 2023. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/250157?show=full>. Acesso em: 15 jul. 2026.
61. SANTOS, M. C. L. et al. **Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 18, n. 45, e3345, 2023.
62. SILVA, A. das N. et al. **Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099–1107, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015204.17832013.
63. SILVA, M. **O papel do profissional da atenção primária à saúde nos cuidados paliativos.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 30, p. 45–53, 2014.
64. SILVA, R. A. da et al. **Relato do desenvolvimento de uma ferramenta educacional digital para o ensino do exame urodinâmico.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 49, n. 1, e033, 2025.
65. SILVA, R. P. da et al. **Necessidades e perspectivas sobre educação em cuidados paliativos em oncologia: entrevistas com médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, e-044673, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4673. Acesso em: 2 maio 2026.
66. SILVA, R. S. et al. **Patient care in palliative care in primary care in Brazil from 2015 to 2024.** *MOJ Public Health*, v. 14, n. 1, p. 110–114, 2025. DOI: 10.15406/mojph.2025.14.00479.
67. SILVA, T. C.; NIETSCHKE, E. A.; COGO, S. B. **Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, e20201335, 2022.

68. SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina.** *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 13–24, 2016.
69. SLEEMAN, K. E. et al. **The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions.** *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 7, p. e883–e892, 2019.
70. SOUZA, A. R. N. D. et al. **Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária.** *Saúde em Debate*, v. 48, n. 142, e9206, 2024.
71. TRIPODORO, V. A. et al. **First-ever global ranking of palliative care: 2025 World Map under the new WHO framework.** *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 70, n. 5, p. 447–458, 2025. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026.
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>. Acesso em: 11 jul. 2026.
73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care: key facts.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 11 jul. 2026.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care for noncommunicable diseases: a global snapshot.** Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/palliative-care-for-noncommunicable-diseases-a-global-snapshot-2020>. Acesso em: 17 mar. 2026.
75. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas of palliative care.** 2. ed. London: WHPCA, 2020. Disponível em: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_FINAL-1.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.
76. ZANOTTO, D. F. et al. **Gestão da Educação Permanente em Saúde em Escolas de Saúde Pública e Hospitais Universitários Federais.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 46, e20250129, 2025. DOI: 10.1590/1983-1447.2025.20250129.pt.

APÊNDICE 01



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Educação permanente para a atenção primária: cartilha de cuidados paliativos para capacitação médica no município de Juiz de Fora”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o reconhecimento de que o Brasil é classificado como o 3º pior país do mundo para se morrer e com a Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil aprovada em 2023 e o aumento do envelhecimento da população com consequente cronificação de doenças potencialmente fatais, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir o seu papel de ofertar uma assistência de cuidados paliativos adequada, conforme sugerido pela PNAB 2017 e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Nesta pesquisa pretendemos ampliar o nível de conhecimento técnico sobre cuidados paliativos dos médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Juiz de Fora por meio de confecção de tecnologia didática no formato de cartilha online.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: você responderá um questionário autoaplicável online na plataforma de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (EPS), com perguntas simples e rápidas, referente a questões sobre seu perfil sociodemográfico, sobre o perfil de atendimentos domiciliares da sua área de abrangência e perguntas sobre conhecimento básico em cuidados paliativos. Você responderá o questionário sem a presença de um entrevistador, de forma que você se sinta mais à vontade e forneça respostas mais condizentes com a sua realidade de trabalho. Caso você concorde em participar da pesquisa, você receberá todas as orientações necessárias pela pesquisadora responsável, por meio do telefone de contato 3299922-1788 e email vitoriacuida@gmail.com e também pelas informações contidas na própria plataforma da EPS. Na programação de ensino após a resposta ao formulário, você assistirá um vídeo educativo sobre “introdução aos cuidados paliativos” e terá acesso a uma cartilha online sobre o mesmo tema, direcionado para a APS de

Juiz de Fora.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes. Contudo, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o sigilo em relação às suas respostas é garantido, e estas serão tidas como confidenciais, utilizadas apenas para fins científicos e, para isso, não há identificação nominal no formulário, nem em banco de dados a fim de garantir o seu anonimato. A pesquisa pode ajudar a compreender melhor o conhecimento empírico dos servidores da ESF de Juiz de Fora e direcionar a construção da cartilha de forma que faça sentido para a prática diária do processo de trabalho dos profissionais médicos, e melhorar a qualidade da assistência.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se disponível para download na plataforma de EPS e também no GoogleForms e você receberá uma cópia por e-mail de todas as suas respostas. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável Vitória Dias Campos por um período de 5 (cinco) anos para fins acadêmicos e científicos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos apresentados neste TCLE, e iniciará a resposta ao questionário. Caso não concorde em

participar, apenas feche essa página no seu navegador. Caso desista da participação antes de finalizar o formulário basta não enviar ao final.

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Vitória Dias Campos

Campus Universitário da UFJF - Rua José Loureço Kelmer, s/n, Martelos

Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102 3830 contato da pesquisadora (32) 99922-1788

E-mail: vitoriacuida@gmail.com

O CEP valia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

ANEXO 01

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL GOOGLE FORMS

PRÉ-DIVULGAÇÃO DE CARTILHA

Seção 1 de 3 - Apresentação:

Este formulário é produto de um projeto de mestrado em Saúde da Família do PROFSAÚDE - Fiocruz e tem como tema principal a pauta dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque na Educação em Saúde.

Com o objetivo de construir um meio de capacitação para os médicos da APS da cidade de Juiz de Fora, em parceria com a Prefeitura, este formulário será o guia de construção do material, partindo do conhecimento empírico dos profissionais sobre a temática e sobre o conhecimento em relação à sua área de abrangência, considerando o seu trabalho na prática.

O tempo estimado para preenchimento deste formulário é de 20 minutos, dividido em 3 seções: termo de consentimento, identificação e avaliação do conhecimento empírico sobre cuidados paliativos.

Desde já, agradeço o tempo de dedicação.

Leia abaixo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e declare a concordância para dar seguimento ao questionário.

Declaro que li e aceito as condições descritas no TCLE

Resposta obrigatória

Seção 2 de 3 - Identificação:

Para uma melhor construção do material, os dados da identificação serão necessários para o conhecimento do público-alvo.

1- Coloque os 3 primeiros e os 2 últimos números do CPF

Exemplo: 117-50

Texto de resposta curta

Resposta obrigatória

2- Alocação

Múltipla escolha – opções de UBS de Juiz de Fora

Resposta obrigatória

3- Idade

Múltipla escolha

() entre 23-30

() entre 31-45

() entre 46-55

() entre 56-65

() >66 anos

Resposta obrigatória

4- Sexo

Múltipla escolha

☐ feminino

☐ masculino

☐ intersexual

☐ não desejo informar

Resposta obrigatória

5- Especialidade médica (com título ou pós graduação)

Múltipla escolha

☐ Medicina de Família e Comunidade - residência

☐ Medicina de Família e Comunidade - pós graduação/prova de título

☐ Clínica Médica - residência

☐ Clínica Médica - pós graduação

☐ Cuidados Paliativos - residência

☐ Cuidados Paliativos - pós graduação/prova de título

☐ Médico Generalista

☐ Outros (texto de resposta curta)

Resposta obrigatória

6- Tempo de formação

Múltipla escolha

☐ <5 anos

() entre 6-10 anos

() entre 11 e 20 anos

() >20 anos

Resposta obrigatória

7- Tempo na Atenção Primária

Múltipla escolha

() <5 anos

() entre 6-10 anos

() entre 11 e 20 anos

() >20 anos

Resposta obrigatória

8- E-mail para contato

Texto de resposta curta

Resposta obrigatória

9- Telefone para contato (opcional)

Seção 3 de 3 - Avaliação de conhecimento empírico sobre cuidados paliativos

O objetivo desta seção é entender quais os assuntos pertinentes dentro do tema de Cuidados Paliativos na APS, considerando o direcionamento da construção da tecnologia

didática.

Todas as perguntas dessa seção são de resposta obrigatória

10- Você já ouviu falar sobre cuidados paliativos?

Múltipla escolha

☐ sim

☐ não

11- A frase “Cuidados Paliativos é para cuidar de VIDA”, faz sentido para você?

Múltipla escolha

☐ sim

☐ parcialmente

☐ não

12- Você já assistiu alguma aula sobre cuidados paliativos durante a sua formação de graduação?

Múltipla escolha

☐ não

☐ sim, em situações pontuais

☐ sim, em cursos extracurriculares

☐ sim, tive aulas regulares

13- O quanto você avalia ser importante o cuidado paliativo na atenção primária?

Múltipla escolha

- ☐ nenhuma importância
- ☐ pouca importância
- ☐ moderada
- ☐ relevante
- ☐ muito relevante

14- Qual o perfil de comorbidades dos seus pacientes domiciliados? (É possível marcar mais de uma opção)

Caixas de seleção

- ☐ demências/Alzheimer
- ☐ doenças neurodegenerativas
- ☐ Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- ☐ Doença Renal Crônica (DRC)
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ câncer
- ☐ idade avançada
- ☐ tuberculose resistente
- ☐ HAS
- ☐ DM
- ☐ outros (texto de resposta curto)

15- Qual o perfil de comorbidades você acredita serem elegíveis para cuidados paliativos? (É possível marcar mais de uma opção)

Caixas de seleção

- ☐ demências/Alzheimer
- ☐ doenças neurodegenerativas
- ☐ Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- ☐ Doença Renal Crônica (DRC)
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ câncer
- ☐ idade avançada
- ☐ tuberculose resistente
- ☐ HAS
- ☐ DM
- ☐ outros (texto de resposta curto)

16- Baseado na pergunta anterior, você acredita que tem pacientes elegíveis a cuidados paliativos?

Múltipla escolha

- ☐ sim
- ☐ não

17- Quantos pacientes da sua área de abrangência são, em média, acamados? Múltipla escolha

- ☐ nenhum
- ☐ entre 1-5
- ☐ entre 6-10
- ☐ entre 11-15
- ☐ entre 16-20
- ☐ >20

18- Pontue sua habilidade de comunicação de más notícias

Múltipla escolha

- ☐ nenhuma
- ☐ pouca dificuldade
- ☐ moderada
- ☐ muito dificuldade
- ☐ nunca pensei sobre isso

19- Você se sente confortável para conversar sobre morte com seu paciente e familiares?

Múltipla escolha

- ☐ sim
- ☐ não

☐ nunca pensei sobre isso

20- Qual(ais) escala(s) de estratificação de risco/escala(s) de funcionalidade você utiliza no seu dia-a-dia? (você pode escolher mais de uma opção)

Caixas de seleção

☐ Não utilizo nenhuma escala

☐ Functional Assessment Staging Test (FAST)

☐ Escala de Zubrod (ECOG)

☐ Palliative Performance Scale (PPS)

☐ Karnofisky

☐ Score de Framingham

☐ outra (texto de resposta curta)

21- Qual(ais) ferramenta(s) você utiliza pra identificar um paciente elegível a cuidados paliativos na APS? (você pode escolher mais de uma opção)

Caixas de seleção

☐ Não utilizo nenhuma ferramenta

☐ Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICIT-BR)

☐ Necessidades Paliativas (NECPAL-BR)

☐ Proactive Identification Guidance (PIG)

☐ Pergunta surpresa

☐ Escalas de Funcionalidade/classificação de risco

☐ Outra (texto de resposta curta)

22- Pontue seu nível de dificuldade no manejo de um paciente com cuidados paliativos

Múltipla escolha

☐ nenhuma

☐ pouca dificuldade

☐ moderada

☐ muita dificuldade

☐ nunca pensei sobre isso

23- Com que frequência você utiliza algum material para estudar/guiar o manejo dos seus paciente em cuidados paliativos?

Múltipla escolha

☐ nunca

☐ quase nunca

☐ quase sempre

☐ sempre

24- Qual(ais) material(ais) você utiliza para estudar/guiar o manejo dos seus pacientes em cuidados paliativos? (você pode escolher mais de uma opção)

Caixas de seleção

☐ nenhum

- ☐ () Tratado de Visita Domiciliar – SBMFC
- ☐ () Manual de Residência de Cuidados Paliativos – USP
- ☐ () Cuidados Paliativos na Emergência – USP
- ☐ () Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Gusso
- ☐ () Medicina Ambulatorial – Duncan
- ☐ () Guia de Bolso de Cuidados Paliativos – ANCP
- ☐ () Manual de Cuidados Paliativos – Hospital Sírio-Libanês
- ☐ () Manual de Cuidados Paliativos – ANCP
- ☐ () Outro (texto de resposta curta)

25- Pontue seu nível de segurança para prescrição de opioides de baixa potência na APS, como tramadol e codeína

Múltipla escolha

- ☐ () nenhuma
- ☐ () pouca segurança
- ☐ () moderada segurança
- ☐ () muita segurança
- ☐ () nunca pensei sobre isso

26- Pontue seu nível de segurança para prescrição de opioides de moderada e alta potência na APS, como morfina, oxicodona, metadona, fentanil e outros

Múltipla escolha

- ☐ nenhuma
- ☐ pouca segurança
- ☐ moderada segurança
- ☐ muita segurança
- ☐ nunca pensei sobre isso

27- Em um guia de consulta rápida sobre cuidados paliativos, qual assunto você acredita que seria primordial ser abordado, considerando sua prática médica na APS?

Texto de resposta longa

28 – Você conhece o fluxo de cuidados paliativos na cidade de Juiz de Fora? Múltipla escolha

- ☐ sim
- ☐ não

ANEXO 02**QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL GOOGLE FORMS****FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO (NET PROMOTER SCORE
- NPS)****Introdução:**

Este formulário tem como intuito fazer uma avaliação em relação ao método de esclarecimento de dúvidas, para que seja possível a identificação de possíveis pontos de melhoria.

Tempo estimado de resposta: 5 minutos

1- Coloque os 3 primeiros e os 2 últimos números do CPF

Exemplo: 117-50

Texto de resposta curta

Resposta obrigatória

2- Sua dúvida foi sobre qual assunto?

() (Capítulo I) Definição e história do cuidado paliativos: breve resumo

() (Capítulo II) Ferramentas de identificação dos pacientes elegíveis à cuidados paliativos na APS

() (Capítulo III) Método Clínico Centrado na Pessoa: reconhecendo as prioridades

() (Capítulo IV) Cuidado à nível domiciliar

() (Capítulo V) Ferramentas de funcionalidade e prognósticas – direcionando os cuidados

() (Capítulo VI) Comunicação de más notícias: como contornar os obstáculos

() (Capítulo VII) Testamento vital e Diretivas antecipadas de vontade

() (Capítulo VIII) Abordagem do luto

() (Capítulo IX) Legislação

() (Capítulo X) Controle de sintomas na APS

() (Capítulo XI) Medicamentos disponíveis no SUS e local de retirada

() (Capítulo XII) Receituário B1

() Discussão de caso clínico

() Outros (texto de resposta curta)

Resposta obrigatória

3- Sua dúvida foi claramente elucidada?

Múltipla escolha

() sim

() não

Resposta obrigatória

4- Pontue seu nível de satisfação deste formato (e-mail ou encontro pelo Google Meeting) para elucidação de dúvidas:

Múltipla escolha

() muito satisfeito

() satisfeito

() pouco satisfeito

() insatisfeito

() muito insatisfeito

Resposta obrigatória

5- Sugestões:

Texto de resposta longa

ANEXO 03**QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL GOOGLE FORMS****FORMULÁRIO PÓS DIVULGAÇÃO E USO DA CARTILHA**

1- Coloque os 3 primeiros e os 2 últimos números do CPF

Exemplo: 117-50

Texto de resposta curta

Resposta obrigatória

2- Você usufruiu do material didático contido na cartilha “nome da cartilha”? Múltipla escolha

☐ sim

☐ não

Resposta obrigatória

3- Com que frequência você fez uso do material?

Múltipla escolha

☐ nunca

☐ quase nunca

☐ eventualmente

☐ quase sempre

☐ sempre

Resposta obrigatória

4- Esta cartilha foi útil para identificar um paciente elegível a cuidados paliativos?

Múltipla escolha

☐ sim

☐ não

Resposta obrigatória

5- Pontue o nível de utilidade da cartilha para a sua prática médica na Estratégia de Saúde da Família

Múltipla escolha

☐ inútil

☐ pouco útil

☐ útil

☐ muito útil

Resposta obrigatória

6- Ao fazer uso da cartilha você teve alguma dúvida?

☐ sim

☐ não

☐ não fiz uso da cartilha

☐ não tive dúvidas

Resposta obrigatória

7- Se a resposta da pergunta anterior foi "sim", você entrou em contato para o esclarecimento da dúvida?

☐ sim

☐ não

☐ não fiz uso da cartilha

☐ não tive dúvidas

Resposta obrigatória

8- Sugestões para atualização da cartilha:

Texto de resposta longa