

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia

Marina Oliveira Coura

**A EXPERIÊNCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA A
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: revisão de escopo e autoetnografia**

Belo Horizonte
2021

Marina Oliveira Coura

**A EXPERIÊNCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA A
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: revisão de escopo e autoetnografia**

Versão final

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Simone de Araújo Medina Mendonça

Belo Horizonte

2021

C858e Coura, Marina Oliveira.
A experiência do residente de clínica médica na assistência a pacientes em cuidados paliativos: revisão de escopo e autoetnografia / Marina Oliveira Coura. – 2021.
61 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.
Coorientadora: Simone de Araújo Medina Mendonça.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Educação médica – Teses. 2. Residentes (Medicina) – Teses. 3. Cuidados paliativos – Teses. 4. Etnologia – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Mendonça, Simone de Araújo Medina. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD:362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

A EXPERIÊNCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: revisão de escopo e autoetnografia.

MARINA OLIVEIRA COURA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 05 de OUTUBRO de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (FAFAR-UFMG)
Profa. Simone de Araújo Medina Mendonca - Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Prof. Gustavo Antonio Raimondi (UFU)
Dra. Isabela Viana Oliveira (Hospital Militar de BH/MG).



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Antonio Raimondi, Usuário Externo**, em 05/10/2021, às 11:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 05/10/2021, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Membro**, em 05/10/2021, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Viana Oliveira, Usuário Externo**, em 05/10/2021, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1002508** e o código CRC **769B903A**.

Resumo

A necessidade de realização deste estudo partiu da minha experiência profissional com identificação de uma lacuna na aprendizagem teórica e experiencial durante a graduação e residência de clínica médica sobre como lidar com os cuidados de fim de vida de meus pacientes. O objetivo com este estudo é compreender as vivências e aprendizados de médicos residentes durante a assistência a pacientes em cuidados paliativos. O estudo está organizado em duas etapas: uma revisão de escopo e uma autoetnografia baseada na experiência da autora principal e de residentes de um hospital privado de Belo Horizonte. A busca da revisão de escopo foi realizada em abril de 2020 e incluiu estudos qualitativos sobre o tema identificados nas bases de dados SCOPUS, LILACS, CINAHL, Embase e Pubmed. Conectando as vivências dos participantes do estudo com o que foi evidenciado na revisão de escopo, os temas principais são abordados em uma narrativa: falta de conhecimento prévio sobre o assunto, relacionamento com família-paciente, insegurança em prestar cuidados paliativos e estrutura do ensino na residência médica. É importante discutir a experiência de prestar cuidados paliativos e melhorar os programas de educação sobre o assunto para profissionais de saúde para quebrar o tabu em torno do tema.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Educação médica. Residência médica. Autoetnografia. Revisão de escopo.

Abstract

The need to carry out this study came from the professional experience with the identification of a gap in theoretical and experiential learning during graduation and clinical residency on how to deal with the end-of-life care of my patients. The objective of this study is to understand the experiences and learning of resident physicians during the care of patients in palliative care. The study is organized in two stages: a scope review and an autoethnography based on the experience of the main author and residents of a private hospital in Belo Horizonte. The search for the scope review was carried out in April 2020 and included qualitative studies on the topic identified in the SCOPUS, LILACS, CINAHL, Embase and Pubmed databases. Connecting the experiences of the study participants with what was evidenced in the scope review, the main themes are specific in a narrative: lack of prior knowledge on the subject, relationship with family-patient, insecurity in palliative care and teaching structure in medical residency. It is important to discuss the experience of providing palliative care and improve education programs on the subject for health professionals to break the taboo around the topic.

Keywords: Palliative medicine. Medical education. Medical residency. Autoethnography. Scope review.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMBASE	Excerpta Medica dataBASE
FAS	Departamento de Farmácia Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	MEDical Literature Analysis and Retrieval System OnliNE
OSF	Fundação Open Society
PRISMA-ScR	The PRISMA Extension for Scoping Reviews
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1	Introdução	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	METODOLOGIA.....	14
3.1	Etapa I: Identificação de literatura científica sobre a perspectiva de residentes de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos	14
3.2	Etapa II: estudo qualitativo para avaliar a perspectiva de residentes de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos	15
3.2.1	Local e participantes	16
3.2.2	Métodos e técnicas de coleta de dados.....	16
3.2.3	Anuências institucionais e aprovação ética	16
3.2.4	Métodos de análise e interpretação dos dados	17
4	ARTIGO DE RESULTADOS 1.....	18
5	ARTIGO DE RESULTADOS 2.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – Termo de consentimento	54
	APÊNDICE B – Tópico guia para entrevista.....	56
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	57
	ANEXO B – Projeto de pesquisa.....	62

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução

A considerada “boa morte” é aquela livre de uma sobrecarga evitável de sofrimento e de acordo com os desejos dos pacientes e famílias (Institute of Medicine, 1997). O tema da morte foi banido da comunicação entre as pessoas no século XX. Paradoxalmente, a morte esteve e continua estando cada vez mais próxima das pessoas, em função, principalmente, do desenvolvimento das telecomunicações. A diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho. (Kovács, 2005)

Existem dois paradigmas vinculados à ação de saúde: o curar e o cuidar. No paradigma do curar, no qual a Medicina de alta tecnologia se torna presente, o investimento é na vida a qualquer preço, e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. No paradigma do cuidar, há uma aceitação da morte como parte da condição humana; leva-se em conta a pessoa doente e não somente a doença. (Pessini, 1991, 2001)

Ao se priorizar no hospital o salvar o(a) paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe da saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Não conseguir evitar, adiar a morte ou não poder aliviar o sofrimento pode trazer ao (à) profissional a vivência dos seus limites, a impotência e a finitude, o que pode ser extremamente doloroso. (Kovács, 2005)

Cuidados paliativos consistem em uma abordagem multidisciplinar visando à melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares, os quais enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Envolvem prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, da correta avaliação, do tratamento de dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais. (Pessini, 2001; WHO, 2002)

Segundo o código de ética médica brasileiro publicado em 2018, nos casos de doença incurável e terminal, deve o(a) médico(a) oferecer todos os cuidados

paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do(a) paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu (sua) representante legal. (Medicina, De, 2018) No entanto, como são um componente relativamente novo para a saúde moderna, ainda há acesso inadequado a cuidados paliativos e *hospices* em todo o mundo. Seu desenvolvimento tem sido limitado por fatores humanos, já que existe uma cultura de temer e evitar qualquer coisa relacionada à morte. (Field e Cassel, 1997; Pessini, 1991, 2001; World Palliative Care Alliance, 2020)

Historicamente, os programas de cuidados paliativos focalizaram as necessidades de pacientes com câncer, conhecidos por ter alta carga de sintomas. Isso se deve ao fato de que o diagnóstico médico da terminalidade de uma doença é, na prática clínica, muitas vezes difícil, especialmente em se tratando de doenças não oncológicas, cujo declínio funcional não segue um curso linear. (Field e Cassel, 1997; Finne-Soveri e Tilvis, 1998; Kovács, 2005; Lunney *et al.*, 2003)

Dessa forma, atuar no campo dos cuidados paliativos exige não apenas um profundo conhecimento médico-científico, como também um constante enfrentamento da morte e das implicações do processo de morrer, fazendo com que os profissionais necessitem desenvolver, também, habilidades humanitárias e emocionais, comumente pouco trabalhadas nos cursos de graduação médica. (Kovács, 2005; Marta *et al.*, 2009)

Não há consenso sobre a quantidade e a qualidade de treinamento necessárias para capacitar um(a) profissional em cuidados paliativos. É notória a dificuldade dos médicos em consentirem a terminalidade de seus doentes, o que dificulta a tomada de decisão sobre a manutenção ou não de um tratamento, principalmente para o(a) médico(a) recém-formado(a), pela falta de vivência em tais situações. (Marta *et al.*, 2009; World Palliative Care Alliance, 2020)

Estudo com residentes japoneses mostrou que eles enfrentaram um misto de sentimentos na prestação de cuidados a pacientes terminais como dilema em confrontar a realidade da incerteza médica e o sentimento de culpa ou impotência, tanto como pessoa como profissional. A participação frequente em discussões para tomar esse tipo de decisão provavelmente traz ao (à) aluno(a) e ao (à) residente uma formação diferenciada para sua vida profissional do ponto de vista não só técnico como também psicológico. (Arai *et al.*, 2017; Marta *et al.*, 2009)

Estudo realizado com médicos do 3º ano da graduação e residentes da PUC-SP, mostrou que, para a maioria dos entrevistados, o(a) paciente deve ter pleno conhecimento da sua doença, independentemente de sua gravidade, e que cabe ao (à) médico(a) informar ao (à) doente um diagnóstico desfavorável. Entretanto, mostrou a tendência de os residentes desejarem outorgar sua obrigação de dar a notícia de uma doença terminal a outros profissionais. Esta mudança de postura ocorre provavelmente pela vivência de tais situações pelos residentes, fato que ainda não é realidade para os alunos. Existe uma ideologia, incorreta, segundo a qual durante os anos acadêmicos os discentes devem ser “protegidos” do desenvolvimento emocional que tal condição provoca, enfatizando-se, assim, somente procedimentos técnicos em detrimento da formação humana. (Lunney *et al.*, 2003)

A autora principal se graduou em Medicina e ao terminar sua residência em Medicina Interna, começou a refletir sobre suas experiências ao prestar cuidados paliativos. Identificou uma lacuna nas aprendizagens teórica e experiencial durante a sua graduação e a sua residência sobre como lidar com os cuidados de fim de vida e com a mortalidade de seus pacientes. Assim, considerou importante compreender as vivências e habilidades desenvolvidas por médicos residentes durante o cuidado de pacientes sob cuidados paliativos para subsidiar a construção de programas de formação para esse público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Revelar vivências do(a) residente de medicina interna ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar pesquisas qualitativas que considerem a perspectiva de residentes de medicina interna na assistência de pacientes sob cuidados paliativos.
- Conhecer as dificuldades técnicas e humanísticas do(a) residente de medicina interna ao definir e prestar cuidados paliativos.
- Descrever a cultura de formação médica em cuidados paliativos do ponto de vista dos residentes médicos.

3 METODOLOGIA

3.1 Etapa I: Identificação de literatura científica sobre a perspectiva de residentes de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos

A revisão de escopo compreende um tipo de revisão de literatura que visa “mapear” a literatura relevante no campo de interesse. A sua realização consiste em 5 etapas: (1ª) identificar a questão de pesquisa; (2ª) identificar estudos relevantes; (3ª) seleção dos estudos; (4ª) mapear os dados e (5ª) agrupar, resumir e relatar os resultados. (Kerr *et al.*, 2020)

A revisão de escopo foi iniciada em novembro de 2019 pela pesquisadora principal. Com o apoio de orientadoras do programa de pós-graduação e de uma doutoranda do mesmo programa, foram elaboradas a questão de pesquisa e a estratégia de busca, definidas as bases de dados e critérios para inclusão e exclusão de estudos. O protocolo da revisão (Apêndice A) foi publicado na Fundação Open Society (OSF).

A estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados SCOPUS, LILACS, CINAHL, Embase e Pubmed no dia 02 de abril de 2020. Duplicatas foram excluídas através do Endnote. As referências foram então importadas para o *software* Rayyan (OUZZANI, 2016), onde duas pesquisadoras realizaram a seleção dos estudos conforme os critérios descritos a seguir.

Foram incluídos na revisão estudos qualitativos realizados com residentes de medicina interna que atuassem com pacientes internados sob cuidados paliativos. Foram excluídos artigos de revisão, livros, editoriais, palestras, assim como pesquisas quantitativas. Também foram excluídas pesquisas realizadas com outra população que não residentes de medicina interna e que não avaliassem assistência a pacientes em cuidados paliativos, além daquelas cujas atuações não incluía o cuidado a pacientes internados. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos não foi realizada, conforme recomendado pelo PRISMA-ScR e outras revisões de escopo.

Uma equipe de revisores independentes avaliou os títulos (Fase 1), resumos (Fase 2) e textos completos (Fase 3). Quaisquer divergências foram resolvidas por consenso entre os revisores. Esse processo foi realizado por meio do Rayyan, um

aplicativo da Web desenvolvido para auxiliar nessa etapa da revisão sistemática (identificação, triagem, elegibilidade e inclusão). (Ouzzani *et al.*, 2016)

As características do estudo (autor, ano de publicação, país, objetivos, métodos e participantes) foram coletadas. Um investigador (Revisor 1) extraiu dados dos estudos. Inconsistências ou discordâncias foram resolvidas por consenso entre os revisores.

Os achados dos estudos selecionados foram tratados usando o *software* Atlas.ti. Um dos pesquisadores (Revisor 1) realizou a metassíntese conforme recomendação de Mohammed e colaboradores (Mohammed, Moles e Chen, 2016). Em seguida, nas sessões de trabalho colaborativo (entre os revisores 1, 2, 3), os temas foram revisados, chegando a uma estrutura final apresentada em forma de artigo.

3.2 Etapa II: estudo qualitativo para avaliar a perspectiva de residentes de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos

A autoetnografia é um tipo de metodologia qualitativa, na qual narrativas de experiências pessoais são investigadas como parte de uma cultura. Combinando princípios da etnografia e da autobiografia, o pesquisador executa vários ciclos de escrita e análises até que os resultados da pesquisa sejam elucidados. Como o tema da pesquisa é extremamente familiar ao pesquisador, ele tem capacidade de analisar e interpretar os dados com profundidade. A experiência pessoal do pesquisador é central no processo de construção, análise e discussão dos dados. Porém, entendendo a cultura como uma rede entre o “eu” e os “outros”, pode-se incluir coinformantes no estudo, utilizando também suas vozes na construção das narrativas. (Chang, 2008; Ellis, 2000; Ellis, Adams e Bochner, 2011)

A crescente popularidade da autoetnografia como método e produto de pesquisa e a diversidade de tópicos, tipos e finalidades das autoetnografias aumentam a riqueza da pesquisa em saúde. A pesquisa autoetnográfica na educação médica tem capacidade para expandir o que sabemos sobre os ambientes de ensino e aprendizagem onde vivemos e trabalhamos e o potencial de contribuir para mudanças positivas, além de ser um processo eficaz e gratificante, através do qual os envolvidos podem refletir sobre o significado de suas experiências e

transmitir suas ideias a outras pessoas. (Chang, 2016; Farrell *et al.*, 2015; Foster, 2013).

3.2.1 Local e participantes

Foram entrevistados por videoconferência cinco médicos matriculados no programa de residência em clínica médica de um hospital privado de Belo Horizonte entre setembro e novembro do ano de 2020.

3.2.2 Métodos e técnicas de coleta de dados

Entrevistas individuais: foram realizadas entrevistas individuais em profundidade com cinco médicos matriculados no programa de residência de clínica médica de um hospital privado de Belo Horizonte. Tais entrevistas foram norteadas por tópico guia (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal por videoconferência, em horários agendados, sem prejuízo às suas atividades no programa de residência e fora do horário de trabalho da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas.

Além disso, a pesquisadora redigiu um diário reflexivo durante todo o período de coleta e análise de dados. Um diário reflexivo consiste em dados de autorreflexão resultantes de introspecção e autoanálise de fatos percebidos, pensamentos e sentimentos pertinentes ao processo de pesquisa. (Chang, 2008)

Não houve necessidade de consulta a dados secundários, como prontuários e dados de pacientes.

3.2.3 Anuências institucionais e aprovação ética

Este projeto obteve anuência institucional do hospital privado, do Departamento de Farmácia Social (FAS) (Anexos A e B) e parecer do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Anexo C). Tanto os participantes quanto o hospital tiveram suas identidades preservadas, não sendo publicados dados que possibilitem a identificação deles. Todos os preceitos

éticos e legais da pesquisa com seres humanos serão respeitados pela equipe de pesquisadores.

3.2.4 Métodos de análise e interpretação dos dados

Durante a fase de coleta dos dados, foi realizada leitura e análise inicial do material produzido, gerando unidades temáticas que foram revisadas na fase de análise com o *software* Atlas.ti. Com essa ferramenta, foram gerados memorandos analíticos e interpretativos que contribuiriam para a elucidação das unidades temáticas e categorias que estruturaram os resultados. Por se tratar de uma pesquisa autoetnográfica, foram gerados também diários reflexivos sobre o próprio processo pela primeira autora, que contribuiriam para uma melhor compreensão do fenômeno sob investigação. (Chang, 2008)

Le Roux (2017) permitiu identificar critérios de rigor consensuais entre autoetnógrafos, mesmo de diferentes perspectivas, os quais estão listados a seguir e foram adotados neste estudo:

Subjetividade: o pesquisador está visível no estudo, sendo um importante participante do contexto ou alguém que vivencia a experiência sob investigação, e que está envolvido na produção dos dados da pesquisa.

Refletividade: o pesquisador está consciente sobre seu papel e seu envolvimento com a pesquisa em seu contexto histórico e cultural, o que exigiu dele, ao mesmo tempo, autoexposição e introspecção.

Credibilidade: o trabalho final busca despertar no leitor a noção de que o fenômeno descrito é possível, factível. Este critério também é nomeado de verissimilitude ou plausibilidade.

Ressonância: o público-alvo do estudo será capaz de se conectar intelectual e emocionalmente com os resultados do estudo. Este critério foi aplicado a partir da divulgação dos resultados da pesquisa e da busca de respostas da audiência sobre seus impactos (discussões em apresentações em congressos e avaliações sobre textos publicados).

Contribuição: o conhecimento produzido contribuirá para ampliar os saberes sobre o tema, aumenta a capacidade dos indivíduos de resolver problemas, melhora a prática ou promove mudanças sociais.

4 ARTIGO DE RESULTADOS 1

Artigo a ser submetido à revista Journal of Palliative Medicine – Qualis A2

Competences for internal medicine residents in assisting palliative care patients: a scoping review of qualitative studies

Marina Oliveira Coura. Federal University of Minas Gerais

Ms Maria do Carmo Vilas Boas Sousa. Federal University of Minas Gerais

Dr Simone de Araújo Medina Mendonça. Federal University of Minas Gerais

Angelinda Rezende Bhering. Medical Clinic Resident in Unimed Hospital Unity Contorno of Belo Horizonte.

Aline Gabrielle Sousa Nunes. Medical Clinic Resident in Unimed Hospital Unity Contorno of Belo Horizonte.

Dr Djenane Ramalho de Oliveira. Federal University of Minas Gerais

ABSTRACT

Background: Palliative care requires, in addition to medical-scientific knowledge, humanitarian and emotional skills, the latter being an important gap in undergraduate medical courses. This can impact the practice of residents who need to deal with patients in palliative care in their routine. It is important to understand how this phenomenon has been investigated in scientific research.

Aim: Identify, describe and synthesize findings of qualitative studies about experiences of internal medicine residents during the assistance of palliative care patients.

Design: Scoping review and metasynthesis of findings of qualitative studies. The search was conducted in MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus and LILACS in April 2020. The search strategy included terms relating to internal medicine residents assisting palliative care inpatients. We included papers that use qualitative research to studies the experience of internal medicine residents with palliative care inpatients. Two reviewers extracted data of each study concerning the types and items making up the tool. The items composing the tools were grouped into categories.

Results: The initial search resulted in 10 956 studies, of which nine met the inclusion criteria. The metasynthesis of these studies revealed reports from residents related to

four main themes: technical knowledge; communication with the patient and family; feelings and emotions involved in care; aspects related to teaching and institutional structure

Conclusions: This review can help to understand the experience of internal medicine residents in palliative care.

Keywords: Palliative Medicine; Education, Medical; Internship and Residency; Review; Qualitative research.

Introduction

According to the definition of the Institute of Medicine (1997), “a good death” is one that is free from an overload of avoidable suffering for the patient, family and caregivers (1). Palliative care consists of a multidisciplinary approach aimed at improving the quality of life of patients and families who face problems associated with life-threatening diseases. They involve prevention and relief of suffering through early identification and correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual (2,3). They are a relatively new component of modern health, and increasingly considered an essential part of all care. There is still inadequate access to palliative care and hospices around the world, and with an aging population that will live and die with more complex conditions, the demand for this type of care is trying to increase. Its development has been limited by human factors, as there is a culture of fearing and avoiding anything related to death(2,4–6) .

Acting in the field of palliative care requires not only a deep medical-scientific knowledge, but also a constant confrontation with death and the implications of the dying process. These making professionals need to also develop humanitarian and emotional skills, commonly a gap in medical graduation courses. Thus, physicians find it difficult to consent to the terminality of their patients, creating an obstacle to decision-making on whether to maintain a treatment or not, especially for recent graduates, who have not yet experienced such situations (7,8). There is no consensus on the amount and quality of training needed to qualify a professional in palliative care. Marta et al (2009), in a study aimed at verifying the behavior of medical students and newly graduated physicians in the face of death and dying, showed that only 35% of residents had experience with terminal patients. Thus, frequent participation in discussions to make this type of decision probably provides students and residents with differentiated training for their professional life from a technical as well as a psychological point of view (6,8).

In this context, the aim of this scope review is to identify, describe and synthetize qualitative studies about experiences of internal medicine residents during the assistance of palliative care patients.

Methods

Protocol and registration

This scoping review was performed to understand conceptions that support a research area, explain work definitions or theoretical limits on a topic (9). This review follows the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) and the review protocol registered on Open Science Framework (https://osf.io/gmu78/?view_only=7a7e581d7a2045e3b120002ee16f0430).

Data sources and searches

The search for relevant studies was carried out in April, 2020, on the following search databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Excerpta Medica database (EMBASE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus and the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS).

The search strategy included terms relating to population, concept, and context (PCC) (9): internal medicine residents assisting palliative care patients; difficulties faced by residents in the assistance in palliative care patients and competences considered necessary to cope with these difficulties; hospital.

Study selection

Qualitative research that studies the experience of internal medicine residents palliative care inpatients were included in this review. Review articles, editorials, comments, studies with outpatients and quantitative studies were excluded. The methodological quality assessment of the included studies was not performed, as recommended by PRISMA-ScR, and performed in other scope reviews.

Data extraction and categorization

Initially, a unified database was created with the publications retrieved by the strategy. Then, duplicates were removed using EndNote software. Next, a team of independent reviewers (MC, AB, AN) evaluated the titles (Phase 1), abstracts (Phase 2), and full texts (Phase 3). Any disagreements were resolved again by consensus among these viewers. This process was performed using Rayyan, a Web application designed to assist in this step of the systematic review (identification, screening, eligibility, and inclusion) (10).

The study characteristics (author, year of publication, country, aims, methods and participants) were collected. An investigator (MC) extracted data from the studies. Inconsistencies or disagreements were resolved by consensus among the reviewers.

The findings of the qualitative studies selected in this scope review were treated through metasynthesis using the Atlas.ti software. One of the researchers (MC) carried out metasynthesis as recommended by Mohammed and collaborators.(11) Then, in collaborative work sessions of the team of researchers (MC, MS, SM), the themes of metasynthesis were revised, reaching a final structure presented in this article.

Results

Included studies

An initial search identified 10956 studies. After removing duplicates, non-English studies, and screening of titles and abstracts, 188 full text articles were assessed for eligibility. Nine studies met selection criteria for final descriptive analysis (Fig. 1).

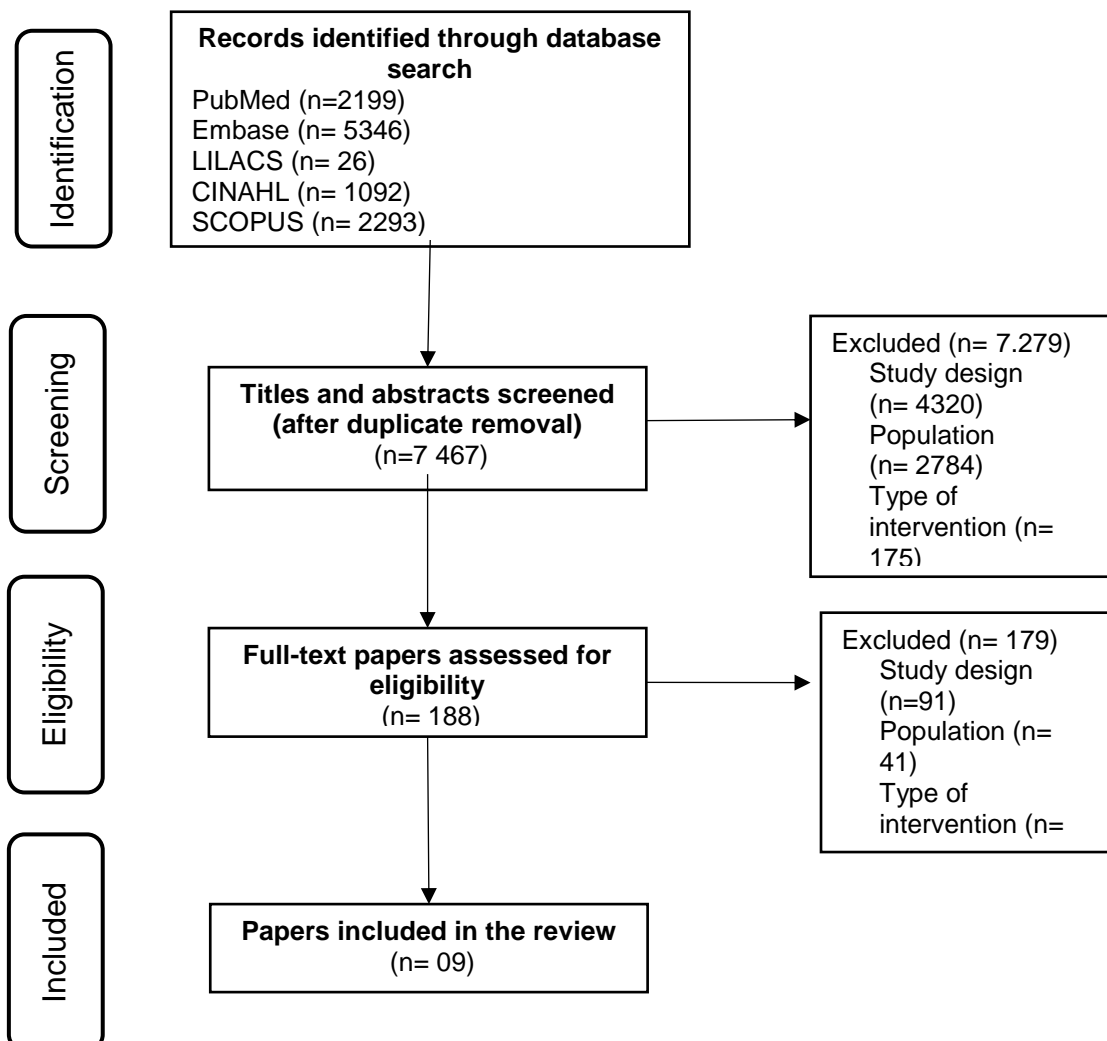


FIG. 1. Flow diagram of study selection process. From: Moher et al(12)

The first study was published in 1992 and five (55%) were published in the last decade. The country with most studies was the U.S. (n=4; 44%), followed by Canada (n=2; 22%).

The number of participants per study ranged from 13 to 75 residents, with an average of 29. The main strategy for data collection was the semi-structured interview, used in three studies. Appendix Table A1 contain full descriptions of included studies. The themes identified in the meta-synthesis are included in Tables A2 and are presented below.

Table A1. Characteristics of studies included in the scoping review

<i>Author, year (Country)</i>	<i>Study aims / objectives</i>	<i>Study methods</i>	<i>Participants (n)</i>
Muller, 1992 (U.S.)	To portray the day-to-day practices of medical residents and the ways in which their tasks and activities change as patients move from the status of living to the status of dead. To describe the attitudes, values, and beliefs of medical residents about their work with a patient population which is near death. To identify the criteria by which persons are assigned to the category of the dying. To examine social and cultural factors which influence the process of decision-making by medical residents in the management of dying patients.	Qualitative research with participant observation.	13 medical house staff teams (typically comprised of 1 or 2 first year residents, a senior resident, an attending physician, and 1 or 2 medical students)
Ruopp, 2005 (U.S.)	To analyzes how physicians question care - expressing concern, unease, or uncertainty about treatment decisions and practices, errors, or adverse events - as they attend dying patients.	Qualitative research with analysis retrospective of physician narratives.	75 physician narratives.
Deep, 2008 (U.S.)	To explore how discussions about life sustaining treatment occur and examine the factors that influence physicians' communicative practices in hopes of providing novel insight into how these processes can be improved.	Qualitative research with semi-structured interviews.	28 matched dyads of a resident physician and a hospitalized patient or their surrogate decision maker with whom cardiopulmonary resuscitation was discussed.
Luthy, 2009 (Switzerland)	Investigate the difficulties residents in training perceive in end-of-life care.	Qualitative research with a written	24 internal medicine residents

			question.
Sharma, 2014 (U.S.)	To gain insight into the effects of code status discussions education on resident skills.	Qualitative research with analysis of simulated in control and intervention group.	56 residents rotating on the Internal Medicine service.
Kawaguchi, 2016 (Canada)	To develop a deeper understanding of medicine residents' experiences with palliative care.	Qualitative research with semi-structured interviews.	12 Internal Medicine residents
Roze des Ordons, 2016 (Canada)	Explore contextual factors that influence conversations between trainees and patients/families about goals of care in the acute care setting.	Qualitative research with focus groups and semi-structured interviews.	20 Internal Medicine residents
Arai, 2017 (Japan)	Examine residents' emotional states and learning occurring during the provision of care to dying patients and specifically discuss the impact of providing end-of-life (EOL) care on professional identity formation.	Qualitative research with semi-structured interviews	13 residents who had graduated in the last 3 to 5 years
Hwee, 2020 (Singapore)	To explore how the informal curriculum augments the formal curriculum of a palliative care rotation in shaping the professional development of a doctor.	Qualitative research with focus group.	21 junior doctors (13 medical officers and 8 residents of internal medicine) who spent at least 2 months in a palliative care setting in a tertiary hospital or an inpatient hospice.

Table A2. Themes highlighted in the review

Themes	Subthemes	Study	Quotations from studies participants
Technical knowledge	Perception of the importance	Arai et al., 2017b; Hwee et al., 2020; Deep, Griffith e Wilson, 2008; Muller, 1992	<i>"I think when I first started, I thought it was a very sharp like, treatment stops and then palliation starts and I think I also perceived it as only people with very advanced like prognosis within days to weeks, maybe months, would be appropriate palliative care patients. I never thought that patients with a prognosis from months to years would be followed by palliative care providers."</i> (Kawaguchi et al., 2017)

Symptoms management		Kawaguchi <i>et al.</i> , 2017; Luthy <i>et al.</i> , 2009	<i>"To be able to sort out between what belongs to depression, pain, dyspnea, loss of body image or dignity."</i> (Luthy <i>et al.</i> , 2009)
To do or not		Arai <i>et al.</i> , 2017b; Choo Hwee <i>et al.</i> , 2020; Luthy <i>et al.</i> , 2009; Muller, 1992	<i>"Limited code. No unit, no intubation, but everything else."</i> (Muller, 1992)
Communication with the patient and family		Arai <i>et al.</i> , 2017b; Choo Hwee <i>et al.</i> , 2020; Deep, Griffith e Wilson, 2008; Kawaguchi <i>et al.</i> , 2017; Luthy <i>et al.</i> , 2009; Muller, 1992; Roze Des Ordons <i>et al.</i> , 2016; Sharma <i>et al.</i> , 2014	<i>"Being able to identify the type of person you're talking to and being able to deliver information in different ways will be an ongoing challenge."</i> (Roze Des Ordons <i>et al.</i> , 2016) <i>"The residents were fearful of possible legal action if the family of a patient disagreed with their judgment regarding a DNR decision. Consequently, in situations of disagreement a DNR order was rarely placed in the patient's medical record, in accordance with the guidelines which posit that all parties must be in agreement"</i> (Muller, 1992)
Feelings and emotions involved in care	Appropriate emotional distance	Arai <i>et al.</i> , 2017b; Choo Hwee <i>et al.</i> , 2020; Deep, Griffith e Wilson, 2008; Luthy <i>et al.</i> , 2009; Muller, 1992; Roze Des Ordons <i>et al.</i> , 2016; Sharma <i>et al.</i> , 2014	<i>"When you become so emotionally attached to them, you become clouded. You need to take a step back. That's a challenge."</i> (Choo Hwee <i>et al.</i> , 2020) <i>"Trainees and clinical faculty also expressed discomfort in acknowledging their own and patients' emotions, focusing on information over the emotional aspects of illness."</i> (Roze Des Ordons <i>et al.</i> , 2016)
Perception of care		Arai <i>et al.</i> , 2017b; Choo Hwee <i>et al.</i> , 2020; Kawaguchi <i>et al.</i> , 2017; Luthy <i>et al.</i> , 2009; Roze Des Ordons <i>et al.</i> ,	<i>"Some of the care that I've given elderly patients in ICU and on the wards when they've coded has just horrified me, it's almost like torturing someone as they die. And, you know, that's shaken me."</i> (Arai <i>et al.</i> , 2017b) <i>"I'm more of an intro-reflective person. I</i>

	2016; 2005	Ruopp, <i>leave the room and I'm like, 'Oh, you're an idiot. You did this wrong, this wrong.'</i> (Roze Des Ordons et al., 2016)
Medical Profession proof	Arai et al., 2017b; Choo Hwee et al., 2020; Luthy et al., 2009; Ruopp, 2005	<i>"Witnessing death evoked internal conflict where the doctors experienced frustration and helplessness but recognised that "letting go" of conventional disease modifying treatment did not constitute failure"</i> (Choo Hwee et al., 2020) <i>"During clinical training, the residents had experienced caring for dying patients. Because the residents could not do anything for these patients, they suffered from a guilty conscience and viewed themselves not only as being an incompetent doctor but also as having a useless existence in society. They harbored negative emotions such as anger or irritation with themselves and/or their attending physicians. They also felt a sense of guilt toward the patient and/or the patients' family. These unresolvable feelings occasionally disrupted the residents' self-efficacy and made them feel as though the care and treatment that they were providing were incomplete."</i> (Arai et al., 2017b)
Attitude towards patients who are candidates for palliative care	Arai et al., 2017b; Deep, Griffith e Wilson, 2008; Muller, 1992; Roze Des Ordons et al., 2016	<i>"If residents concluded that a resuscitation effort would be futile because there was little possibility that it would successfully reestablish cardiopulmonary function or postpone death, they brought up the possibility of a do-not-resuscitate order in discussions with their attending physician. They also typically raised the issue if a patient had a terrible prognosis because of irreversible disease or they believed the patient would incur severe and unnecessary misery by the application of extraordinary therapeutic measures. Residents made predictions in these cases about what the patient's quality of life would be like and the possibility for meaningful existence, if he or she survived resuscitation."</i> (Muller, 1992)

"We are the ones having these conversations in the middle of the night and we're not really the best people to... say what the prognosis is or will this really help because we don't necessarily know."
(Roze Des Ordons et al., 2016)

Aspects related to teaching and institutional structure	Relationship with the team	Arai et al., 2017b; Choo Hwee et al., 2020; Luthy et al., 2009; Muller, 1992; Roze Des Ordons et al., 2016	<p><i>"[The attending] just couldn't bring himself to write the no-code order. That is his opinion. But when I'm on the line, when I'm the physician there, I guess worth something too. So, I took it upon myself to do what I felt. But when things like that have come up, I've always called attendings to see their side of the issue. And he talked to me for about an hour. Even though after an hour had talked to him, I still didn't agree with what he told me. And so then at that point you have only yourself to fall back on. Then you do the way you feel, what you feel is right."</i>(Muller, 1992)</p> <p><i>"There was a nurse who was contradicting what (the doctor) was doing, but another nurse kindly said, 'There was nothing else we could do for the patient,' and helped out together. This somehow made me relax just because there was someone who felt that way."</i> (Arai et al., 2017b)</p> <p><i>"The nurses do the basic nursing like turning, suctioning, dressing, and cleaning...the MSW (medical social worker), physiotherapist, art and music therapist are examples of the</i></p>
---	----------------------------	--	--

		<i>multidisciplinary team to care for the patient. It made me realise how important they can be to the patients' care.</i> "(Choo Hwee et al., 2020)
Perception of education received	Arai et al., 2017b; Kawaguchi et al., 2017; Luthy et al., 2009; Muller, 1992; Roze Des Ordons et al., 2016	<i>The structure of residency education also reduced the number of opportunities to establish rapport and have meaningful conversations with patients. Frequent handovers and inconsistent patient assignments led to diffusion of responsibility for goals of care conversations and decision-making. And then you're post call and you hope that somebody else picked up [the conversation] but you don't really get to see that progression the next day, and then somebody else gets assigned the patient.</i> (Roze Des Ordons et al., 2016)
		<i>"We don't get a lot of didactic palliative care teaching first. Like I'm trying to remember we may have had one half-day on it in three years so like we don't get a lot of it even though it is something that we see a lot of."</i> (Kawaguchi et al., 2017)
		<i>"Providing good palliative care, good support and discussions with patients and their families requires time, no question about it. And sometimes with the pressures of managing a team and admitting patients and discharging patients, as much as I want to, that just doesn't exist so I think sometimes we do a suboptimal job just because we can't get around to it."</i> (Kawaguchi et al., 2017)
Protocols and medical records	Deep, Griffith e Wilson, 2008; Kawaguchi et al., 2017; Muller, 1992; Roze Des Ordons et al., 2016	<i>"It's never about the communication; it's about getting the work done. And I think that the shift really needs to change in our philosophy before we become robots."</i> (Roze Des Ordons et al., 2016)

Technical knowledge

The technical deficiency in providing palliative care was recognized through three main themes: (1) perception of the importance of the topic, (2) what to do or not after taking a dose, and (3) how to manage the symptoms. It was during the residency that some professionals realized the importance of offering medical care to patients with no curative proposal (13–16). It was difficult to define what to do or not. Muller (1992) noted - through specification, medical records and description - the efforts made between full resuscitation and no resuscitation, which he called “slow codes”, making clear the insecurity with 'not doing' (13,14,16,17). It is observed that residents also reported difficulty in differentiating physical and emotional suffering and how to alleviate the symptoms of a terminal illness (17,18).

Communication with the patient and family

All studies included in this review refer to the residents' concern about how to relate to family members and patients in the face of a terminal illness. Each individual has a way of dealing with this moment, in addition to having a different understanding and culture. This makes the experience essential for learning. Residents also feel a desire not to provide false hope in the face of a poor prognosis, while seeking to demonstrate that the patient will not be abandoned by the team. In cases of a disagreeing decision between the family and the care team, residents showed negative feelings, such as anguish and frustration.(13–20)

Feelings and emotions involved in care

Finding appropriate emotional distance was a challenge for the residents. Not to be attached to a patient who is dying, without being cold in the face of such a delicate moment (13–17,19,20). They expressed regrets in relation to the care they provided before acquiring technical knowledge about palliative care and in recent cases, in which they felt they could have done better (13,14,17–19,21). Dealing with end-of-life patients led residents to reframe medicine. In some cases, there was frustration with the impossibility of cure, in others, gratitude for being able to offer comfort to families and patients (13,14,17,21). When they present themselves in front

of admitted patients who are already candidates for palliative care, despite the insecurity, the residents addressed the topic in the first contact with the family, in order to make sense of what the patient and family wanted. However, when this perception happened over time, residents tended to discuss this decision with their tutors (13,14,16,17,19).

Aspects related to teaching and institutional structure

Regarding the relationship with the team, studies showed that residents did not always agree with the behavior of their preceptors. At these times, some of them report cases in which they took responsibility for themselves. Residents realize the importance of a multidisciplinary team and describe a relationship of complicity with nurses, especially in times of conflict with preceptors (13,14,16,17,19). Regarding the educational structure of medical residency, residents reported receiving little theoretical content on palliative care, despite dealing with the topic daily.

In addition, they believe that the format of short rotations makes it difficult to create relationships with patients and families. Some participants felt that work overload prevented longer conversations and better provision of palliative care (13,16–19). Residents criticized institutions for creating objective questionnaires and protocols for dealing with end-of-life care. In some cases, they reported as used to “dribble” the norms (15,16,18,19).

Discussion

This review sought to understand the experiences of internal medicine residents when dealing with patients in palliative care.

World Health Organization (WHO) recognizes that the vast majority of health professionals around the world have little or no knowledge of the principles and practices of palliative care.(6) In our study, some young physicians reported that only during their residency they were able to recognize the importance of the topic.

Frydman(2021), conducted a survey of Internal Medicine residents to identify which aspects of palliative care trainees find most important and their knowledge gaps in palliative care, the vast majority of participants rated the management of physical symptoms as “very important / important”(22). Despite the existence of a list

of basic medications for minimal palliative care, in the two selected studies we can see the insecurity of residents regarding the difficulty in adequately controlling the physical symptoms of their patients(17,18,23).

Misconceptions about the practice of euthanasia, associated with a lack of global understanding of the topic and how to approach it with patients and their families, generate uncertainty for the assistant physician and sometimes perpetuate great suffering.(24). In our review, residents showed insecurity about what they should or should not do for their patients, drawing attention to the occurrence of what Muller (1992) called “slow codes”(16).

Talking with patients and families is a sore point when it comes to providing palliative care. In all selected studies the theme was mentioned. Public policies to foster community education and awareness about palliative care could facilitate this doctor-family-patient interaction by bringing the issue to the fore before emergencies occur(6). Furthermore, communication skills should be acquired in the early years of medical training and reinforced in the undergraduate years (25). In several statements by the residents, we noticed the difficulty these young doctors have in “translating” medical behavior into a shared decision between the medical team, patient and family.

Most people fear and avoid anything related to death(6). In this metasynthesis, the difficulty in finding what we call “an adequate emotional distance” was recognized, not being attached to someone who is dying, without being cold in the face of the suffering of the patient and family.

Palliative care reaffirms the importance of life, considering death as a natural process aiming at measures that generate relief from pain and other symptoms (3). However, we realized that, when faced with the limitations of medicine, residents experienced an internal conflict to reframe the importance of the profession in the paradigm of care and not cure.

The WHO in its “Minimum Package of Palliative Care Services” recognizes that to provide adequate palliative care, a multidisciplinary team is needed, involving physicians, nurses, psychologists, physiotherapists, pharmacists, among others (23). Palliative care represents a set of skills: such as managing pain, depression, anxiety, managing suffering and assisting families in compressing the prognosis and treatment goals (26). Residents studied realized the importance of support from a

well-structured team for both technical and emotional support for those involved in the process.

Conclusions

This review can help to understand the experience of internal medicine residents in palliative care. Although the selected studies vary in time, location and form of data collection, the themes and experiences lived by the residents were similar in the various studies included. The number of studies is still small in the current literature, suggesting the need for more studies with this group to improve residency programs in the formation of studies prepared to provide palliative care.

Funding Information

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or notfor-profit sectors.

Author Disclosure Statemen

The Authors declare that there is no conflict of interest.

Marina Oliveira Coura

marinoliveiracoura@ufmg.br

+55 31 98405-6750

R. Prof. Moacir Gomes de Freitas - Pampulha, Belo Horizonte - MG, 31270-901

1. Institute of Medicine. Approaching death: improving care at the end of life. National Academy of Sciences. 1997.
2. Pessini L. Distanasia. Até quando prolongar a vida? 2001.
3. WHO. National cancer control programme - 2nd edition. 2002;
4. Field MJ, Cassel CK. Financial and Economic Issues in End-of-Life Care [Internet]. Approaching Death: Improving Care at the End of Life. 1997. 154–

- 187 p. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/5801>
5. Pessini L. Distanásia: até onde investir sem agredir. *Rev Bioética*. 1991;
 6. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care - 2nd Edition [Internet]. 2020. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
 7. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciência e Profissão*. 2005;25(3):484–97.
 8. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A de, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(3):405–16.
 9. Peters M, Godfrey C, McInerney PMZ, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). In: *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. 2020.
 10. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016;5(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
 11. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Meta-synthesis of qualitative research: the challenges and opportunities. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(3):695–704.
 12. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;349(January):1–25.
 13. Arai K, Saiki T, Imafuku R, Kawakami C, Fujisaki K, Suzuki Y. What do Japanese residents learn from treating dying patients? the implications for training in end-of-life care. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1–9.
 14. Choo Hwee P, Hwee Sing K, Yong Hwang MK, Mei AHY. The informal curriculum: What do junior doctors learn from a palliative care rotation? *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):114–7.
 15. Deep KS, Griffith CH, Wilson JF. Communication and decision making about life-sustaining treatment: Examining the experiences of resident physicians and

- seriously-ill hospitalized patients. *J Gen Intern Med.* 2008;23(11):1877–82.
16. Muller JH. Shades of blue: The negotiation of limited codes by medical residents. *Soc Sci Med.* 1992;34(8):885–98.
 17. Luthy C, Cedraschi C, Pautex S, Rentsch D, Piguet V, Allaz AF. Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study. *Palliat Med.* 2009;23(1):59–65.
 18. Kawaguchi S, Mirza R, Nissim R, Ridley J. Internal Medicine Residents' Beliefs, Attitudes, and Experiences Relating to Palliative Care: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Med.* 2017;34(4):366–72.
 19. Roze Des Ordons AL, Lockyer J, Hartwick M, Sarti A, Ajjawi R. An exploration of contextual dimensions impacting goals of care conversations in postgraduate medical education. *BMC Palliat Care [Internet].* 2016;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0107-6>
 20. Sharma RK, Jain N, Peswani N, Szmuilowicz E, Wayne DB, Cameron KA. Unpacking resident-led code status discussions: Results from a mixed methods study. *J Gen Intern Med.* 2014;29(5):750–7.
 21. Ruopp P et al. Questioning Care at the end of life. *J Palliat Med.* 2005;8(3):192–207.
 22. Frydman JL, Hauck K, Lowy J, Gelfman LP. Improving the Care of Patients With Serious Illness: What Are the Palliative Care Education Needs of Internal Medicine Residents? *Am J Hosp Palliat Med.* 2021;
 23. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016;
 24. Hermes HR, Arruda Lamarca IC. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cienc e Saude Coletiva.* 2013;18(9):2577–88.
 25. Ross DD, Shpritz DW, Wolfsthal SD, Zimrin AB, Keay TJ, Fang H Bin, et al. Creative solution for implementation of experiential, competency-based palliative care training for internal medicine residents. *J Cancer Educ.* 2011;26(3):436–43.

26. Edwards A, Nam S. Palliative Care Exposure in Internal Medicine Residency Education: A Survey of ACGME Internal Medicine Program Directors. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(1):41–4.

5 ARTIGO DE RESULTADOS 2

Artigo a ser submetido à revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação
(Qualis A4)

AUTOETNOGRAFIA: A EXPERIENCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Marina Oliveira Coura
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de
Minas Gerais, Brasil

Dra. Djenane Ramalho de Oliveira
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de
Minas Gerais, Brasil

Dra. Simone de Araújo Medina Mendonça
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de
Minas Gerais, Brasil

RESUMO

De acordo com o Código de Ética Médica Brasileiro “nos casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem realizar diagnósticos ou ações terapêuticas inúteis ou obstinadas”. Embora pareça uma definição simples, quando iniciei a residência médica, percebi que não tinha conhecimento sobre como lidar com as limitações da profissão médica. O que fazer naquele momento em que o fim se aproxima e nenhum tratamento poderá mudar o resultado? A redescoberta da função médica vivenciada durante a residência motivou essa autoetnografia. Entrevistei residentes para revisitar minhas memórias. Fiquei surpresa com histórias muito semelhantes que motivaram a redação de uma narrativa autoetnográfica que resume os desafios de lidar com a morte neste momento em que você é um médico inexperiente, mas com vontade de melhorar.

Introdução

Neste artigo, a autoetnografia é utilizada para explorar as vivências do residente de clínica médica, ao lidar com a mortalidade de seus pacientes. Duas questões principais guiaram este estudo. A primeira, uma questão pessoal, diz respeito a minha jornada durante a residência e as dificuldades que enfrentei para lidar com a decisão e o processo de prestar cuidados paliativos. A segunda questão diz respeito a dar voz ao residente de clínica médica.

O artigo está dividido nas seguintes partes: primeiro eu discuto a definição de cuidados paliativos; em seguida discuto o que é ser um residente de clínica médica. Em particular, aponto as dificuldades enfrentadas por estes profissionais em lidar com doentes terminais. Então eu explico o método empregado para a realização deste estudo. Depois disso, exponho uma narrativa de vivência como residente em uma enfermaria de clínica médica e prossigo para discussão dos temas presentes na narrativa.

Cuidados Paliativos

Segundo a definição do *Institute of Medicine* (1997), “uma boa morte” é aquela que está livre de uma sobrecarga de sofrimento evitável para o paciente, família e cuidadores. (1) Os cuidados paliativos consistem em uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. (2,3) Eles são um componente relativamente novo da saúde moderna e cada vez mais considerados uma parte essencial de todos os cuidados. Seu desenvolvimento tem sido limitado por fatores humanos, pois existe uma cultura de temer e evitar tudo o que está relacionado à morte. (2,4–6)

Residência em medicina interna e corridas de leito com preceptores

A residência é, em sua essência, uma experiência educacional. Os residentes trabalham longas horas com salários reduzidos em relação a seus pares profissionais em troca de valor educacional para sua formação.(7)

O relacionamento com os pacientes é a principal fonte de satisfação do médico. No entanto, o cuidado direto ao paciente compreende uma porção surpreendentemente pequena do dia para os residentes de medicina interna, que passa a maior parte do tempo em atividades administrativas, discussão de casos e atividades indiretas de assistência. Esta falta de tempo limita a construção de relacionamentos com os pacientes. (7–11)

O “ritual da corrida de leitos” faz parte da rotina matinal do residente de medicina interna. Ocorre todos os dias, sem exceção, nunca são canceladas e deixar de participar delas não é nem mesmo aventado. Por isso, apesar de não deixarem de acontecer, podem ser impactadas pelo contexto em que ocorrem. São consideradas um “jogo acadêmico”, onde os preceptores buscam instruir residentes e acadêmicos a beira leito sobre o que deve ser feito ou não. (12–15)

Conhecimento necessário para prestar cuidados paliativos

Atuar no campo dos cuidados paliativos requer não só um conhecimento médico-científico profundo, mas também um enfrentamento constante com a morte e as implicações do processo de morrer, fazendo com que os profissionais necessitem também desenvolver habilidades humanitárias e emocionais, lacuna comumente encontrada nos cursos de graduação em medicina. Assim, os médicos têm dificuldade em consentir com a terminalidade de seus pacientes, dificultando a tomada de decisão sobre a manutenção ou não do tratamento, principalmente para os recém-formados, que ainda não vivenciaram tais situações. (16,17) Ainda não há consenso sobre a quantidade e a qualidade da formação necessária para qualificar um profissional em cuidados paliativos. (6)

Método

A autoetnografia é um gênero de escrita e pesquisa que conecta o pessoal ao cultural. Combinando princípios da etnografia e da autobiografia, o pesquisador executa vários ciclos de escrita e análises até que os resultados da pesquisa sejam elucidados. Como o tema da pesquisa é extremamente familiar ao pesquisador, ele tem capacidade de analisar e interpretar os dados com profundidade. A experiência pessoal do pesquisador é central no processo de construção, análise e discussão

dos dados. Porém, entendendo a cultura como uma rede entre o “eu” e os “outros”, pode-se incluir co-informantes no estudo, utilizando também suas vozes na construção das narrativas. (18–20)

A pesquisa autoetnográfica na educação médica tem capacidade para expandir o que sabemos sobre os ambientes de ensino e aprendizagem onde vivemos e trabalhamos e o potencial de contribuir para mudanças positivas. Além de ser um processo eficaz e gratificante, através do qual os envolvidos podem refletir sobre o significado de suas experiências e transmitir suas idéias a outras pessoas. (21–23)

Como uma pesquisa qualitativa, o pesquisador faz parte da cultura pesquisada, sendo também um participante do estudo, e o leitor é compreendido como co-participante. Dessa forma, a escrita autoetnográfica torna a pesquisa mais acessível ao público ‘não acadêmico’. (24,25). Na educação médica, é um meio de reduzir o sentimento de isolamento, aprimorar o autoconhecimento e cultivar habilidades e capacidades cerebrais do cérebro direito, muitas vezes ausentes do treinamento da residência. (26)

Para a realização deste trabalho, foram entrevistados por videoconferência cinco médicos matriculados no programa de residência em clínica médica de um hospital privado de Belo Horizonte entre setembro e novembro do ano de 2020. Tais entrevistas foram norteadas por tópico guia e realizadas pela pesquisadora principal em horários agendados com os participantes do estudo. As entrevistas foram gravadas. A pesquisadora foi entrevistada por sua co-orientadora utilizando o mesmo tópico guia das entrevistas com outros participantes. A primeira autora também redigiu um diário reflexivo durante todo o período de coleta e análise de dados. Neste diário reflexivo foram registrados dados de autorreflexão resultantes de introspecção e autoanálise de fatos percebidos, pensamentos e sentimentos e memórias pertinentes ao processo de pesquisa (18,20,24). Não houve necessidade de consulta a dados secundários, como prontuários e dados de pacientes.

A análise das entrevistas e do diário reflexivo aconteceu de modo colaborativo ao longo de todo o período de pesquisa (2 anos) por meio da participação em disciplinas de autoetnografia em que os temas identificados eram apresentados e discutidos. Os principais temas foram utilizados para a construção de uma narrativa que ilustre a rotina e os sentimentos vivenciados durante a residência de medicina interna.

Considerações éticas

Este projeto obteve as anuências institucionais necessárias e foi aprovado por comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos das instituições educacional e de saúde envolvidas (CAAE 31883020.6.0000.5149). Todos os participantes consentiram sobre sua inclusão no estudo, assinando termo de consentimento livre e esclarecido. A identidade dos participantes e do hospital foram preservadas, não sendo publicados dados que possibilitem a identificação. Todos os requisitos da legislação em vigor sobre o assunto foram seguidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Narrativa

São sete da manhã de um dia como outro qualquer. Acabo de chegar ao hospital. Passo no conforto médico para pegar o meu café. Me sento no computador para ver a minha lista de pacientes. Percebo que tenho uma paciente nova, Dona Maria da Silva, uma senhora de 80 anos que segundo o relato do prontuário já tem um quadro demencial importante, já restrita ao leito, e que agora internou por uma pneumonia provavelmente pela aspiração de alimentos para o pulmão devido à dificuldade de deglutir. Vejo seus exames, bastante alterados. Na sua prescrição múltiplas medicações para o quadro de demência, além de antibiótico, dieta pastosa e hidratação. Termino de ver as evoluções e prescrições dos outros pacientes.

Começo minhas visitas. Dona Maria agora está acompanhada da sua filha caçula, que se denomina Lúcia. Uma senhora de meia idade, me conta que depois de um acidente vascular encefálico há 6 anos sua mãe passou a deambular com dificuldade, até que caiu e quebrou o fêmur há 3 anos, quando se tornou totalmente acamada. Sua filha parece ter algum estudo, me contou tudo de maneira fácil de compreender. Traz consigo um livreto, mostrando que já recebe cuidados da equipe domiciliar, visto que não consegue ir às consultas pela mobilidade reduzida. Diz que a mãe era hipertensa e diabética, mas que a pressão e a glicose "melhoraram com o tempo" e por isso agora usa apenas medicações para o "Alzheimer".

Enquanto conversávamos, sua cuidadora chegou para a troca de turno. Uma senhora lá pelos 50 anos, veste brancas, jaleco. Pergunto a ambas sobre o motivo da vinda ao hospital: "ela está prostrada e teve febre na última semana". Também não está querendo comer, acrescenta a cuidadora Joana.

Começo a examinar Dona Maria, para tirar minhas próprias conclusões. A paciente está muito sonolenta, desperta, mas dorme rapidamente. Sua pressão está boa e o oxigênio também. Porém, é nítido para mim que está paciente provavelmente terá dificuldade para se alimentar.

Começo a conversar com a filha sobre as propostas de cuidado:

- "Pelo que vocês me contaram, Dona Maria já está bastante dependente para suas atividades e com piora progressiva nos últimos anos, é isso mesmo?"
- "Sim, elas respondem em coro".
- "Mas na última semana ela está pior", diz sua cuidadora preocupada.
- "Me contem um pouco sobre como ela estava se alimentando, ela estava tendo engasgos? Que tipo de comida ela comia?"
- Ela estava com dificuldade para mastigar, então faz 1 ano que só come comida pastosa, nos últimos meses tosse um pouco na hora da comer, mas come bem.
- Vocês conseguem entender que o quadro dela não é algo de agora? Pelo que vocês estão me contando parece algo que está progredindo há meses até que ela teve uma pneumonia como consequência dessa aspiração.
- Provavelmente, doutora.
- E a médica que atende vocês, alguma vez conversou sobre a possibilidade de ela piorar?
- Não, a médica dela sempre diz que ela está muito bem para a idade e que se não fosse a fratura de fêmur provavelmente ela estaria andando para todos os lados. E é verdade, antes de cair ela até tinha um pouco de dificuldade para andar pelo derrame, mas isso não a impedia de fazer nada. Era difícil de segurar essa moça.

Nesse momento senti que provavelmente seria mais difícil do que eu imaginada conversar sobre cuidados paliativos com essa família, mas resolvi ir a fundo aproveitando a presença da filha que sairia em poucos minutos.

- Sua mãe está bastante debilitada agora, tem um quadro de pneumonia por aspiração. Já foi começado antibiótico para ela no pronto socorro, mas ela está bem prostrada e não consegue se alimentar. Nós já estamos fazendo tudo o que podemos para que ela melhore aqui, gostaria de conversar com você em como agiremos caso ela venha a piorar. Lúcia, você e sua família já conversaram se gostariam de levar sua mãe para o CTI e de submetê-la a uma intubação em caso de piora?
- Não, doutora. Nós nunca conversamos isso. Mas claro que se ela precisar queremos dar tudo para ela. Não podemos desistir da nossa mãe, afinal ela sempre cuidou de nós.

Fiquei um pouco na dúvida sobre continuar ou não a conversa neste momento. Fui “salva” pela ligação do meu preceptor dizendo que acaba de chegar ao hospital. Expliquei para Lúcia que eu era residente e perguntei se ela poderia esperar para que eu e o meu preceptor conversássemos melhor com ela em alguns minutos. Ela rapidamente respondeu que sim.

Assim que saí do quarto vi meu preceptor me esperando na bancada. Luiz é um ótimo clínico, cerca de 40 anos, esta é a primeira semana que ele é meu preceptor. Antes disso tive outros também muito bons. Foi com eles que aprendi o que sei sobre cuidados com ênfase em conforto. Já vi alguns preceptores conversando com as famílias e como Luiz me deixa muito a vontade dessa vez quis começar essa abordagem.

Luiz me chama para a sala de prescrições para discutir os casos. Ele parece muito apressado. Diz que hoje tem que ser mais rápido pois trabalha em outro serviço. Conto o caso de Dona Maria e rapidamente ele responde: "se é isso que a família quer é o que vamos fazer."

Me sinto decepcionada, mas me deixo levar. Combinamos de prescrever sonda nasointestinal para começar dieta e manter o antibiótico e hidratação. Luiz foi comigo ao quarto e juntos falamos sobre o que faríamos com a família.

No dia seguinte já encontrei Dona Maria com a sonda, recebendo dieta e amarrada no leito para não retirar a sonda. Era necessário por enquanto. Vamos só esperar ela melhorar da infecção para fazer a gastrostomia, falei com a filha. Três dias de angústia, as visitas sempre iguais, manter antibiótico e aumentar a dieta.

Até que na quinta-feira, resolvi fazer um plantão noturno extra. Fui chamada porque Dona Maria havia entrado em insuficiência respiratória. A enfermeira me conta que ela vomitou e deve ter aspirado a dieta.

Encontro-a já muito mal, grande esforço, saturação de 85%, na máscara a 12L/min, pressão baixa. Me arrependo de todas as conversas que não tive com a família. Agora quem a acompanha é uma cuidadora. Não consigo conversar mais.

Me preparo para a intubação com grande pesar. O procedimento foi fácil. Rapidamente Dona Maria estava intubada, sedada e sendo levada para o CTI. Tive notícias de que ela faleceu depois de 3 dias.

Nunca mais encontrei com sua família, mas esta experiência me fez refletir sobre como ser uma médica melhor. Sinto que fugi da responsabilidade de explicar para a família o que cuidados invasivos significava para a paciente. Será que eles tinham informações suficientes para tomar uma decisão? Provavelmente não.

Um preceptor me disse uma vez, “cuidados paliativos é sempre uma decisão médica. Cabe a você decidir e explicar isto para a família”. Achei isso de uma prepotência sem tamanho. Afinal, quem somos nós para decidir sobre a vida de alguém?

Porém, a cada conversa que tenho com familiares sinto que talvez isso se aproxime da realidade. A filha da Dona Maria não fazia ideia de como queria que fossem seus últimos dias. E sabia muito menos como é estar em um CTI, ou ser intubada, e todo o sofrimento físico e psicológico que isto traz.

Não temos a cultura de discutir isto com nossos familiares no Brasil. A morte é um assunto velado. E quando ela se aproxima, não sabemos o que fazer.

“Queremos o melhor para ela”, quantas vezes ouvi isso e tive que decidir sobre o que isso ia significar. Sinto o peso desta responsabilidade em meus ombros, mas não sei o que fazer. Estou aqui para aprender. Quero alguém para me ajudar, mas quem? Meu preceptor está com pressa e me sinto envergonhada por mostrar minha insegurança para ele e meus colegas. Afinal, já sou médica e preciso ter uma postura condizente.

Sinto que a equipe multidisciplinar não vai entender. Afinal, eles nunca sentiram este peso. Corro para casa, abraço meu namorado, choro sem que ele entenda a razão. Digo: “uma paciente minha morreu”. Ponto. O assunto se encerra. Aqui também ninguém quer falar sobre morte. “Vamos sair um pouco para esquecer”, ele diz. Me empanturro de comida e álcool. Quero fugir.

Retorno para o hospital no dia seguinte. Um dia como outro qualquer. Quem sabe uma nova chance? “Bom dia”, de forma enfática cumprimento o segurança e todos os que encontro pelo caminho. Esperando que aquela experiência fique para trás e este seja um belo novo dia.

A construção desta narrativa

Construir esta narrativa inicialmente foi como todo o processo de prestação de cuidados paliativos: solitário. Porém, no decorrer das entrevistas, descobri que se trata de uma experiência vivida de forma muito semelhante pelos meus pares, porém silenciadas.

Cada participante trouxe à minha memória detalhes desses momentos tão delicados na minha formação. Cheguei a escrever histórias sobre pacientes jovens, discussões mais complexas e outras várias narrativas. No entanto, Dona Maria continuou ali, com diferentes nomes e contextos, mas sempre presente no meu dia a dia da enfermaria e nas histórias que ouvi durante as entrevistas. Uma paciente fictícia, mas que poderia ser qualquer um dos diversos pacientes com demência avançada e pneumonia por aspiração que eu ou outros residentes atendemos durante a residência de medicina interna.

DISCUSSÃO

Usando memórias e reflexão e os temas que emergiram nas análises de dados, elaborei a narrativa acima para expor a experiência do residente de clínica médica prestando cuidados paliativos. Comparando tais vivências com o que encontrei na literatura, destaco os temas principais presentes na narrativa: falta de conhecimento prévio sobre o assunto, relacionamento com família-paciente, insegurança em prestar cuidados paliativos e estrutura do ensino na residência médica.

Falta de conhecimento prévio sobre o assunto

Enfrentar essa realidade durante a residência foi uma surpresa em relação à expectativa inicial de 'aprender a curar'. A OMS reconhece que a maioria dos profissionais de saúde em todo o mundo tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas dos cuidados paliativos. (6)

Apenas na residência aprendi a reconhecer a importância do tema. Outros autores que realizaram estudos qualitativos sobre o assunto também relataram que a residência de clínica médica foi o momento em que novos médicos perceberam a importância de cuidados médicos paliativos.(27–30)

Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a morte ou uma doença incurável podem fazer com que o trabalho da equipe seja percebido como frustrante e sem significado.(16) Residentes entrevistados por Choo Hwee e colaboradores declaram que enfrentaram um conflito interno para reconhecer que "abandonar" o tratamento modificador da doença convencional não constitui falha. (29) Tive a mesma vivência em minha prática clínica. O desconhecimento fez com que a frustração com a medicina fosse parte da rotina quando se tratava de cuidados paliativos.

Relacionamento com família-paciente

A OMS reconhece que quando se trata de cuidados paliativos, a família e o paciente representam o papel central e cabe ao profissional de saúde garantir que eles entendam a natureza e o prognóstico da doença e o tratamento recomendado.(31) No entanto, como relatado em minha narrativa e em estudos com residentes em diversas partes do mundo, esta conversa é um desafio para o médico, principalmente o inexperiente. (27–30,32–35) Assim como Roze Des Ordons e colaboradores, também tenho a sensação de que ser capaz de identificar o tipo de pessoa com quem você está falando e fornecer informações de diferentes maneiras será um desafio contínuo (32).

No século XX, o tema morte foi banido da comunicação entre as pessoas e ainda hoje continua sendo um tabu. Isso gera uma barreira à abordagem mais aprofundada sobre o assunto. (16)

Estrutura do ensino na residência médica

Apesar de estarem em um ambiente de ensino, residentes de clínica médica relataram em diversos estudos a culpa e a sensação de não terem prestado um

cuidado paliativo adequado a seus pacientes (27–29,32,33,36). A estrutura da residência de medicina interna, com rodízios curtos e falta de ensino teórico sobre o assunto, reduz a abertura para este tipo de discussão (27,28,32,33,35) .

Tive experiência semelhante à descrita na literatura, com sensação de incompetência e dificuldade de compartilhar minhas angústias e dificuldades com meus pares e preceptores. Por isso, utilizo dessa narrativa para abrir a discussão sobre o que um residente de medicina interna experencia ao lidar com a terminalidade de seus pacientes. Espero que ela possa ser utilizada para ampliar a discussão entre residentes e preceptores sobre formas de melhorar o aprendizado e o cuidado, além de reduzir o sofrimento emocional daqueles que vivem experiências semelhantes. Você não está sozinho.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. Approaching death: improving care at the end of life. National Academy of Sciences. 1997.
2. Pessini L. Distanásia: até onde investir sem agredir. Rev Bioética. 1991;
3. WHO. National cancer control programme - 2nd edition. 2002;
4. Pessini L. Distanasia. Até quando prolongar a vida? 2001.
5. Field MJ, Cassel CK. Financial and Economic Issues in End-of-Life Care [Internet]. Approaching Death: Improving Care at the End of Life. 1997. 154–187 p. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/5801>
6. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care - 2nd Edition [Internet]. 2020. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
7. Berg DD, Divakaran S, Stern RM, Warner LN. Fostering Meaning in Residency to Curb the Epidemic of Resident Burnout: Recommendations From Four Chief Medical Residents. Acad Med. 2019;94(11):1675–8.
8. Desai S V., Asch DA, Bellini LM, Chaiyachati KH, Liu M, Sternberg AL, et al. Education Outcomes in a Duty-Hour Flexibility Trial in Internal Medicine. N Engl J Med. 2018;1494–508.

9. Block L, Habicht R, Wu AW, Desai S V., Wang K, Silva KN, et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? *J Gen Intern Med.* 2013;28(8):1042–7.
10. Fletcher KE, Visotcky AM, Slagle JM, Tarima S, Weinger MB, Schapira MM. The composition of intern work while on call. *J Gen Intern Med.* 2012;27(11):1432–7.
11. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD, Douglas J, Van Kirk J, Konrad TR, et al. Physician job satisfaction: Developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med.* 1997;12(11):711–4.
12. Weinholtz D. Rights Reserved Rights Reserved. *Sci News [Internet].* 2000;144(10):154. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10899641>
13. Balmer DF, Master CL, Richards BF, Serwint JR, Giardino AP. An ethnographic study of attending rounds in general paediatrics: Understanding the ritual. *Med Educ.* 2010;44(11):1105–16.
14. Arluke A. Roundsmanship: inherent control on a medical teaching ward. *Soc Sci Med Part A Med Psychol Med.* 1980;14(4):297–302.
15. Rabinowitz R, Farnan J, Hulland O, Kearns L, Long M, Monash B, et al. Rounds Today: A Qualitative Study of Internal Medicine and Pediatrics Resident Perceptions. *J Grad Med Educ.* 2016;8(4):523–31.
16. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciência e Profissão.* 2005;25(3):484–97.
17. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A de, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):405–16.
18. Ellis C & BAP. Ellis & Bochner (2000) Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject.pdf. In: *Handbook of Qualitative Research.* 2000.
19. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: An overview. *Historical Social Research.* 2011.

20. Chang H. *Autoethnography as metod*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2008.
21. Chang H. Autoethnography in health research: Growing pains? *Qual Health Res*. 2016;26(4):443–51.
22. Farrell L, Bourgeois-Law G, Regehr G, Ajjawi R. Autoethnography: Introducing “I” into medical education research. *Med Educ*. 2015;49(10):974–82.
23. Foster E. Values and the transformation of medical education: the promise of autoethnographic research. *J Med Person*. 2013;11(1):19–23.
24. Bochner A. *Evocative Autoethnography*. Evocative Autoethnography. 2016.
25. Ramalho-De-oliveira D. Overview and prospect of autoethnography in pharmacy education and practice. *Am J Pharm Educ*. 2020;
26. Bonaquist C, Henry B, Mccall E, Foster E, Reihman K. *Autoethnography : Incorporating Reflective Research into Medical Education Introduction*. 2012;29–30.
27. Kawaguchi S, Mirza R, Nissim R, Ridley J. Internal Medicine Residents’ Beliefs, Attitudes, and Experiences Relating to Palliative Care: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2017;34(4):366–72.
28. Arai K, Saiki T, Imafuku R, Kawakami C, Fujisaki K, Suzuki Y. What do Japanese residents learn from treating dying patients? the implications for training in end-of-life care. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1–10.
29. Choo Hwee P, Hwee Sing K, Yong Hwang MK, Mei AHY. The informal curriculum: What do junior doctors learn from a palliative care rotation? *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):114–7.
30. Deep KS, Griffith CH, Wilson JF. Communication and decision making about life-sustaining treatment: Examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patients. *J Gen Intern Med*. 2008;23(11):1877–82.
31. WHO. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. 2016;
32. Roze Des Ordons AL, Lockyer J, Hartwick M, Sarti A, Ajjawi R. An exploration of contextual dimensions impacting goals of care conversations in postgraduate medical education. *BMC Palliat Care [Internet]*. 2016;15(1):1–9.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0107-6>

33. Luthy C, Cedraschi C, Pautex S, Rentsch D, Piguet V, Allaz AF. Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study. *Palliat Med*. 2009;23(1):59–65.
34. Sharma RK, Jain N, Peswani N, Szmuilowicz E, Wayne DB, Cameron KA. Unpacking resident-led code status discussions: Results from a mixed methods study. *J Gen Intern Med*. 2014;29(5):750–7.
35. Muller JH. Shades of blue: The negotiation of limited codes by medical residents. *Soc Sci Med*. 1992;34(8):885–98.
36. Ruopp P et al. Questioning Care at the end of life. *J Palliat Med*. 2005;8(3):192–207.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo gerou conhecimentos que permitem uma importante reflexão sobre a cultura do(a) residente de clínica médica na sua prática profissional com pacientes em cuidados paliativos. A reflexão estimulada pela autoetnografia trouxe à tona alguns meios para lidar com a terminalidade de meus pacientes. Gerou ponderações acerca das modificações necessárias para que os cuidados paliativos se tornem um tema discutido de maneira aberta entre preceptores, residentes, equipe de saúde, pacientes e família. Para tanto, conforme esse trabalho aponta, é necessário que os profissionais de saúde sejam transformados em sua maneira de agir e reflitam sua função na qualidade de vida de seus pacientes.

Ainda não há consenso na quantidade necessária de treinamento para uma boa formação em cuidados paliativos, tampouco sobre a forma de ofertá-lo (World Palliative Care Alliance, 2020). Dessa forma, ainda são necessários muitos estudos de educação sobre o tema, para viabilizar a criação de programas de treinamento para todos os níveis de profissionais de saúde.

Cuidados paliativos não se limitam a serviços especializados de cuidados paliativos. (World Palliative Care Alliance, 2020) Clínica médica é a especialidade com maior número de residentes no Brasil. (Scheffer *et al.*, 2020) Apesar disso, em nossa revisão de literatura, percebemos que ainda existe um número pequeno de trabalhos qualitativos que buscam entender a experiência dos residentes de clínica médica ao prestar cuidados paliativos, e nenhum realizado no Brasil.

Em meu trabalho autoetnográfico, percebi que, apesar de ter vivenciado experiências muito semelhantes às de meus pares, ainda existe uma barreira cultural à discussão do tema. Isso reforça a necessidade de se estimular a cultura do falar sobre a morte entre profissionais de saúde.

Somadas, a minha autoetnografia e a revisão da literatura existente sobre o assunto podem subsidiar a construção de programas de treinamento para este público. Além disso, políticas públicas que fomentem a prática de cuidados paliativos e programas de promoção à educação da população em geral e profissionais de saúde podem quebrar o tabu em torno do tema. (World Palliative Care Alliance, 2020) A mudança cultural depende do esforço de todos nós.

REFERÊNCIAS

- ARAI, K. *et al.* What do Japanese residents learn from treating dying patients? The implications for training in end-of-life care. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 110, 2017.
- BRILHANTE, A. V. M.; MOREIRA, C. Formas, fôrmas e fragmentos: Uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 59, p. 1.099-1.113, 2016.
- BRILHANTE, A. V. M.; MOREIRA, C.; CATRIB, A. M. F. Autoethnography Below the Equator: Writing Our Lives Into Brazilian Academy. **Qualitative Inquiry**, v. 22, n. 6, p. 476-483, 2016.
- CHANG, H. **Autoethnography as method**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2008.
- CHANG, H. Autoethnography in health research: Growing pains? **Qualitative Health Research**, v. 26, n. 4, p. 443-451, 2016.
- CHANG, H. **Autoethnography as method**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2018.
- ELLIS, C. BOCHNER A. P Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject.pdf. *In: Handbook of Qualitative Research*. [s.l: s.n.]
- ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. **Autoethnography: An overview** Historical Social Research, 2011.
- FARRELL, L. *et al.* Autoethnography: Introducing “I” into medical education research. **Medical Education**, v. 49, n. 10, p. 974-982, 2015.
- FIELD, M. J.; CASSEL, C. K. **Financial and Economic Issues in End-of-Life Care**. [s.l: s.n.].
- FINNE-SOVERI, U. H.; TILVIS, R. S. How Accurate is the Terminal Prognosis in the Minimum Data Set? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 46, n. 8, p. 1.023-1.024, 1998.
- FOSTER, E. Values and the transformation of medical education: the promise of autoethnographic research. **Journal of Medicine and the Person**, v. 11, n. 1, p. 1923, 2013.
- KERR, A. *et al.* A scoping review of health professional curricula: Implications for developing integration in pharmacy. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 16, n. 1, p. 116, 2020.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

LUNNEY, J. R. *et al.* Patterns of Functional Decline at the End of Life. **Journal of the American Medical Association**, 2003.

MARTA, G. N. *et al.* O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 405-416, 2009.

MEDICINA, C. F. **Código de ética médica**. [s.l: s.n.]. v. 3

MOHAMMED, M. A.; MOLES, R. J.; CHEN, T. F. Meta-synthesis of qualitative research: the challenges and opportunities. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 3, p. 695-704, 2016.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. , n. 1, p. 110, 2016.

PESSINI, L. **Distanásia**: até investir sem agredir **Revista Bioética**, 1991.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo; Centro Universitário São Camilo; 2001. 431 p. (Bioética em perspectiva 2).

RAIMONDI, G. A. *et al.* Corpos (Não) Controlados: Efeitos dos Discursos sobre Sexualidades em uma Escola Médica Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 16–26, 2019.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; BARROS, N. F. DE. O corpo negado pela sua “extrema subjetividade”: expressões da colonialidade do saber na ética em pesquisa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-14, 2019.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; BARROS, N. F. DE. Genders and sexualities in medical education: Between the hidden curriculum and the integrality of care. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 198-209, 2019.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. [s. l: s. n.].

WHO. **National cancer control programme**. 2nd edition. 2002.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care**. 2nd Edition. [s. l: s. n.].

APÊNDICE A – Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa:

AUTOETNOGRAFIA: A EXPERIENCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA AO CUIDAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo sobre a experiência do médico residente de clínica médica ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos. O objetivo do estudo revelar vivências e competências desenvolvidas pelo médico residente de clínica médica ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos, com base nas percepções dos próprio residentes. Esta pesquisa é realizada pela mestranda Marina Oliveira Coura sob orientação da Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira.

Ao concordar em participar da pesquisa, você estará concordando em participar de duas entrevistas sobre sua experiência com aspectos relacionados ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos. As entrevistas serão realizadas em local que garanta sua privacidade e sigilo com duração aproximada de uma hora e terá seu áudio gravado pela pesquisadora.

Toda a informação obtida é considerada confidencial e a sua identificação será mantida como informação sigilosa. Os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras, mantendo também nesses espaços a confidencialidade e o sigilo.

Esses procedimentos poderão lhe trazer como riscos o desconforto ou constrangimento, os quais poderão ser evitados ou minimizados pela sua liberdade em não responder ou escrever sobre assuntos que sejam propostos.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Sua relação com o programa de residência não será afetada caso não deseje participar ou retire a qualquer momento o seu consentimento.

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de cuidar de pacientes em cuidados paliativos de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. O(A) Sr(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação. Não haverá indenização em caso de dano.



Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato.

Eu,..... após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a), pela pesquisadora, sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ___/___/___ Assinatura:

Pesquisador responsável

Eu, Djenane Ramalho de Oliveira, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ___/___/___ Assinatura:

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Contatos:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Telefone: 31 98329-0528 ou e-mail: droliveira@ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – Telefone: 31 3409-4592

Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901

APÊNDICE B – Tópico guia para entrevista

- 1-** Você já havia conduzido a assistência a um paciente em cuidados paliativos antes de ingressar no programa de residência médica?
- 2-** Quais eram suas expectativas em relação à formação para assistir pacientes em cuidados paliativos no programa de residência?
- 3-** Você cuidou de algum paciente em cuidados paliativos durante a residência?
- 4-** Você participou de algum processo decisório sobre a suspensão de tratamento curativo?
- 5-** Quais aspectos ressalta como positivos nesta experiência? Poderia descrever situações vividas?
- 6-** Houve barreiras ou dificuldades no processo? Poderia descrevê-las, contar situações que exemplifiquem o que está relatando?
- 7-** Quais estratégias você utilizou para superar estas dificuldades?
- 8-** Como se deu a relação entre preceptor-família na sua perspectiva?
- 9-** Como foram as interações entre os profissionais de saúde?
- 10-** Se tivesse a oportunidade de participar deste cuidado novamente, o que modificaria?
- 11-** Se pudesse incluir alguma atividade na formação do residente para lidar com essa situação, o que você iria propor?
- 12-** Gostaria de dizer algo mais sobre sua experiência na assistência a pacientes em cuidados paliativos?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autoetnografia: a experiência do residente de clínica médica na assistência a pacientes em cuidados paliativos

Pesquisador: Djenane Ramalho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31883020.6.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.132.371

Apresentação do Projeto:

O projeto é uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da UFMG. O estudo pretende investigar as vivências e conhecimentos adquiridos por médicos residentes da clínica médica durante a assistência à pacientes em cuidados paliativos. Tem como ponto de partida a identificação de uma lacuna na aprendizagem teórica e experiencial sobre como lidar com os cuidados de fim de vida e a morte de seus pacientes. Os dados serão coletados por meio de 10 entrevistas realizadas com os médicos matriculados no programa de residência em clínica médica do Hospital da Unimed Unidade Contorno. Além disso, a pesquisadora irá redigir um diário reflexivo durante todo o período de coleta e análise de dados.

A metodologia proposta é a de autoetnografia, "na qual narrativas de experiências pessoais são investigadas como parte de uma cultura. Combinando princípios da etnografia e da autobiografia, o pesquisador executa vários ciclos de escrita e análises até que os resultados da pesquisa sejam elucidados". "A experiência pessoal do pesquisador é central no processo de construção, análise e discussão dos dados".

As análises serão feitas a partir do software NVivo versão 11, que vai gerar memorandos analíticos e interpretativos a partir das transcrições e do diário reflexivo.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.132.371

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa é "revelar vivências e competências desenvolvidas pelo médico residente de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos". Como objetivo secundário, os pesquisadores apontam a) "avaliar dificuldades técnicas e psicológicas enfrentadas pelo médico residente de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos; b) compreender a perspectiva de residentes de medicina interna sobre as competências necessárias ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos; c) descrever a cultura de formação médica em cuidados paliativos do ponto de vista dos residentes médicos; d) gerar conhecimento que subsidie a construção de programa de formação do residente de clínica médica para prestar assistência paliativa".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos indicados no projeto estão relacionados ao "desconforto ou constrangimento por parte dos participantes, os quais poderão ser evitados ou minimizados pela liberdade em não responder sobre assuntos que sejam propostos ou optar por não continuar no estudo a qualquer momento". O projeto indica que os benefícios para os participantes são indiretos, tais como "maior compreensão de aspectos relevantes do processo de cuidar de pacientes sob cuidados paliativos" e contribuição "para melhorias contínuas nas experiências dos residentes e no cuidado das pessoas na área de cuidados paliativos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de extrema relevância, especialmente no sentido de contribuir para uma formação atenta aos cuidados de pacientes. Ainda que a proposta de pesquisa tenha sido apresentada, a falta do roteiro de entrevistas faz com que a execução da pesquisa se mostre pouco clara, levando a indagações tais como: quais aspectos do cuidado serão abordados? Quais aspectos individuais dos médicos serão explorados? Serão feitas perguntas sobre a sua formação ou sobre a sua rotina de trabalho. Esses e outros pontos precisam estar explícitos na proposta, especialmente no roteiro de entrevistas que deve ser anexado. Embora o projeto mencione o "Apêndice A", o roteiro não foi anexado. O projeto deve também explicitar a forma de recrutamento dos entrevistados. Serão indicados pela direção do hospital?

Foram anexadas à submissão os seguintes documentos: carta de aprovação do Departamento de Farmácia Social e Carta de anuência da Unimed, assinada pelo diretor da Unidade Contorno.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.132.371

Faltou enviar o roteiro de entrevistas.

Foram anexadas à submissão os seguintes documentos que foram considerados adequados: carta de aprovação do Departamento de Farmácia Social e Carta de anuência da Unimed, assinada pelo diretor da Unidade Contorno.

Sobre o TCLE enviado:

É apresentado um modelo de TCLE a ser aplicado para os 10 respondentes, médicos residentes na Unimed, Unidade Contorno. O documento apresenta algumas imprecisões e deve ser reescrito considerando os pontos abaixo:

1. O pesquisador precisa se apresentar e identificar no corpo do texto do TCLE o nome da mestranda e orientador;

No TCLE informa o participante da que:

"Ao concordar em participar da pesquisa, você estará concordando em participar de entrevistas sobre sua experiência na área de cuidados paliativos."

Caso pretenda realizar mais de uma entrevista com um mesmo participante, isso deve estar claro tanto no TCLE, quanto no projeto. Neste caso, deve-se informar quantas entrevistas estão previstas e com que frequência.

2. Esclarecer se a entrevista será gravada apenas em áudio, ou se em vídeo também. Deixar claro no TCLE que tipo de registro será feito. Se houver gravação de vídeo, fotografias ou filmagens, acrescentar no próprio termo uma opção para marcação se autoriza a gravação e utilização de imagem para fins acadêmicos. Se pretender fazer uso de imagem sem publicações ainda que sem identificar os participantes), incluir também um Termo de Autorização de Uso de Imagem.

3. Independente do número de entrevistas a ser realizada, deve informar no TCLE o tempo esperado para a duração de uma (ou de cada) entrevista.

4. Incluir espaço para rubrica em todas as páginas;

5. Mencionar a garantia de sigilo e que os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras mantendo também nesses espaços a confidencialidade e o sigilo;

6. A expressão "Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações" deve estar no corpo do texto;

7. Mencionar ressarcimento e indenização. Sugestão de texto: O(A) Sr(a) não terá qualquer tipo de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.132.371

despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação. Prever indenização no caso de algum dano ao participante;

8. No TCLE citar explicitamente que a relação do residente com o programa de Residência da Unimed não será afetado caso não deseje participar ou retire a qualquer momento seu consentimento.

Sobre o projeto:

Como um dos colaboradores da pesquisa incluídos na equipe de pesquisadores é o Coordenador do programa de residência médica deixar claro como será feito o convite à participação à pesquisa e por quem, de forma que os residentes se sintam à vontade para não participar caso não queiram. Os pesquisadores devem assegurar que o sigilo e anonimização dos participantes seja feito em relação à coordenação do programa de residência, em especial àqueles que façam parte da equipe de pesquisa.

Recomendações:

Recomenda-se atenção ao TCLE, roteiro de entrevistas e explicitação da forma de recrutamento dos entrevistados, conforme apontado nos itens acima.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Reescrever o TCLE considerando os pontos indicados acima;
- atualizar o cronograma;
- inserir o roteiro de perguntas das entrevistas e elucidar o conteúdo destas
- explicitar a forma de recrutamento dos entrevistados

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.132.371

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1515049.pdf	08/05/2020 15:12:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2020 15:12:09	MARINA OLIVEIRA COURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEAF.pdf	08/05/2020 15:11:13	MARINA OLIVEIRA COURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	02/04/2020 15:01:23	MARINA OLIVEIRA COURA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/04/2020 19:06:11	MARINA OLIVEIRA COURA	Aceito
Declaração de concordância	anuencia_unimed.pdf	28/02/2020 06:45:49	MARINA OLIVEIRA COURA	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Julho de 2020

Assinado por:

Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO B – Projeto de pesquisa



Faculdade de Farmácia da UFMG
Departamento de Farmácia Social



Projeto de Pesquisa “**AUTOETNOGRAFIA: A EXPERIENCIA DO RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**”

Assunto: Análise e apreciação de projeto de pesquisa / área temática Ciências da Saúde

Interessada: Profa. Djenane Ramalho de Oliveira

Relatora: Profa. Cristiane Menezes de Pádua

Histórico:

No dia 03/03/2020 a Chefe do Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia Profa. Marina Guimarães Lima designou-me para emitir parecer do Projeto de Pesquisa supracitado sob orientação da Profa. Djenane Ramalho de Oliveira e co-orientação da Profa. Simone de Araújo Medina Mendonça. O estudo integra a linha de investigação do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) do Departamento de Farmácia Social.

Mérito:

O projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar vivências e competências desenvolvidas por médicos residentes de medicina interna ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos. Trata-se de um tema relevante, considerando a dinâmica do envelhecimento populacional e a transição epidemiológica no Brasil e no mundo que aumentam a demanda por cuidados paliativos de pessoas vivendo com doenças/condições crônicas não-transmissíveis.

A autora propõe a utilização de metodologia qualitativa, adequada para o estudo do tema proposto e dentro da linha de pesquisa das orientadoras e do CEAF. O cronograma e orçamento são compatíveis com os objetivos propostos, infraestrutura e recursos disponíveis, viabilizando a condução do projeto no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - PPGMAF, programa de vínculo da proponente. O projeto já recebeu anuência da Unimed, local onde a pesquisa de campo será realizada e contará com colaboração de membro da instituição. O projeto se insere nas linhas de pesquisa do Departamento de Farmácia Social.



Voto: Tendo em vista que a análise de mérito do projeto de pesquisa, somos, s.m.j., favoráveis à sua aprovação.

Belo Horizonte, 15 de março de 2020.

Profa. Cristiane Menezes de Pádua