

Médicos de Família e Cuidados Paliativos: contribuições ao currículo baseado em competências

Family Physicians and Palliative Care: contributions to the competency-based curriculum

Médicos de Família y Cuidados Paliativos: contribuciones al currículo basado en competencias

Guilherme Gryscek¹ , Erika Aguiar Lara Pereira² , Gabriela Hidalgo³ 

¹ Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Goiânia, GO, Brasil

³ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

O panorama epidemiológico atual mostra um aumento de doenças crônicas ameaçadoras à vida, tornando os Cuidados Paliativos essenciais à prática médica, em todos os níveis de atenção. O papel do médico de família na atenção primária à saúde motivou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade a elaborar um currículo baseado em competências, que incluiu os Cuidados Paliativos. Ao analisar e discutir as competências em Cuidados Paliativos, os autores identificaram a necessidade de melhorias e propuseram competências novas e ampliadas. A revisão periódica do currículo deve contemplar as mudanças e avanços na prática do médico de família e atender às demandas de cuidado, incluindo levar Cuidados Paliativos a todos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Currículo; Educação Médica; Médicos de Família

Abstract

The current epidemiological panorama shows an increase in life-threatening chronic diseases. Consequently, palliative care becomes essential to medical practice at all levels of the healthcare system. The role of the family physician in primary health care has motivated the Brazilian Society of Family and Community Medicine to develop a competency-based curriculum, which includes Palliative Care. The authors analysed, discussed and identified the need for improvements in palliative care. Thus, they proposed new and expanded competencies in palliative care for Brazilian family physicians. Periodic review of the curriculum should contemplate changes and advances in family physician's practice and meet the demands of health, including palliative care to everybody in primary care.

Keywords: Palliative Care; Curriculum; Education, Medical; Physicians, Family

Resumen

El panorama epidemiológico actual muestra un aumento de enfermedades crónicas que amenazan la vida, haciendo que los cuidados paliativos sean esenciales a la práctica médica, en todos los niveles de atención. El papel del médico de familia en la atención primaria a la salud motivó a la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad a desarrollar un currículo basado en competencias que incluía Cuidados Paliativos. Al analizar y discutir competencias en Cuidados Paliativos, los autores identificaron la necesidad de mejoras y propusieron nuevas y ampliadas competencias. La revisión periódica del currículo debe incluir cambios y avances en la práctica del médico de familia y atender las demandas de cuidados, incluso llevando los Cuidados Paliativos a todos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Curriculum; Educación Médica; Médicos de Família

Como citar: Gryscek G, Pereira EAL, Hidalgo G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos: contribuições ao currículo baseado em competências. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2012. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2012](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2012)

Autor correspondente:

Guilherme Gryscek.

E-mail: ggryscek@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência e revisão por pares:

Não encomendado,

revisão por pares externa.

Recebido em: 08/03/2019.

Aprovado em: 19/09/2019.



Introdução

As transformações do perfil epidemiológico da população brasileira trazem novos desafios ao médico de família e comunidade (MFC) e ao cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). O envelhecimento populacional e condições crônicas incuráveis ameaçadoras à vida como câncer, doença pulmonar obstrutiva e insuficiência cardíaca são cada vez mais comuns no contexto da APS.¹⁻³ Os MFC são particularmente preparados para oferecer um cuidado centrado na pessoa – não importando seu momento de vida, doenças, sofrimentos ou necessidades de saúde.

No entanto, muitos MFC acham desafiador cuidar de pessoas com necessidade de cuidados paliativos (CP), especialmente por não terem tido oportunidade de aprender durante seu treinamento. A crescente demanda de médicos mais bem preparados para atuar na APS levou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) a formular em 2015 um Currículo Baseado em Competências (CBC).⁴ Embora haja uma seção dedicada aos CP, esse tópico deve ser revisto frente aos constantes avanços na formação do MFC e da sua atuação na APS.

Os CP são uma modalidade de cuidado que buscam suprir necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de pessoas com doenças ameaçadoras da vida, por aliviar o sofrimento, além de fornecer suporte aos cuidadores e familiares.⁵ Nas Américas estima-se que 365/100.000 adultos (maiores de 15 anos) necessitam de CP a cada ano. Assim, no Brasil cerca de 600.000 adultos morrem todos os anos em decorrência de condições passíveis de receber CP.⁵

Apesar da extensa rede de serviços de saúde no Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos identificou 177 serviços que prestam cuidados paliativos.⁶ Deste total, 117 (66%) prestam assistência pública. A maioria é hospitalar (74%) e somente 5% funcionam no modelo hospice. Além disso, mais de 50% iniciou suas atividades há menos de 10 anos e há uma concentração de serviços na Região Sudeste (58%). Considerando a população brasileira atual, a proporção seria de um serviço para cada 1.200.000 pessoas. É irrealístico supor que todas as pessoas com alguma necessidade de CP teriam acesso a esses serviços especializados.

A situação atual indica que a maioria dessas pessoas passa seus últimos meses, semanas ou dias de vida sem um adequado manejo de sintomas. De fato, o *2015 Quality of Death Index*,⁷ que forneceu um ranking mundial dos cuidados paliativos pelo mundo, colocou o Brasil na posição 42 dentre 80, atrás de vários países equiparáveis em termos socioeconômicos. A educação e treinamento dos novos profissionais de saúde é uma ação estratégica para o avanço dos CP no país. O principal acesso da população brasileira ao sistema de saúde acontece na APS. Oferecer CP para todos exigirá que a APS tenha profissionais de saúde capacitados em cuidados paliativos básicos. Portanto, o MFC deveria receber esse treinamento durante sua formação, conforme indica a seção de CP do CBC.

Atenta à necessidade de formação de MFC qualificados, a SBMFC elaborou o CBC para orientar os programas de residência médica. Nesse documento as competências são agrupadas em áreas e são estabelecidos quatro níveis: pré-requisito, essencial, desejável e avançado. O primeiro diz respeito às competências que o profissional deveria desenvolver previamente ao seu processo de especialização, durante a graduação médica. O segundo se refere ao aprendizado mínimo que todo médico teria alcançado ao final da residência. Os demais níveis trazem competências adicionais para se atingir excelência em determinada área.

O reconhecimento da importância dos CP como competência no CBC é fundamental e estratégico para a oferta dos CP no Brasil. Este artigo se propõe a analisar e discutir essas competências conforme o CBC atual. A partir dessa discussão, apresenta-se uma nova proposta para os pré-requisitos e competências essenciais em CP para o MFC.

Métodos

Realizou-se uma análise crítica seguida pela elaboração de uma nova proposta para as competências em CP, nos anos 2016 e 2017. A seção sobre CP do CBC foi o ponto de partida para as discussões. Os autores são vinculados ao Grupo de Trabalho em CP da SBMFC e analisaram as competências alistadas com base em sua formação em CP, experiência clínica prática e comparando-as com recomendações de competências em CP na literatura internacional, em especial da *European Association for Palliative Care* (EAPC).^{8,9}

A EAPC é uma reconhecida associação internacional promotora dos CP, que agrega importantes referências para a prática dos CP, além de oferecer parceria para diversos países (europeus e não europeus) fortalecerem e aprimorarem os CP, incluindo aspectos de educação e capacitação aos profissionais com atuação na Atenção Primária.⁸ Nessas discussões, também foram consideradas particularidades culturais, educação e treinamento médico e os recursos potencialmente disponíveis na rede de atenção à saúde brasileira. Com base nisso, novas competências em CP para MFC foram propostas.

Resultados/Discussão

Embora a seção sobre CP no CBC seja relevante, o contexto da formação médica e a prática da medicina de família na APS exigem um aprofundamento das competências. Conforme visto acima, o CBC apresenta um pré-requisito sobre orientação para prevenção de úlcera de decúbito e 11 competências essenciais relacionadas ao manejo de dor, manejo de úlcera de decúbito, fornecimento de atestado de óbito, manejo da terminalidade e reconhecimento de urgências, além de habilidade em comunicação de más notícias e abordagem ao luto. A seguir, discute-se cada item e as contribuições dos autores.

Sobre os Pré-Requisitos

A proposta inicial da SBMFC coloca um único item como pré-requisito para posterior desenvolvimento das competências em CP. Os pré-requisitos são aprendidos na graduação médica, sendo competências que todos os médicos devem possuir, independentemente de sua especialização posterior. Embora orientar a prevenção de úlceras de decúbito seja relevante no cuidado de pacientes com mobilidade limitada ou acamados (caso de muitos pacientes em fim de vida), esse pré-requisito parece limitado.

Primeiramente, nem todos os pacientes que necessitam cuidados paliativos são acamados ou com mobilidade reduzida, em especial quando há identificação e oferta de CP desde o diagnóstico. Além disso, há algumas outras competências que estão presentes na graduação e são pertinentes a todos os médicos, embasando um desenvolvimento posterior durante a especialização. Embora não tenhamos estabelecidas as competências em cuidados paliativos para a graduação médica, essa questão vem sendo discutida.^{10,11} A seguir, consta a proposta dos autores em relação aos pré-requisitos:

- 1. Conhece os conceitos e princípios de CP:** há inserção progressiva dos CP na graduação das escolas médicas.^{10,12} Independentemente da especialização posterior, todo médico deve compreender os CP e como seus princípios se aplicam em diversos contextos da rede de atenção à saúde. É um tema que pode ser inserido a diversas disciplinas do curso médico: clínica, bioética, geriatria, cuidados intensivos, urgência e emergência, anestesiologia, oncologia, neurologia, pediatria, medicina de família, entre outros.⁹
- 2. Entende o processo de envelhecimento e da transição epidemiodemográfica no Brasil:** compreender o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e potencialmente ameaçadoras à vida, usualmente associadas ao envelhecimento, torna o médico consciente do perfil de doenças que encontrará ao longo de sua carreira profissional.³ Essa temática é tratada em saúde pública ou saúde coletiva.
- 3. Maneja adequadamente o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas mais prevalentes:** todo médico deve estar capacitado a diagnosticar, tratar e estimar o prognóstico, ou ao menos acompanhar, os pacientes com doenças mais prevalentes, como as cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, neoplasias malignas, entre outras.¹³
- 4. Sabe fornecer o Atestado de Óbito:** todo médico se torna habilitado a emitir um atestado de óbito após seu registro profissional; deve, portanto, saber reconhecer o processo de morte e diagnosticar o óbito, bem como estar ciente das implicações ético-legais.¹³

Sobre as Competências Essenciais

As competências essenciais propostas no CBC são enfocadas nos cuidados de fim de vida, manejo de dor, fornecimento de atestado médico, comunicação de más notícias e preparo para o óbito. Apesar de relevantes, foram consideradas pontuais, modestas e incompletas frente aos conceitos e princípios dos CP e ao potencial papel do MFC na APS. A seguir as contribuições dos autores:

- 1. Identifica o mais cedo possível os indivíduos elegíveis a receber CP no âmbito da APS:** embora o público em geral relacione CP com cuidado nos últimos dias ou horas de vida, em geral após uma doença oncológica metastática, os CP hoje têm uma atuação mais abrangente.⁵ Identificar as pessoas elegíveis para esse cuidado desde o diagnóstico traz melhores resultados em termos de qualidade de vida e mesmo sobrevida.^{14,15} A APS é um cenário estratégico para essa identificação e coordenação de cuidado.
- 2. Desenvolve planos de cuidado individualizado e integral àqueles recebendo CP:** o médico de família tem como princípio o cuidado centrado na pessoa, integralidade e longitudinalidade, e coordenação do cuidado, capaz de oferecer CP, desde o diagnóstico até o óbito e luto posterior.⁹
- 3. Identifica e maneja adequadamente as necessidades do indivíduo no contexto da Dor Total:** além de um manejo adequado de dor física, com uso dos analgésicos apropriados (incluindo opioides como morfina), deve ser capaz de acessar e cuidar do sofrimento psíquico, social e espiritual, geralmente com apoio da equipe da APS.⁹

4. **Maneja as intercorrências mais comuns àqueles sob CP:** ao oferecer qualidade de vida e controle de sintomas, deve ser capaz de lidar com dor, dispneia, náuseas, vômitos, constipação, fraqueza, sintomas ansiosos e depressivos, usando medidas farmacológicas e não farmacológicas.⁹
5. **Maneja situações terminais de doenças crônicas mais prevalentes:** a definição atual de CP compreende o cuidado a diversas situações, como falências orgânicas e demência. Assim, o MFC deve saber identificar e manejar os processos ativos de morte decorrentes dessas condições.⁹
6. **Capacita a família para os cuidados domiciliares necessários àqueles sob CP:** considera-se o domicílio o principal ambiente de cuidado e os familiares como cuidadores. Deixá-los cientes do diagnóstico, sintomas esperados e medidas iniciais, evita sofrimento desnecessário, bem como a procura inadequada de serviços de urgência, além de fortalecer o vínculo intrafamiliar e com a equipe da APS.⁹
7. **Prepara o indivíduo e sua família/cuidadores para a fase final de vida:** o vínculo e a oportunidade do MFC na APS torna essa uma competência essencial que pode ser melhor realizada na APS.⁹
8. **Identifica o luto antecipatório e oferece acolhimento após o óbito:** apesar do luto ser uma reação natural dos cuidadores, o luto antecipatório e o luto complicado são condições comuns no contexto de CP que merecem atenção do MFC. A oportunidade de manter boa comunicação e vínculo com a família torna oportuno e apropriado o papel do MFC e da equipe da APS.⁹
9. **Utiliza técnicas adequadas de comunicação durante o cuidado, com ênfase na comunicação de más notícias:** comunicação é uma competência essencial aos CP, considerando o acompanhamento da pessoa e da família ao longo de vários meses ou anos, desde o diagnóstico até o óbito.¹⁶
10. **Desenvolve com a comunidade atividades educativas relacionadas aos CP:** os CP não envolvem somente a equipe de saúde e familiares, mas também voluntários e a própria comunidade. Nesse sentido, por sua atuação preferencial na APS, essa é uma competência específica e com potencial de transformação coletiva em temas relativos aos CP. Em diversos países esse tem sido um movimento de vanguarda e considerado fundamental para levar os CP a todos que necessitam.¹⁷

Abaixo apresenta-se a proposta dos autores em comparação com o CBC (Quadro 1).

Limitações

Essa análise e a proposta subsequente tem diversas limitações. A análise baseou-se na revisão realizada pelos autores e sua expertise sobre assunto e isso pode gerar vários vieses, como limitar as propostas ao contexto conhecido pelos autores, superestimar ou subestimar algumas competências e a falta de validação da proposta pelos pares. O CBC da SBMFC também abre espaço para competências desejáveis e avançadas, mas que, no caso dos CP, não foram apresentadas. Além disso, eventualmente pode haver contribuições de outros lugares e sociedades que podem ser importantes para o cenário nacional e que não foram exploradas aqui.

Quadro 1. Comparação do CBC atual com a Nova Proposta apresentada.

Competências	Currículo Atual	Nova Proposta
Pré-requisitos	1. Orienta a prevenção de úlceras de pressão/decúbito	1. Conhece os conceitos e princípios de CP; 2. Entende o processo de envelhecimento e da transição epidemiodemográfica no Brasil; 3. Maneja adequadamente o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas mais prevalentes; 4. Sabe fornecer o Atestado de Óbito;
Essenciais	1. Maneja úlceras de pressão/decúbito; 2. Realiza manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal; 3. Maneja nutrição no paciente terminal; 4. Prepara e orienta familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte; 5. Maneja intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo; 6. Conhece a importância do atendimento fora do horário para intercorrências graves e falecimento (atestado de óbito); 7. Sabe fornecer um atestado de óbito; 8. Sabe fazer a abordagem do luto; 9. Reconhece situações urgentes no cuidado paliativo e sabe encaminhá-las; 10. Maneja situações terminais de doenças crônicas (insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais); 11. Demonstra habilidades de comunicação com paciente, seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias.	1. Identifica o mais cedo possível os indivíduos elegíveis a receber Cuidados Paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde; 2. Desenvolve planos de cuidado individualizado e integral àqueles recebendo CP; 3. Identifica e maneja adequadamente as necessidades do indivíduo no contexto da Dor Total; 4. Maneja as intercorrências mais comuns àqueles sob CP; 5. Maneja situações terminais de doenças crônicas mais prevalentes; 6. Capacita a família para os cuidados domiciliares necessários àqueles sob CP; 7. Prepara o indivíduo e sua família/cuidadores para a fase final de vida; 8. Identifica o luto antecipatório e oferece acolhimento após o óbito; 9. Utiliza técnicas adequadas de comunicação durante o cuidado, com ênfase na comunicação de más notícias; 10. Desenvolve com a comunidade atividades educativas relacionadas aos CP.

Considerações finais

O CBC é uma ferramenta dinâmica, com revisões periódicas.¹⁸ A proposta apresentada neste artigo pode ser considerada na revisão em andamento do CBC. Embora o entedimento atual dos autores sobre as competências em CP se materialize neste artigo, contribuições progressivamente qualificadas são necessárias. Pretende-se desenvolver propostas para competências desejáveis e avançadas em CP, incluindo as perspectivas da Atenção Domiciliar, das Diretivas Antecipadas de Vontade e das Comunidades Compassivas.^{17,19,20}

Nesse processo, a aplicação de metodologias de revisão e de consenso com maior rigor científico serão utilizadas. A definição dessas competências permite avançar na educação médica, coordenação e integração do cuidado, construção de RAS e políticas públicas, para melhor atuação do MFC, tanto em âmbito público quanto privado. Com isso, será possível avançar em relação à oferta dos CP àqueles que necessitam desse cuidado em todo o Brasil.

Contribuição dos autores

Concepção: GG e EALP. Coleta, análise e interpretação dos dados: GG, EALP e GH. Redação Preliminar: GG. Revisão crítica da versão preliminar: EALP e GH. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho, se necessário.

Referências

1. Marinho F, de Azeredo Passos VM, Carvalho Malta D, Barboza França E, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 14];392(10149):760-75. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31221-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31221-2/fulltext#%20)
2. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [acesso 2018 Dez 14];9(4):897-908. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 Jan [acesso 2018 Dez 14];377(9781):1949-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015. p. 1-69.
5. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, eds. Global atlas of palliative care at the end of life. [Internet]. London: World Palliative Care Alliance; 2014. 111 p. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
6. Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018.
7. Murray S, Line D. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. London: The Economist - Intelligence Unit; 2015. 71 p.
8. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2):86-114.
9. UptoDate. Schenker Y, Quill TE. Primary palliative care [Internet]. [acesso 2018 Dez 14]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-palliative-care>
10. Caldas GHO, Moreira SNT, Vilar MJ. Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 Jun [acesso 2018 Dez 12];21(3):261-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300261&lng=en&tIng=en
11. Hermes RH, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Dez 14];18(9):2577-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>
12. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Dez 12];37(2):285-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/17.pdf>
13. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. The Medicine Curriculum and Competences Proposed for Curriculum Guidelines. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Dez 14];38(2):221-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a09v38n2.pdf>
14. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [acesso 2018 Dez 14];363:733-42. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>
15. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2014 May [acesso 2018 Dez 14];383(9930):1721-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559581>
16. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Set [acesso 2018 Dez 12];18(9):2523-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=pt&tIng=pt
17. Kellehear A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM*. 2013;106(12):1071-5.
18. Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018;13(40):1-11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632>
19. Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH, et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018;13(40):1-13. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1599>
20. Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Rev Bioét* [Internet]. 2014 Maio/Aug [acesso 2019 Fev 19];22(2):241-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222005>