



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Andrea Augusta Castro

**O ensino médico em cuidados paliativos no Brasil**

Rio de Janeiro

2022

Andrea Augusta Castro

**O ensino médico em cuidados paliativos no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

C355 Castro, Andrea Augusta.  
O ensino médico em cuidados paliativos no Brasil / Andrea Augusta  
Castro – 2022.  
118f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Cuidados paliativos - Teses. 2. Cuidados paliativos na terminalidade  
da vida. 3. Educação médica - Brasil - Teses. I. Taquette, Stella Regina. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

CDU 616-036.88

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira  
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou  
parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Andrea Augusta Castro

**O ensino médico em cuidados paliativos no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 13 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette (Orientadora)  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Branco da Motta  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Oscarina da Silva Ezequiel  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ernani Costa Mendes  
Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro

2022

## **DEDICATÓRIA**

A todos que me ajudaram nessa linda trajetória de minha vida, trazendo o entendimento das mortes da vida como uma aprendizagem e um eterno recomeçar.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora por sua força motriz.

À grande mestra Denise Herdy e colegas do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária (DMIFC).

À Lilian Hannemann.

À Eliane Brigida Falcão e Eliana Cláudia.

À família que apoiou e entendeu minhas ausências.

Aos amores desta vida pela inspiração.

A emoção que é sofrimento deixa de ser sofrimento no momento em que dela formamos uma ideia clara e nítida.

*Espinoza em sua Ética, quinta parte: Do poder do espírito ou a liberdade humana*

A morte pode ser uma das maiores experiências da vida. Os que me conhecem pessoalmente podem testemunhar com que impaciência tenho esperado a transição de luta e dor deste mundo para uma existência de amor total e irresistível

*Elizabeth Kübler-Ross*

## RESUMO

CASTRO, Andréa Augusta. *O ensino médico em cuidados paliativos no Brasil*. 2022. 118 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Os profissionais de saúde se deparam com um aumento de pacientes portadores de doenças crônicas, incuráveis e ameaçadora à vida nos serviços de saúde, contudo pouco investimento é realizado na educação formal para capacitá-los a lidar com o sofrimento humano. O objetivo do estudo foi analisar o ensino em CP nas escolas médicas do Brasil. Foi utilizado método misto, por ser o que melhor possibilita estudar a compreensão na educação e realizado em três etapas: I- levantamento nos sites oficiais das escolas médicas que dispõem de ensino em CP nas matrizes curriculares; II- revisão integrativa sobre ensino em CP e; III- pesquisa de campo por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com estudantes, docentes da disciplina em CP e coordenadores dos cursos de medicina. O produto desta produção científica está organizado em quatro artigos onde fica evidenciado que o ensino de CP no Brasil é escasso, sendo identificado em 14% das escolas brasileiras. Embora aponte para uma tendência de crescimento ao longo do tempo, uma vez que comparando com estudos anteriores, constatou-se progressiva inserção do ensino no currículo médico. Foi possível traçar o que é essencial ser ensinado em CP e confirmar os avanços e limites apontados nas experiências brasileiras no ensino em CP. As competências essenciais em CP apontadas compreendem: abordagem biopsicossocial e espiritual, cuidado centrado na pessoa e família, comunicação, trabalho interprofissional e manejo de sintomas. O eixo da Ética e Humanidades deve perpassar todo o curso, integrado na perspectiva da transversalidade, desde o primeiro ano, mais robusto e específico nos demais anos da formação. Os benefícios do ensino em CP apontados pelos entrevistados são potencialização da aquisição de competências essenciais ao exercício da medicina e em especial no trato de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida. Os principais desafios apontados são: escasso tempo curricular no ensino em CP, a falta de contexto clínico para o aprendizado reflexivo, o déficit de docentes preparados e a ausência formal de CP nos currículos. O ensino aprendizagem em CP no Brasil ainda é insuficiente, entretanto ficou evidente que onde é oferecido, proporcionou transformações nos estudantes como a aquisição de competências humanistas e reflexivas, potencializando o modelo da integralidade em convergência com as DCN, ampliando seus benefícios para o cuidado de pessoas, alinhado ao eixo de humanidades e bioética no curso médico, podendo ser um catalizador para a construção do cuidado criativo, inovador, e a mola mestra do ensino que precisamos para o século XXI.

Palavras-chave: cuidados paliativos; finitude humana; educação médica; ensino; graduação

## ABSTRACT

CASTRO, Andréa Augusta. *Medical education in palliative care in Brazil*. 2022. 118 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Health professionals are face an increase in patients with chronic, incurable, and life-threatening diseases in health services, however little investment is made in formal education to enable them to deal with human suffering. The aim of this study was to analyze the teaching in PC in the medical schools of Brazil. A mixed method was used in three stages: I-survey on the official websites of medical schools that have teaching in PC in curricular matrices; II- integrative review on teaching in PC and III- field research through semi-structured individual interviews with students, teachers of the discipline in PC and coordinators of medical courses. The product of this scientific production is organized into four articles. The teaching of PC in Brazil is scarce, being identified in 14% of Brazilian schools, although it points to a trend of growth over time, since compared with previous studies, it was found progressive insertion of teaching in the medical curriculum. It was possible to trace what is essential to be taught in PC and confirm the advances and limits pointed out in Brazilian experiences in teaching in PC. The essential competencies in CP mentioned include: biopsychosocial and spiritual approach, care centered on the person and family, communication, interprofessional work and symptom management. The axis of Ethics and Humanities must permeate the entire course, integrated in the perspective of transversality, since the first year, more robust and specific in the other years of formation. The benefits of teaching in PC pointed out by the interviewees are potentiating the acquisition of competencies essential to the practice of medicine and especially in the treatment of people with life-threatening diseases. The main challenges pointed out are:scarce curricular time in teaching in PC, the lack of clinical context for reflective learning, the deficit of prepared teachers and the formal absence of PC in curricula. The teaching learning in PC in Brazil is still insufficient, however it was evident that where it is offered, it provided transformations in students such as the acquisition of humanistic and reflective skills, enhancing the model of integrality in convergence with the NCDs, expanding its benefits for the care of people, aligned with the axis of humanities and bioethics in the medical course.

Keywords: palliative care; human finitude; medical education; teaching; graduation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AD	Atendimento Domiciliar
ANCP	Academia Nacional Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária de Saúde
AP 5.2	Área programática de Campo Grande e Guaratiba
CACON	Centro de Alta Complexidade Oncológica
CAP 2.2	Coordenação de Área Programática Tijuca-Vila Isabel
CAP 3.3	Coordenação de Área Programática Pavuna-Irajá
CAP 4.0	Coordenação de Área Programática Barra - Jacarepaguá
CAP 5.3	Coordenação de Área Programática Santa Cruz
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
CP	Cuidados Paliativos
CPPPG	Comissão Permanente de Pesquisa e Pós-Graduação
CSEPE	Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DCN	Diretrizes Curriculares Nacional
DMIFC	Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IASERJ	Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NCP	Núcleo em Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PRM MFC	Programa Residência Medicina de Família e Comunidade
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SBMF	Sociedade Brasileira de Medicina de Família
SIDA	Síndrome Imunodeficiência Adquirida
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação Superior
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNACON	Unidade de Alta Complexidade Oncológica
WebQDA	<i>Software</i> Análise de Dados Qualitativos
WPCA	<i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
1.1	<b>Conceito de Cuidados, contexto histórico e marcos legais dos cuidados paliativos</b> .....	19
1.2	<b>O processo de ensino-aprendizado em CP</b> .....	31
1.3	<b>O ensino médico e a mudança de paradigma na saúde</b> .....	35
1.4	<b>O ensino em Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil</b> .....	40
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	44
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	46
3.1	<b>Geral</b> .....	46
3.2	<b>Específicos</b> .....	46
4	<b>MÉTODOS</b> .....	47
4.1	<b>Etapa 1 – Levantamento de escolas médicas brasileiras com ensino em CP</b> .....	47
4.2	<b>Etapa 2 – Revisão integrativa sobre ensino em CP</b> .....	48
4.3	<b>Etapa 3- Pesquisa de campo</b> .....	50
4.3.1	<u>Instrumento de pesquisa e critérios de inclusão</u> .....	51
4.3.2	<u>Coleta e registro dos dados e plano amostral</u> .....	52
4.3.3	<u>Análise dos dados</u> .....	55
4.3.4	<u>Aspectos éticos</u> .....	56
5	<b>RESULTADOS</b> .....	58
5.1	<b>Artigo 1 - Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil</b> .....	58
5.2	<b>Artigo 2 - Cuidados paliativos e ensino médico: revisão sistemática</b> .....	59
5.3	<b>Artigo 3 - Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes das escolas médicas</b> .....	59
5.4	<b>Artigo 4 - Ensino em cuidados paliativos no Brasil: percepção de docentes das escolas médicas</b> .....	60
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62

<b>POST SCRIPTUM</b> .....	68
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>APÊNDICE A</b> - Roteiro de entrevista individual para alunos .....	79
<b>APÊNDICE B</b> – Roteiro individual para coordenadores do curso médico.....	80
<b>ANEXO A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
<b>ANEXO B</b> - Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil .....	82
<b>ANEXO C</b> - Cuidados paliativos e ensino médico: revisão sistemática.....	89
<b>ANEXO D</b> - Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes.....	101
<b>ANEXO E</b> - Ensino em cuidados paliativos no Brasil: percepção de docentes das escolas médicas (artigo publicado).....	109

## APRESENTAÇÃO

Ao iniciar essa tese recordo minha trajetória como profissional de saúde, gestora e educadora há mais de trinta anos. Minha atuação profissional iniciou na Cruz Vermelha Brasileira – RJ, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), do Instituto de Assistência do Servidor do Estado (IASERJ), então como enfermeira. Posteriormente em uma unidade de saúde da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em Pedra de Guaratiba na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro (1989). O período na época, de descentralização dos serviços de saúde, fruto de um movimento sanitário no país, priorizava a lotação de profissionais nesta área do município. Estava em curso o processo de capilarização da Rede de Atenção, em prol do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com os preceitos de saúde como um direito e um dever do Estado na recente Constituição Brasileira (1988). O processo de redemocratização e implantação do SUS fervilhava no país, e a trajetória da pesquisadora reflete o processo de democratização do país.

Na década de 90, exerci cargo de gestão como diretora em uma Unidade da Atenção Primária em Santa Cruz, na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, e recebi da equipe da unidade a demanda de uma mulher para atendimento no Posto de Saúde Ruy da Costa Leite. Ela era portadora de lesão oncológica exofítica em uma das mamas, com odor fétido, e referia muita dor. Acolhemos, fizemos o curativo, administramos analgésicos e fizemos o possível para aliviar seu sofrimento. Mas não tínhamos capacitação na área e não sabíamos mais o que fazer. Esse caso foi angustiante, pois embora pessoas portadoras de doenças mais avançadas estejam no cotidiano dos serviços de saúde, a equipe de saúde não estava preparada para lidar com essas situações. A estrutura da unidade de saúde encontrava-se aquém da necessidade requerida para os cuidados específicos, não havia analgésicos e opioides na lista de medicamentos essenciais das unidades básicas. Assim como, não era disponibilizado treinamento para o manejo de dor e sintomas.

Em 1992, após fazer um concurso para sanitarista como enfermeira na SMS-RJ, atuei na Coordenadoria de Saúde de Santa Cruz (CAP 5.3), onde pude contribuir na construção do modelo de atenção descentralizado. O campo de atuação foi amplo, e tinha como função, qualificar a atenção, através de educação permanente para o cuidado da população. Primeiramente, atuei como Coordenadora de Programas,

cargo técnico que tinha como finalidade integrar a equipe e desenvolver as ações programáticas de saúde. Depois, fui convidada para exercer cargo de direção da unidade básica. Em 1994, assumi como Assistente de Coordenadoria da Área Programática 5.3 (Santa Cruz), cargo que atuei até 2000. No contexto político, era um período de mudanças da gestão municipal, e na esfera pessoal, período de tensão e mudanças.

No final da década de 90, buscando complementar minha qualificação profissional e o aprofundamento de conhecimentos na educação médica, concluí o curso médico, conciliando o exercício profissional de sanitarista com outros papéis, como o de mãe.

Galgando outros espaços no sistema de saúde, trabalhei na Coordenação do Ambulatório no Hospital Geral de Jacarepaguá em 2000, o então Hospital Cardoso Fontes, na época sob a responsabilidade da esfera federal e atualmente unidade de saúde municipalizada. No ano seguinte, atuei no setor de Epidemiologia no CMS Jorge Saldanha, e posteriormente, na Coordenação de Área Programática da Barra/Jacarepaguá (CAP 4.0) como membro do Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde (NASF), colaborando na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Município do Rio de Janeiro. Portanto, participei intrinsecamente na implantação e organização das Unidades Básicas, em conformidade com o processo de descentralização da Rede de Atenção à Saúde (1989-2015).

Em 2004, exerci funções assistenciais como médica em uma equipe local da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de Mesquita e de Duque de Caxias. No período de 2008-2010, realizei o mestrado e iniciei a função de docente nas escolas médicas da Universidade de Nova Iguaçu (UNIG), na Baixada Fluminense, e na Escola de Medicina Sousa Marques em Cascadura- Área Programática 3.3.

Em relação às experiências no âmbito hospitalar, trabalhei no Hospital Geral Álvaro Ramos na CAP 4.0 (2003), unidade de leitos de longa permanência. O cotidiano consistia em atender pacientes em estágios avançados de doenças e na finitude da vida. Pude vivenciar os dilemas existenciais e observar a reação dos médicos no lidar com pacientes no processo de morrer. Esses desafios me inquietavam, e eu buscava respostas como conciliar a assistência humanizada com o atravessamento de questões da bioética.

Em atividades de gestão no âmbito central da SMS, em cargo na Gerência do Câncer (2009) em parceria com a Gerência da Saúde do Idoso, pude pensar de forma

mais abrangente a rede de atenção à saúde. Verifiquei a importância da articulação e integração do sistema de saúde, vivenciando a crescente demanda de atendimento de pacientes portadores de doenças avançadas perdidos no sistema de saúde.

Neste período, em atuação docente-assistencial, participei do curso de qualificação dos profissionais da Atenção Primária em articulação com a gestão do INCA IV, podendo conviver com profissionais em todos os pontos do sistema. O grande dilema era saber o espaço onde os pacientes, então chamados “fora de possibilidade terapêutica”, poderiam ter suas necessidades atendidas. Em articulação com a Gerência da Saúde do Idoso, fervilhavam propostas de organização de serviços de Atendimento Domiciliar na SMS-RJ. Os relatos de pacientes sem proposta curativa denunciavam o sofrimento de quem não era acolhido. Na maioria das vezes estes doentes conseguiam apenas atendimento pontual nas grandes Emergências da rede municipal e estadual de saúde. As Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON e CACON) implementadas no atual milênio, iniciaram programas de controle de dor e organização da atenção oncológica (BRASIL, 2005). Esforços estavam sendo feitos para a construção dos fluxos de referência e contrarreferência visando a integração do SUS, em consonância com os princípios da integralidade e descentralização.

Neste mesmo período, em 2009, passei a fazer parte como preceptora de serviço no Ambulatório de Medicina Integral na Faculdade de Ciências Médicas (FCM), vinculada ao Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunidade (DMIFC), na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Nesta experiência profissional, pude vivenciar a abordagem centrada na pessoa, onde a unidade indivíduo-família ganha um sentido diferente e pessoas na finitude são atendidas com a abordagem biopsicossocial.

Ingressei no mestrado em Saúde da Família na Universidade Estácio de Sá - UNESA em 2008, com vistas ao aperfeiçoamento e qualificação na docência, numa parceria desta Instituição com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS e a Secretaria Municipal de Saúde – SMS-RJ.

Como gestora na SMS/RJ e docente na UERJ, no período 2011 - 2012, colaborei na implantação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família (PRM MFC), em parceria SMS-UERJ, participando no Curso de Preceptores, o qual foi profundamente transformador. Posteriormente, ingressei como preceptora do PRM MFC em Vila Cosmos na CAP 3.3.

Por meio de concurso público, passei a atuar como médica no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, em 2011, e como docente no Departamento de Medicina Familiar e Comunitária na FCM, em 2015. Participei do curso de aperfeiçoamento no manejo de pacientes oncológicos em 2015, coordenado pela médica Lilian Hennemann, então na época gestora do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP). Após o estágio no ambulatório do NCP do HUPE, passei a atuar também neste espaço docente-assistencial, onde me encontro até o momento. Este cenário permitiu minha qualificação no cuidado de pessoas em finitude. Organizei e coordenei o Curso de Atualização em Cuidados Paliativos em 2017, com o objetivo estratégico de capacitar e promover agregação da equipe multidisciplinar. Realizei também outros cursos de aperfeiçoamento profissional, como o Curso Avançado em Cuidados Paliativos da Fundação Elizabeth Kübler Ross, em 2019, e o curso para docentes pela Casa do Cuidar, em 2021.

Então como docente na UERJ, iniciei o oferecimento da disciplina eletiva em Cuidados Paliativos (CP) para a graduação em medicina em 2018. A partir daí, a investigação sobre os desafios do ensino em CP tornou-se uma área de interesse acadêmico, dando início ao projeto de pesquisa que resultou nesta tese de doutorado.

Atualmente, ocupo a coordenação do NCP que se encontra em reestruturação, assim como o Curso de Especialização em CP da UERJ, fruto do processo de doutoramento. Trata-se de curso no formato *lato sensu* que visa, além da capacitação profissional, também a multiplicação da produção científica em CP.

Portanto, a presente tese é fruto da inter-relação entre teoria e prática, docência, gestão e assistência, com vistas a contribuir na formação de um profissional crítico, reflexivo e humanista. Traz como tema principal CP e educação médica, e tem como objeto de estudo o ensino médico em CP em nosso país, entendendo a formação profissional como uma estratégia fortemente solidificadora do perfil de egresso que precisamos no novo milênio.

## INTRODUÇÃO

Em poucos anos, a humanidade terá, pela primeira vez, o número de pessoas com mais de 65 anos maior que de menores de cinco anos. A expectativa é que em 2030, tenhamos mais de um bilhão de idosos, representando um contingente acima de  $\frac{3}{4}$  de mortes por doenças crônicas no mundo. Este aumento resulta numa crescente demanda por CP na rede de atenção à saúde e impulsiona o repensar de políticas públicas para o atendimento das pessoas, na perspectiva do direito à saúde e respeito à cidadania (VICTOR, 2016).

O envelhecimento populacional e o incremento da expectativa da vida, com o peso cada vez maior de doenças crônicas, trazem repercussões importantes na rede de atenção à saúde. Em 2000, aferiu-se que 662.068 pessoas necessitaram de CP e a estimativa para 2040 é de aproximadamente o dobro de pessoas serem cuidadas por esta modalidade assistencial no Brasil. Considerando o crescimento populacional em 31% neste período, as demandas nos setores sociais impulsionarão as estratégias de qualificação na área dos CP (SANTOS, 2019).

Se por um lado ocorre um crescente aumento de pessoas na finitude, por outro lado a morte não é abordada nos cursos de medicina, com exceções de indicadores de mortalidade nas aulas de epidemiologia ou com cadáveres frios na anatomia. Raras vezes é tratado o processo de morrer e morte em pessoas, não como um fracasso, mas como a ordem natural das coisas. Entramos no curso para aprender os processos internos fisiológicos, os complexos mecanismos das patologias, descobertas e tecnologias acumuladas, mas muito pouco é dedicado aos pacientes que apresentam declínio clínico frente a inexistência de proposta curativa, a ajudá-los a lidar com o que não pode ser restabelecido. E menos ainda é ensinada uma abordagem que possa ser coerente, minimizando o sofrimento de um processo de morte, seja pela distanásia ou prolongamento terrível resultante dos imperativos da medicina e da tecnologia, seja pela mistanásia ou falta da assistência, caminhando para oferecer a proporcionalidade terapêutica compatível à situação da pessoa (GAWANDE, 2015).

No contexto atual, urge rever a organização da rede de atenção para possibilitar a abordagem em CP e qualificar a formação de recursos humanos na área da saúde. Em outra frente, ressalta-se a necessidade de fomentar os marcos legais e a estrutura

institucional para dar conta da demanda crescente desta modalidade assistencial, mais adequada aos pacientes com suas doenças crônicas, avançadas e terminais com o alívio da dor e do sofrimento.

As evidências apontam os benefícios da incorporação da abordagem em CP, com vistas a possibilitar adequada qualidade na vida e finitude digna com garantia do manejo de sintomas e abordagem centrada na pessoa e na família. CP devem ser oferecidos na possibilidade ou não de tratamento modificador de doença, afastando a ideia de que “não se tem nada a fazer”. Modifica-se o foco da abordagem, onde o cuidar prevalece em detrimento de apenas curar, onde a pessoa e não a doença é o cerne da atenção à saúde. Para tanto, precisamos repensar o modelo de atenção, incorporando a modalidade assistencial em CP nas práticas da saúde (MATSUMOTO, 2012).

As dificuldades dos profissionais de saúde de lidar com o sofrimento às pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida traz angústia quando não se sabe ao certo o que oferecer. Existe uma lacuna na inclusão de conhecimentos para abordar adequadamente os pacientes no seu processo de morrer.

Vivemos uma transição demográfica e epidemiológica, numa sociedade ainda em processo de consolidação democrática, tais como incorporação dos direitos sociais e as conquistas da seguridade social garantidas na Constituição de 1988. A noção de saúde como um direito e um dever do Estado são valores pouco difundidos, com idas e vindas.

Cuidados Paliativos é um campo de conhecimento relativamente novo, ainda desconhecido pela grande maioria dos profissionais e recentemente encampado por marcos legais que o estabelecem como um direito no Brasil. O papel da escola médica e a responsabilidade social devem estar atreladas às mudanças da sociedade e integradas aos serviços de saúde, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Ainda que a temática CP não esteja incluída formalmente nas DCN, em seu texto estão apontadas as diversas fases da vida, inclusive a finitude, tendo como princípio a dignidade da vida um dos pilares dos CP e da educação no país.

Diante das situações apontadas, surgem algumas inquietações. Como podemos dar visibilidade a essas circunstâncias, as quais nos deparamos no cotidiano dos serviços de saúde? Como pensar estratégias para a formação de profissionais de saúde sensíveis com olhar e escuta ampliados e adequadamente preparados para atuar na prática profissional em um cenário onde cresce a demanda por uma

modalidade assistencial para as pessoas portadoras com doenças sem proposta curativa?

Fruto destas inquietudes, nasce essa investigação, que tem como questão norteadora o conhecimento sobre o ensino médico em CP no Brasil. O que é prioritário ser ensinado e em que cenários deve se dar o aprendizado? Quais os desafios a serem enfrentados e estratégias apontadas para o ensino em CP considerando o olhar do estudante, dos docentes e gestores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem? Quais transformações são observadas na formação médica com a inserção de disciplina de CP?

A estrutura inicial da tese foi encadeada da seguinte forma: apresentação da autora e sua motivação para a realização da pesquisa; introdução com a exploração do tema, fundamentação teórica por meio de revisão integrativa da literatura sobre o objeto da pesquisa, incluindo os conceitos e princípios estruturantes em CP e ensino médico num percurso contexto histórico; e a interface saúde-educação, a bioética e os dilemas da época. Após a fundamentação teórica seguem a justificativa, os objetivos e métodos.

Os resultados são apresentados no formato de 4 artigos, sendo 3 publicados e 1 submetido. Concluo a tese com as considerações finais onde articulo e enfatizo as contribuições do estudo nos artigos apresentados e ao final *post scriptum* com os resultados indiretos do doutoramento.

## 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### O mito do Cuidado

*Ao atravessar um determinado rio, o Cuidado avista um pouco de argila, ele para pensativo, começa a moldar algo com a forma de um humano. Enquanto Cuidado contempla o que tinha feito, Júpiter surgiu. Então, Cuidado pediu para Júpiter dar vida àquela criatura e foi atendido prontamente. Quando Cuidado quis nomear a criatura com o seu próprio nome, Júpiter proibiu-o e disse que o nome a ser dado deveria ser o dele. Enquanto eles discutiam, Terra se levantou e sugeriu seu próprio nome, afinal havia dado o corpo à criatura. Diante desse impasse, eles decidiram convocar Saturno como juiz que assim intercedeu: Você, Júpiter, você deu o espírito, o sopro de vida, a essa criatura e terá sua alma quando ela morrer. Terra, você ofereceu-lhe seu corpo e a você ele retornará com a sua morte. Cuidado, você foi quem primeiro lhe deu forma, por isso irá possuí-lo, enquanto ele viver. Mas, porque entre vocês há controvérsia sobre o nome a lhe ser dado, que ele seja chamado Ser Humano, pois ele é feito de húmus (POST,1995, p.350).*

### 1.1 Conceito de cuidado, contexto histórico e marcos legais dos cuidados paliativos

O mito do cuidado descrito acima nos ajuda a pensar a respeito do significado do cuidado nos seres humanos. Trata-se de uma lenda antiga da época greco-romana que representa uma metáfora do ato de cuidar. Ela mostra as raízes da tradição do cuidado. O conceito foi ampliado pela compreensão do envolvimento entre quem é cuidado e quem cuida, e o fato de ocorrerem transformações mútuas no ato do cuidado, "moldando a argila". Esta reflexão trouxe a distinção mais clara entre cuidar de tratar, curar e controlar, como será discutido a seguir (AYRES, 2009).

Segundo o compêndio de Bioética, no capítulo *Care* (p. 349-373), ocorreram mudanças do sentido de cuidado ao longo do tempo. Em cada período histórico, o sentido do cuidado vem sendo construído, e o termo "ética de cuidado", que representa o sentido mais apurado, que inclui direitos humanos e contrato social, passa a ser compreendido após 1982. Ao olhar para o passado, na visão estoica no século 300 a.C, que compreende a felicidade e a tranquilidade de espírito alcançada pela busca do conhecimento, o sentido do cuidado foi a chave para o processo de se tornar verdadeiramente humano. Para Sêneca, filósofo da época, a palavra cuidado significava solicitude. Também tinha conotações de atenção, consciência e devoção,

ligado ao aperfeiçoamento humano pelo cuidado. Desta forma, é trazido o sentido de cuidado ao longo da vida do ser humano implícito tanto como um elemento terreno e corporal que é puxado para o chão quanto um elemento espiritual que se esforça para cima para o divino (POST, 1995).

No mito citado, o papel primordial do Cuidado é manter o ser humano unido em sua integralidade enquanto o valoriza e transmite uma compreensão de como o cuidado é central para o que significa ser e viver uma vida humana. Segundo os legados hipocráticos, ao defender o cuidado das almas transmite a mensagem primária de que há invariavelmente uma hierarquia de valores no que é que os seres humanos escolhem se importar, e que entre esses valores, o cuidado com o espiritual deve ser relevante. Nos séculos XIV e XV, quando a ideia de morte era tão vívida, o cuidado da tradição das almas produziu uma vasta literatura elogiando a arte de morrer bem, em vez de desespero e como ajudar a pessoa moribunda (KELLEHEAR, 2016).

Com o Iluminismo, o pensamento do sec. XVII e XVIII foi profundamente marcado com a ascensão da burguesia, expressando-se pelos valores de liberdade, individualismo e igualdade, assim como por uma maior ênfase no método científico, e crescente separação entre Igreja-Estado. Para os pensadores franceses, ateus ou não-ateus, Deus deixa de ser o mediador entre o homem e o mundo, cabendo ao homem a responsabilidade pelo que faz, tornando-o “todo poderoso” em função da crença na razão. Por outro lado, Rosseau resgata o papel da vontade ao estabelecimento de um verdadeiro estado social, um imperativo ético que deve estar unido ao saber, e a razão unida à moral (ANDERY, 1988).

Os legados do filósofo Kant expressam sua crítica ao racionalismo dogmático, pois para esta linha de pensamento tudo que decorre do sensível é uma noção confusa. A produção do conhecimento é necessária a partir da existência de um objeto que desencadeie o pensamento e a participação de um sujeito que pense, conecte o que é captado pelas impressões e representações do objeto, seguida de conceitos. Portanto, para ele existe uma vinculação entre razão e experiência e a produção de conhecimento requer uma investigação. Segundo Andery (1988), o pensamento hegeliano deixa como legado o caráter dialético, expresso no movimento constante e complexo a que está submetida toda realidade. O ser é um vir-a-ser, o modo como se apresenta no mundo, é uma das suas diferentes possibilidades e

potencialidades, que constituem suas etapas de desenvolvimento, um vir a buscar um novo estado de sua existência.

Segundo Post (1995), esse foi precisamente o ambiente em que o cuidado, então designado *Sorge* (cuidado) por Goethe (1749-1832) apareceu em sua obra *Fausto* (POST, 1995). Fausto entra em um pacto com Mefistófeles (o diabo) em troca do conhecimento e da assistência mágica de Mefistófeles. Ele concorda em ser seu escravo e em perder sua alma para o diabo neste pacto. A mensagem desta dramaturgia nos mostra que, um humano não pode evitar o cuidado. Deve-se primeiro lidar com o lado físico do cuidado, e depois converter esse cuidado, que é a raiz de todo o esforço humano em uma preocupação moral e solícita para as pessoas e instituições. Para Goethe, o cuidado se torna consciência e dedicação.

Enquanto para Kierkegaard (1813-1855), filósofo dinamarquês e pensador religioso do século XIX, cuidar inclui noções de preocupação e interesse. Ele trabalha com a noção de cuidado, previamente discutido no Mito do Cuidado e em Goethe, em uma nova direção, transformando a experiência subjetiva do cuidado em razões para cuidar de si mesmo e buscar o cuidado dos outros. Já para Martin Heidegger (1889-1976), um dos filósofos mais originais e influentes do século XX, o cuidado não é apenas um conceito entre muitos, está no centro de seu sistema filosófico de pensamento. Heidegger citou diretamente o Mito do Cuidado como uma justificativa primordial de sua alegação central de que o eu humano tem o carimbo de cuidado. Ele usa o termo em alemão *Dasein*, ou "estar lá", para representar a experiência humana de estar no mundo através da participação e do envolvimento, o que significa que entendemos e nos preocupamos com nós mesmos no mundo em termos de estarmos conectados com o que podemos ou não fazer. De acordo com Heidegger, devido a esta conexão trazida pelo cuidado, importa que possamos agir, e devemos agir para escolher entre nossas próprias possibilidades, e nos remete ao sentido de nossa condição humana (POST, 1995).

A vida de um ser vivo não é simplesmente um movimento retilíneo, ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação, e saúde requer uma margem de tolerâncias às adversidades do meio. Saúde é poder cair doente e se recuperar, um *luxo biológico*, onde o sistema de defesa e restauração do ser vivo são chamados para a estabilização da vida. Para explicar esse fenômeno à luz do sentido do cuidado, são trazidas algumas considerações, no sentido de entender a influência histórica da ciência na construção do conhecimento. Para muitos defensores só seria ciência, no

sentido estreito, se um objeto admitir a medida e a explicação causal, em suma, o estabelecimento de constantes ou de invariantes, contudo precisamos entender que esta é uma escolha, portanto um abandono a outros pontos de vista (CANGUILHEM, 2007).

Segundo Canguilhem (2007), na compreensão da vida humana e suas distintas experiências é necessário levar em conta o valor que ela é capaz de receber para eles e por eles, considerando que antes das ciências, foram as técnicas, as artes, as mitologias e as religiões que expressavam e valorizavam a vida humana. Após a vida tornar-se das ciências, a filosofia e os valores expressos na moral e ética irão nos ajudar a resolver os conflitos. A ciência da vida tem a vida como sujeito e também como objeto, merecendo ser considerada num movimento polarizado. Segundo Czeresnia (2012), há uma insuficiência da perspectiva biológica mecanicista e a necessidade de superar e buscar um sentido das relações entre vida e a ciência, o valor como um atributo fundamental do ser vivo, que está na origem do pensamento humano.

Os estágios do desenvolvimento moral trazidos pela ética do cuidado se iniciam de um estágio crescente, que pode ir além do propósito e da troca individual instrumental, dos compromissos e obrigações, até chegar aos estágios da consciência, do contrato social e dos princípios universais éticos (RACHELS, 2006).

O processo de adoecimento e cura é no fundo um sentido da experiência humana, que é intransponível, face a individualidade de cada ser. É no viver agindo que acontece o sentido da vida e isso transcorre no percurso de cada ciclo humano, na medida em que cada ser dimensiona a vivência de seu limite e o mundo enquanto sentido. É nele que se dá a cura, o querer e o cuidar. No processo de adoecimento acontece o sentido de quem somos, um voltar silencioso, uma atitude de escuta interna. Um ato que faz ocorrer um chocalhar, o que não cessa de acontecer, e manifesta-se na sua essência. Procurar o sentido da existência é chocar, chocalhar o pensar, deixar o porvir no que é o existir, e como dizia Guimarães Rosa, na narrativa da travessia do rio, na busca de uma modalidade de existir, "*aquilo que não havia, acontecia*", embora aparentemente ausente, não cessamos de procurar o sentido da existência humana (ROSA, 1978, p. 28).

De acordo com Ribeiro (2001), bioeticista e docente da UNESP, podemos considerar o sentido de cuidado de maneira mais ampla do que entendemos na atualidade. Desta forma, o cuidado impulsiona o percurso da forma e a interação entre

o sagrado e o ser humano, enquanto este viver. Enquanto humanos e estivermos vivos, seremos (do) cuidado, ou cuidaremos ou seremos cuidados. Portanto, está clara a vulnerabilidade e a interdependência entre os humanos, intrínsecas à nossa vida como seres vivos e sociais, no qual a vulnerabilidade é mais ou menos intensa em distintos momentos da vida.

Cabe destacar, a influência da sociedade, desde o seio familiar, com noções de higiene e polidez, e *a posteriori*, as injunções da escola, da língua e da cultura interferem no processo de saúde adoecimento. Para o entendimento do cuidado e sua relação antropossocial é importante considerar as necessidades do sujeito, pois o todo está na parte que está no todo e nas várias dimensões do cuidado (HELMAN, 2006).

Quanto às dimensões éticas e morais, o cuidado torna-se prática quando se comporta em quatro fases: importar-se com, encarregar-se de, cuidar de, e a de receber o cuidado. Para cada fase são comportadas categorias, como atenção, responsabilidade, competência e capacidade de resposta da pessoa cuidada e cuidadora. Quanto às dimensões do *care* e seu mito, o personagem Cuidado agiu ao atender para a terra que estava em algum lugar do rio e sua atitude gerou oportunidade e continuidade no processo que culmina o cuidar. Ao dar-lhe atenção, identificou necessidades, acolheu, encarregou-se dela, e assim fazer algo em relação ao que identificou. Mobilizou sua responsabilidade diante da situação, de que é preciso fazer algo, concretizando, dessa forma, o trabalho efetivo e assertivo (CASTRO, 1984).

Cabe ressaltar o sentido de cuidado já consagrado no senso comum, considerando sua polissemia, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Porém, aqui entendido, não apenas como um conjunto de recursos e medidas terapêuticas. Para avançar no entendimento e compreender as implicações práticas deste constructo conceitual para as práticas de saúde com contribuições a partir da práxis e se voltando para a práxis, pode-se ampliar a compreensão do cuidado como a articulação entre êxito técnico e sucesso prático.

Esse sentido do cuidado trazido por Ayres (2006), onde cuidado seria uma sabedoria prática em estreita relação com os saberes tecno-científicos, ou seja, um conjunto de ações instrumentais consideradas adequadas e corretas pelos atores envolvidos. Portanto, considerar a subjetividade humana implica o entendimento de seu projeto de felicidade, e maneiras de viver que se colocam em questão naquele momento do adoecimento. O autor define Cuidado como uma atenção à saúde

interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, seja físico ou mental, podendo requerer ações de promoção, prevenção ou restabelecimento da saúde.

No plano de conceituação ontológico existencial estão as bases do cuidado em saúde. Há um encontro, um movimento, uma interação, uma identidade e alteridade, uma plasticidade, um projeto, um desejo, que se manifesta com a coexistência do todo, seja como cuidado, seja como cuidador. Desta forma, pensado como uma possibilidade na qual cada parte ganha sentido numa totalidade e uma responsabilidade. Esse rompimento da dicotomia entre imanência e transcendência, entre objeto e sujeito é possibilitado pelo cuidado integral (AYRES, 2005).

O cuidar envolve variadas dimensões e atividades e depende de quem cuida, de quem é cuidado e onde é oferecida a atenção à saúde, numa tríade que envolve os cuidados, a pessoa cuidada e o ambiente. Portanto, as assistências oferecidas não serão experiências iguais, o cuidado vai depender do aporte da complexidade biotecnológica, variando amplamente nos diversos cenários possíveis, no domicílio, ambulatório, ou ambiente hospitalar. O cuidado é dependente do contexto social e da experiência individual e será reflexo da multiplicidade de fatores políticos, econômicos, históricos e biológicos (AREDES, 2018).

O uso da biotecnologia não é apenas a aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas uma decisão que leva em consideração o contexto e os sujeitos envolvidos. Portanto, a dimensão do cuidado envolve escolhas dentro de certas possibilidades e mediações, articuladas com outros aspectos que não se restringem ao técnico. A arte de cuidar não pode limitar-se à manipulação de objetos. Ela exige o diálogo como ferramenta essencial entre as tecnociências e a construção livre e solidária de uma vida. O encontro entre dois sujeitos ocorre quando a escuta é dialogada, quando se admite reconstruir o eixo morfofuncional, introduzindo novas referências que redimensionam o que é preciso fazer. Assim, outros recursos podem surgir pela presença de outro sujeito, possibilitando a concretização do projeto existencial (AREDES, 2018).

O sujeito cuidador e o que é cuidado fazem parte de uma relação e estão imbricados em um sistema aberto e complexo. A comunicação entre universo físico, biológico e o que nomeamos de real, também é sociológica e antropológica. O homem é um ser biológico e ao mesmo tempo um ser evidentemente cultural, meta-biológico, que vive num universo de linguagem, de ideias e consciência. Desta forma, é

necessário estudá-lo nas suas diversas dimensões, seja de seus aspectos biológico e mental, seja no campo das ciências sociais e humanas. O processo dinâmico da vida humana é um devir que tende ao mesmo tempo à desordem (entropia) e à organização de um sistema complexo, o qual faz parte o ser humano possuidor de uma autonomia e vontade (MORIN, 2011).

Segundo Silva (2005), cuidado possui vários significados: desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bons tratos para o outro, em atitude de respeito. Podemos compreender cuidado ao perceber a implicação com o outro, ao colocar-se no lugar do outro. O termo alteridade é fortemente associado ao ato de cuidar, pois traz a compreensão do outro e sua distinção. Desta forma, podemos compreender que cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude, é um modo de se relacionar, ou seja, a forma como a pessoa se estrutura e interage com os outros, expressa nas relações estabelecidas com todas as coisas.

Na dimensão sociopolítica, devemos considerar os avanços legais e a determinação constitucional no Brasil, que estende o cuidado, como direito à saúde, assim como direito humano e dever do Estado (MENDES, 2017).

Algumas reflexões sobre a construção do conceito de CP moderno e sua evolução histórica são necessárias para a compreensão dos desafios contemporâneos. As sociedades atuais são mais longevas, implicando em desafios no campo da saúde e seguridade social. A importância da inclusão na formação médica de temas relacionados aos cuidados de fim de vida e ao processo de morrer está registrada na agenda mundial. Doenças emergentes, a exemplo da COVID19, aliadas ao envelhecimento e à carga de doenças da população, exigem uma incorporação tecnológica aos processos de cuidado durante o adoecimento e morte eminente.

Pessoas em finitude, sejam em processos agudos ou portadoras de doenças crônicas e ou degenerativas podem se beneficiar da abordagem em cuidados paliativos. Essa abordagem possibilita a preparação do processo de morrer com o apoio dos profissionais de saúde. Essa nova realidade, assim como a transição demográfica e epidemiológica tem provocado o repensar o papel dos serviços e das escolas médicas em responder os desafios de saúde da sociedade ao desafio do morrer com dignidade (HELMAN, 2003).

A sociedade atual requer reflexões acerca do paradigma do curar sempre e sobre a imortalidade, imaginário ainda presente em muitos, principalmente entre os

jovens. A finitude cosmopolita está, muitas vezes, associada à possibilidade do morrer prolongado, onde a preparação da morte passou a ser uma tarefa comunitária importante. A prevalência de certas enfermidades e expectativas de viver podem promover diferentes tipos de ansiedade com os tipos de deterioração e violência do corpo durante o processo de morrer, exigindo medidas a tomar para amenizar esse conjunto de problemas médicos. Por outro lado, identifica-se a erosão da consciência da finitude associada à difícil tarefa de identificar o início do processo, e conseqüentemente ao apoio ao morrer (KELLEHEAR, 2016).

Outra consideração refere-se ao ethos da cura e do cuidado. Enquanto o primeiro se sustenta pelos princípios militares de combate, não se dar por vencido e dureza, o ethos do cuidado tem como valor central garantir dignidade humana, solidariedade e compaixão efetiva. Enquanto no ethos da cura, o médico é o “general”, no ethos do cuidado, o paciente é o “soberano”. Portanto, o conhecimento profundo da pessoa e o respeito à sua vontade está no cerne do cuidado integral (TWYXCROSS, 2000).

Do vínculo e da confiança irão emergir as possibilidades de cuidado e quando se trata de doenças sem perspectiva de cura da enfermidade, o suporte ao sofrimento na perspectiva da qualidade de vida torna-se a melhor terapêutica, ou seja, oferecer abordagem em CP. Dentro da perspectiva do movimento *hospice*, emerge o ethos fundamentado na compaixão, estendendo o cuidado à família, numa perspectiva de aliviar o sofrimento (FLORIANI; SCHARAMM, 2008).

Cuidar vem do latim *cogitare*-pensar, dar atenção, levar em consideração. Paliativo tem origem do latim *pallium*-tapar, disfarçar ou encobrir, mas também quer dizer cobrir, amparar, abrigar (BIFULCO; LOCHIDA, 2009). A ligação das palavras não contradiz sua associação com pessoas em finitude. O termo *pallium*, também é relacionado a um gesto de respeito e sacralidade. Pode ser um vestuário litúrgico feito de lã branca com seis pequenas cruces usado em torno do pescoço. A lã é retirada de dois cordeiros que simbolizam o Cristo, apresentados anualmente na festa de Santa Inês (21 de janeiro). Estes são solenemente abençoados e o Pálio feito da lã do cordeiro é entregue ao Papa que o envia para os arcebispos, simbolizando a plenitude do ofício pontifical (ANCP, 2020).

No sentido comum, paliativo pode ser uma medida tomada para determinada situação que apenas disfarça, podendo ser entendido como algo que não resolve o problema. Segundo Floriani (2008), ao considerar *pallium* uma manta ou coberta, sua

intenção será a de acolher e proteger o enfermo em sua finitude de vida. Desta forma, CP constituem um modelo de cuidados totais, ativos e integrais oferecidos ao paciente com doença avançada e terminal, e à sua família, legitimados pelo direito deste de morrer com dignidade. Esse campo de intervenções tem implicações éticas, conflitos e incertezas quanto à melhor conduta, envolvendo aspectos éticos como a obstinação terapêutica, a eutanásia e o suicídio assistido.

Cuidados Paliativos ainda podem ser entendidos como uma modalidade assistencial que vem ganhando expressividade no mundo e, nas últimas décadas, no Brasil. Sua proposta é o enfoque no cuidado integral centrado na pessoa e não na doença. Propõe a prevenção e o controle de sintomas para pacientes portadores de doenças graves, ameaçadoras da vida, estendendo o cuidado para a família e cuidadores, que também sofrem, em uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional (GOMES, 2016). Também pode ser uma ação que alivia sintomas, não se propondo a ser um tratamento curativo a uma doença, mas sim o cuidado da pessoa. Portanto, implica no entendimento de valores, crenças e atitudes, habilidades e experiências, fatores emocionais e comportamentais que estão embutidos na relação médico-paciente e que definirão a melhor terapêutica para aquela pessoa específica (PENDLETON, 2011).

Segundo Burlá e Py (2014), a abordagem em CP pode ser compreendida como a mais adequada para atuar em crianças e adultos em situação de sofrimento e portadores de doenças ameaçadoras à vida. Esta abordagem também pode ser estendida a seus cuidadores e familiares. Os candidatos aos CP são pessoas em condições que levam a um alto risco de mortalidade, impacto negativo na qualidade de vida e repercussões na funcionalidade do corpo. A abordagem em CP leva em consideração o ser humano de forma integral, quer seja nos aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Para tanto, requer um trabalho interprofissional para o manejo de sintomas e prevenção de complicações.

A ênfase na prevenção e promoção da saúde são pilares da abordagem em CP e existem princípios essenciais para assegurá-los (MATSUMOTO, 2012). Segundo Maciel (2008), essa modalidade deve estar voltada para o ser humano em sua integralidade, em suas necessidades de natureza física, social, emocional e espiritual. A prática dos CP é um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interdisciplinar e interprofissional, que conta com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas

ocupacionais, nutricionistas e assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente.

A forma como se compreende CP revela uma construção sociocultural que varia segundo as épocas. A historicidade dos CP possibilitou o entendimento de conceitos, os quais emergem do processo histórico e de avanços sociais e culturais, como, por exemplo, o sentido de *hospice* e do bom morrer. A história dos *hospices* medievais remontam em sua origem a uma modalidade de hospedagem relacionada a receber e doar. Os *hospices* primitivos não foram criados apenas para morrentes, mas para pessoas que necessitavam de cuidados na doença ou não. Em 1842, Madame Jeanne Garnier em Lyon fundou *hospices* específicos para moribundos. No início do século XX, na Grã-Bretanha, Madre Mary Aikenhead reafirmou essa intenção de cuidado com os necessitados. Em Londres, o médico Howard Barret, fundou um *hospice* e escreveu sobre pessoas na sua individualidade. No fim da década de 60 do século XX, com a construção na Inglaterra do *St. Christopher's Hospice* em 1967, nasceu o atual movimento *hospice* (FLORIANI, 2010).

O movimento *hospice* constituiu amplo programa de cuidados a pacientes com doenças avançadas e em fase terminal. Duas modalidades assistenciais são identificadas em CP: uma delas comumente organizada em hospitais gerais, quer sob a forma de interconsulta ou com unidades próprias; e o cuidado *hospice*, oferecido em locais geograficamente distantes de hospitais, organizados para acolher pacientes que estão morrendo, ambos com extensão para assistência no domicílio. Este movimento tem por alicerce a centralidade na pessoa, diferentemente do modelo biomédico vigente, que concentra suas intervenções na doença (FLORIANI, 2010).

O modelo de atenção *hospice* possui desafios importantes, uma vez que a constelação de valores sustentados tem divergências com o sistema de saúde tradicional, que tem como pilares de intervenção preponderante o uso continuado e persistente de alta tecnologia. Ainda escasso em nossa realidade atual, o *hospice* aponta para novas intervenções em saúde em consonância com a moralidade e a resposta ao sofrimento, principalmente diante das situações de abandono dos pacientes que necessitam de alívio ao sofrimento evitável no fim de vida. Segundo Floriani (2013), um dos conceitos nucleares do moderno movimento *hospice* é o da boa morte. Esta se configura em um conjunto de características de enfrentamento da morte, buscando melhorar a qualidade de vida dos pacientes por meio de ações interdisciplinares.

Na proposta do *hospice*, duas médicas, Cecily Saunders e Elizabeth Kubler-Ross, deixaram como legado a valorização da escuta dos pacientes e a importância da abordagem psicológica e espiritual, visando proporcionar uma morte digna aos pacientes. Além disso contribuíram no conhecimento sobre manejo de dor, defendendo o uso oral e regular de analgesia, em vez de injeções de opioides por demanda. A partir daí iniciou-se uma nova abordagem científica e inovadora (BIFULCO; LOCHIDA, 2009).

A possibilidade de (re)humanização do processo de morrer, opondo-se à ideia da morte como uma doença que deve ser curada, ou seja, a morte como um processo da vida, e os tratamentos do doente passaram a ganhar força na perspectiva de metas que possibilitem garantir qualidade de vida.

O movimento dos CP foi distinto em cada contexto e local geográfico. Nos EUA há mais de 2000 *hospices* afiliados a *American National Hospice Organization*, porém ainda persistem preconceitos e atitudes contrárias, reforçando o papel transformador do ensino na graduação para os futuros médicos (BIFULCO; LOCHIDA, 2009).

Com o advento da AIDS, foram organizados alguns *hospices* separados para atender as pessoas acometidas por essa enfermidade e em estágios avançados. Atualmente, o movimento tem sido para locais onde são atendidas pessoas com diversas patologias, sendo a maioria portadora de câncer. Em 1980 foi fundado o primeiro *hospice* para crianças em Oxford, com predomínio de atendimento de crianças com enfermidades neurológicas degenerativas, frequentemente associadas com alterações metabólicas congênitas (KÜBLER ROSS, 2017).

Conforme a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (*Worldwide Palliative Care Alliance*), mais de cem milhões de pessoas se beneficiariam de cuidados paliativos anualmente (incluindo familiares e cuidadores), porém menos de 8% que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido (WPCA, 2014). Atualmente, CP são considerados a quarta diretriz estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclusos no tratamento do câncer, associados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. A OMS orienta que todos os pacientes portadores de enfermidades graves, incuráveis e ativas podem ser beneficiados pelo serviço de CP, através de programas combinados (hospitalares e ambulatoriais), contribuindo para reduzir substancialmente taxas e custos de tratamento por dia (WHPCA, 2020).

No Brasil, existem poucos relatos de iniciativas de instituições destinadas a pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida. Em 1944, na cidade do Rio de

Janeiro, no bairro da Penha, foi fundada a primeira instituição filantrópica para atendimento destes pacientes por Mário Kroeff, médico de saúde pública e militar, precursor do tratamento de câncer. Em 1968, foi criada a Clínica Tobias em São Paulo, destinada a pacientes com doenças avançadas, com acolhimento e ampliação de recursos terapêuticos como as práticas antroposóficas. Na década de 80, impulsionadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), surgiram várias iniciativas de serviços de saúde para cuidados paliativos em São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. O INCA IV, no Rio de Janeiro, foi destinado exclusivamente a pacientes em CP. Algumas iniciativas apontam para mudanças. Em 1998, os Centros de Oncologia fomentaram ações de qualificação de recursos humanos, confluindo para o Programa Nacional de Humanização, em 2001, bem como a criação do programa para o manejo de dor, em 2002 (FLORIANI, 2008).

Destaca-se a implantação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) em 1997, e a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005, com vistas a difundir os CP no Brasil e a fomentar a pesquisa e o ensino em CP.

A partir da Constituição de 1988 e da criação do SUS (BRASIL, 1990), a saúde passou a ser legalmente um direito do cidadão e dever do Estado, devendo estar assegurada na esfera municipal, estadual e nacional. Podemos identificar uma correlação entre CP e direitos humanos, através dos avanços de marcos legais brasileiros. Segundo Peralta (2016), o alívio da dor deve estar assegurado através da disponibilidade de medicamentos essenciais. Portanto, é necessário superar barreiras culturais e políticas, mitigando preconceitos quanto ao uso de opióides, e o desconhecimento dos gestores em relação à regulação desta classe de medicamentos para prevenir o uso ilícito. Desta forma, o fomento do tema na formação precoce é uma estratégia relevante, bem como o envolvimento da sociedade para efetivação da disponibilidade de medicamentos.

O investimento em CP no território nacional pode ser verificado nos esforços realizados na elaboração de marcos legais, tanto no âmbito nacional pela Comissão Intergestores Tripartite no SUS (2018), como no âmbito estadual pelo poder legislativo. Esses marcos legais contribuíram para a reorganização dos serviços e formação de recursos humanos no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019), e em outras entidades federativas do país.

## 1.2 O processo ensino-aprendizado em CP

O sistema educacional em saúde deve estar sintonizado com as transformações sociais e ecológicas, tais como os agravos emergentes, novas infecções, riscos ambientais relativos a comportamentos, transição demográfica e epidemiológica, assim como à incorporação do direito à saúde para todos. Desta forma, torna-se imprescindível que as escolas de formação de profissionais de saúde estejam integradas ao sistema de saúde e sejam capazes de promover as competências necessárias nos futuros egressos para atender as necessidades da sociedade. A formação de recursos humanos tem papel central nas políticas públicas, integrando saúde e educação. As autoridades precisam pensar o papel das escolas médicas e sua responsabilidade social à luz do profissional de saúde que queremos para o século XXI.

Em 2010, uma comissão de 20 especialistas no campo ensino, trouxe diretrizes importantes para o redesenho da educação profissional a partir do aprendizado conjunto e a construção de soluções pelo intercâmbio de informações, conhecimentos e tecnologias. A Comissão adotou um olhar global, uma abordagem sistêmica e uma perspectiva multiprofissional. Esta estrutura de compreensão considera a conexão entre educação e sistema de saúde, isto é, centrada nas pessoas como coprodutoras e direcionadoras de necessidades e demandas em ambos os sistemas. As escolas de saúde para suprirem a força de trabalho necessitam interagir por meio do trabalho profissional, indo ao encontro da demanda do profissional no sistema de saúde. Os membros da Comissão identificaram os avanços da reforma educacional. Na primeira geração, o currículo estava baseado na ciência; na segunda geração estava direcionado aos problemas; já na terceira geração, a reforma estava sustentada pelas competências essenciais aos profissionais de saúde no contexto específico do conhecimento. Para tanto, os profissionais precisariam ser educados para mobilizar conhecimento global conectado com o contexto local, através da interação com as equipes, visando um aprendizado transformativo e a interdependência na educação (FRENK, 2010).

Segundo Pierantoni (2010), os desafios críticos da formação médica diante da construção do aprendizado, sustentado pela aplicação da inteligência (reflexão teórica) voltada para a ação e a execução, e o desenvolvimento de habilidades e

técnicas próprias do fazer, estão presentes na complexidade do trabalho em saúde. O século XX representou uma revolução da prática médica, iniciada pela especialização do trabalho potencializada pelo desenvolvimento tecnológico e científico. Enquanto até então, tínhamos sua divisão na cirurgia e clínica, hoje temos mais de meia centena de especialidades com áreas de superespecialização e aparato tecnológico para fins diagnósticos e terapêuticos. O acúmulo de conhecimentos e a complexidade na prática médica trouxeram novas exigências tecnológicas. Porém, não podemos perder a essência humana na arte de preservar a vida, de pessoas diante de ameaças à saúde que estão permeadas por insegurança, fragilidade e sofrimento. Portanto, é mister desenvolver uma relação médico-paciente calcada na confiança, conforto espiritual, dedicação, compaixão e responsabilidade àquele que se propõe a cuidar.

A política de ensino precisa estar em consonância com uma realidade em transição, superando a desconexão entre as competências do egresso com as necessidades dos pacientes e o predomínio da orientação hospitalar em detrimento da expansão de cuidados primários em razão da pouca compreensão relativa ao contexto brasileiro. Desta forma, uma estratégia importante será o cuidado continuado fortalecido aos pacientes portadoras de condições crônicas complexas, potencializado pelo aprendizado coletivo do trabalho em equipe com vistas a melhorar o desempenho do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Lampert (2009), em seus estudos sobre políticas públicas de saúde e educação identificou que ocorre dissociação entre estudo e trabalho, sendo que este constitui um dos mais importantes problemas da educação médica. No ensino vinculado ao trabalho, o estudante está ligado a outro médico pensando o exercício prático da profissão. Essa sempre foi a melhor forma de ensinar e aprender. O aprendizado significativo deve ser realizado nos diversos cenários de aprendizado e o estudante deve participar da construção do cuidado em rede, através do fomento de competências centrais do trabalho em equipe para garantir o cuidado nas diversas fases da vida, inclusive na finitude.

Conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, o egresso deve ter uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção. Deve ser capaz de realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, nos âmbitos individual e coletivo. Estas devem ser realizadas com responsabilidade social e compromisso com a defesa da

cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade na sua prática a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (MS), como forma de afirmar a saúde como prioridade da política do Sistema Único de Saúde (SUS), fomentou a implantação de estratégias para superar as deficiências da formação profissional. Até então, uma educação calcada no modelo hospitalocêntrico deve ser superada com vistas à uma formação atenta às exigências atuais e mudanças necessárias. Desta forma, a compreensão da saúde no contexto social complexo requer um profissional de saúde generalista, que saiba abordar os distintos problemas de saúde, seja no âmbito individual ou populacional (SANTOS, 2000).

É grande o desafio de assegurar o acesso da população brasileira à saúde e chegar próximo onde as pessoas vivem e adoecem, inclusive no domicílio, visando a eficácia dos serviços e à equidade social, através de um conjunto de ações que possam proporcionar melhoria das condições de vida. Existem avanços importantes demonstrados nas últimas duas décadas no Brasil e a abordagem em CP nas práticas sociais tem uma articulação com o sistema de saúde, onde o cuidado é construído no cotidiano das vidas (PIERANTONI, 2010).

Os princípios da integralidade e a coordenação do cuidado nos diversos níveis da rede exigem organização do sistema de saúde, sendo o lócus privilegiado a Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma, entender como a APS pode sustentar a coordenação do cuidado nas diversas fases da vida, a partir da compreensão do processo saúde-adoecimento ao longo da vida. O respeito ao processo de morrer considerando o pertencimento cultural, tais como os tabus e medos, pois “o homem é o animal mais emocional além de ser o mais racional”. Ser homem significa ser flexível e dependente das normas e regras sociais, psicológicas e estruturas culturais para dar sentido a si mesmo. O desenvolvimento da competência cultural refere-se ao respeito relativos aos fenômenos da vida e sua compreensão aos diversos saberes e fazeres no enfrentamento do processo saúde-doença e morte (GEERZ, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como modalidade assistencial, foi escolhida para impulsionar a APS no Brasil. A partir dela, podemos relacionar novos caminhos, com reflexos no ensino em direção ao perfil profissional que o país precisa. Os princípios e atributos da ESF, tais como a garantia da acessibilidade (primeiro contato), a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a

capacitação familiar e o enfoque comunitário facilitam a incorporação da abordagem em CP. Por outro lado, o contato com pessoas em sua fragilidade, pode contribuir para impulsionar um perfil de profissionais humanitário (STARFIELD, 2002).

Conforme Melo et al. (2018), ocorreram avanços da ESF no Brasil no período de 1998 a 2016. Foi constatada a ampliação da cobertura populacional da ESF de 967 municípios para 5221 municípios. Não menos importante, foi o reforço da equipe multidisciplinar e da clínica ampliada, impulsionada a partir de 2008 pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando a presença de psicólogas, fisioterapeutas e nutricionistas.

Considerando a complexidade do cuidado, novas práticas de saúde foram incrementadas com apoio matricial. Para a efetivação da assistência é fundamental a interdisciplinaridade e o interprofissionalismo, propiciando a qualificação do cuidado com impacto na diminuição de internações pelas condições sensíveis à atenção básica. Embora, ainda com desafios, tais como precariedade da logística, alta rotatividade, dificuldades na organização do processo de trabalho e baixa integração aos demais serviços da rede, são apontados caminhos de estruturação de pontos estratégicos para a formação de uma rede de atenção (MORETTI; FEDONE, 2016).

Outra importante modalidade alavancada em experiências municipais nas décadas de 1990 e 2000 foi a Atenção Domiciliar (AD). As possibilidades de organização do cuidado ficaram sustentadas pela articulação em rede, através de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), cuja composição por equipe multiprofissional assegurou o suporte de casos mais complexos (BRASIL, 2016).

A integração da Rede vem sendo construída em uma constante propulsão e a formação dos profissionais embasados pelos pilares dos valores da escola médica é uma estratégia para a consolidação do cuidado continuado. Os princípios da equidade, relevância e inovação devem estar alinhados em parceria com os serviços de saúde, e a visão e missão das escolas atentas às necessidades da sociedade em consonância ao sistema de saúde eficiente e equitativo (FAIMER, 2012).

Esforços na educação foram realizados, cabendo destacar o fomento de escolas médicas em regiões longínquas. Na última década foram instituídas políticas de interiorização e de atração em áreas remotas para modificar a realidade brasileira, no intuito de prover áreas de difícil acesso. Foram identificadas instituições de ensino direcionadas à formação de egressos generalistas, em consonância com as recomendações das DCNs, a exemplo de escolas como Mossoró e Barbalha no

interior dos Estados do Rio Grande do Norte e Ceará, bem como no campus Divinópolis da Faculdade Federal de São João Del Rei no norte de Minas Gerais. (OLIVEIRA et al., 2019).

Se por um lado ocorre de forma intensa a transição demográfica e epidemiológica, com uma demanda crescente nos diversos cenários da saúde, por outro lado existe um desconhecimento conceitual e filosófico sobre CP, tendo como resultante o afastamento dos futuros médicos do campo de cuidados de pessoas com doenças sem possibilidades de cura. A aproximação dos estudantes, preceptores e docentes com a população e serviços de saúde impulsionam para transformações do perfil do egresso que precisamos para atender as necessidades de saúde das pessoas.

### **1.3 O ensino médico e a mudança de paradigma na saúde**

O atual período é marcado por uma crise persistente, cujas variáveis construtoras do sistema exigem novas definições e novos arranjos. Os fatores propulsores trazidos pela globalização não se instalam gradativamente, nem são exclusivos de um único país ou continente, podendo refletir na solidariedade e pertencimento cultural de um povo (SANTOS, 2000). É mister a reflexão das necessidades de saúde no processo ensino-aprendizagem a partir da realidade da população assistida.

Ao longo do sec. XX, o conhecimento universitário-científico produzido foi predominantemente descontextualizado das premências do cotidiano das sociedades. Portanto, é mister caminhar para um conhecimento transdisciplinar, contextualizado, interativo, produzido, distribuído e consumido em novas tecnologias de comunicação e informação. Por outro lado, a construção da cidadania é um desafio a ser inserido na sociedade. Para tanto, o ensino deve abrigar outros tipos de conhecimentos produzido em sistemas abertos, cujo exemplo é a própria relação entre ciência e sociedade, concretizado nas parcerias entre pesquisadores e sindicatos, organizações não governamentais, grupos sociais vulneráveis como imigrantes, desempregados, idosos, doentes crônicos, portadores de HIV etc. (SANTOS,2011).

As transformações da sociedade impulsionam para um novo perfil de profissional de saúde e as escolas médicas devem estar inseridas ao sistema de saúde. Como uma escola médica pode melhorar sua capacidade de responder aos desafios em saúde da sociedade? A formação de profissionais deve estar em consonância com as políticas públicas e a missão do ensino sintonizada com as necessidades e desafios prioritários de saúde e sociais, o que só pode ocorrer caso esteja caminhando junto com os sistemas de saúde (FAIMER, 2012).

A partir de uma reflexão trazida pela incorporação do entendimento do papel social das escolas médicas contextualizadas ao Sistema Único da Saúde (1988), é ratificado a compreensão de saúde como noção de direito do cidadão e dever do Estado, em consonância com a Constituição Federal de 1988, com a Declaração de Alma Ata (1978) e a Conferência de Otawa (1986). A importância da APS no cuidado continuado está apontada. Assim como a importância de revisitar as competências esperadas para um egresso das escolas de medicina em consonância com a mudança do paradigma na saúde em consonância com as DCN (2014). A dimensão ética e humanística é reforçada nas diretrizes educacionais, realizando uma aproximação e o desenvolvimento de valores em consonância com os direitos humanos (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Na América Latina e no Brasil em especial, desde a Reforma Universitária de 1968, o modelo dominante de educação médica adotado foi o modelo americano, designado como paradigma flexneriano. Esse vem sendo colocado em questão, uma vez que a sua estrutura paradigmática é individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações. Sua expressão no campo do ensino, caracteriza-se pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado das disciplinas, pela prática predominantemente no hospital e pela capacitação docente ser unicamente a competência técnico-científica (LAMPERT, 2009).

O processo de substituição de um paradigma se inicia quando já não se conseguem explicações satisfatórias para os fenômenos, processo pelo qual se instaura a crise paradigmática. Desde a década 50 do século passado, nos Estados Unidos iniciou-se uma reforma médica designada Medicina Integral, que fazia crítica à medicina tecnológica e ao tecnicismo, surgindo o modelo biopsicossocial, considerando a pessoa e sua subjetividade. Este movimento foi corroborado pelos canadenses, que desenvolveram na década de 90 a medicina centrada no paciente,

questionando o poder médico e trazendo à tona a valorização da autonomia da pessoa, ampliando a compreensão dos aspectos psíquicos e da relação médico-paciente na tomada de decisões terapêuticas. Entretanto, existem desafios para mudanças na educação médica e na superação da resistência do corpo docente, através da educação continuada para o desenvolvimento dos professores, tendo como cerne a mudança para um currículo baseado em competências na perspectiva de sistemas (POCK et al., 2019).

Neste processo de transição, interessa uma educação cujos sujeitos sejam levados a falar de si mesmo, de suas experiências, como abertura de um eixo reflexivo para o ensino e trabalho em saúde, e desta forma, redimensionar as mudanças para a formação de profissionais da saúde. Na construção de um modelo de ensino que possa atender às necessidades da população e melhorar sua capacidade de responder aos desafios em saúde da sociedade. As DCN (2014) propõem um eixo de desenvolvimento curricular sintonizado às necessidades de saúde dos indivíduos e populações identificadas pelo setor saúde e convida a incluir as dimensões ético e humanística, desenvolvendo no aluno oportunidades de aprendizagem de valores e atitudes na formação profissional com perfil generalista (SOUZA, 2019).

Segundo Lampert (2011), as características do modelo pedagógico baseado no paradigma da integralidade estão relacionadas aos seguintes aspectos: médicos sintonizados às necessidades do sistema de saúde relacionado ao mundo de trabalho; ênfase no processo saúde-doença abordando o conhecimento de forma integrada com metodologia interativa em relação ao projeto pedagógico. É preconizada estrutura curricular com integração de temas e atividades na forma interdisciplinar ou de módulos e o processo ensino-aprendizagem centrado no estudante com papel ativo na construção do próprio conhecimento na abordagem pedagógica. Quanto aos cenários de prática, estes devem trazer oportunidades na rede assistencial de habilidades de complexidade instrumental nos diversos níveis do sistema, voltada às necessidades prevalentes de saúde. Não menos importante é a inclusão do desenvolvimento docente e sua formação pedagógica comprometidos com a construção do SUS.

A criação do SUS foi uma conquista, o amadurecimento das lutas pelos princípios da universalização, da equidade e a integralidade ainda representam bandeiras de luta e desejo, portanto o lugar da educação é produzir ciência para contribuir na construção da cidadania (CECCIM; FERLA, 2011).

Conforme apontam estudos brasileiros e americanos (CALDAS, 2020; POCK, 2019; RIOS, 2016), foi identificada a preocupação em inserir no núcleo curricular das escolas médicas, disciplinas com conteúdo humanístico, incluindo ética, bioética e ciências humanas, fronteiriços às competências requeridas em cuidados paliativos ainda não contempladas com a devida sistematização e reflexão exigida, através de um núcleo curricular específico.

Deste conjunto de referenciais, foram destacados os conceitos de currículo e competências, e a sintonia que devem estar com as transformações da sociedade. O mundo está em movimento e os sistemas educativos devem preparar as pessoas para sua adaptação a esses movimentos. Serão destacados alguns referenciais teóricos no entendimento dos conceitos de currículo e competências, os quais foram utilizados ao longo da tese.

Segundo Jonnart (2010), o currículo foi considerado um conjunto de elementos com fins educativos que, articulados entre si, permitem a orientação e operacionalização de um sistema por meio de planos de ações pedagógicas e administrativos. Ele está ancorado nas realidades históricas, sociais, linguísticas, políticas, econômicas, religiosas, geográficas e culturais de um país, de uma região ou localidade. Por competência foi considerado um agregado de conhecimentos relacionados com habilidades e atitudes definidas como parte importante em um posto de trabalho (papel ou responsabilidade), a qual pode ser medida perante padrões aceitos, e que pode ser ainda melhorada a performance do aprendiz. O aprendizado pode ser aperfeiçoado pela sobreposição ou interposição de saberes que se originam de várias especialidades, e que podem gerar conhecimentos comuns.

O processo saúde-doença e a finitude humana são fenômenos que necessitam de um entendimento de dimensão subjetiva, não expressa em números, mas carregados de uma expressão em decorrência de uma história, experiência, significados, crenças e valores (TAQUETTE, 2017). Como organizar no contexto clínico um processo de aprendizagem atravessado pela subjetividade, por questões éticas, bioéticas, sociais e históricas? Como preparar o futuro profissional para o trabalho colaborativo? São questionamentos que nos ajudam na compreensão da complementaridade e interdependência do trabalho em saúde.

As competências para o trabalho em equipe são desafios da sociedade contemporânea em profunda transformação. Destaca-se a importância de aprender junto, agregando o conhecimento de outras categorias profissionais na construção do

plano de cuidado, fortalecendo a atenção integral. A interprofissionalidade e a interdisciplinaridade são aqui entendidas, respectivamente como integração das práticas profissionais, e das disciplinas ou áreas de conhecimento (PEDUZZI, 2013).

Segundo Peduzzi et al. (2013), foi demonstrado que a articulação das ações e a parceria entre profissionais requer a manutenção das especificidades de cada área aos seus campos de atuação. O trabalho em equipe e a prática colaborativa potencializam a construção do cuidado. Para tanto, são necessárias mudanças na forma de abordagem e modificações nos processos de trabalho, visando à ampliação de seu objeto de intervenção. É preciso também que haja mudanças de cenários de aprendizado capazes de possibilitar encontros e reflexões coletivas entre os estudantes e equipe multiprofissional.

Na compreensão da formação humanista, é preciso pensar, sentir e agir coerentemente. Daí a importância de espaços de reflexão sobre a realidade dos serviços, para potencializar o aprendizado significativo do processo de adoecimento-morte. Isso significa articular o papel da antropologia médica e o pertencimento cultural à consciência universal do cuidado. Segundo Spencer-Oeter (2012), podemos considerar cultura como um conjunto de premissas e valores que irão orientar a vida, as crenças, procedimentos e comportamentos compartilhados por um grupo, e que influenciam, porém não determinam as escolhas de cada membro.

É necessário rever as práticas onde o centro do cuidado seja a pessoa e não somente de sua doença, onde a meta seja o cuidado e não apenas a cura. Uma vez constatadas as situações de esgotamento dos recursos curativos, o profissional deve ser capaz de aprender a construir recursos terapêuticos que ajudem as pessoas nas suas trajetórias de vida.

Outro aspecto fundamental, que reitera a relevância do ensino em CP se relaciona as mudanças do código de ética. Em 2009, ocorreu a mudança do Código de Ética Médica, a ortotanásia como elemento fundamental à manutenção da dignidade no final da vida. Segundo Toledo e Priolli (2012), em 2010 os CP foram reconhecidos como área de atuação médica, o que faz relevante e necessária a discussão na formação profissional atrelada à bioética na área da clínica, instância de atenção e crítica às questões éticas, que permeiam o cotidiano clínico (SIQUEIRA et al. 2016).

#### 1.4 O ensino em Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil

O quadro atual de mudanças na sociedade exige a revisão dos processos de trabalho nos serviços de saúde e dos projetos pedagógicos nas escolas. Os conteúdos curriculares das escolas médicas são muito variados nas diferentes universidades no mundo, mesmo em países onde a medicina paliativa tornou-se obrigatória.

No cotidiano clínico, a morte está presente, porém observa-se por parte dos médicos uma dificuldade de lidar com a etapa da finitude da vida humana. O envelhecer e a morte são temas desafiadores junto aos profissionais que possuem no seu imaginário a cura de doenças como meta a ser perseguida, muitas vezes, desconsiderando outros recursos terapêuticos com finalidade não curativa (GIBBINS, 2009). Segundo Von Gunten et al. (2012) e Schulz et al. (2013), mudanças nas atitudes são importantes desafios, requerendo alternância de aprendizagens didáticas e vivenciais, onde sejam oportunizadas autorreflexão e ensino interdisciplinar para serem alcançadas as competências exigidas no processo de aprendizagem em CP.

Como destaca Kübler Ross (1992), sobre o temor da morte e o simbólico que a envolve, o medo permanece subjacente nas mentes e latente nos corredores dos hospitais e no rosto dos doentes. Deste processo da morte e morrer, podemos aprender com nossos pacientes a lidar com este fenômeno existencial, e captar, ouvir o que cada ser humano entende sobre o que representa este momento da vida.

Segundo Frank (2008), aprender com pessoas em desespero é um desafio, onde urge dar sentido ao cumprimento das tarefas da vida de cada indivíduo. O sentido da existência é dinâmico e distinto para cada um. Pode parecer filosófico, mas a vida não é algo vago e sim é alguma coisa concreta, única e singular. Quando descobre que seu destino lhe reserva sofrimentos, a pessoa precisa conquistar sua consciência, sua realização única e singular, o objetivo da vida na sua totalidade, e atribuir-lhe desta forma um sentido.

Freire (2019) ressalta a importância da relação dialógica calcada na troca e valorização da escuta atenta, sem cair no mito da ideologia opressora, de um lado o que sabe, do outro o ignorante. O doente pode não saber tanto de doença, mas sabe muito sobre a sua individualidade e sobre o seu processo de adoecer. Essa clareza de uma assincronia das relações de poder pode ser cambiada por uma relação

horizontal, calcada na solidariedade. Uma postura revolucionária implica colocar a ciência a serviço da humanização. O mundo não é um laboratório de anatomia nem os homens são meros cadáveres que devem ser estudados passivamente.

Cabe destacar, a necessidade de uma abordagem que valorize o cuidado no processo de morrer e a morte. Desta forma, destacam-se as competências nucleares em CP. Urge construir um currículo que possa contribuir para um profissional mais preparado a lidar com temas ligados à dimensão existencial do ser humano, considerando os aspectos sociocultural e espiritual integrados ao processo saúde e doença. Portanto, conforme destaca Letho et al. (2017), o currículo deve ser orientado para a criação de oportunidades de aprendizagem desde o início do curso, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação do profissional com perfil generalista.

A relevância de um ensino que possa ressignificar preconceitos e mitos, conforme aponta Latour (2012), existem pontos num dado curso de ação que não são visíveis, mas coexistem, como o currículo oculto trazido pelos alunos, e configurados em alguns discursos. A construção de um ambiente educativo que tenha espaço para as reflexões e ressignificações exigidas no processo ensino-aprendizagem em CP.

As competências essenciais em CP na graduação médica são consideradas necessárias em relação ao preparo acadêmico para o exercício da medicina. Desta forma, os profissionais de saúde precisam adquirir educação sobre os princípios e as práticas dos CP dentro da sua formação inicial. Segundo Gamondi et al. (2013), as competências nucleares em CP são: compreender a abordagem em CP dentro da trajetória do processo de adoecimento, na atenção integral que envolve as necessidades biopsicossociais e espirituais, com atuação preventiva ao sofrimento e promotora de vida. Essas competências requerem atravessamento nos vários sítios e níveis da atenção através de forma coordenada e interdisciplinar.

As competências em CP estão alinhadas à atenção centrada na pessoa, respeito à autonomia e à abordagem da família. Estas envolvem questões técnicas, sociais e éticas, tais como a diminuição de uso inapropriado e pouco efetivo de intervenções médicas pesadas em detrimento de priorizar ações que melhorariam a qualidade de vida e o lidar com o processo de morte na existência humana (SILVA, 2014).

De acordo com MacPherson et al. (2014,), o ensino em CP deve estar integrado no currículo da graduação com a inclusão de áreas de conhecimentos como controle

de sintomas, trabalho em equipe e cuidado da pessoa desde as etapas iniciais do adoecimento. Para Gibbins et al. (2010), a inserção do ensino em CP na graduação possibilitou ao estudante desenvolver competências que irão melhorar o cuidado do paciente não só na finitude, mas também no cuidado geral dos pacientes. Segundo Parikh et al. (2017), os estudantes reconheceram que o treinamento em CP é essencial para a formação médica.

Conforme a literatura internacional sobre avaliação do ensino em CP, foram demonstradas mudanças de valores e atitudes nos estudantes, assim como a aquisição de habilidades de comunicação, tais como a transmissão de más notícias, a exploração de preferências para o cuidado no fim da vida, a conversação sobre questões espirituais e suas práticas (SIMMENROTH-NAYDA et al., 2011; SWEENEY et al., 2014).

Embora os CP sejam considerados importantes e devam estar presentes no cotidiano dos serviços de saúde que atendem pessoas com necessidades desta modalidade assistencial, este não está estruturado no ambiente docente-assistencial das escolas médicas. Os principais obstáculos identificados foram relacionados à falta do contexto clínico para educação, escasso tempo curricular frente à demanda, baixo suporte e estrutura, falta de docentes capacitados, ensino fragmentado e ausência formal nos currículos (GIBBINS et al., 2011; SHAHEEN et al., 2014).

No Brasil, de acordo com o estudo de Caldas et al. (2018), os principais desafios do ensino em CP foram relacionados ao desconhecimento sobre o tema, a falta de especialização no corpo docente, resistência para mudanças do corpo docente, carga horária excessiva nos currículos e recursos limitados para investimento na graduação.

Segundo Toledo e Priolli (2012), existem poucos dados sobre o ensino de CP no Brasil já que a literatura sobre o tema é escassa. Os autores reforçam a identificação de barreiras ao ensino de CP pelos coordenadores dos cursos de Medicina, como falta de corpo docente especializado, ausência de serviço clínico de CP, reduzido interesse da instituição, verbas insignificantes e escassez de tempo e de material didático apropriado.

O ensino em CP tem potencial para desenvolver competências humanistas devido a sua amplitude de conteúdos programáticos. Estes podem promover integração com o eixo de desenvolvimento curricular e dar coerência ao aprendizado

pela oportunidade de juntar as dimensões biológicas, psicológicas, etnoraciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais (SOUZA, 2019).

Na elaboração de pesquisa sobre ensino médico à luz das mudanças sociais observadas nas experiências laborais, é fundamental o entrelaçamento das políticas públicas de saúde e da educação. Este estudo está em sintonia com a transição demográfica e epidemiológica, com a incorporação tecnológica na saúde e os novos desafios que concorrem na prática clínica, entre os quais, a formação de recursos humanos para atender as necessidades de um sistema de saúde.

A sociedade está em transformação e as escolas médicas devem estar comprometidas com a responsabilidade social. Portanto, este estudo busca uma aproximação com o campo da educação médica e CP. Embora esteja presente no cotidiano clínico e seja consenso a inclusão das competências gerais em CP na graduação, ainda não se observa de forma estruturada o ensino em CP na graduação no Brasil.

O desafio em CP na medicina pode estar relacionado à dificuldade em estabelecer diálogos interdisciplinares com as ciências humanas e sociais, e um afastamento ao tema, dificultando a construção de cuidado. O processo de adoecimento e saúde requer a ampliação do olhar, a integração dos campos das ciências sociais, humanas e biomédica, trazendo o foco ao doente e não à doença. E esse tema, inclui o campo das humanidades, pertinente à abordagem qualitativa (SCHRAIBER, 2017, p. 18-19).

## 2 JUSTIFICATIVA

A transição demográfica e epidemiológica provocada pelo envelhecimento populacional, o aumento da carga das doenças crônicas, a incorporação tecnológica na saúde e suas implicações na saúde atravessam à saúde.

No atendimento destas novas demandas é necessário repensar a formação de recursos humanos em saúde para o atendimento dos agravos das doenças crônicas, alívio da dor e do sofrimento para o paciente e sua família.

As mudanças no perfil populacional e carga epidemiológica trouxeram repercussões na realidade dos serviços de saúde, e conseqüentemente na formação de profissionais de saúde, em consonância com a necessidade da população como emana os princípios do SUS. Existe uma alta prevalência de pessoas que necessitam de CP em contextos gerais.

Outras considerações importantes referem-se à ampliação do escopo de abrangência dos CP em agravos que limitam a vida como para doenças crônicas, não estando apenas relacionados a um tempo de vida ou a um prognóstico, mas às necessidades do paciente. Um vasto corpo de evidências sugere a incorporação de CP em doentes com agravos em risco de vida, possibilitando uma melhor qualidade de vida, morte e falecimento.

Ainda podemos ressaltar que CP envolvem questões sociais e éticas, tais como a diminuição de uso inapropriado e pouco efetivo de intervenções médicas invasivas e uma subutilização de intervenções que melhorariam a qualidade de vida, entre as quais referências para serviços de *hospice*.

Conforme estimativa dos estudos em relação às necessidades de profissionais capacitados em CP, foi identificado um déficit de médicos e enfermeiros com preparo na abordagem em CP em diversos pontos e níveis do sistema de saúde, além da alta prevalência de estudantes que referem pouca aproximação do ensino em CP na sua formação (SANTOS et al., 2019).

Por outro lado, é necessário maior conhecimento sobre as competências esperadas para o egresso de medicina e a aproximação dos cursos ao que está preconizado nas diretrizes. Alguns estudos brasileiros já identificam alguns avanços na inserção do ensino em CP no Brasil (OLIVEIRA, 2013).

Diante das questões apontadas acima, fica clara a necessidade do ensino em CP aos profissionais de saúde e justifica-se o interesse em se analisar o ensino em CP no Brasil, ampliando a compreensão sobre o potencial do ensino em CP e sua contribuição para o alcance do perfil de egresso alinhado às necessidades de saúde da população.

Embora sejam identificados avanços no país, é preciso identificar onde e como ocorre o ensino em CP nas escolas médicas brasileiras e analisar o processo ensino-aprendizagem com os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem em CP nas escolas médicas. Desta forma, as perguntas da pesquisa são: Como está ocorrendo o ensino em CP nas escolas médicas brasileiras ? O que e onde deve se dar o aprendizado? Quais as dificuldades e desafios do ensino em CP no Brasil?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

O objetivo geral foi analisar o ensino em cuidados paliativos nas escolas médicas no Brasil.

#### **3.2 Específicos**

Os objetivos específicos compreenderam:

- a) pesquisar as matrizes curriculares das escolas médicas brasileiras quanto à disciplina em CP;
- b) verificar a percepção dos coordenadores/ docentes e graduandos de medicina quanto ao ensino em CP nas escolas médicas que implantaram o ensino em cuidados paliativos; e
- c) traçar os conhecimentos essenciais em cuidados paliativos a partir do referencial teórico internacional.

## 4 MÉTODOS

Na construção do conhecimento desta proposta de investigação foi utilizado tanto o raciocínio dedutivo quanto o indutivo. No processo dedutivo, utilizaram-se pressupostos advindos da experiência de vida e profissional da pesquisadora, na observação do cotidiano clínico e de suas práticas de ensino da medicina. O processo indutivo foi resultante da trajetória de pesquisa de campo, em associação com a revisão sistemática da literatura sobre o tema.

O estudo em CP envolve os temas morte e a finitude humana que são fenômenos que necessitam de uma abordagem compreensiva para ser estudado, pois não são quantificáveis. A pesquisa com abordagem qualitativa possibilita o entendimento da dimensão presente no processo educativo do adoecimento, por se ocupar do nível subjetivo e relacional da realidade social (TAQUETTE, 2017).

O cenário utilizado foram as escolas médicas brasileiras, buscando identificar aquelas as quais apresentam o ensino em CP inserido na matriz curricular, através de disciplina em CP. O universo da pesquisa compreendeu os alunos, coordenadores do curso de medicina e docentes da disciplina das escolas identificadas com disciplina em CP. O intuito era verificar a percepção dos atores em relação ao ensino em CP.

O presente estudo é fruto de abordagem mista, quanti-qualitativa, de campo e analítico, conduzido em três etapas. Na primeira etapa foi realizado um levantamento quantitativo das escolas médicas que dispõem de ensino em CP em suas matrizes curriculares. Na segunda etapa, foi desenvolvida uma revisão sistemática integrativa da literatura sobre ensino em CP e na terceira etapa foi realizada na pesquisa de campo por meio de entrevistas individuais em profundidade com estudantes, docentes e gestores das escolas de medicina, como descritos a seguir.

### 4.1 Etapa 1 – Levantamento de escolas médicas brasileiras com ensino em CP

A pesquisa sobre o ensino médico em CP no Brasil se iniciou pela abordagem quantitativa por meio de dados secundários relativos às matrizes curriculares das escolas com disciplina em CP. Foram mapeadas todas as Instituições de Ensino

Superior (IES) de medicina e seus currículos para identificação daquelas que incluem o ensino de CP.

O universo da pesquisa concentrou-se nas escolas médicas que possuem na grade curricular ensino de CP. Foi feita a busca de todas as escolas médicas cadastradas no banco de dados oficiais brasileiros disponíveis no sistema eletrônico do Ministério da Educação do Brasil (Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior) e nos *sites* das Escolas Médicas do Brasil disponíveis on-line para consultas (BRASIL, 2017; NASSIF, 2018).

Em seguida, foram visitados os *sites* de cada escola para análise e seleção das que dispõem de disciplina de CP na matriz curricular. A pesquisa foi feita no período de agosto a dezembro de 2018. A fim de identificar quais escolas dispunham de disciplina de CP em suas matrizes curriculares, utilizaram-se na busca as seguintes temáticas: cuidados paliativos, tanatologia, processos de morte, finitude e morte, oncologia e CP, geriatria e CP, envelhecimento e morte.

Quanto ao perfil das escolas, foram analisados os seguintes aspectos: região administrativa e unidades da federação (UF) – número de vagas ofertadas no primeiro ano –; natureza da instituição, se pública ou privada; e, entre as públicas, qual o tipo de administração, se federal, estadual ou municipal. A mesma análise de perfil foi feita em relação aos cursos de medicina que dispõem de disciplina de CP em sua matriz curricular.

Para análise das ementas das disciplinas oferecidas utilizou-se as seguintes variáveis: período oferecido, carga horária, cenário de prática e tipo de disciplina (eletiva ou obrigatória), tendo como base as recomendações de entidades internacionais para o ensino de CP e as DCNs.

Os resultados desta etapa estão demonstrados no primeiro artigo, intitulado: Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil.

#### **4.2 Etapa 2 – Revisão integrativa sobre ensino em CP**

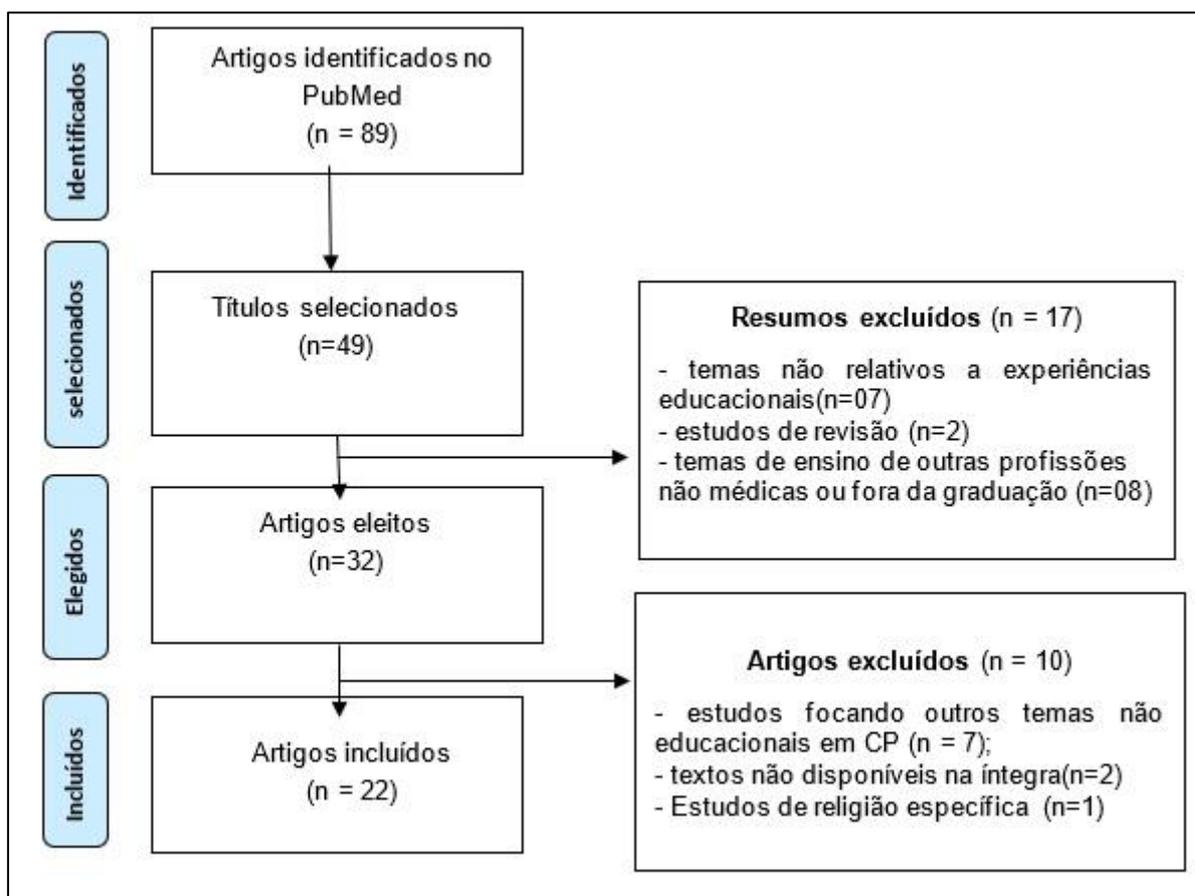
Esse estudo foi realizado com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico produzido sobre ensino em CP com foco nos conteúdos, cenários de aprendizagem, desafios enfrentados e avanços observados na literatura internacional. Foi realizada

revisão a partir de estudos publicados em periódicos indexados na base de dados do PubMed. Esta base de dados foi escolhida por agregar maior número de fontes bibliográficas de qualidade, reconhecidas internacionalmente.

Foi utilizada a estratégia de busca através de descritores em três blocos, a saber: I- (“Education, Medical”[mh] OR “Education, Medical”[tiab] OR “Medical Education”[tiab] OR “Medical Graduation”[tiab] OR “Curriculum”[tiab]); AND II) (“Palliative Care”[mh] OR “Palliative Care”[tiab] OR “Palliative Medicine”[tiab] OR “Care, Palliative”[tiab] OR “Medicine, Palliative”[tiab] AND III) “Clinical Competence”. A busca foi filtrada nos últimos cinco anos (período de 2014 a 2020) e pesquisas realizados com seres humanos, de artigos, resumos e títulos com os descritores selecionados. Pretende-se com os resultados oferecer subsídios às propostas curriculares de ensino em CP.

Foram encontrados 89 artigos, após leitura de todos os títulos, 40 foram excluídos por não preencherem o critério de inclusão: abordar pesquisas sobre o ensino em CP na graduação em medicina. Em seguida foram lidos os resumos dos 49 títulos restantes, sendo 26 títulos excluídos por não abordarem CP especificamente. Restaram 32 artigos que foram lidos na íntegra. Dez foram eliminados pelos seguintes motivos: sete não tratavam temas educacionais, dois não estavam disponíveis na íntegra e um tratava de ensino em religião específica. Os 22 artigos restantes foram os incluídos nesta revisão e submetidos à análise de conteúdo temática (Figura 1). Estes resultados estão descritos no artigo 2: Ensino médico em CP-revisão integrativa, categorizados em competências essenciais, desafios e estratégias da inserção do ensino em CP e o impacto do ensino no processo ensino-aprendizagem.

Figura 1 - Diagrama de busca dos artigos da revisão sistemática – 2020



Fonte: A autora, 2022.

### 4.3 Etapa 3- Pesquisa de campo

Visando conhecer o ensino em CP nas escolas médicas brasileiras e confirmar os avanços e limites apontados nas experiências brasileiras a partir do olhar dos estudantes, docentes e coordenadores do curso, optou-se pela abordagem qualitativa.

#### 4.3.1 Instrumento de pesquisa e critérios de inclusão

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista individual semiestruturada. Nas entrevistas com os alunos seguiu-se um roteiro previamente testado contendo dados de sociodemográficos, concepção de CP, percepção sobre o processo de ensino-aprendizado, período de inserção no ensino e estágios práticos realizados, descrição dos cenários e métodos de ensino predominantemente utilizados, temas considerados importantes em CP para a graduação. No diálogo com os entrevistados também foram enfocados os fatores facilitadores e obstáculos do ensino, as estratégias utilizadas para a inserção do ensino em CP e possíveis caminhos para o futuro (APÊNDICE A).

O roteiro de entrevista dos coordenadores e professores continha dados demográficos e de formação/experiência profissional e função atual, informações sobre religião e sua prática, concepção sobre CP dos docentes, percepção sobre a relevância do ensino e competências fundamentais, formato acadêmico (disciplina eletiva, optativa, curso, integrada a outra disciplina, seminários; concepção pedagógica, metodologias, atividades acadêmicas desenvolvidas para a aprendizagem, local do ensino da teoria e prática), período que ocorreu a inserção do ensino em CP na escola e o tempo dedicado a esse ensino, existência de facilidades e obstáculos no ensino e estratégias adotadas, existência de integração do ensino para a aquisição das competências, e sobre a existência de processo avaliativo em cuidados paliativos (APÊNDICE B).

Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram:

a) alunos:

- estudantes de medicina de escola na qual a matriz curricular dispõe de disciplina em CP há mais de seis anos

b) professores e coordenadores:

- professores da disciplina de CP e coordenadores de curso de medicina de escola médica com ensino em CP implantado no currículo há mais de seis anos.

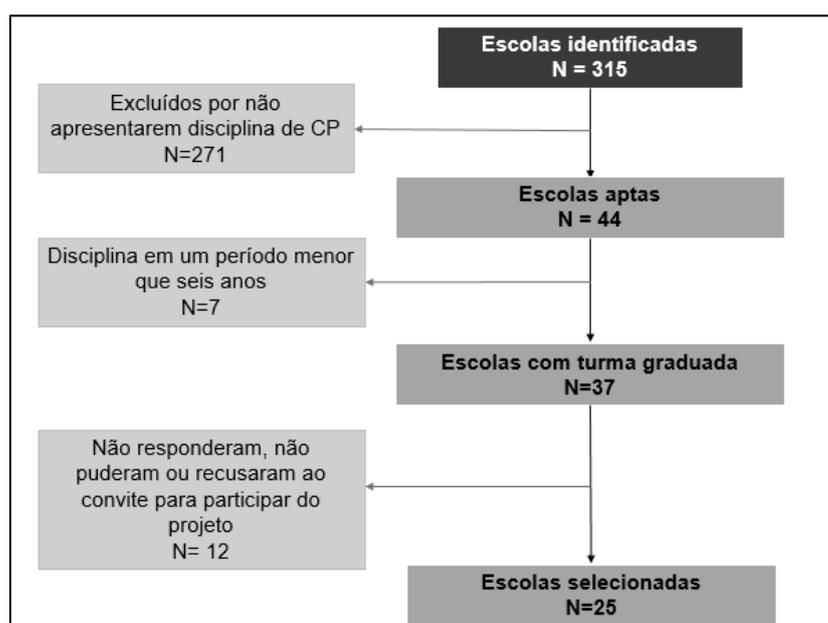
Nos casos em que houve recusa do coordenador em participar do estudo, a escola foi excluída, pois o contato com os alunos e docentes foi feito por meio do coordenador do curso.

O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação de conteúdo. Os dados coletados foram sendo analisados durante todo o percurso da pesquisa e interrompidos quando houve a compreensão de que nenhum dado novo surgia (TAQUETTE; BORGES,2020).

#### 4.3.2 Coleta e registro dos dados e plano amostral

Das 315 escolas médicas identificadas nos sites oficiais no período de agosto a dezembro de 2018, foram identificadas 44 instituições de ensino superior (IES) com disciplina em CP na sua matriz. Destas 44 IES, sete foram excluídas por terem funcionamento menor que 6 anos e, portanto, ainda sem turma graduada. Realizou-se contato com 37 escolas, sendo que sete não responderam, duas recusaram a participar da pesquisa, uma alegando indisponibilidade de horário e a outra não estar em conformidade com as exigências da IES e o docente não ter horário, duas foram excluídas por relatarem não ter a disciplina ou ensino em CP, devido ao afastamento do docente, um por aposentadoria e outra por licença maternidade, apesar de ainda constar nos currículos publicados em seus sítios na internet.

Figura 2 - Diagrama de seleção das escolas selecionadas



Fonte: A autora, 2022.

Das 25 escolas elegíveis para a pesquisa, foram realizadas 38 entrevistas com os docentes e/ou coordenadores, e em 14 IES foram realizadas 35 entrevistas com estudantes. Em onze IES não foi possível o contato com os estudantes, devido a indisponibilidade dos alunos ou dificuldades do docente em contactá-los. Cabe destacar que a pesquisa em campo somente podia ocorrer em período letivo, e conciliando com as atividades acadêmicas regulares e áreas verdes/livres.

Para recrutamento dos estudantes e docentes candidatos às entrevistas, seguiu-se o processo adscrito a seguir: identificação da IES com a disciplina na matriz, contato telefônico e/ou por correio eletrônico com a IES, apresentação da pesquisa para o coordenador e aceite do termo de anuência, identificação do professor responsável pela disciplina na IES e solicitação para indicação aleatória de alunos para participar do estudo conforme sua disponibilidade. Os possíveis participantes foram contactados individualmente e previamente esclarecidos em relação à pesquisa, seus objetivos e fluxos. O contato com os estudantes foi viabilizado por meio dos docentes e, as principais dificuldades identificadas foram conciliar a grade curricular no campo do internato e o encontro para a realização da pesquisa.

A logística para a entrada em campo compreendeu uma rede de contatos, que facilitou a comunicação. O desconhecimento da grande parte da comunidade acadêmica quanto aos CP, as barreiras de acesso, período de funcionamento da secretaria acadêmica, as exigências de cada escola quanto às normas éticas de pesquisa. Cabe destacar a obstrução em algumas escolas por docentes implicados, entendido como negativa de participação.

Um facilitador foi o fato de a pesquisadora ser membro do Grupo de Trabalho da comissão do Ensino na graduação da ANCP, ser docente e participar nos congressos de Educação Médica em Vitória (2018) e Belém (2019), aproveitando o encontro presencial para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente ou através de videoconferência, em ambiente com privacidade e garantia de sigilo. Todas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, apresentando uma mediana de quinze minutos. O tamanho amostral foi definido pelo critério de saturação de conteúdo, sendo de 02 a 03 estudantes por IES. As entrevistas com estudantes foram realizadas em 14 escolas das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, perfazendo um total de 35 entrevistas com discentes.

O processo de coleta de dados com os docentes e coordenadores de curso, se deu após o contato com a secretaria da escola e aceite do coordenador e do termo de anuência. Em seguida as entrevistas presenciais foram agendadas nas IES, ou por videoconferência, conforme disponibilidade do entrevistado. Algumas delas ocorreram no espaço do 56º e 57º Congresso de Educação Médica que, respectivamente, foram realizadas em Belém e Vitória, em espaço combinado previamente para que pudesse ser realizada a gravação.

As 38 entrevistas com coordenadores e/ou docentes ocorreram em 25 escolas, sendo 12 escolas públicas, 12 escolas privadas e duas filantrópicas. Destas, 15 foram com docentes, 22 com coordenadores de curso de medicina e uma com coordenador que era também professor. Dentre as escolas, sete apresentam disciplina eletiva e 19 disciplinas obrigatórias.

Cabe destacar que as escolas estão em distintos processos de adaptação as diretrizes curriculares, principalmente no que tange ao alcance do modelo da integralidade. Aproximadamente metade das IES encontra-se em processo de mudanças, sendo que a maioria adota ensino tradicional, onde o modelo biomédico é hegemônico, por outro lado, o restante caminha o modelo da integralidade.

As entrevistas foram realizadas presencialmente ou através de videoconferência, em ambiente com privacidade e garantia de sigilo. Foram gravadas em áudio, após o consentimento do entrevistado, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua assinatura. As entrevistas foram consideradas satisfatórias após avaliação do conteúdo investigado e observação de repetição dos temas, sendo utilizado o critério de saturação de conteúdo para definir a finalização da coleta de dados.

Cabe ressaltar que, em duas situações foram realizadas entrevistas coletivas, dada a impossibilidade de entrevistar individualmente, a saber: nas escolas PUC Londrina (um coordenador, um docente e um estudante) e na Uni-Rio (três estudantes), devido a dificuldades apresentadas pelos entrevistados para conciliar horário. Embora, as entrevistas tenham ocorrido no mesmo tempo e ambiente, todos os participantes falaram livremente, sem terem sido tolhidos pelos outros presentes, não comprometendo a interpretação das narrativas.

### 4.3.3 Análise dos dados

Foi feita análise de conteúdo na modalidade temática dos dados coletados com apoio do software WebQDA de análise de dados qualitativos. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. O uso correto de ferramentas específicas para a análise de dados qualitativos credibiliza o projeto de investigação, sendo observadas vantagens como, por exemplo, a análise de grande quantidade de dados, possibilitando a definição de categorias em árvores segundo o perfil dos entrevistados, a codificação e recodificação, exploração e cruzamento de diferentes formatos de dados (COSTA; AMADO, 2018).

No tratamento dos dados coletados, visando compreender e interpretar os dados à luz dos questionamentos formulados e o objetivo da pesquisa, foram seguidos os seguintes passos: leitura e releitura fluente para se ter noção do todo e identificar temas comuns, convergências e divergências nos depoimentos; recorte e colagem do texto a partir dos núcleos de sentido que emergiam; categorização de acordo com a relevância e os significados emitidos nas narrativas dos entrevistados tendo em vista as perguntas de pesquisa e a busca da lógica interna do grupo pesquisado; debate com a literatura; e síntese interpretativa final (TAQUETTE; BORGES, 2020).

Os descritores utilizados foram aqueles relacionados ao perfil dos entrevistados, como faixa etária, religião, especialização, assim como o perfil da escola, e codificação de dados, processo que possibilitou a origem das categorias emergentes e definição de unidades que facilitaram o processo de análise. Neste processo alguns códigos foram acrescentados, tendo como base a pergunta da pesquisa (MINAYO; COSTA, 2019).

As categorias foram construídas de forma que demonstrassem e representassem o processo de construção do ensino em CP, barreiras, desafios e propostas de aprimoramento. Foram consideradas questões trazidas pelas narrativas dos entrevistados, resultando em novas categorias, como as representações dos atores relativas aos preconceitos e mitos.

Os resultados foram interpretados a partir do referencial teórico e das categorias de análise elencadas, e outras que emergiram no decorrer da análise. A avaliação e o ajuste ao objetivo da pesquisa foram intencionalmente colocados na definição de novas categorias. Na análise e interpretação, retomando a tarefa de

descobrir associações, desdobrando as controvérsias sobre o mundo social. As incertezas puderam dialogar e apontar futuros caminhos.

Foi buscado no estudo os significados que cada entrevistado trouxe, a percepção de como CP é compreendido e como o ensino foi vivenciado. Ressalta-se a importância de ir ao lócus da práxis, tentando dar sentido e interpretar segundo o que foi trazido pelos entrevistados. Considerando suas vivências, as representações das experiências e as transformações e afetações em suas vidas pessoal e profissional. Por detrás de cada fala, foi-se tecendo um diálogo que aponta algumas representações que medeiam conflitos, onde os diferentes paradigmas na saúde convergem.

O conflito esteve presente, e o investigador pode presenciar essa arena, onde cada entrevista vai revelando alguns caminhos que foram desbravados. Foi-se revelando compreensões novas e profundas acerca do ser humano e os véus que ocultam a formação de ideologias, e a sustentação da cientificidade das ciências humanas e sociais aplicadas à saúde e educação (TURATO, 2005).

Os resultados desta etapa foram organizados nos artigos 3 e 4 - Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes e dos docentes na seção dos resultados.

A partir da análise dos dados primários (quantitativo e qualitativo), contextualizadas e comparada com a literatura, buscou-se a interpretação das narrativas e sua compreensão sobre os processos da vida, no qual a finitude faz parte (AYRES, 2005).

#### 4.3.4 Aspectos éticos

A pesquisa segue os preceitos e princípios da declaração de Helsinque, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto conforme as exigências do Conselho de Ética em Pesquisa em Humanos, CAAE: 1 84886018.7.0000.5259. (em Anexo Parecer Consubstanciado). Foram respeitadas as exigências de entrada em campo de cada instituição estudada, conforme a regulamentação do conselho de ética local, e utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Não houve contato prévio da pesquisadora e os participantes da pesquisa antes da realização da pesquisa, assim como não foi realizada na mesma instituição onde a pesquisadora é docente. A pesquisadora é docente no Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária em uma instituição de ensino pública a universidade a qual está vinculada não foi envolvida no estudo. A pesquisadora agiu com reflexividade durante toda a pesquisa no sentido de evitar e dirimir possíveis conflitos éticos e vieses na interpretação dos resultados (MINAYO, 2014).

Cabe destacar a importância dos cuidados necessários na manipulação de dados da pesquisa e na garantia do compartilhamento dos resultados produzidos com a comunidade científica e a sociedade em geral (LINARES, 2020).

## 5 RESULTADOS

O conhecimento trazido pelas narrativas dos entrevistados somado ao levantamento realizado sobre as escolas médicas brasileiras e à revisão de literatura possibilitou traçar o que é essencial ser ensinado em CP e confirmar os avanços e limites apontados nas experiências brasileiras no ensino em CP. Estas são contribuições deste estudo. No primeiro artigo, destacou-se a amplitude do ensino em CP tanto nas instituições de natureza pública como privada. No segundo artigo, evidenciou-se que CP é um campo em expansão no ensino médico e existem países em que este ensino está alinhado à política nacional de educação, com respeito às diversidades locais. No terceiro, constataram-se as transformações nos estudantes desencadeadas pelo contato com o ensino em CP, principalmente na aquisição de competência emocional e cultural. Por último, no quarto artigo, docentes e coordenadores apontaram a importância da disciplina em CP principalmente no que diz respeito à promoção da capacidade de lidar de forma mais assertiva com o sofrimento e à sua integração ao eixo de humanidades e bioética ao longo da formação médica.

Os resultados estão apresentados no formato de artigos expostos nos subitens 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4.

### **5.1 Artigo 1- Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil**

Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2021;45(2):1–7.

Das 315 escolas de Medicina cadastradas no Ministério da Educação, apenas 44 cursos de Medicina (14%) dispõem de disciplina de CP. Os cursos estão distribuídos em 11 estados brasileiros, 52% estão na Região Sudeste, 25% na Região Nordeste, 18% na Região Sul, 5% na Região Centro-Oeste, e nenhum na Região Norte. A modalidade predominante do tipo de disciplina foi obrigatória em 61% das

escolas. Em relação à natureza, 57% são entidades privadas, percentual semelhante ao total de escolas médicas brasileiras. A disciplina ocorre no terceiro e quarto anos do curso, na maioria das instituições, e a carga horária mediana foi 46,9 horas. O cenário predominantemente é a sala de aula, e algumas instituições proporcionam a integração ensino-serviço-comunidade e prática médica. Os conteúdos programáticos são variados, incluindo tanatologia, geriatria, senescência e finitude, humanização, bioética, dor, oncologia e doenças crônicas.

## **5.2 Artigo 2 – Cuidados paliativos e ensino médico: revisão sistemática**

Castro AA, Taquette SR, Marques NI, Pereira CAR. Cuidados Paliativos e Ensino Médico: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e50210111976, 2021 (CC BY 4.0); ISSN 2525-3409; DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11976.

Os estudos levantados no período de 2009-2017 apontam para uma predominância de estudos qualitativos, visando aperfeiçoamento do ensino (pesquisa ação), sendo 10 estudos na América do Norte, 09 na Europa, 02 na América do Sul e 01 na Ásia. As agências internacionais em cuidados paliativos recomendam a inclusão das competências gerais em cuidados paliativos na graduação. Embora seja considerado importante, existem desafios para a inserção do ensino em cuidados paliativos em todo o mundo. Os estudos analisados demonstram benefícios do ensino em CP na formação médica, através de um ensino longitudinal, uma vez que potencializam a aquisição de competências essenciais no exercício da medicina e em especial no trato de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida.

## **5.3 Artigo 3 – Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes**

Castro AA, Taquette SR, Marques NI, Pereira CAR. Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. *Cuidados paliativos na formação*

médica: percepção dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.46,n.1, e023, 2022. DOI: 10.1590/1981-5271v46.1-20210310.

O perfil sociodemográfico das 35 entrevistas com estudantes, compreendeu 25 (71%) no Sudeste, seis entrevistas (17%) na Região Sul e quatro (12%) na Região Nordeste. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (89%) e quatro entrevistados tinham 30 anos ou mais. A natureza da escola: 18 de escolas públicas e 17 privadas. Quanto ao tipo de disciplina, 28 (80%) cursaram disciplinas obrigatórias e sete (20%) optativas.

Os relatos foram classificados em três categorias: 1) Concepção sobre CP- os estudantes reconhecem o valor do ensino em CP e têm maior compreensão sobre abordagem em CP e sua indicação precoce às pessoas portadoras de condições crônicas complexas; 2) As transformações percebidas após exposição ao ensino em CP foram a superação de medos e tabus ligados à morte, conferindo maior conforto para lidar com o sofrimento humano, agregando competências emocionais. A educação formal em CP possibilitou a compreensão da pessoa na dimensão biopsicossocial e espiritual. Os estudantes ressaltaram a importância das habilidades de comunicação de notícias difíceis, do manejo de sintomas, do trabalho em equipe e da abordagem individualizada à pessoa e sua família; 3)Desafios e estratégias exitosas identificados no ensino em CP- embora, identifiquem pouca integração teórico-prática no cenário de ensino-aprendizagem em CP, referem interesse na temática, e apontaram como estratégias aproximações sucessivas ao longo da formação, através de um eixo humanista.

#### **5.4 Artigo 4 – Ensino em cuidados paliativos no Brasil: percepção de docentes das escolas médicas**

Castro AA, Taquette SR, Martn EZ, Climaco LS, Almeida POA. Ensino em cuidados paliativos no Brasil: percepção de docentes das escolas médicas. Submetido no periódico revista Ciências e Saúde Coletiva.

O perfil dos entrevistados compreendeu: a maioria foi de coordenadores de curso (23=60,5%); Predominância de docentes do sexo masculino (25=66%); Profissionais acima de 35 anos, com mais de 10 anos de experiência. Quanto à

religião, 71% relataram ser praticante, sendo a maioria católicos (70,3% dos religiosos). A disciplina era obrigatória em 59% das escolas.

As narrativas dos docentes foram classificadas em três categorias: as necessidades do ensino em CP e as iniciativas de inserção curricular; como está sendo ministrado e seus desafios; e as perspectivas para o futuro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou clarear os tópicos essenciais no campo educação em CP, ratificando sua importância nas escolas médicas. O estudo ampliou a compreensão do ensino médico em CP no Brasil. O fato de encontrar o ensino em CP em 14% das escolas médicas, por si só, demonstra uma tendência de crescimento ao longo do tempo, uma vez que comparando com estudos anteriores, constatou-se progressiva inserção do ensino no currículo médico. Podemos deduzir ser reflexo das reformas curriculares, ainda que insípidas, num movimento de valorização ascendente do pensamento sistêmico e das ciências sociais no ensino médico. Embora ainda hegemônica a visão clínica e biomédica no ensino médico, aponta-se uma preocupação pelo cuidado em sua dimensão integral e humanística e um avanço para o modelo da integralidade no país.

Foi constatado o processo de mudança curricular e a importância da inclusão do ensino de CP de forma transversal em sintonia com as transformações da sociedade e acoplado à responsabilidade social das escolas contribuindo para dirimir as desigualdades sociais e iniquidades no território nacional. Por outro lado, o adoecimento e a finitude sem um anteparo da rede de serviços de atenção podem trazer sofrimento e uma grande sobrecarga às famílias. Portanto, essas transformações são decisivas para a efetivação das políticas de saúde e educação no Brasil. Em um país continental que tem grandes desafios na saúde, a garantia da abordagem em CP para pessoas portadoras de doenças ameaçadoras e fases avançadas do adoecimento é uma conquista dos direitos humanos, a partir de um atendimento qualificado no processo de morrer e morte.

Vale destacar, os recentes marcos legais, normas e legislações, entre os quais a Resolução 41/2018 elaborada pela comissão Tripartite dos gestores municipais, estaduais e federal, que normatizou a inclusão dos CP como parte dos cuidados integrados no âmbito do SUS. Esse marco ratifica o caminho para a estruturação e a oferta da abordagem em CP precocemente, desde o diagnóstico da doença, impulsionando as escolas da saúde para adequação de seus currículos. Podemos apontar como estratégia de acesso, o desenvolvimento das competências nucleares de CP na graduação, um impulsionador importante para a conquista dos direitos a uma vida digna na sua terminalidade.

Se por um lado, os profissionais de saúde se deparam com um aumento de pacientes portadores de doenças crônicas, incuráveis e ameaçadora à vida nos serviços de saúde, por outro lado, pouco investimento é realizado na educação formal para capacitá-los no lidar do sofrimento humano, e ainda são escassas as experiências de inserção do ensino em CP no País. As instituições acadêmicas em sintonia com o sistema de saúde precisam caminhar em consonância às necessidades locais, sendo a abordagem em CP considerada uma estratégia para a qualificação da atenção à saúde e à defesa dos direitos humanitários.

A pouca difusão do ensino em CP nas escolas médicas brasileiras representa uma barreira à formação de recursos humanos em consonância com os avanços legais no âmbito do SUS na organização dessa modalidade assistencial no território nacional e reverberação no âmbito estadual. Essa escassez de ensino em CP também é observada em parte das escolas de medicina ao redor do mundo, o que resulta num preparo insuficiente para os médicos lidarem com o paciente na finitude.

Para além na necessidade do ensino-aprendizagem das competências consideradas essenciais em CP como as habilidades de comunicação, o manejo de dor e sintomas, os aspectos psicossociais e espirituais, o respeito às diferenças culturais, entre outras, destaca-se que o ensino em CP contribuiu para uma melhor atuação médica em outras esferas. O ensino-aprendizagem em CP capacita o médico a valorizar a autonomia do paciente e de sua família, sendo o indivíduo doente o sujeito do processo terapêutico contextualizado em seu modo de vida, além da compreensão que traz ao profissional de saúde do papel da equipe interdisciplinar e da importância do sistema de saúde no atendimento das necessidades dos pacientes.

Vale ressaltar a valorização percebida nos estudantes da possibilidade de por meio do ensino em CP aprender a lidar com as temáticas que lhes provocam maior preocupação que são o manejo dos pacientes em seus últimos dias de vida, a abordagem sobre as preferências de tratamento, a comunicação de notícias difíceis e o suporte à família.

A disciplina em CP ampliou o conceito sobre o tema aos estudantes brasileiros, e trouxe contribuições à formação médica para além da aprendizagem do tema, uma vez que fomentou o desenvolvimento da empatia e compaixão, assim como a relevância da assertividade no manejo do sofrimento e o cuidado integral de pessoas. As reflexões dos estudantes brasileiros reforçaram o entendimento que o ensino em

CP precisa ter assertividade frente aos pacientes em sofrimento, conferida pelo manejo de sintomas e compreensão do cuidado na dimensão biopsicossocial.

Os principais desafios identificados para a inserção do ensino em CP foram escassez de tempo curricular no ensino em CP, a falta de contexto clínico para aprendizado reflexivo, o déficit de docentes preparados e a sua ausência formal nos currículos. No Brasil, podemos ressaltar o desconhecimento sobre CP, gerando resistência às mudanças, o que é persistente pela baixa capacitação do corpo docente nessa área de conhecimento. Por sua vez, os currículos possuem carga horária excessiva e recursos limitados, em conformidade com os achados da literatura. Nas narrativas dos docentes foram identificadas ambiguidades e embates culturais quanto ao processo de transição do modelo biomédico para o da integralidade, déficit de docentes capacitados no ensino em CP e apontam como desafios as questões da bioética clínica, ainda muito pouco discutidas na formação médica.

O ensino-aprendizagem em CP obriga a reflexão sobre a finitude, pouco debatida na cultura ocidental. Neste estudo foi percebido que discutir sobre a finitude e a superação do distanciamento das situações de sofrimento são os maiores desafios. Uma das estratégias apontadas foi ter oportunidade de falar e discutir essas questões durante o curso com os docentes numa disciplina de CP. Esta deve ser inserida a partir de um eixo transversal de disciplinas humanísticas que desenvolvam a capacidade de entender o fim da vida e seu sentido e as implicações na prática clínica.

A pesquisa apontou os benefícios do ensino em CP na formação médica, através de um ensino longitudinal, uma vez que potencializam a aquisição de competências essenciais no exercício da medicina e em especial no trato de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida, e uma abordagem terapêutica ampliada nos cuidados gerais, independente do gênero, idade ou condição patológica.

Finalmente, o impacto do ensino em CP na aprendizagem na graduação, evidenciou ser um catalisador do desenvolvimento profissional, pois propicia competências emocionais aos futuros médicos. Após o ensino-aprendizagem em CP, foram identificadas nas narrativas dos alunos brasileiros maior competência emocional para lidar com situações difíceis da prática médica e maior resiliência para lidar com o sofrimento humano, corroborado pelos estudos internacionais.

Os resultados da pesquisa ampliaram a compreensão sobre o processo de aprendizado de ensino em CP, principalmente, como pode contribuir para a promoção

de competências humanistas e reflexivas, potencializando o modelo da integralidade em convergência com as DCN, assim como a promoção da resiliência dos formandos para lidar com a terminalidade humana.

Uma vez que foram observados apenas 14% das escolas médicas com o ensino em CP formalizado, portanto muito aquém das necessidades nacionais, urge políticas de fomento para que possamos quebrar resistências, superando a etapa de inserção do ensino, através de iniciativas individuais e pouco integradas para um projeto nacional, inserida formalmente nas DCN e nos PPP das escolas da saúde.

Existem ações de recomendação às instituições de ensino superior (IES) para a inserção nos currículos dos cursos da área da saúde de conteúdos voltados em CP. Desde 2006, a Associação Médica Mundial e a OMS advogam para a inclusão do ensino em CP na graduação do curso de medicina. O conceito em CP e seus princípios está difundida em 90 países e 16 idiomas. Embora seja um consenso a necessidade da abordagem em CP, as competências em humanidades têm se mostrado insuficiente e incompreendidas por muitos gestores das IES. Portanto, urge um movimento dos gestores da educação, sociedade civil e estudantes, que impulsionem o eixo da Ética e Humanidades ao longo da formação.

O eixo da Ética e Humanidades deve perpassar todo o curso, integrado na perspectiva da transversalidade, desde o primeiro ano, mais robusto e específico nos demais anos da formação. A integração das dimensões do cuidado pode ser favorecida pelo ensino em CP. Podendo ser um catalizador para a construção do cuidado criativo, inovador, e a mola mestra do ensino que precisamos para o século XXI. Desta forma, contribuir na formação de bons profissionais ao provocar transformações que ocorrem nos encontros humanos na construção do cuidado colaborativo, isto muda a vida das pessoas, inclusive dos que cuidam.

O desenvolvimento de um projeto de acompanhamento do ensino-aprendizagem, que pudesse acompanhar o estudante ao longo de sua formação é uma estratégia possível e eficaz de ser implementada. É indicado um programa de ensino longitudinal, propulsor de um elo de forma modular integrada, onde anatomia, psicologia médica, ética e bioética, medicina legal, comunicação de notícias difíceis, espiritualidade e resiliência, promoção da saúde, a compreensão da dimensão social do homem, o tratamento impecável dos sintomas, entre outros devem estar encadeados. Desta forma, ser estruturado um conjunto de conhecimentos necessários para atingir o cuidado integral do paciente.

A disciplina em CP pode alavancar o aprendizado, e proporcionar transformações que podem ser estendidas aos cuidados gerais nos demais ciclos de vida, não apenas restrito ao período de finitude da vida.

A complexidade do setor saúde e a ofuscação trazida pela tecnologia, sem uma análise crítica sobre a proporcionalidade terapêutica na fase da finitude em detrimento da valorização da relação do encontro entre pessoas tem promovido situações de embate com os pacientes e família. Uma boa comunicação com a pessoa doente e a família, a construção do vínculo e a bioética são a base para o evitamento da distanásia. Assim como políticas públicas e o fortalecimento do sistema de saúde com serviços organizados para oferecer a abordagem em CP são o antídoto para a mistanásia.

Uma maior compreensão dos aspectos que envolvem a ortotanásia e o direito da morte natural, o discurso dos profissionais e estudantes sobre a morte, e como estes temas são abordados no ensino puderam ser revelados. O sofrimento, o afastamento, os medos, a compaixão e empatia, mas também a valorização trazida pela aproximação e familiaridade ao tema, apontaram caminhos a serem perseguidos no ensino brasileiro.

O ensino em CP potencializa o desenvolvimento das competências emocionais, o equilíbrio entre o profissional e o pessoal, e sua consciência existencial, a ressignificação entre o “nascer- viver- morrer” como etapas da vida. Aliadas as demais competências, integradas processualmente, acrescido da espiritualidade como ciência, reforçam a relação do cuidador a da pessoa a ser cuidada na transformação dos envolvidos. Entretanto, é necessária uma estrutura pedagógica que acompanhe o processo ensino-aprendizagem, a qual possa dar significado às experiências, vivificando cada experiência com os encontros com pessoas, a partir da reflexão da teoria-prática.

Outro aspecto a ser destacado refere-se à interface da escola médica com os demais cursos, valorizado no encontro interprofissional. Um cenário de aprendizado, como a Atenção Primária à Saúde, por sua potência na construção de competências para o trabalho em equipe, deve ser aproveitado nas ações extensionistas. Por exemplo, foram destacadas as atividades de diagnóstico comunitário e atendimento domiciliar. Entretanto, exige um planejamento integrado entre os cursos para os encontros, e são caminhos possíveis em ações que emanem de necessidades sociais e tenham como base a interdisciplinaridade.

Este estudo foi limitado às escolas que dispõem de ensino em CP implantado nas matrizes curriculares. Portanto, não apurou o ensino-aprendizado deste tema nas outras instituições de ensino superior de medicina que possivelmente abordem os cuidados paliativos inseridos em outras disciplinas. Sugere-se pesquisa posterior que abranja uma amostra mais ampliada de escolas médicas.

No Brasil, ainda temos poucos estudos sobre o ensino em CP, em uma década foram identificados somente 13 estudos nas escolas médicas, talvez reflexo do entendimento que CP não pertence ao campo da medicina, ou do acúmulo de experiências estar se consolidando. Cabe o fomento de grupos temáticos de pesquisa do campo em CP no território nacional, assim como Grupos de Trabalho que subsidiem a formulação de políticas públicas da educação e saúde, considerando o perfil de egressos que precisamos para o país.

Essa contribuição científica, ainda que restrita ao ensino na medicina aponta para um envolvimento dos cursos da saúde e para a inserção do campo nos currículos dos cursos da saúde do ensino em CP;

Como desdobramentos indicam-se novas pesquisas científicas que tragam conhecimentos para fortalecer o trabalho em saúde promovidas pela educação. Cabendo a todos os envolvidos, sejam entidades, sociedade civil, organizações não governamentais (ONG), entidades internacionais, fundações, docentes, discentes e gestores. Todos possuem um papel fundamental no desenvolvimento de novos modos de fazer saúde. O resultado pode ser uma melhor performance do sistema de saúde e educacional, que atendam às necessidades das pessoas e da população.

Pretende-se com essa contribuição científica, mais do que apenas apontar objetivos, compartilhar a produção de conhecimentos dos diferentes atores, com vistas a subsidiar políticas positivas no campo da educação em CP, mas provocar mudanças estruturais na formação médica no sentido de contribuir com uma maior humanização da atenção à saúde.

## **POST SCRIPTUM**

Este estudo provocou desdobramentos práticos e trouxe contribuições ao curso de medicina da UERJ onde leciono. Uma nova disciplina em CP passou a fazer parte do currículo novo recentemente implementado. Antes os CP faziam parte apenas de um projeto de extensão.

Os resultados apurados nesta pesquisa já foram parcialmente divulgados em diversos fóruns científicos: Jornada da dor da SBMFC (abr 2018); Jornada em Cuidados Paliativos (out 2018); ABEM RJ (mai 2019); 56° COBEM 18 e 57° COBEM (out 2019); CONGRESSO HUPE (ago 2019), Congresso em Cuidados Paliativos 2019, Congresso Regional de Educação Médica em 2021 com mesa sobre a Finitude e Luto, e oficina para docentes e discentes.

Cabe destacar, que as relações estabelecidas na entrada no campo de pesquisa tornaram-se mais estreitas. O encontro de docentes permitiu a construção de parcerias em outros trabalhos desdobrados após a coleta de dados. A empatia, que é uma atitude humana, no qual nos esforçamos para nos colocar no local do outro, foi fundamental no processo. Como membro da AANCP), faço parte de um grupo de trabalho que agrega docentes na área da graduação de várias instituições de ensino superior.

A integração no universo do grupo e instituição foi fundamental para entrar em um ambiente pautado na confiança e transparência. As impressões e modificações de visões causadas pelas experiências das entrevistas no lócus possibilitaram à investigadora uma nova visão na realidade do ensino brasileiro, principalmente pela oportunidade de conhecer campos educacionais no interior.

Outras iniciativas em andamento foram frutos desta produção científica como o GT em Cuidados Paliativos na APS através do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) interprofissional; participação como membro na rede de pesquisa ENSP-INCA e UERJ em CP; ampliação do Núcleo em Cuidados Paliativos HUPE/UERJ, e a implantação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, aprovado pela Comissão Permanente de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPPG) e pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CSEPE ) da UERJ.

Finalmente, cabe destacar o papel das Ligas e sua inserção recente na UERJ, integrada à Faculdade de Ciências Médicas, Enfermagem e Instituto de Psicologia;

Apontamos como desdobramentos, a confecção do quinto artigo 5 sobre as congruências e divergências das percepções dos docentes e discentes brasileiros sobre o ensino em CP, que se encontra em andamento e a publicação do artigo sobre a experiência com Telessaúde do Núcleo em Cuidados Paliativos no Hospital Universitário Pedro Ernesto.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são Cuidados Paliativos**. Portal Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2022. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao> Acesso em: 10 jan. 2022.
- ALBURQUERQUE, R.; GARRAFA, V. Autonomia e indivíduos sem a capacidade de consentir: menores de idade. **Revista Bioética**, v. 24, n. 3, p. 452-458. 2016.
- ANDERLY, M. A. et al. **Para compreender a ciência**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 1988, 446p
- AREDES, J. S. **De frente com a morte em vida: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar**. 2018. 178f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. DESLANDES, S. F. In: **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416p.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2009. 282p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde)
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560. 2005.
- BENTES, J. et al. **Gestão do Ensino superior governança internacional**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017. 180p.
- BIFULCO, V. A.; LOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 92–100. 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 de junho de 2014; Seção 1, p.8-11.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui

diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados, no âmbito do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 225 de 23 de nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 de dezembro de 2012, nº 12, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, nº 5, 8 de janeiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas respeitadas as competências das três esferas da gestão. **Diário Oficial da União**, 9 dez 2005. Seção 1, p.80-81.

BRASIL. Sistema e-MEC. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior. Cadastro e-MEC. **Portal Sistema de Regulação de Ensino Superior**. 2017. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 17 dez 2017.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Caderno Saúde Pública**, v.30, n.6, p.1-3. 2014.

CALDAS, G. H. O.; MOREIRA, S. N. T.; VILAR, M. J. Cuidados Paliativos: uma proposta para o ensino na graduação em medicina. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 269-280. 2018.

CANGUILHEM G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 293p.

CASTRO, M. A. O mito da cura e o homem. **Calíope: presença clássica**. Programa de Pós-Graduação em Letras Clássicas, Departamento de Letras Clássicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Vol. 1, n.1, Rio de Janeiro: 7 Letras, p. 37-59, 1984.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, J. J.; REGO, S. (Orgs.) **Educação Médica gestão, cuidado, avaliação**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; São Paulo: Hucitec, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil: Estudo de projeção "Concentração de Médicos no Brasil em 2020"**. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo\\_demografia\\_junho.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (Orgs.) **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre a prática de ensino na atenção primária da saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2014. 252p.

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Mundo Saúde**, v.36, n. 3, p.433-44, 2012.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Palliative care education: experience of medical and nursing students. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 1041-52. 2016.

COSTA, A.P.; AMADO, J. **Análise de Conteúdo suportada por Software**. Portugal: Editora Ludomedia. 2018. 60p.

CZERESNIA, D. **Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia**. São Paulo: editora Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 135p.

FAIMER. CARVALHO JÚNIOR, P. M.; AFONSO, D. H.; ESTEVES, R. Z. (Tradução). **Consenso global das responsabilidades sociais das escolas médicas**. Versão fevereiro de 2012. Disponível em [http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Consensus-document\\_portuguese.pdf](http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Consensus-document_portuguese.pdf). Acesso em: 3 nov. 2017.

FEURWERKER, L. C. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998, 190p.

FLORIANI, C. A. Palliative Care in Brazil: a challenge to the health care system. **Palliative Care: Research and Treatment**, v.2, p.19-24, 2008.

FLORIANI, C. A. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 397-404. 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde**. v. 17, n. 1, p.165-180. 2010.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p. 2123-2132, 2008. (Suplemento 2).

FRANKL, V. E. **Em busca de um sentido: um psicólogo no campo de concentração**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008. 184p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 71. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2019. 256p.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century transforming education to strengthen health systems in an interdependent world ducation of Health for tehe 21° Century: A Global Independent Commission. **The Lancet**, v. 376, n. 4, p. 1923-1958, 2010.

GAMONDI, C.; LARKI, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education-part 1. **European Journal of Palliative Care**, v. 20, n. 3. p.86-91, 2013.

GAWANDE, A. **Mortais**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2015, 264p.

GEERZ, C. **Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC editora, 2017. 323 p.

GIBBINS, J.; McCOUBRIE, R.; FORBES, K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life. **Medical Education**, v. 45, n. 4, p. 389-99, 2011.

GIBBINS, J. et al. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. **Medical Education**, v. 43, n. 8, p. 776-783, 2009.

GIBBINS, J. et al. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 3, p. 299-30, 2010.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos. Estudos avançados**, v.30, n.88, p.155-166. 2016.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

JONNART, P.; ETTAYEB, M.; DEFISE, R. **Currículos e competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 111 p.

KELLEHEAR, A. **Uma história social do morrer**. São Paulo: Editora Unesp, 2016. 538p

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2017. 320p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem a ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 297p.

LAMPERT, J. B. Autoavaliação dos cursos de graduação na área de saúde na triangulação dos métodos: uma construção política. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologias das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica. 2009. 127p.

LATOURETTE, B. **Reagregando o social**. Salvador: Edufba; 2012. 399p.

LINARES, R. S. La compartición internacional de datos personales relativos a la salud en tiempos de la COVID19: aspectos éticos y legales para el impulso de la necesaria cooperación. **Revista de Bioética y Derecho**, v. 50, p. 133-148. 2020.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Eds.), **Cuidados paliativos**. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MACPHERSON, A. et al. Teaching the difficult-to-teach topics. **BMJ Support Palliat Care**, v. 4, n. 1, p. 87-91. 2014.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil-números atuais e projeções**. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. São Paulo, 2013 (Relatório). Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.fm.usp.br%2Fcedem%2Fconteudo%2Fpublicacoes%2Fcedem\\_92\\_relatoriopae\\_mi.pdf&clen=1023212&chunk=true](chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.fm.usp.br%2Fcedem%2Fconteudo%2Fpublicacoes%2Fcedem_92_relatoriopae_mi.pdf&clen=1023212&chunk=true). Acesso em: 25 nov. 2021.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. 2012.

MELO, E. A. et al. Dez anos de NASF: problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, v. 4, n. 1, p. 328-40, 2018.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. **Cuidados Paliativos no Câncer e os princípios dourinários do SUS**. Saúde em Debate, v. 39, n. 106, p.881-892, 2015.

MINAYO, M. C. S. Herança e promessas do ensino das Ciências Sociais na área da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2367-2372, 2012.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n. 1, p. 16-17, 2017.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação**. Portugal: Editora Ludomedia, 2019.

MORETTI, P. G. S.; FEDONE, E. NASF: impacto nas internações de causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n.3, p. 241-247. 2016.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011. 120p.

NASSIF, A. C. N. **Escolas médicas do Brasil**. Portal Escolas Médicas no Brasil. 2018. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>. 2018. Acesso em 19 ago 2018.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00183.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

PARIKH, P. P. et al. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. **Journal of Surgical Research**, v. 211, p. 172-177, 2017. DOI: 10.1016/j.jss.2016.11.006.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PENDLETON, D. et al. **A nova consulta**: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011. 159 p.

PERALTA, D. G. El sistema interamericano como herramienta para garantizar el acceso a los cuidados paliativos y el alivio del dolor: caja de herramientas para activistas y profesionales de la salud. **Dejusticia: Derecho, Justicia y Sociedad**. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, 2016.

PIERANTONI, C. R. et al. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, A. L. A. (Orgs). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PIERANTONI, C. R.; VIANNA, A. L. A. **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 239p

POCK, A. R. et al. Post-Carnegie II curricular reform: a north American survey of emerging trends and challenges. **BMC Medical Education**, v.19, n.1, p.260, 2019.

RACHELS J. **Os elementos da filosofia moral**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2006.

REDONDO, M. F. Com ênfase no trabalho doméstico: o mito do cuidado e a perspectiva do cre no contexto da Covid-19. In: CASTRO, B. (org.). **Covid-19 e sociedade**: ensaios sobre a experiência social da pandemia. Campinas: Unicamp/IFCH, 2020.

POST, S. G. (Org.). Care. In: **Encyclopedia of Bioethics**, 3. ed. New York: Macmillan, 1995.

RIBEIRO, C. R. O. O mito do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n. 1, p. 123-124, 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n. 8425 de 01 de julho de 2019. Dispõe sobre a criação do Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro** de 08 de julho de 2019.

RIOS, I. C. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, n.1, p.21-29, 2016.

ROSA, J. G. **Primeiras estórias**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

SANTOS, B. S. A. **Universidade no século XX**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011. 116p.

SANTOS, C. E. et al. Palliative care in Brasil: present and future. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.65, n.6, p.796-800, 2019.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000. 174p.

SCHEFFER, M C. et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. P

SCHRAIBER, L. B. A ciência ou as ciências? Encruzilhada para diálogos interdisciplinares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 18-19, 2017.

SCHULZ, C. et al. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. **BMC Medical Education**, v. 4; n. 13, p.1, 2013.

SHAHEEN, A. W. et al. End-of-life and palliative care curricula in internal medicine clerkships: a report on the presence, value, and design of curricula as rated by clerkship directors. **Academic Medicine**, v. 89, n. 8, p. 1168-73, 2014.

SILVA, L. W. S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4. p. 471-475, 2005.

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

SIMMENROTH-NAYDA, A.; ALT-EPPING, B.; GÁGYOR, I. Breaking bad news - an interdisciplinary curricular teaching-concept. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**. v. 28, n. 4, 2011. (Doc. 52)

SIQUEIRA, J. E. et al. **Bioética Clínica** (Memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o ensino da ética). Brasília: CFM/SBB, 2016. 326p.

SPENCER-OATEY, H. **What is culture? A compilation of quotations**. GlobalPAD; Universidade de Warwick (Editores), 2012. Disponível em: <http://wrap.warwick.ac.uk/74260/> Acesso em: 24 jul 2021.

SOUZA, L. S. F. **Enfrentando o desafio da educação Médica**. Curitiba: Appris, 2019. 255p.

SWEENEY, C. et al. The impact of a medical undergraduate student-selected module in palliative care. **BMJ Support Palliat Care**, v. 4, n. 1, p. 92-7, 2014.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, L. **Pesquisa qualitativa para todos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2020.

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 7-13, 2017.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 109-17, 2012.

TURATO, E. R. Diferenças entre métodos qualitativos e quantitativos na saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14. 2005.

TWYLCROSS, R. Medicina Paliativa: filosofia y consideraciones éticas. **Acta Bioethica**, v.6, n.1, p. 27- 46, 2000.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados Paliativos no mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.62, n.3, p. 267-270. 2016.

VON GUNTEN, C. F. et al. Development and evaluation of a palliative medicine curriculum for third-year medical students. **Journal of Palliative Medicine**, v. 15, n. 11, p.1198-217, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care**. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Genève: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care**. 2nd. London: WHO, 2020.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. (WMA). **Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial. Princípios Éticos para investigação em Seres Humanos**. Disponível em: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888\\_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf) Acesso em: 31 jan 2022.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. England: WHO, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) 25. Acesso em: 12 ago. 2020.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista individual para alunos

### UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS



#### ROTEIRO INDIVIDUAL PARA ALUNOS

Nome da Escola Médica: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Religião : \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Praticante ( ) sim ( ) não quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

Você teve disciplina sobre cuidados paliativos na sua formação acadêmica? ( ) S ( ) N

Fale-me sobre o que você pensa e qual a palavra que melhor expressa o que é cuidados paliativos.

Fale-me quando ocorreu o ensino em cuidados paliativos na sua formação e o tempo dedicado a esse ensino em CP.

Fale-me como foi realizado o ensino em cuidados paliativos na sua formação. Caso não relacione, perguntar sobre o formato acadêmico e o cenário.

Fale-me sobre quais temas você considera importante no ensino em CP

Fale-me sobre o que facilitou e o que dificultou sua aprendizagem sobre CP.

Fale-me como essa experiência de ensino em CP contribuiu para sua formação como médico

Check list para verificação do aparecimento de categorias:

- conceito que possui sobre CP. Em relação ao conceito que o aluno possui de CP, uma palavra que defina CP
- Sua opinião sobre a relevância do ensino precoce na graduação
- Quanto ao ensino em cuidados paliativos, o período que ocorreu, onde apareceu, e o tempo dedicado a este, sua opinião da época que deve ser realizado o ensino em CP
- Caso não relacione, perguntar sobre o formato acadêmico: disciplina eletiva, optativa, curso, integrada a outra disciplina, seminários; e quais metodologias e atividades acadêmicas foram desenvolvidas para o desenvolvimento da aprendizagem, local do ensino( teoria e prática))
- Relacionar as competências essenciais em cuidados paliativos
- Identificar os obstáculos e desafios do ensino em cuidados paliativos
- Relacionar as mudanças que ocorrerem no aluno após o contato com pessoas em cuidados paliativos

## APÊNDICE B – Roteiro individual para coordenadores do curso médico

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS



### ROTEIRO INDIVIDUAL PARA COORDENADORES DO CURSO MÉDICO

Data: \_\_\_\_\_

Nome da Universidade: \_\_\_\_\_ Natureza: ( ) pública ( ) privada

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Religião : \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_ Praticante ( ) sim ( ) não

Teve mudança curricular na sua Instituição de ensino superior (IES)? Se sim, quando ocorreu a inserção do ensino em CP?

Fale-me sobre o que você pensa sobre o ensino em cuidados paliativos e a palavra que melhor expressa cuidados paliativos.

Fale-me sobre quais competências você considera importante no ensino médico em cuidados paliativos

Fale-me como é realizado o ensino em cuidados paliativos na escola médica.

Fale-me sobre o que facilitou /fortalezas no processo de inserção do ensino em CP na IES

Fale-me sobre o que dificultou/desafios no processo de inserção do ensino em CP na IES.

Fale-me sobre quais os serviços estão envolvidos no ensino em CP na IES

Fale-me sobre atores envolvidos no processo de construção da inserção em sua IES e parcerias envolvidas no ensino médico em CP

Fale-me sobre as mudanças observadas nos alunos que tiveram exposição em cuidados paliativos.

Check list para o aparecimento das categorias

- Em relação ao conceito que o coordenador de curso possui sobre cuidados paliativos e uma palavra que defina CP
- Identificar relevância do ensino na percepção do coordenador do curso.
- Relacionar as competências mencionadas, considerando os conhecimentos, habilidades e atitudes
- Existência do formato acadêmico: disciplina eletiva, optativa, curso, integrada a outra disciplina, seminários; concepção pedagógica, metodologias, atividades acadêmicas desenvolvidas para a aprendizagem, local do ensino da teoria e prática. Período que ocorre o ensino em CP na IES e o tempo dedicado a esse ensino.
- Existência de facilidades e obstáculos no ensino e estratégias adotadas
- Existência de integração do ensino para a aquisição das competências
- Existência de processo avaliativo em cuidados paliativos

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **O ensino em cuidados paliativos no Brasil.**

Pesquisadora responsável: Andrea Augusta Castro tel: (021)99971-7271

Instituição responsável pela pesquisa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro –FCM-UERJ -Av. Prof. Manoel de Abreu 444

O sr. (a) está convidado a participar da pesquisa, sua participação é importante. Antes de dar seu consentimento, leia atentamente as informações descritas abaixo:

O objetivo principal desta pesquisa é analisar o ensino em cuidados paliativos nas escolas médicas no Brasil,

É importante conhecer as experiências brasileiras de ensino em cuidados paliativos, considerando o olhar do aluno e do coordenador de graduação do curso de medicina das escolas. As informações coletadas visam conhecer como está ocorrendo a inserção do ensino médico em cuidados paliativos e contribuir para o aprimoramento da qualidade do cuidado prestado em cuidados paliativos.

Caso o sr. (a) participe deste estudo, não haverá nenhum problema institucional e legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do HUPE. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada.

Asseguramos que as informações obtidas serão mantidas confidenciais, sendo manipuladas somente pelos pesquisadores. Os resultados do estudo serão publicados, sem que seja revelado a sua identidade ou de qualquer outro participante.

A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado concordo voluntariamente participar desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a esse estudo.

Local e data: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

## ANEXO B – Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil

## Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil

*Inclusion of palliative care teaching in medical schools in Brazil*

Andrea Augusta Castro<sup>1</sup> [castro.andreaaugusta@gmail.com](mailto:castro.andreaaugusta@gmail.com)  
 Stella Regina Taquette<sup>1</sup> [stella.taquette@gmail.com](mailto:stella.taquette@gmail.com)  
 Natan Lório Marques<sup>1</sup> [nataniorio19@gmail.com](mailto:nataniorio19@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** Abordagem em cuidados paliativos (CP) é uma modalidade assistencial recomendada pela Organização Mundial da Saúde. O sofrimento e o processo de morrer estão presentes no cotidiano da prática clínica, acometendo pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida. Entretanto, o currículo predominante das escolas médicas brasileiras não inclui o ensino de CP.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivos conhecer os cursos de Medicina brasileiros que incluem CP em sua grade curricular e verificar de que forma estes vêm sendo ministrados.

**Métodos:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório realizado por meio da busca de cursos de Medicina com disciplinas de CP nos sítios virtuais oficiais das instituições de ensino superior, no período de agosto a dezembro de 2018, e da análise das ementas disponíveis nas matrizes curriculares, no que diz respeito ao período oferecido, à carga horária, ao cenário e ao tipo de disciplina, se eletiva ou obrigatória.

**Resultados:** Das 315 escolas de Medicina cadastradas no Ministério da Educação, apenas 44 cursos de Medicina (14%) dispõem de disciplina de CP. Esses cursos estão distribuídos em 11 estados brasileiros, 52% estão na Região Sudeste, 25% na Região Nordeste, 18% na Região Sul, 5% na Região Centro-Oeste, e nenhum na Região Norte. A modalidade predominante do tipo de disciplina foi obrigatória em 61% das escolas. Em relação à natureza, 57% são entidades privadas, percentual semelhante ao total de escolas médicas brasileiras. A disciplina ocorre no terceiro e quarto anos do curso, na maioria das instituições, e a carga horária mediana foi 46,9 horas. O cenário predominantemente é a sala de aula, e algumas instituições proporcionam a integração ensino-serviço-comunidade e prática médica. Os conteúdos programáticos são variados, incluindo tanatologia, geriatria, senescência e finitude, humanização, bioética, dor, oncologia e doenças crônicas.

**Conclusão:** O ensino de CP no Brasil é escasso, o que representa uma barreira à formação de médicos em consonância com as recomendações das entidades internacionais, das Diretrizes Curriculares Nacional e de marcos legais no âmbito do SUS. Fazem-se necessários investimentos das entidades médicas e dos organismos governamentais para a ampliação do ensino de CP e a consequente qualificação da formação médica.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Educação Médica; Tanatologia; Currículo.

### ABSTRACT

**Introduction:** The palliative care (PC) approach is a care modality recommended by the World Health Organization. Suffering and the process of dying are present in everyday clinical practice, affecting people with life-threatening diseases. However, the predominant model of teaching in Brazilian medical schools does not include palliative care.

**Objectives:** The aim of the study was to get to know the Brazilian medical schools that include PC in their curriculum, and how it has been taught.

**Methods:** Descriptive and exploratory study, carried out by searching for medical schools with disciplines in PC, through the analysis of the course syllabi available in the curricular matrices on the official websites of higher education institutions from August to December 2018. They were analyzed considering the offered period of the PC content, workload, scenario, and type of discipline (elective or mandatory).

**Results:** 315 schools registered with the Ministry of Education were found, and only 44 of them (14%) offer courses in PC. These schools are distributed throughout 11 Brazilian states, of which 52% are located in the Southeast region, 25% in the Northeast, 18% in the South, 5% in the Midwest, and none in the North region. The predominant modality of the type of discipline in PC was mandatory in 61% of schools. Most Brazilian medical schools are private entities (57%), a similar percentage to the total number of medical schools identified with the teaching of PC. This course takes place in the 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> years of the course; in most schools, the workload was 46,9 hours. The predominant scenario is the classroom, while some institutions provide integration between teaching community service and medical practice. The program contents are diverse, including thanatology, geriatrics and finitude, humanization, bioethics, pain, oncology and chronic diseases.

**Conclusion:** PC education in Brazil is insufficient, which represents a barrier to the training of doctors in line with the recommendations of international entities, the National Curriculum Guidelines and legal frameworks within the scope of SUS. Investments by medical entities and government agencies are necessary to increase teaching in PC and the consequent qualification of medical training.

**Keywords:** Palliative Care; Medical Education; Thanatology; Curriculum.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Editora-chefe: Daniela Chiesa  
 Editor associado: Kristopheron Lustosa Augusto

Recebido em 19/08/20; Aceito em 17/02/21.

Avaliado pelo processo de *double blind review*.

## INTRODUÇÃO

Em razão do prolongamento da expectativa de vida e do consequente aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas causadas pelo envelhecimento da população, as sociedades atuais apresentam desafios no campo da saúde. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), essa realidade traz à tona a importância da inclusão na formação médica de temas relacionados aos cuidados de fim de vida e ao processo de morrer. As doenças emergentes, a exemplo da *coronavirus disease 2019* (Covid-19), aliadas às transições demográficas e epidemiológicas, exigem processos de cuidado específicos durante o adoecimento e a morte. Pessoas em finitude, independentemente de estarem em processos agudos ou serem portadoras de doenças avançadas, podem se beneficiar da abordagem em cuidados paliativos (CP), o que é corroborado por evidências científicas. O apoio adequado de profissionais com os recursos dos CP exige o repensar do papel das escolas médicas visando atender às necessidades de saúde dos pacientes e da família deles<sup>1-4</sup>.

A abordagem em CP emerge de um processo histórico e sociocultural, tendo os *hospices* medievais, locais de hospedagem destinados a atender pessoas que necessitavam de cuidados por enfermidade ou fome, como exemplos dessa modalidade. Contudo, somente nos anos 1960, nascem os CP modernos. Duas profissionais de saúde, Cicely Saunders, no Reino Unido, e Elizabeth Kübler-Ross, na Suíça e nos Estados Unidos, impulsionaram o ensino e pesquisa em CP visando às melhores práticas para pessoas que necessitavam de uma assistência na finitude da vida<sup>5,6</sup>.

No Brasil, registra-se o pioneirismo do professor Marco Túlio A. Figueiredo, em curso eletivo para alunos em CP na Universidade Federal de São Paulo, de 1994 a 2008. Segundo Oliveira et al<sup>7</sup>, em avaliação do ensino em bioética e CP, constata-se um frágil compromisso das escolas médicas brasileiras em relação ao ensino de CP.

A abordagem em CP pode ser compreendida como uma modalidade assistencial, reconhecida como adequada para atuar em crianças e adultos em situação de sofrimento e portadores de doenças ameaçadoras à vida e também aos seus familiares. Os CP devem ser oferecidos às pessoas em condições que levem a alto risco de mortalidade, impacto negativo na qualidade de vida e repercussões na funcionalidade do corpo. Os CP levam em consideração a pessoa de forma integral, nos aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, e não apenas sua doença. Para serem efetivados, requerem trabalho interprofissional e interdisciplinar para o manejo de sintomas e a prevenção de complicações<sup>8,9</sup>.

A intensificação da capacitação em CP é pertinente no ensino desde a graduação, sendo uma estratégia que corrobora

a desospitalização e maior satisfação dos usuários. O ensino de CP, quando está incluído na graduação, desperta a atenção dos futuros médicos, melhorando o cuidado oferecido ao paciente. Na interação com pacientes e familiares, observam-se maior senso de controle, compaixão, empatia e respeito por meio da exposição aos pacientes com doenças avançadas<sup>10,11</sup>.

Observa-se que as apresentações dos currículos são muito variadas no mundo, mesmo em países onde a medicina paliativa tornou-se obrigatória nas escolas médicas na graduação. Segundo Von Gunten et al<sup>12</sup> e Schulz et al<sup>13</sup>, mudanças nas atitudes são importantes desafios, requerendo alternância de estratégias didáticas e vivenciais, potencializadas pela autorreflexão e pelo ensino interdisciplinar para serem alcançadas as competências exigidas no processo de aprendizagem em CP.

As competências em CP estão alinhadas com a atenção centrada na pessoa, o respeito à autonomia e a abordagem relacionada à família. Essas competências envolvem questões técnicas, culturais e éticas, tais como a diminuição de uso inapropriado e pouco efetivo de intervenção médica invasiva em detrimento de recursos para melhorar a qualidade de vida e o lidar com o processo de morte na existência humana<sup>14,15</sup>.

Conforme a literatura internacional, a avaliação do ensino de CP demonstra mudanças de valores e atitudes nos estudantes que são reconhecidas como essenciais para a formação médica, contribuindo para a aquisição de habilidades de comunicação, a exploração das preferências do doente para o cuidado no fim de vida, a transmissão de más notícias e a conversação sobre questões espirituais e suas práticas<sup>16-18</sup>.

De acordo com MacPherson et al<sup>19</sup>, o ensino de CP deve estar integrado no currículo da graduação, possibilitando melhor manejo de sintomas, trabalho em equipe e cuidado com foco na pessoa desde as etapas iniciais do adoecimento.

Segundo Toledo et al<sup>20</sup>, existem poucos dados sobre o ensino de CP no Brasil, e uma literatura escassa corrobora esse panorama. Os autores tecem comentários sobre a identificação de barreiras no ensino de CP e apontam os desafios enfrentados pelos coordenadores dos cursos de Medicina, como falta de corpo docente especializado, ausência de serviço clínico de CP, reduzido interesse da instituição, verbas insignificantes e escassez de tempo e de material didático apropriado.

Diante dos dados apresentados, o ensino de CP se mostra uma necessidade para a formação de médicos qualificados. Esse quadro desperta os seguintes questionamentos:

- Como está o ensino de CP nas escolas brasileiras?
- Quais projetos pedagógicos impulsionam a formação dos profissionais de saúde voltados para cuidados, transformando o foco da atenção da cura para o cuidado?

O presente estudo objetiva conhecer os cursos de Medicina brasileiros que incluem os CP em sua grade curricular e verificar de que forma estes vêm sendo ministrados.

## MÉTODOS

O presente estudo é descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa por meio de dados secundários sobre as escolas de ensino médico com inserção no ensino de CP no Brasil. O universo da pesquisa concentra-se nas escolas médicas que possuem na grade curricular ensino de CP. Iniciou-se pela busca de todas as escolas médicas cadastradas no banco de dados oficiais brasileiros disponíveis no sistema eletrônico do Ministério da Educação do Brasil (Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior) e nos sites das escolas médicas disponíveis ([www.escolasmedicas.com.br](http://www.escolasmedicas.com.br))<sup>21,22</sup>. Em seguida, foram visitados os sites de cada escola para análise e seleção das que possuem disciplina de CP na matriz curricular, no período de agosto a dezembro de 2018. A fim de identificar quais escolas dispõem de disciplina de CP em suas matrizes curriculares, utilizaram-se na busca as seguintes temáticas: cuidados paliativos, tanatologia, processos de morte, finitude e morte, oncologia e CP, geriatria e CP, envelhecimento e morte.

Quanto ao perfil de distribuição das escolas, analisaram-se os seguintes aspectos: região administrativa e unidades da Federação (UF) – número de vagas ofertadas no primeiro ano –; natureza da instituição, se pública ou privada; e, entre as públicas, qual o tipo de administração, se federal, estadual ou municipal. A mesma análise de perfil foi feita em relação aos cursos de Medicina que dispõem de disciplina de CP em sua matriz curricular. Para análise das ementas das disciplinas oferecidas, utilizamos as seguintes variáveis: período oferecido, carga horária, cenário de prática e tipo de disciplina (eletiva ou obrigatória), tendo como base as recomendações de entidades internacionais para o ensino de CP e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Medicina de 2014<sup>23,24</sup>.

## RESULTADOS

Foi identificada a existência de 315 escolas de Medicina em funcionamento no Brasil, no período estudado. Quanto à distribuição geográfica, 42,5% estão localizadas na Região Sudeste, 16,5% na Região Sul, 8,9% na Região Centro-Oeste, 23,9% na Região Nordeste e 8,2% na Região Norte. As escolas estão distribuídas em todos os estados brasileiros, sendo a maioria dos cursos privados (63,8%). Foram disponibilizadas aproximadamente 33.520 vagas de primeiro ano nos cursos de Medicina em 2018, sendo quase metade (46%) na Região Sudeste, como pode ser visualizado na Tabela 1.

Os cursos de Medicina de natureza pública foram 114 (36,2%). No Amapá e em Roraima, 100% das escolas médicas são

públicas. A maioria dos cursos de Medicina são de gestão privada (201), dos quais 105 (52%) encontram-se na Região Sudeste.

Quanto ao ensino de CP, identificamos 44 escolas médicas que dispõem de disciplina de CP em suas matrizes curriculares apresentadas nos sites oficiais das instituições de ensino, o que corresponde a 14% do total de escolas e 16% do total de vagas ofertadas de primeiro ano no curso de Medicina.

**Tabela 1.** Distribuição das escolas médicas segundo distribuição geográfica (região-UF), número de vagas no primeiro ano e natureza da instituição – Brasil, 2018.

Região	UF	Nº vagas	Escolas públicas		Escolas particulares	
			n	%	n	%
NORTE	PA	690	4	67	2	33
	AM	465	3	60	2	40
	RO	325	1	25	3	75
	AC	161	1	50	1	50
	AP	60	1	100	0	0
	TO	518	2	33	4	67
	RR	140	2	100	0	0
	Total	2.359	14	60	12	40
NORDESTE	BA	2.164	11	52	10	48
	PE	1.490	6	55	5	45
	PB	985	3	33	6	67
	CE	1.093	4	50	4	50
	PI	631	5	71	2	39
	RN	472	2	40	3	60
	MA	539	2	33	4	67
	AL	495	2	40	3	60
	SE	320	2	67	1	33
	Total	8.189	37	49	38	51
CENTRO-OESTE	GO	1.374	4	31	9	69
	DF	336	2	50	2	50
	MT	431	4	67	2	33
	MS	388	4	80	1	20
	Total	2.529	14	47	14	53
SUDESTE	SP	7.300	9	15	51	85
	MG	4.787	14	30	32	70
	RJ	2.789	5	23	17	77
	ES	718	1	17	5	83
	Total	15.594	29	22	105	78
SUL	PR	2.139	9	45	11	55
	SC	957	4	33	8	67
	RS	1.753	7	35	13	65
	Total	4.849	20	38	32	62
Total geral		33.520	114	36	201	64

A distribuição dessas escolas segundo região, UF, número de vagas oferecidas no primeiro ano e natureza da instituição pode ser visualizada na Tabela 2. Vale destacar que, na Região Norte, nenhum curso apresenta ensino de CP, diferentemente da Região Sudeste, na qual se concentra a maioria de escolas com essa disciplina (52%).

Dentre as 44 instituições que dispõem de ensino de CP

**Tabela 2.** Distribuição das escolas médicas com ensino de CP segundo distribuição geográfica (região-UF), número de vagas no primeiro ano e natureza da instituição – Brasil, 2018.

Região	UF	Nº vagas	Escolas públicas		Escolas particulares	
			n	%	n	%
NORDESTE	BA	525	3	50	3	50
	CE	460	2	50	2	50
	RN	80	1	100	0	0
	Total	1.065	6	55	5	45
CENTRO-OESTE	MS	140	2	100	0	0
	Total	140	2	100	0	100
SUDESTE	SP	986	4	67	2	33
	MG	945	1	17	5	83
	RJ	1.309	2	22	7	78
	ES	228	2	50	2	50
	Total	3.468	7	28	16	64
SUL	PR	620	3	50	3	50
	SC	100	1	100	0	0
	RS	100	0	0	1	100
	Total	820	4	50	4	50
Total geral		5.493	19	43	25	57

na matriz curricular, a disciplina é obrigatória em 27 (61%) e eletiva em 17 (39%).

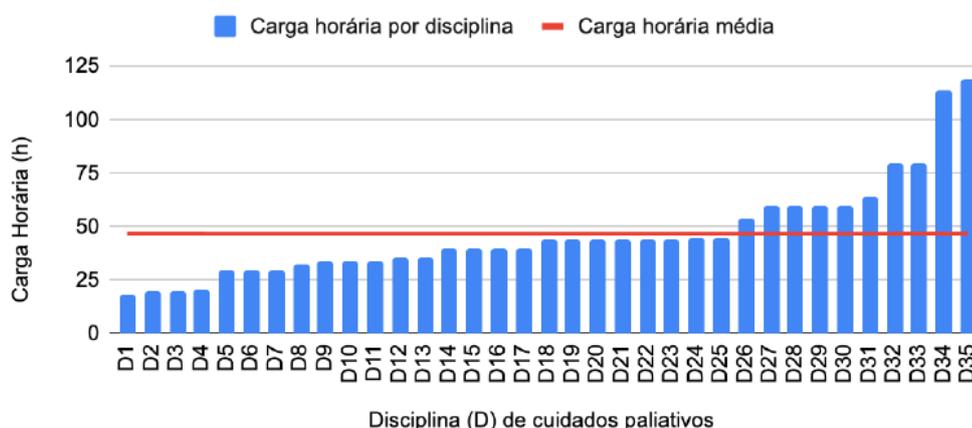
Na maioria das escolas, o ensino de CP ocorre no ciclo clínico (terceiro e quarto anos), com uma mediana na carga horária de 46,9 horas, e observou-se uma variação da carga horária entre 18 e 119 horas (Gráfico 1). Na estimativa, foram excluídas as escolas que apresentam caráter modular. O cenário de ensino mais frequente é a sala de aula, ou seja, predominantemente teórico. Observamos diversidade de cenário em sete instituições, com integração ensino-serviço-comunidade e prática médica. O ensino de CP está inserido no formato de módulos (carga horária > 120 horas) em 12 escolas, compondo teoria e prática, não podendo ser identificada carga horária específica em CP. Em duas escolas, o ensino de CP é apresentado em mais de um momento do curso no formato de disciplina. Em duas escolas, não foram disponibilizadas as ementas, apenas constam na matriz curricular. Conforme apontam as ementas das escolas estudadas, os conteúdos predominantes foram tanatologia, geriatria, senescência e finitude, humanização, ética-bioética, dor, oncologia e doenças crônicas.

## DISCUSSÃO

O estudo demonstra que a distribuição geográfica das escolas de Medicina que dispõem de ensino de CP é semelhante à do total de escolas no país, com exceção da Região Norte, onde não foi observado nenhum curso com disciplina de CP. A maior concentração de cursos de Medicina ocorre na Região Sudeste, o que pode ser um indicador das iniquidades no país (Tabela 2).

Quando se observa a distribuição das escolas com ensino de CP no país, constata-se maior investimento em alguns estados. No Ceará e no Rio de Janeiro, 50% e 41% das escolas dispõem, respectivamente, de disciplinas de CP. Em Mato Grosso do Sul, observa-se o ensino de CP em 40% das escolas médicas.

**Gráfico 1.** Distribuição da carga horária das disciplinas de CP nas escolas médicas do Brasil – 2018.



Por sua vez, São Paulo conta com 10% de escolas com disciplina de CP. Evidenciam-se diferenças inter e intrarregionais. Na Região Sul, 30% das escolas do Paraná apresentam disciplina de CP, e, no Rio Grande do Sul, há somente 5%. Essa realidade pode ser reflexo de marcos legais de fomento aos CP, tanto no âmbito nacional como no estadual. Iniciativas da sociedade e do Poder Legislativo estadual, a exemplo do que acontece no Paraná e Rio de Janeiro, reforçam o fomento de políticas públicas para a reorganização dos serviços e formação de recursos humanos no campo dos CP<sup>25-27</sup>.

Em relação às escolas médicas com disciplina de CP, observa-se que 25 (57%) são privadas. Essa proporção em relação à entidade mantenedora também é observada no total de escolas médicas brasileiras, o que traduz uma tendência de progressão pela privatização no ensino médico, conforme descrito na literatura<sup>28</sup>.

Os estudos internacionais apontam consenso mundial sobre a importância do ensino de CP na graduação. Contudo, sua inserção e consolidação do processo do ensino-aprendizagem são muito diversas em cada país e escola. As realidades são muito distintas em face dos aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais. Embora seja considerado importante, existem desafios para a inserção do ensino de CP em todo o mundo. Na América Latina, somente cinco países têm certificação oficial em CP. No Brasil, a medicina paliativa é considerada uma área de atuação<sup>29,30</sup>. Nos Estados Unidos, o ensino específico de CP é declarado em três quartos das escolas médicas, percentual bem superior ao encontrado no Brasil, onde identificamos essa disciplina em 14% das escolas.

Floriani aponta a importância de uma política de ensino com programas educacionais continuados em CP, em consonância com outras experiências mundiais. A inclusão de disciplina de CP pode diminuir as distorções ante as limitações terapêuticas curativas, reforçando a relação do cuidado e outras abordagens não curativas de doenças em fase avançada<sup>31,32</sup>.

De acordo com Calda et al<sup>33</sup>, os desafios da implementação do ensino de CP podem ser atribuídos ao desconhecimento sobre CP, gerando resistência a mudanças, o que é persistente pela baixa capacitação do corpo docente nessa área de conhecimento. Por sua vez, os currículos possuem carga horária excessiva e recursos limitados.

Os conteúdos programáticos encontrados nas ementas das escolas brasileiras apontam para os domínios preconizados pelas entidades científicas e pelos estudos nacionais e internacionais. Algumas escolas enfatizam a tanatologia; outras abordam o ciclo de vida, como a geriatria, senescência e finitude; e outras tratam de grupos de doenças mais específicas, como a oncologia, e de manejo de sintomas, como a dor. Segundo MacPherson et al<sup>34</sup>, o ensino deve estar integrado no

currículo da graduação, e recomenda-se a inclusão de áreas de conhecimentos como controle de sintomas, trabalho em equipe e cuidado da pessoa desde as etapas básicas do adoecimento.

As experiências brasileiras de ensino de CP apresentam uma mediana de carga horária de 46,9 horas, em consonância com o preconizado, embora com variações nos formatos modulares. Conforme entidades internacionais, como a Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), e recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, a capacitação dos profissionais, pode ser dividida em três níveis, sendo preconizada a formação básica em CP na graduação de todas as áreas da saúde, podendo variar de 18 a 45 horas a carga horária específica<sup>35,36</sup>.

A literatura recomenda o aprendizado baseado em experiências que geram prática significativa. Segundo Shaheen et al<sup>37</sup>, nos Estados Unidos os temas trabalhados são ministrados por médicos de diversas especialidades, como geriatras, médicos de família na atenção domiciliar e clínicos nas enfermarias. Contudo, são relatadas dificuldades em estratégias de ensino, ainda predominando táticas de leitura e discussão em pequenos grupos.

Em relação aos cenários de aprendizado, foi observada, em algumas experiências brasileiras, a integração ensino-serviço-comunidade e prática médica. Considerando os estudos de Costa et al<sup>38</sup>, as transformações da representatividade dos estudantes sobre CP, o tempo requerido para a racionalização e sensibilização, e a aquisição das competências assertivas como manejo de sintomas são potencializados pela reflexão teórica associada ao campo de prática e ao ensino interprofissional.

Esse conhecimento pode ser empregado em todas as áreas de atuação e especialidades dos futuros médicos. Para Gibbins et al<sup>39</sup>, a inserção do ensino de CP na graduação possibilita ao estudante desenvolver competências que irão melhorar o cuidado do paciente não só na finitude, mas também na assistência geral destinada a ele.

Segundo Carroll et al<sup>40</sup>, há falta de padronização quanto aos objetivos de aprendizagem e ao que deve ser ministrado sobre CP, assim como a fragmentação do ensino e/ou sua ausência formal nos currículos. Diferentes estratégias de aprendizagem podem ser inseridas durante a formação dos médicos em CP gerais, e não apenas como uma especialidade.

Embora seja ainda escasso o ensino de CP no Brasil, dados apontam que estão ocorrendo transformações no país. Até 2012, o país registrava oficialmente três escolas (2%) com disciplina de CP em sua grade curricular. Os estudos de Oliveira et al<sup>7</sup> e Fonseca et al<sup>41</sup>, evidenciaram iniciativas pontuais, embora exitosas, no campo dos CP em algumas escolas de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. A ocorrência do ensino sistematizado em CP em 11 UF e na maioria das regiões

do Brasil evidencia expansão do ensino de CP nas escolas brasileiras. Segundo levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2017, observa-se um crescimento de 40 equipes em CP para 123 serviços em CP nos últimos 15 anos, e novos estudos estão em andamento para atualização<sup>42</sup>.

## CONCLUSÃO

Verificamos neste estudo a expansão do ensino de CP no Brasil, porém ainda de forma insuficiente, e uma maior preocupação para a inserção de eixo humanista, visando à aquisição de competências centrais na abordagem em CP. Ressaltamos a necessidade de desdobramentos desta pesquisa em futuras investigações para avaliar as experiências exitosas na área e o papel dos diferentes atores sociais, de modo a ampliar o conhecimento do protagonismo estudantil, as estratégias dos docentes envolvidos e a compreensão dos gestores quanto à potencialidade transformadora do ensino de CP.

Apesar de limitado às informações contidas nas ementas das matrizes curriculares das escolas de Medicina que são heterogêneas e por vezes reduzidas, nosso estudo revela que a escassez do ensino de CP representa uma barreira à formação de médicos em consonância com as recomendações das entidades internacionais, das DCN e de marcos legais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Fica evidenciada a urgência de investimentos das entidades médicas e dos organismos governamentais para a ampliação do ensino de CP e consequente qualificação da formação médica.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Andrea Augusta Castro e Stella Regina Taquette participaram igualmente na concepção e no desenho do trabalho, e na aquisição, análise e interpretação dos resultados da pesquisa. Natan Lório Marques participou na aquisição e organização dos dados.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses neste estudo.

## FINANCIAMENTO

O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e submetido ao "Edital Faperj 12/2018 – Programa Apoio às Universidades Estaduais – UERJ, UENF e ENZO".

## REFERENCES

1. Helman CG. Cultura, saúde & doença. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
2. FAIMER. Consenso global das responsabilidades sociais das escolas médicas. 2012 [access in 3 nov 2017]. Available from: [http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Consensus-document\\_portuguese.pdf](http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Consensus-document_portuguese.pdf).
3. Kelley AS. Defining serious illness. *J Palliat Med.* 2014;17(9):985. doi: 10.1089/jpm.2014.0164.
4. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av.* 2016;30(88):155-66. doi: 10.1590/S0103-40142016.30880011.
5. Twycross R. Medicina paliativa: filosofia e considerações éticas. *Acta Bioeth.* 2000;6(1):27-46. doi: 10.1590/S0103-40142016.30880011.
6. Floriani CA. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Rev Bioét.* 2013;21(3):397-404. doi: 10.1590/S1983-80422013000300003.
7. de Oliveira JR, Ferreira AC, de Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(2):285-90 [access in 20 mar 2018]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/17.pdf>.
8. Burlá C, Py L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saude Publica.* 2014; 30(6):1-3. doi: 10.1590/0102-311XPE020614.
9. Bifulco VA, Lochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(1):92-100 [access in 12 apr 2019]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01005502200900010013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01005502200900010013&script=sci_abstract&tlng=pt).
10. Crawford GB, Zambrano SC. Junior doctors views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. *Acad Med.* 2015;90(3):338-44. doi: 10.1097/ACM.0000000000000632.
11. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Interface (Botucatu).* 2016;20(59):1041-52. doi: 10.1590/1807-57622015.0774.
12. Von Gunten CF, Mullan P, Nelesen RA, Soskins M, Savoia M, Buckholz G, et al. Development and evaluation of a palliative medicine curriculum for third-year medical students. *J Palliat Med.* 2012; 15(11):1198-217. doi: 10.1089/jpm.2010.0502.
13. Schulz C, Möller MF, Seidler D, Schnell MW. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Med Educ.* 2013;4(1):31. doi:10.1186/1472-6920-13-1.
14. Silva MLRS. O papel do profissional da atenção primária à saúde em cuidados paliativos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9(30): 45-53. doi: 10.5712/rbmfc9(30)718.
15. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Forbes K. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. *Med Educ.* 2009;43(8):776-83. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03400.x.
16. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res.* 2017;211:172-7. doi: 10.1016/j.jss.2016.11.006.
17. Simmenroth-Nayda A, Alt-Epping B, Gágyor I. Breaking bad news – an interdisciplinary curricular teaching-concept. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(4):doc 52. doi: 10.3205/zma000764.
18. Sweeney C, Lynch G, Khashan A, Maher B, Murphy M, O'Brien T. The impact of a medical undergraduate student-selected module in palliative care. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4(1):92-7. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000283.
19. MacPherson A, Lawrie I, Collins S, Forman L. Teaching the difficult-to-teach topics. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4(1):87-91. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000408.
20. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1):109-17 [access in 13 sep 2020]. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt).
21. Brasil. Sistema e-MEC. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Brasília: MEC; 2017 [access in 17 dec 2017]. Available from <http://emec.mec.gov.br/>.
22. Nassif ACN. Escolas médicas do Brasil. São Paulo: Nassif; 2018 [access in 19 aug 2018]. Available from: <http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>.

23. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwet JX, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2017(7);391(10128):1391-444. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
24. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [access in 16 apr 2020]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/>.
25. Brasil. Resolução nº 41, de 31 outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 23 nov 2018. Seção 1, p. 276 [access in 17 mar 2020]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/218740387/dou-secao-1-23-11-2018-pg-276>.
26. Rio de Janeiro. Lei nº 9449, de 5 de julho de 2019. Dispõe sobre a criação do Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. *DOE*; 8 jul 2019 [access in 17 mar 2020]. Available from: <http://alerjrn1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf>.
27. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei nº 20.091, de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a garantia de equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. *Diário Oficial*; 19 dez 2019 [access in 20 mar 2020]. Available from: <https://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/lei-garante-cuidados-paliativos-a-pacientes-com-doencas-graves-no-parana>.
28. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi G, et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018 [access in 17 mar 2020]. Available from: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.
29. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocaforte J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina. Houston: IAPC; 2012. [access in 10 mar 2020]. Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>.
30. Conselho federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). *Diário Oficial da União*; 1º ago 2011. Seção I, p. 144-7 [access in 13 mar 2020]. Available from: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=9791&tipo=RESOLU%7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1960&situacao=VIGENTE&data=16-12-2010&vide=sim>.
31. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health care system. *Palliat Care*. 2008;2: 19-24. doi: 10.1177%2F117822420800200001.
32. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2007;23(9):2072-80. doi: 10.13140/2.1.3201.5367.
33. Caldas GHO, Moreira SNT, Vilar MJ Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):269-80. doi: 10.1590/1981-22562018021.180008.
34. MacPherson A, Lawrie L, Collins S, Forman L. Teaching the difficult-to-teach topics. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(1):87-91. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000408.
35. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the end-of-life. Geneva: WHO; 2014. [access in 2 dec 2014]. Available from: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).
36. Lehto JT, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen PL, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliat Care*. 2017; 16(1): 9-13 doi: 10.1186/s12904-016-0182-8.
37. Shaheen AW, Denton GD, Stratton TD, Hoellein AR, Chretien KC. End-of-life and palliative care curricula in internal medicine clerkships: a report on the presence, value, and design of curricula as rated by clerkship directors. *Acad Med*. 2014; 89(8):1168-73. doi: 10.1097/ACM.0000000000000311.
38. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de estudantes de medicina e enfermagem. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):1041-52. doi: 10.1590/1807-57622015.0774.
39. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med*. 2010;24(3):299-30. doi: 10.1177/0269216309356029.
40. Carroll T, El-Sourady M, Karlekar M, Richeson A. Primary palliative care education programs: review and characterization. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019 June;36(6):546-49. doi: 10.1177/1049909118809947.
41. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(1):120-5. doi: 10.1590/S0100-55022013000100017.
42. Mendes EC. Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania [dissertação]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2017 [access in 12 oct 2020]. Available from: [https://www.arca.focuz.br/bitstream/icict/24828/2/emani\\_costa.pdf](https://www.arca.focuz.br/bitstream/icict/24828/2/emani_costa.pdf).



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## ANEXO C – Cuidados paliativos e ensino médico: revisão sistemática

Research, Society and Development, v. 10, n. 1, e50210111976, 2021  
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11976>

### Cuidados paliativos e Ensino Médico: Revisão sistemática

Palliative care and Medical Education: Systematic review

Cuidados paliativos y Educación Médica: Revisión sistemática

Recebido: 14/01/2021 | Revisado: 17/01/2021 | Aceito: 21/01/2021 | Publicado: 25/01/2021

**Andrea Augusta Castro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5887-0314>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [castro.andreaugusta@gmail.com](mailto:castro.andreaugusta@gmail.com)

**Stella Regina Taquette**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7388-3025>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [stella.taquette@gmail.com](mailto:stella.taquette@gmail.com)

**Caio Assunção Rocha Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2239-865X>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [caio.assuncaop@gmail.com](mailto:caio.assuncaop@gmail.com)

#### Resumo

**Introdução:** Cuidados paliativos (CP) estão no cotidiano dos serviços de saúde, face ao aumento da carga das doenças crônicas, do envelhecimento e incorporação tecnológica na saúde. Há consenso sobre a importância do ensino em CP na graduação, entretanto muitas escolas não o praticam. Esta revisão objetivou sintetizar o conhecimento produzido em estudos científicos sobre ensino em CP na graduação em medicina e seu impacto na formação médica. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática de estudos publicados no PubMed, com os descritores: “medical education” OR “curriculum”; “palliative care” AND “clinical competence”. Foram encontrados 89 artigos, excluídos 67 títulos e resumos e 22 artigos foram analisados. **Resultados:** A leitura dos artigos deu origem a três categorias temáticas. Na primeira categoria, elenca-se abordagem biopsicossocial e espiritual, cuidado centrado na pessoa e família, comunicação, trabalho interprofissional, e manejo de sintomas como competências essenciais. Na segunda, os desafios e estratégias apontados foram o escasso tempo curricular no ensino em CP, a falta de contexto clínico para o aprendizado reflexivo, o déficit de docentes preparados e a sua ausência formal nos currículos. O impacto do ensino em CP na aprendizagem na graduação refere-se a ser catalisador do desenvolvimento profissional e propiciar competências emocionais aos futuros médicos. **Conclusão:** Os estudos analisados demonstram benefícios do ensino em CP na formação médica, através de um ensino longitudinal, uma vez que potencializam a aquisição de competências essenciais no exercício da medicina e em especial no trato de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Educação médica; Competências; Graduação.

#### Abstract

**Introduction:** Palliative care underlies the daily life of health services, due to the increased burden of chronic diseases and aging. While teaching is fundamental, there are significant gaps in the medical curriculum. There is a consensus about the relevance of teaching in undergraduate courses; however, many schools do not include it in the curriculum. **Methods:** The search strategy was used, and descriptors were defined as follows: “palliative care” AND “medical education” OR “curriculum and competence clinical”, total of 89 papers were identified. From this sample, 67 papers were not included and 22 papers analyzed. **Results:** The emerging categories were as follows: impact on learning by the incorporation of palliative care education in the undergraduate medical course, essential competencies in palliative care in the medical undergraduate course and obstacles and paths aimed at its insertion in the undergraduate medical curriculum. Disciplinary modules contribute to changes in the approach to finitude and the acquisition of emotional competencies by professionals. This paper addresses a systematic review of how and why palliative care teaching should be carried out in graduation, considering difficulties and challenges for curricular incorporation. The main obstacles identified were lack of clinical context for education, lack of curricular time in the face of the demand, low support and structure, lack of qualified teachers, fragmented teaching and formal absence in curricula. **Conclusion:** The studies analyzed demonstrate benefits of teaching in PC in medical training, through longitudinal education, since they enhance the acquisition of essential skills in the exercise of medicine and especially in the treatment of people with life-threatening diseases.

**Keywords:** Palliative care; Medical education; Clinical competence; Graduation.

#### Resumen

**Introducción:** Los cuidados paliativos (PC) se encuentran en la vida cotidiana de los servicios de salud, habida cuenta de la mayor carga de enfermedades crónicas, el envejecimiento y la incorporación tecnológica en la salud. Hay consenso sobre la importancia de la enseñanza en PC en los estudios de pregrado, sin embargo muchas escuelas no lo practican.

Esta revisión tenía como objetivo sintetizar los conocimientos producidos en estudios científicos sobre la enseñanza de PC en la medicina de pregrado y su impacto en la formación médica. Métodos: Se realizó una revisión sistemática de los estudios publicados en PubMed, con los descriptores: "educación médica" O "currículo"; "paliativos" y "competencia clínica". Encontramos 89 artículos, 67 títulos y resúmenes fueron excluidos y se analizaron 22 artículos. Resultados: La lectura de los artículos dio lugar a tres categorías temáticas. En la primera categoría, se enumeran un enfoque biopsicosocial y espiritual, atención de persona y centrado en la familia, comunicación, trabajo interprofesional y manejo de síntomas como competencias esenciales. En el segundo, los desafíos y estrategias señalados fueron el escaso tiempo curricular en la enseñanza en PC, la falta de contexto clínico para el aprendizaje reflexivo, el déficit de los maestros preparados y su ausencia formal en los planes de estudio. El impacto de la enseñanza de CP en el aprendizaje de pregrado se refiere a ser un catalizador para el desarrollo profesional y proporcionar habilidades emocionales a los futuros médicos. Conclusión: Los estudios analizados demuestran los beneficios de la enseñanza en PC en la educación médica, a través de la educación longitudinal, ya que mejoran la adquisición de competencias esenciales en la práctica de la medicina y especialmente en el tratamiento de personas con enfermedades potencialmente mortales.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; Educación médica; Competencia clínica; Graduación.

## 1. Introdução

O envelhecimento populacional, o aumento da carga das doenças crônicas e a inserção tecnológica na saúde trouxeram implicações nas práticas médicas e no modelo de atenção. A organização dos CP é norteada pela constatação de que cada pessoa exigirá uma atenção específica, seja por alguns dias, meses ou anos (Murray, et al., 2015).

Cuidados paliativos (CP) estão indicados a serem praticados desde o diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida e nos vários estágios do processo de adoecimento, incluindo investigação e abordagem para prevenir complicações. Visa aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, disponibilizar apoio clínico, assim como abordar os problemas psicológicos e espirituais que cursam na progressão da doença, a um custo relativamente baixo, evitando tratamentos agressivos (WHO, 2002)

O ensino em CP na graduação, portanto, é uma necessidade atual para garantir a competência de futuros médicos neste campo de atuação. O aprendizado em CP possibilita reflexões sobre a morte e o morrer e tem sido considerado uma estratégia para a qualificação da atenção à saúde e à defesa dos direitos humanos (Gibbins, et al., 2009). Embora considerado essencial, observa-se que a maioria das escolas médicas não incluem o tema CP no currículo e os alunos relatam pouco conhecimento e treinamento na graduação (Chiu, et al., 2015).

O ensino em CP na graduação pode ser abordado em todas as áreas de atuação e especialidades médicas e despertar a atenção dos futuros médicos, podendo melhorar a qualidade de vida do paciente. É observado maior senso de controle na interação com pacientes e familiares, compaixão, empatia e respeito, através da exposição a pacientes portadores de doenças graves e reflexão sobre os aspectos da finitude (Crawford & Zambrano, 2015). As iniciativas na área do ensino e aprendizagem em CP são muito distintas nos diversos países, tomando importante apontar as competências essenciais e os desafios a serem enfrentados no sentido de contribuir para o aprendizado do tema. Diante da relevância do ensino em CP levantam-se questões tais como: o que é prioritário ser ensinado e em que cenários deve se dar o aprendizado? Quais os desafios a serem enfrentados e estratégias apontadas para o ensino em CP? Quais transformações o ensino de CP promove na formação médica?

Esse estudo foi realizado com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico produzido sobre ensino em CP com foco nos conteúdos, cenários de aprendizagem, desafios enfrentados e avanços observados. Pretende-se com os resultados oferecer subsídios às propostas curriculares de ensino em CP.

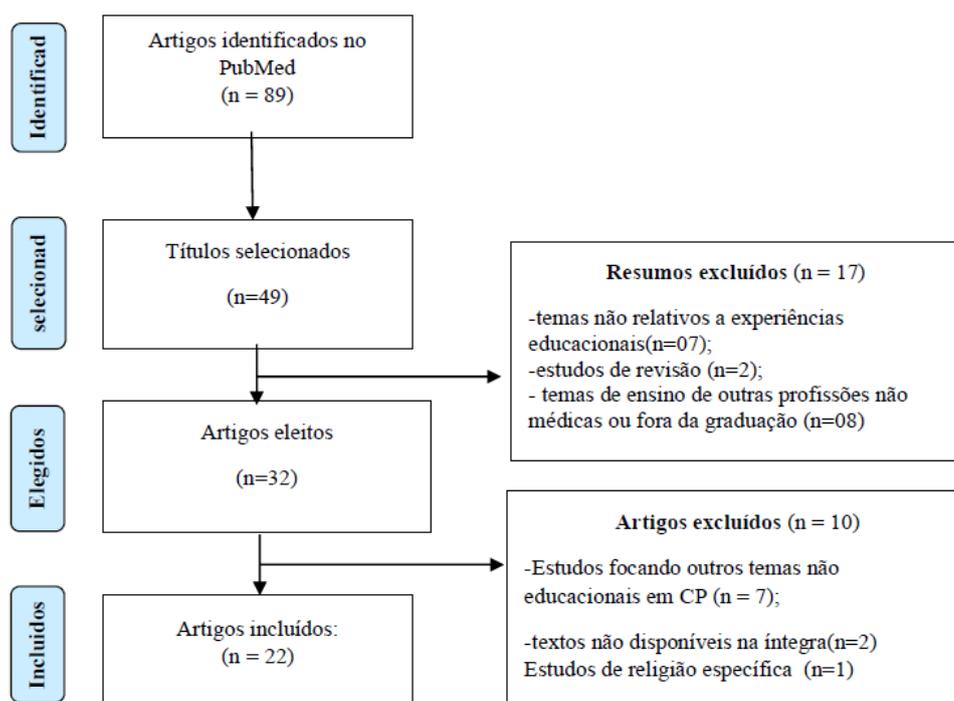
## 2. Métodos

Foi realizada revisão sistemática de estudos publicados em periódicos indexados na base de dados do PubMed. Esta base de dados foi escolhida por agregar maior número de fontes bibliográficas de qualidade, reconhecidas internacionalmente. Foi utilizada a estratégia de busca através de descritores em três blocos, a saber: I- ("Education, Medical"[mh] OR "Education,

Medical”[tiab] OR “Medical Education”[tiab] OR “Medical Graduation”[tiab] OR “Curriculum”[tiab])); AND II (“Palliative Care”[mh] OR “Palliative Care”[tiab] OR “Palliative Medicine”[tiab] OR “Care, Palliative”[tiab] OR “Medicine, Palliative”[tiab] AND III “Clinical Competence”. A busca foi filtrada nos últimos cinco anos (período de 2014 a 2020) e pesquisas realizados com seres humanos, de artigos, resumos e títulos com os descritores selecionados.

Foram encontrados 89 artigos. Após leitura de todos os títulos, 40 foram excluídos por não preencherem o critério de inclusão: abordar estudos sobre o ensino em CP na graduação em medicina. Em seguida foram lidos os resumos dos 49 títulos restantes. Após a leitura, 26 títulos foram excluídos: 18 por não abordarem CP especificamente, seis por tratarem de experiências educacionais não relativas à graduação, dois por serem de revisão bibliográfica e um por se referir a instrumento de avaliação do ensino. Restaram 32 artigos que foram lidos e analisados e dez eliminados pelos seguintes motivos: sete não tratavam temas educacionais, dois não estavam disponíveis na íntegra e um tratava de ensino em religião específica. Os 22 artigos restantes foram os incluídos nesta revisão e submetidos à análise de conteúdo temática. O fluxograma de seleção dos estudos pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama de busca dos artigos da revisão sistemática- 2020.



Fonte: Autores

No decorrer da análise do material bibliográfico foram incluídos mais 13 artigos publicados em periódicos científicos da área e documentos internacionais relativos aos temas para discussão dos dados. (Taquette & Borges, 2020)

### 3-Resultados e Discussão

A maior parte dos estudos levantados, 14 (63,7%) é de natureza qualitativa, ou misto, do tipo pesquisa-ação, com intervenções educativas em CP. Quanto à distribuição geográfica continental, onze foram desenvolvidos na América do Norte, oito na Europa, um na América do Sul, um na Oceania e um na Ásia.

Após leitura e releitura dos artigos, no esforço de organizar os temas relativos ao ensino médico em CP e avanços proporcionados, os textos deram origem às seguintes categorias: I) competências consideradas essenciais em CP na graduação médica, II) desafios e avanços apontados para sua inserção no currículo médico da graduação e III) o impacto da inserção do ensino em CP na graduação médica considerando a aprendizagem dos estudantes.

As agências internacionais em CP recomendam a inclusão das suas competências gerais na graduação em medicina. Os países têm realidades muito distintas, refletindo a importância dos aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais de cada escola. Embora seja considerado importante, existem desafios para a inserção do ensino em cuidados paliativos em todo o mundo (WHO, 2014).

Na Tabela 1 podem ser visualizados os artigos revisados sistematizados considerando local e ano da publicação, tipo de estudo, categoria classificada, objetivos, amostra dos participantes e principais resultados.

#### I- As competências essenciais em CP na graduação médica

Nesta categoria foram identificados seis estudos relacionados às competências essenciais em CP nos cursos de medicina. Evidenciou-se que as matrizes curriculares apresentadas são muito variadas, mesmo em países onde a medicina paliativa tornou-se obrigatória nos currículos das escolas médicas (Smith, et al., 2019). Os principais tópicos identificados como competências foram: as habilidades de comunicação; o manejo de dor e sintomas; os aspectos psicossociais e espirituais; bioética e legislação; o papel do sistema de saúde; e equipe interdisciplinar e autocuidado. Para aquisição destas competências essenciais valoriza-se o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo (Pastrana, et al, 2016).

Os objetivos de aprendizagem do ensino em CP na graduação não estão bem definidos. Existe fragmentação do ensino e ausência formal nos currículos para a aprendizagem no ensino de pacientes na finitude. O ensino em CP gerais deve abordar o manejo de sintomas físicos e psicológicos, necessidades espirituais, respeito às diretivas da vontade e o respeito às diferenças culturais. As temáticas de maior interesse dos estudantes são manejo nos últimos dias, comunicação para abordar preferências de tratamento e sintomas psicológicos (Carroll, et al.,2019).

Três domínios de aprendizagem predominaram nas propostas curriculares, no campo afetivo, cognitivo e psicomotor: maior respeito aos valores dos pacientes; compreensão do processo de morrer e adequação no uso de opioides (Schiessi, et al., 2013). As competências essenciais para estudantes, médicos e residentes em medicina da família e medicina interna são a comunicação e o manejo da dor e sintomas que estão contidas em cinco domínios de conhecimentos: comunicação e abordagem centrada na pessoa; habilidades no processo decisório no fim de vida; princípios e práticas dos cuidados paliativos; filosofia e papel do cuidado paliativo e *hospice*; e o controle da dor e outros sintomas (Spalding & Yardley, 2016).

É relevante debater na graduação as questões relativas à morte e ao morrer e desenvolver habilidades de comunicação, trabalho em equipe e suporte à família (Schaeffer, et al.,2014). O autor destaca também conhecimentos sobre controle de sinais e sintomas e aspectos espirituais e religiosos, visando minimizar o sofrimento de quem enfrenta a fase de finitude da vida (Scheiderman, et al.,2011). A aproximação com pacientes terminais facilita a aquisição de habilidades de comunicação e despertam competências relacionais e atitudinais (Kriesen & Müller, 2018).

A inclusão do ensino em CP na graduação pode favorecer ao estudante desenvolver competências para o cuidado ampliado ao paciente, não apenas na finitude, mas em todas as fases da vida da pessoa (Weber et al., 2016). A aproximação do

### 3-Resultados e Discussão

A maior parte dos estudos levantados, 14 (63,7%) é de natureza qualitativa, ou misto, do tipo pesquisa-ação, com intervenções educativas em CP. Quanto à distribuição geográfica continental, onze foram desenvolvidos na América do Norte, oito na Europa, um na América do Sul, um na Oceania e um na Ásia.

Após leitura e releitura dos artigos, no esforço de organizar os temas relativos ao ensino médico em CP e avanços proporcionados, os textos deram origem às seguintes categorias: I) competências consideradas essenciais em CP na graduação médica, II) desafios e avanços apontados para sua inserção no currículo médico da graduação e III) o impacto da inserção do ensino em CP na graduação médica considerando a aprendizagem dos estudantes.

As agências internacionais em CP recomendam a inclusão das suas competências gerais na graduação em medicina. Os países têm realidades muito distintas, refletindo a importância dos aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais de cada escola. Embora seja considerado importante, existem desafios para a inserção do ensino em cuidados paliativos em todo o mundo (WHO, 2014).

Na Tabela 1 podem ser visualizados os artigos revisados sistematizados considerando local e ano da publicação, tipo de estudo, categoria classificada, objetivos, amostra dos participantes e principais resultados.

#### I- As competências essenciais em CP na graduação médica

Nesta categoria foram identificados seis estudos relacionados às competências essenciais em CP nos cursos de medicina. Evidenciou-se que as matrizes curriculares apresentadas são muito variadas, mesmo em países onde a medicina paliativa tornou-se obrigatória nos currículos das escolas médicas (Smith, et al., 2019). Os principais tópicos identificados como competências foram: as habilidades de comunicação; o manejo de dor e sintomas; os aspectos psicossociais e espirituais; bioética e legislação; o papel do sistema de saúde; e equipe interdisciplinar e autocuidado. Para aquisição destas competências essenciais valoriza-se o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo (Pastrana, et al, 2016).

Os objetivos de aprendizagem do ensino em CP na graduação não estão bem definidos. Existe fragmentação do ensino e ausência formal nos currículos para a aprendizagem no ensino de pacientes na finitude. O ensino em CP gerais deve abordar o manejo de sintomas físicos e psicológicos, necessidades espirituais, respeito às diretivas da vontade e o respeito às diferenças culturais. As temáticas de maior interesse dos estudantes são manejo nos últimos dias, comunicação para abordar preferências de tratamento e sintomas psicológicos (Carroll, et al.,2019).

Três domínios de aprendizagem predominaram nas propostas curriculares, no campo afetivo, cognitivo e psicomotor: maior respeito aos valores dos pacientes; compreensão do processo de morrer e adequação no uso de opioides (Schiessi, et al., 2013). As competências essenciais para estudantes, médicos e residentes em medicina da família e medicina interna são a comunicação e o manejo da dor e sintomas que estão contidas em cinco domínios de conhecimentos: comunicação e abordagem centrada na pessoa; habilidades no processo decisório no fim de vida; princípios e práticas dos cuidados paliativos; filosofia e papel do cuidado paliativo e *hospice*; e o controle da dor e outros sintomas (Spalding & Yardley, 2016).

É relevante debater na graduação as questões relativas à morte e ao morrer e desenvolver habilidades de comunicação, trabalho em equipe e suporte à família (Schaeffer, et al.,2014). O autor destaca também conhecimentos sobre controle de sinais e sintomas e aspectos espirituais e religiosos, visando minimizar o sofrimento de quem enfrenta a fase de finitude da vida (Scheiderman, et al.,2011). A aproximação com pacientes terminais facilita a aquisição de habilidades de comunicação e despertam competências relacionais e atitudinais (Kriesen & Müller, 2018).

A inclusão do ensino em CP na graduação pode favorecer ao estudante desenvolver competências para o cuidado ampliado ao paciente, não apenas na finitude, mas em todas as fases da vida da pessoa (Weber et al., 2016). A aproximação do

futuro médico com pacientes em doenças avançadas pode desenvolver a aquisição de habilidades emocionais, e uma abordagem terapêutica ampliada nos cuidados gerais (Back et al., 2016).

**Tabela 1.** Relação dos artigos relacionados a competências nucleares em CP na graduação segundo autor, ano, local, tipo de estudo, objetivos, amostra e resultados.

<b>Autor, ano, tipo de pesquisa e local</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Resultados e conclusão</b>
Carroll T et all, 2019 Estudo qualitativo/entrevista (NY, USA)	Avaliar congruências de competências no ensino em CP entre os médicos não paliativistas e paliativistas	144 médicos não paliativistas e 18 médicos paliativistas.	Embora existam diferenças, as preferenciais para ambos são: manejo nos últimos dias, sintomas psicológicos e comunicação.
Kriesen U et all, 2018 Estudo qualitativo/entrevista (Rostock,Alemanh)	Analisar percepção do ensino à beira do leito na perspectiva de estudantes, funcionários e pacientes	21 estudantes, vinte pacientes e 19 membros da equipe de CP	O contato com pacientes em finitude é valorizado entre estudantes e pacientes favorecendo aquisição de competências atitudinais.
Spalding at all, 2016 Estudo qualitativo/grupos focais (Staffordshire, UK)	Explorar a percepção dos estudantes no ensino em CP em diferentes cenários de aprendizado com crianças e seus familiares em um <i>hospice</i>	Sete crianças, cinco pais e seis funcionários	O estudo evidenciou maior compreensão dos estudantes nas habilidades de comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa.
Pastrana T et all Estudo qualitativo/grupo focal (Colômbia) 2015	Descrever as etapas e os resultados do trabalho utilizado na definição de competências para o ensino em CP no país	36 participantes em 18 universidades	O trabalho definiu consenso de competências em CP: princípios, controle de sintomas, cuidados em fim de vida, questões éticas e legais, abordagem biopsicossocial e espiritual e trabalho em equipe.
Smith et all, 2018 Estudo qualitativo/entrevista (Lancaster, UK)	Descrever o desenvolvimento da primeira estrutura nacional do Reino Unido para orientar o ensino	33 professores em 33 escolas médicas	Foram organizados oito domínios-chave da prática em cuidados intensivos em CP
Back et all, 2016 Método qualitativo/grupos focais (Seattle, USA)	Avaliar programa de desenvolvimento de resiliência dos alunos e clínicos na prevenção de <i>burnout</i> em CP	Equipes de CP, estudantes, médicos, gestores, psicólogos e mentores.	As habilidades de resiliência são tão importantes quanto as habilidades de comunicação e gerenciamento de sintomas; é influenciado por recursos pessoais, demandas de trabalho e autorreflexão.

Fonte: Pubmed.

Os achados dos estudos revelam um predomínio para a aquisição das competências atitudinais e relacionais. Assim como, observamos um corpo de competências nucleares bem delineadas, como o manejo de sintomas, comunicação, bioética, e abordagem biopsicossocial e espiritual. O ensino ao longo da formação pode preparar o futuro profissional para uma atuação qualificada e assertiva como requer o cuidado de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras à vida.

## II- Principais desafios e avanços no ensino em CP

O ensino médico em CP e alguns avanços alcançados são tratados em seis artigos que abordam seus desafios e apontam estratégias importantes, conforme a Tabela 2. Em países como Suíça, Finlândia e Alemanha, a construção de diretrizes para a inserção do ensino em CP está em fase avançada, em outros o processo ainda enfrenta dificuldades, como na Colômbia e EUA.

Os autores relatam falta de contexto clínico para o aprendizado na finitude da vida, uma vez que no último ano do curso, a maioria dos estudantes revela falta de confiança e déficit de conhecimento em CP (Kriesen & Müller, 2018). Embora a educação em medicina paliativa seja considerada importante, não está organizada no ambiente docente-assistencial. Entre barreiras na implementação do ensino são incluídas a falta de tempo, devido a outras demandas que recebem mais prioridade e o déficit de docentes preparados.

A aquisição do aprendizado em CP é oportunizada em diferentes cenários, tanto com crianças ou idosos portadores de doenças crônicas. Esse contato potencializa mudanças de atitudes a partir de vivências significativas. O principal desafio é a falta de exposição a estes cenários desde o início do curso, mantendo os alunos longe dos pacientes em final de vida, não oportunizando experiências variáveis e o desenvolvimento de habilidade bioética, a partir de reflexões sobre as vivências no aprendizado (Annear, et al., e 2016),

Uma das principais dificuldades na atenção de pessoas com doenças avançadas é o sofrimento emocional dos educandos. Contudo, as sucessivas aproximações com estes pacientes são consideradas oportunidades de aprendizado e prevenção de *burnout* nos futuros médicos. Estes devem contar com retaguarda de docentes experientes, possibilitando conforto através da reflexão sobre as experiências, possibilitando o desenvolvimento pessoal, a autorreflexão e resiliência (Vergo et al., 2017).

Os desafios do ensino em CP requerem um contato continuado, possibilitando a compreensão da integralidade do processo saúde-doença (Schillerstrom et al., 2012). O aprendizado é construído através de módulos sucessivos de famílias de situações vivenciadas ao longo da formação (Smith & Schaefer, 2014). Algumas estratégias apontadas para driblar os desafios e dificuldades referem-se à incorporação de ensino virtual, assim como simulações para o treinamento de habilidades de comunicação em ambientes não reais (Brown & Schulz-Quach, 2018).

A inclusão do ensino em CP ao longo do curso parece ser uma importante estratégia para o preparo dos futuros médicos. Desta forma, o aprendizado vai sendo promovido ao longo da formação. O ensino em CP no currículo da graduação permite a formação de médicos mais preparados para lidar com situações de dor e outros sintomas. (MacPherson, et al., 2014). A aquisição das competências essenciais é observada no ensino longitudinal e a inserção de uma disciplina alavanca o aprendizado, possibilitando a abordagem integral e no manejo de sintomas nas pessoas portadoras de doenças avançadas (Letho, et al., 2017)

**Tabela 2.** Relação de artigos relacionados aos avanços e desafios na inserção do ensino em CP no currículo médico segundo autor, ano, tipo de pesquisa, local, objetivos, amostra e resultados.

<b>Autor, ano, tipo de pesquisa e local</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Resultados</b>
Hawkins et al, 2016 Estudo qualitativo / narrativas (Hillview Road, UK)	Avaliar impacto do ensino em CP na exploração de preferências para o cuidado no fim da vida, através de simulação de alta performance	sete estudantes de medicina do último ano da graduação;	O grau de sofrimento do estudante e seus pares pôde ser identificado em cenários de simulação de alta fidelidade com pacientes em final de vida, podendo ser um complemento para o treinamento de habilidades de comunicação na graduação.
Annear et al, 2016 Estudo misto quanti-quali (Hobart, Australia)	Avaliar a aquisição de competências em diferentes cenários de aprendizado	61 alunos do quinto ano de medicina	As interações com pacientes idosos em asilos podem melhorar as atitudes dos estudantes de medicina em relação manejo das demências.
Weber et al, 2016 Estudo quantitativo/questionário on-line (Mainz, Alemanha)	Avaliar o conhecimento em cuidados paliativos no último ano da graduação	92 estudantes do último ano do curso de medicina	A maioria dos estudantes apresenta baixa confiança e pouco conhecimento sobre CP ao final da graduação, sendo o ensino longitudinal relevante.
Samala RV et al, 2019 Estudo qualitativo/narrativas (Ohio, EUA)	Descrever o impacto do ensino em CP na aprendizagem dos estudantes	29 narrativas de oito estudantes de medicina após visitas domiciliares	O ensino em CP traz o reconhecimento sobre desafios da atenção domiciliar, trabalho em equipe, cuidado centrado na pessoa e família e é catalisador do crescimento pessoal.
Brown et al, 2016 Estudo quantitativo- ensaio clínico randomizado (Seattle USA)	Analisar o impacto do ensino em CP nas habilidades de comunicação através de simulação	472 internos de medicina e enfermagem	O treinamento em comunicação baseado em simulação (Codetalk) foi associado a aquisição de competência nas habilidades de comunicação.
Schulz-Quach et al, 2018 Estudo quantitativo de corte transversal (Witten, Germany)	Investigar impacto na aquisição de competências em CP através do ensino virtual	670 estudantes de medicina	Outras abordagens, além do ensino virtual são necessárias para aquisição de competências relacionais com paciente e familiares e aumento da autoestima dos estudantes.

Fonte: Pubmed.

Os estudos revelam fragilidades emocionais e dificuldades na comunicação como desafios a serem superados pelas sucessivas aproximações aos pacientes portadores de doenças avançadas.

III - Impacto da inclusão do ensino em cuidados paliativo na graduação

Nesta categoria foram abarcados dez estudos que apresentam as transformações ocorridas após a inclusão do ensino em CP na graduação em medicina, conforme relacionados na Tabela 3. Os estudos demonstram que o ensino em CP possibilita aquisição de competências importantes para os futuros médicos, principalmente no campo pessoal e emocional. Entretanto, é necessário um sistema avaliativo para seu aprimoramento e persistem os desafios na construção das melhores estratégias para o ensino em CP (Eychmüller et al., 2015).

As mudanças no futuro médico foram identificadas, principalmente no desenvolvimento de competências emocionais, relacionais, assim como na autorreflexão que pode potencializar a resiliência para o cuidado compassivo, incluindo a abordagem da espiritualidade. Quando ocorre a inclusão da disciplina CP, é observado melhor desempenho e confiança nos alunos que tiveram esse espaço na sua formação (Ellman, et al., 2016),

A inclusão do ensino em CP na educação médica possibilita promover uma atitude consciente nos futuros médicos frente à eminência da morte (Taquette & Rego, 2005). É relevante abordar o afastamento que o morrer provoca, ajudando o estudante a vencer os medos e sofrimentos, possibilitando mais conforto nas sucessivas aproximações aos pacientes portadores de doenças avançadas (Romotzky et al., 2015)

O ensino em CP melhora a escala de eficácia em domínios importantes como comunicação e trabalho colaborativo e interdisciplinar, possibilitando aquisições de competências para os cuidados gerais (Saylor, et al., 2016 & Peh, et al., 2017). O desenvolvimento de habilidades de comunicação pode ser promovido pelo ensino em CP, como, por exemplo, ao explorar as preferências do paciente para o cuidado no fim da vida; na iniciação de conversação sobre questões espirituais e suas práticas, entre outros (Parick et al., 2017). Mudanças de valores e atitudes, assim como aquisição de habilidades de comunicação no ensino em CP foram demonstradas no processo avaliativo de estudantes (Von Gunten et al., 2017).

O ensino em CP contribui na superação de lacunas educacionais, e potencializa a integralidade da abordagem ao paciente e familiares, além de possibilitar maior colaboração com outros membros da equipe de saúde (Westcott et al., 2019). Os estudantes e pacientes valorizam o treinamento em CP na formação do médico, favorecendo a aquisição de competências atitudinais e de autorreflexão, podendo catalisar o crescimento pessoal do futuro médico (Samala et al., 2019).

**Tabela 3.** Artigos relacionados ao impacto nos estudantes frente a inserção do ensino em CP na graduação segundo autor, ano, tipo de estudo, local, objetivos, amostra e resultados.

<b>Autor, ano, tipo de pesquisa e local</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Resultados</b>
Eychmüller et al, 2015 Estudo qualitativo/entrevista ( Berna, Suíça)	Avaliar o monitoramento longitudinal do currículo nas escolas médicas em CP.	cinco reitores das faculdades de medicina.	Reconhecimento da medicina paliativa integrante ao treinamento médico.
Parikh PP et al, 2016 Estudo quantitativo/ prospectivo (Ohio, EUA)	Avaliar o aprendizado das habilidades de comunicações no ensino em CP	69 estudantes de medicina no terceiro ano da graduação	O desenvolvimento de habilidades de comunicações em CP é observado em 70% dos alunos
Lehto et al, 2017 Estudo quanti e qualitativo (Tempere/ Finlândia)	Analisar os resultados da inserção do ensino longitudinal em CP e disciplina	80% de presença da turma, não há informação do quantitativo	Ao longo dos anos estudados, foi observada melhora da performance e aquisições de competências em CP.

Vergo et all, 2016 Estudo quantitativo prospectivo (New Hampshire, EUA)	Avaliar a aquisição de habilidades de comunicação em cuidados paliativos primários	12 estudantes de medicina interna	Os estudantes mostraram melhorias estatisticamente significativas na habilidade de comunicação geral e na resposta a emoções.
Von Gunten et all, 2016 Estudo quantitativo/ corte transversal (San Diego, EUA)	Examinar o impacto do ensino em CP	448 internos de medicina	A aquisição de conhecimentos aumenta a confiança para a prática clínica dos estudantes e estes demonstram maiores preocupações éticas.
Ellman et all,2016 Estudo misto prospectivo quanti-qualitativo(Connecticut, USA)	Avaliar o impacto do ensino em CP em currículo longitudinal integrado	estudantes do quarto ano e 121 do terceiro ano	Os estudantes demonstraram aquisição de competências emocionais, atitudinais, de autorreflexão e apreciação de valores nos aspectos culturais e espirituais, trabalho interprofissional, melhora na comunicação, aceitação da morte e cuidado compassivo.
Saylor et all, 2016 Estudo quantitativo prospectivo randomizado (Newark, EUA)	Aferir aquisição de competências relacionais e competências interprofissionais	104 estudantes de enfermagem, medicina e outras áreas da saúde.	Houve melhora na competência interprofissional, na autoeficácia, nas atitudes das relações entre médico e outras profissões
Romotzky et all, 2014 Estudo qualitativo/entrevista (Cologne, Alemanha)	Avaliar o ensino do CP com ênfase em habilidades de comunicação através de simulação	17 estudantes de medicina	Os resultados indicam uma necessidade de treinamento em comunicação para estudantes de medicina, sendo a simulação uma alternativa.
Ying Peh, 2016 Estudo quantitativo retrospectivo (Singapore,Singapore)	Avaliar aquisição de competências após exposição ao ensino em CP	71 estudantes de medicina interna	O ensino de um mês em CP possibilita maior confiança aos estudantes, particularmente na comunicação em final de vida.
Westcott AM et all,2018 Estudo qualitativo/entrevistas (Hershey, USA)	Avaliar o impacto do ensino interprofissional no ensino médico em CP	dois capelães, duas enfermeiras, uma assistente social e um médico assistente	A participação da equipe multiprofissional contribui na superação das lacunas educacionais no ensino em CP. entre as quais o cuidado integral, comunicação e sentido de colaboração entre os profissionais.

Fonte: Pubmed.

A aquisição das competências em CP proporciona transformações que podem ser estendidas aos cuidados gerais nos demais ciclos de vida, e não apenas restrito ao período de finitude da vida.

#### 4. Conclusão

A análise dos estudos revisados aponta a importância da inserção do ensino em CP na graduação para a aquisição de competências consideradas essenciais no exercício da medicina. Demonstra o impacto do ensino nos futuros profissionais, sendo

uma oportunidade de aprendizagem nos domínios de comunicação, medicina centrada na pessoa e reflexão sobre os aspectos bioéticos. Reforça a necessidade deste ensino tanto por especialistas como por não especialistas neste campo.

Torna-se crucial, que as instituições acadêmicas formem profissionais capacitados a trabalharem em CP para o atendimento das demandas de saúde atuais resultantes do envelhecimento populacional, do aumento da carga das doenças crônicas e da inserção das novas tecnologias na saúde.

A presente revisão bibliográfica, apesar de limitada à base de dados do PubMed, serve como importante balizamento da recomendação da inclusão dos CP nos currículos atuais dos cursos de graduação em medicina.

Sugerimos trabalhos futuros que possam aprofundar o impacto do ensino em CP, considerando o respeito cultural e as especificidades regionais, assim como as questões da bioética vivenciadas no cotidiano dos estudantes e profissionais de saúde.

## Referências

- Annear, M. J., Lea, E., Lo, A., Tierney, L., & Robinson, A. (2016). Encountering aged care: a mixed methods investigation of medical students' clinical placement experiences. *BMC Geriatr*;16-38. 10.1186/s12877-016-0211-8.
- Back, A. L., Steinhäuser, K. E., Kamal, A. H., & Jackson, V. A. (2016). Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout. *Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. J Pain Symptom Manage.* Aug;52(2):284-91. 10.1016/j.jpainsymman.2016.02.002
- Brown, C. E., Back, A. L., Ford, D. W., Kross, E. K., Downey, L., Shannon, S. E., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2018). Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. *Am J Hosp Palliat Care.* Jan;35(1):45-51. 10.3928/01484834-20180720-08
- Carroll, T., El-Sourady, M., Karlekar, M., & Richeson, A. (2019). Primary Palliative Care Education Programs: Review and Characterization. *Am J Hosp Palliat Care.* Jun;36(6):546-49. 10.1177/1049909118809947.
- Crawford, G. B., & Zambrano, S. C.(2015). Junior doctors' views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine *Acad Med*; 90(3): 338-44. 10.1097/ACM.0000000000000632
- Ellman, M. S., Fortin, A. H., Putnam, A., & Bia, M. (2016). Implementing and Evaluating a Four-Year Integrated End-of-Life Care Curriculum for Medical Students. *Teach Learn Med*.28(2):229-39. 10.1080/10401334.2016.1146601
- Eychmüller, S., Forster, M., Gudat, H., Lütolf, U. M., & Borasio, G. D. (2015) Undergraduate palliative care teaching in Swiss medical faculties: a nationwide survey and improved learning objectives. *Med Educ.* 2015 Nov 27;15:213. 10.1186/s12909-015-0485-0
- Gibbins, J., McCoubrie, R.; Maher, J., & Forbes, K.(2009). Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development *Med Educ*; 43(8): 776-83. 10.1111/j.1365-2923.2009.03400.x
- Kriesen, U., Altiner, A., & Müller-Hilke, B. (2018). Perception of bedside teaching within the palliative care setting-views from patients, students and staff members. *Ann Palliat Med.* Oct;7(4):411-19. 10.21037/apm.2018.05.01
- Lehto, J. T., Hakkarainen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., & Saarto, T. (2017). Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliat Care.* Jan 25;16(1):13. 10.1186/s12904-016-0182-8
- MacPherson, A., Lawrie, I., Collin, S., & Forman, L. (2014).Teaching the difficult-to-teach topics *BMJ Support Palliat Care*;,4(1): 87-91. 10.1136/bmjspcare-2012-000408
- Murray, S. A., Firth, A., Schneider, N., Van den Eynde, B., Gomez-Batiste, X., Brogard T., et al. (2015). Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*;29(2):101-11. <https://eapcnet.wordpress.com/2015/02/11/toolkit-for-the-development-of-palliative-care-in-the-community/>
- Pastrana, T., Wenk, R., & De Lima, L. (2016). Consensus-Based Palliative Care Competencies for Undergraduate Nurses and Physicians: A Demonstrative Process with Colombian Universities. *J Palliat Med*Jan;19(1):76-82. 10.1089/jpm.2015.0202
- Parikh, P. P., White, M. T., Buckingham, L., & Tchorz, K. M.(2017) Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res*; 211: 172-77. 10.1016/j.jss.2016.11.006
- Peh, T. Y., Yang, G. M., Krishna, L. K., & Yee, A. C. (2017).Do Doctors Gain More Confidence from a Longer Palliative Medicine Posting? *J Palliat Med.* Feb;20(2):141-46. 10.1089/jpm.2016.0293
- Rotomtzky, V., Galushko, M., Düsterdiek, A., Obliers, R., Albus, C., Ostgathe, C., & Voltz, R. (2015). "It's Not that Easy"--Medical Students' Fears and Barriers in End-of-Life Communication. *J Cancer Educ*; 30(2): 333-39. 10.1007/s13187-014-0712-0.
- Samala, R. V., Hoeksema, L. J., & Colbert, C. Y. (2019). A Qualitative Study of Independent Home Visits by Hospice Fellows: Addressing Gaps in ACGME Milestones by Fostering Reflection and Self-Assessment. *Am J Hosp Palliat Care.* Oct;36(10):885-92. doi.org/10.1177%2F1049909119836218
- Saylor, J., Vernoony, S., Selekmán, J., & Cowperthwait, A. (2016). Interprofessional Education Using a Palliative Care Simulation. *Nurse Educ.* May-Jun;41(3):125-29. 10.1097/NNE.0000000000000228.

- Schaeffer, K. et al. (2014). Raising the bar for the seriously ill patients: Results of a National survey to define essential competencies of medical students and residents. NIH - Public access. Author manuscript. *Acad Med*. July;89(7): 1024-31. 10.1097/ACM.0000000000000271
- Schiessl, C., Walshe, M., Wildfeuer, S., Larkin, P., Voltz, R., & Juenger, J. (2013). Undergraduate curricula in palliative medicine: a systematic analysis based on the palliative education assessment tool. *J Palliat Med*; 16(1): 20-30. 10.1089/jpm.2012.0281.
- Schillerstrom, J. E., Sanchez-Reilly, S., & O'Donnell, L. (2012). Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. *Acad Psychiatry*, 36(3): 188-90. 10.1176/appi.ap.10020032.
- Schneideman, L. J. (2011). Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *Journal of Bioethical Inquiry*; 8:123-31. 10.1007/s11673-011-9293-3.
- Shaheen, A., Denton, G. D., Stratton, T. D., & Hoellein, A. R. (2014). Chretien KC End-of-life and palliative care curricula in internal medicine clerkships: a report on the presence, value, and design of curricula as rated by clerkship directors. *Acad Med*; 2014, 89(8): 1168-73. 10.1097/ACM.0000000000000311.
- Smith, A., Carey, C., Sadler, J., Smith, H., Stephens, R., & Frith, C. (2019). Undergraduate education in anaesthesia, intensive care, pain, and perioperative medicine: The development of a national curriculum framework. *Med Teach*. Mar;41(3):340-46. 10.1080/0142159X.2018.1472373.
- Smith, G. M., & Schaefer, K. G. (2014). Missed opportunities to train medical students in generalist palliative care during core clerkships. *J Palliat Med*; 17(12): 1344-7.
- Schulz-Quach, C., Wenzel-Meyburg, U., & Fetz, K. (2018). Can elearning be used to teach palliative care? - medical students' acceptance, knowledge, and self-estimation of competence in palliative care after elearning. *BMC Med Educ*. Apr 27;18-82. 10.1186/s12909-018-1186-2
- Spalding, J., & Yardley, S. (2016). 'The nice thing about doctors is that you can sometimes get a day off school': an action research study to bring lived experiences from children, parents and hospice staff into medical students' preparation for practice. *BMJ Support Palliat Care*. Dec;6(4):459-64. 10.1136/bmjopen-2016-01389
- Taquete, S. R., & Rego, S. et al. (2005) Situações conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras*; 51(1): 23-28. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000100015>.
- Taquete, S. R., & Borges, L. M. (2020). Pesquisa qualitativa para todos: Vozes..
- Vergo, M. T., Sachs, S., MacMartin, M. A., Kirkland, K. B., Cullinan, A. M., & Stephens, L. A. (2017). Acceptability and Impact of a Required Palliative Care Rotation with Prerotatation and Postrotatation Observed Simulated Clinical Experience during Internal Medicine Residency Training on Primary Palliative Communication Skills. *J Palliat Med*. May ;20(5):542-47. 10.1089/jpm.2016.0348
- Von Gunten, F., Mullan, P. B., Nelesen, R., Garman, K., McNeal, H., Savoia, M., et al. (2017). Primary Care Residents Improve Knowledge, Skills, Attitudes, and Practice After a Clinical Curriculum With a Hospice. *Am J Hosp Palliat Care*. Sep;34(8):713-20. 10.1177/1049909116655767
- Weber, M., Schmiedel, S., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2016). Knowledge and attitude of medical students in Germany towards palliative care : Does the final year of medical school make a difference?]. *Schmerz*. Jun;30(3):279-85. 10.1007/s00482-015-0055-8
- World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, (2nd ed.) Geneva: World Health Organization, books.google.com. <https://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>
- World Health Organization. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the end-of-life. [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

## ANEXO D - Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes

### Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes

*Palliative care in medical education: the students' perception*

Andrea Augusta Castro<sup>1</sup>  [castro.andreaaugusta@gmail.com](mailto:castro.andreaaugusta@gmail.com)  
Stella Regina Taquette<sup>1</sup>  [stella.taquette@gmail.com](mailto:stella.taquette@gmail.com)  
Caio Assunção Rocha Pereira<sup>1</sup>  [caio.assuncao@gmail.com](mailto:caio.assuncao@gmail.com)  
Natan Lório Marques<sup>2</sup>  [nataniorio19@gmail.com](mailto:nataniorio19@gmail.com)

#### RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional, a maior expectativa de vida e o aumento da prevalência de doenças crônicas trouxeram novas demandas em saúde, como os cuidados paliativos (CP). Embora presente no cotidiano clínico, essa temática ainda não foi incluída na maioria das escolas médicas no Brasil.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo conhecer o ensino-aprendizagem em CP na percepção do estudante de Medicina de escolas que dispõem dessa disciplina.

**Método:** Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas com 35 estudantes de Medicina de 14 escolas médicas localizadas nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país.

**Resultado:** Os relatos foram classificados em três categorias: concepção sobre CP, transformações percebidas após exposição ao ensino de CP, desafios e estratégias exitosas identificados no ensino de CP. Os estudantes reconhecem o valor do ensino de CP e têm maior compreensão sobre a abordagem em CP e sua indicação precoce às pessoas com condições crônicas complexas. A inserção do tema contribuiu para a superação de medos e tabus ligados à morte, conferindo maior conforto para lidar com o sofrimento humano, agregando competências emocionais. A educação formal em CP possibilitou a compreensão da pessoa na dimensão biopsicossocial e espiritual. Os discentes ressaltaram a importância das habilidades de comunicação de notícias difíceis, do manejo de sintomas, do trabalho em equipe e da abordagem individualizada à pessoa e à família dela. Embora tenham identificado pouca integração teórico-prática no cenário de ensino-aprendizagem de CP, os alunos referiram interesse na temática e apontaram como estratégias aproximações sucessivas ao longo da formação, em um eixo humanista.

**Conclusão:** O ensino de CP traz contribuições à formação médica para além da aprendizagem do tema e reforça o desenvolvimento da empatia e compaixão, reconhecidas como essenciais nessa profissão, assim como a relevância da assertividade no manejo do sofrimento e do cuidado integral de pessoas com doenças avançadas.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Educação Médica, Graduação.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Population aging, longer life expectancy and the increase in the prevalence of chronic diseases have brought new health demands, among them, palliative care (PC). Although present in the clinical routine, this topic has not yet been included in most medical schools in Brazil.

**Objective:** To know the teaching-learning process in PC according to the perception of medical students from schools that have this subject.

**Method:** Qualitative method through interviews with 35 medical students from 14 medical schools located in the Northeast, Southeast and South regions of the country.

**Results:** The reports were classified into three categories: conception of PC, changes perceived after exposure to PC teaching, challenges and successful strategies identified in PC teaching. Students recognize the value of teaching in PC and have a greater understanding of PC approach and its early indication for people with complex chronic conditions. The inclusion of the topic contributed to the overcoming of fears and taboos related to death, providing greater comfort to deal with human suffering, adding emotional skills. The formal education in PC allowed understanding the person in their biopsychosocial and spiritual dimension. They stressed the importance of communication skills to communicate difficult news, symptom management, teamwork and an individualized approach to the person and their family. Although they identify little theoretical-practical integration in the teaching-learning scenario in PC, they report an interest in the topic, and indicated successive experiences as strategies throughout the training, in a humanist axis.

**Conclusion:** PC teaching brings contributions to medical training that go beyond the learning of the subject and reinforces the development of empathy and compassion, recognized as essential in this profession, as well as the relevance of assertiveness in the management of suffering and the comprehensive care of people with advanced diseases.

**Keywords:** Palliative Care, Medical Education, University graduate.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Danilo Borges Paulino.

Recebido em 30/11/2021; Aceito em 06/12/2021.

Avaliado pelo processo de *double blind review*.

## INTRODUÇÃO

Considera-se que o envelhecimento populacional e o incremento da expectativa da vida, com o peso cada vez maior de doenças crônicas, trouxeram repercussões importantes na rede de assistência à saúde. Em 2000, aferiu-se que 662.068 pessoas necessitaram de cuidados paliativos (CP), e a estimativa para 2040 é de que aproximadamente 1.166.279 pessoas necessitarão dessa modalidade assistencial no Brasil<sup>1</sup>. O mundo está em movimento, e os sistemas educativos devem preparar e formar profissionais em consonância às exigências atuais, entre as quais as competências essenciais em CP. Diante desses dados, evidencia-se a urgência de um currículo que esteja em sintonia com essas necessidades da população. Este pode ser considerado um conjunto de planos de ações pedagógicos e administrativos articulados e ancorados em realidades político-históricas<sup>2</sup>.

Com relação aos CP, trata-se de uma abordagem terapêutica defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a mais adequada para pessoas em sofrimento, sejam adultos ou crianças. Mesmo diante da grande demanda por esse tipo de assistência nos serviços de saúde, pouco espaço é destinado ao ensino de CP no currículo médico. As evidências apontam benefícios na incorporação dessa abordagem às pessoas com doenças que ameaçam a vida, proporcionando uma finitude digna para o indivíduo e a família<sup>3</sup>. O manejo da abordagem em CP envolve questões sociais e éticas, tais como a diminuição de uso inapropriado e pouco efetivo de intervenções médicas pesadas e a subutilização de outras que melhorariam a qualidade de vida<sup>4</sup>.

Os domínios gerais em CP compreendem a abordagem centrada na pessoa e na família, o respeito à competência cultural, a atenção às dimensões física, psíquica, social e espiritual do paciente, assim como o lidar com os desafios da tomada de decisão clínica e ética em CP e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e integração que são nucleares para o trabalho em equipe<sup>5</sup>. Embora as competências essenciais em CP sejam diversas nos currículos, mesmo em países onde a medicina paliativa tornou-se obrigatória nas escolas médicas, três domínios predominaram: respeito aos diferentes valores do paciente no processo de morrer considerando os princípios e as práticas dos CP, habilidades de comunicação no processo decisório na terminalidade da vida e manejo de dor e sintomas<sup>6,7</sup>.

O ensino de CP no Brasil ainda é incipiente, e apenas 44 escolas incluem esse tema em sua grade curricular, o que representa 14% do total no país<sup>8</sup>. Existem poucos registros a respeito das contribuições que o ensino de CP traz para a formação médica na perspectiva dos estudantes. O presente estudo objetiva analisar a percepção dos estudantes de escolas médicas que dispõem de disciplina de CP sobre o processo de ensino-aprendizagem, os benefícios alcançados,

os desafios identificados e possíveis caminhos como estratégia de ensino para garantir a formação de médicos capazes de contribuir para uma vida digna para as pessoas em evolução de doenças incuráveis.

## MÉTODOS

Dada a especificidade do objeto em estudo, a percepção de estudantes de Medicina sobre o ensino-aprendizagem de CP, foi utilizado método qualitativo, porquanto é o que mais adequado a questionamentos de natureza compreensiva. Em consonância com o estudo de Castro et al.<sup>8</sup>, trata-se de um recorte de pesquisa maior sobre o ensino de CP no Brasil, em que se mapearam todas as instituições de ensino superior (IES) de Medicina do Brasil e seus currículos para identificação daquelas que incluem esse ensino e a análise de como está sendo desenvolvido segundo a percepção de coordenadores, docentes e alunos.

Na primeira etapa, foi realizada busca da matriz curricular no banco de dados oficiais brasileiros das escolas cadastradas e em *sites* não governamentais das escolas médicas<sup>9,10</sup>. Identificaram-se 315 escolas médicas no período de agosto a dezembro de 2018. Posteriormente, procedeu-se à análise de 315 matrizes curriculares das escolas nos *sites*, sendo encontradas somente 44 instituições que dispõem, em sua matriz curricular, da disciplina de CP. Sete delas foram excluídas por terem funcionamento menor que seis anos e, portanto, ainda sem turma graduada. Realizou-se contato com as 37 escolas restantes. Oito não responderam, duas se recusaram a participar da pesquisa por motivos diversos, e duas foram excluídas por relatarem não mostrar a disciplina de CP devido ao afastamento dos docentes.

Nas 25 escolas elegíveis para a pesquisa, realizaram-se entrevistas com os estudantes em 14 IES, pois em 11 delas não houve disponibilidade dos alunos ou ocorreram dificuldades do docente em contactá-los. Os critérios de inclusão dos estudantes de Medicina adotados foram os seguintes: ser da escola com a disciplina de CP na matriz curricular, já ter cursado a disciplina e concordar em participar da pesquisa. Para recrutamento dos estudantes candidatos às entrevistas, efetuou-se a identificação da IES com a disciplina em sua matriz curricular. Em seguida, fez-se contato telefônico e/ou por correio eletrônico com a IES para a apresentação da pesquisa para o coordenador, a identificação do professor responsável pela disciplina na IES e a indicação aleatória de alunos para participar do estudo conforme disponibilidade. Cabe ressaltar que as entrevistas ocorreram conforme a disponibilidade dos estudantes e o momento do período letivo. Os participantes foram previamente esclarecidos em relação à pesquisa. As principais dificuldades identificadas

foram conciliar a grade curricular no campo do internato e o encontro para a realização da pesquisa.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que seguiu roteiro previamente testado contendo dados de identificação sociodemográficos, perguntas abertas a respeito da concepção de CP, percepção sobre o processo de ensino-aprendizagem em sua escola e cenários e métodos de ensino utilizados. No diálogo com os estudantes, também se incluíram-se os fatores facilitadores e os obstáculos, as estratégias utilizadas na inserção do ensino de CP e possíveis caminhos para o futuro desse ensino.

As entrevistas foram desenvolvidas presencialmente ou de forma remota em ambiente com privacidade e garantia de sigilo. Todas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, apresentando uma moda de duração de 17 minutos. Definiu-se o tamanho amostral pelo critério de saturação de conteúdo. Os dados coletados foram sendo submetidos à análise inicial durante o percurso da pesquisa, e interrompeu-se a coleta quando houve a compreensão de que nenhum dado novo surgiria. No total, realizaram-se 35 entrevistas com os alunos.

Examinou-se o conteúdo na modalidade temática dos dados coletados com apoio do *software* WebQDA de análise de dados qualitativos<sup>11</sup>, tendo como base teórica as competências nucleares no campo dos CP: a comunicação e o manejo da dor e dos sintomas, a abordagem centrada na pessoa, as habilidades no processo decisório no fim de vida e o domínio dos princípios e das práticas dos CP, balizados pela literatura científica internacional sobre o tema ensino de CP. Os dados foram categorizados de acordo com a relevância e o significado emitidos nas narrativas dos entrevistados que responderam aos questionamentos do estudo. Adotaram-se os seguintes passos: leitura compreensiva dos dados; classificação dos relatos de acordo com as categorias que emergiram; identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, buscando entender a lógica interna do grupo; diálogo comparativo com a literatura; e elaboração de síntese interpretativa.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não havia conhecimento prévio entre os pesquisadores e os pesquisados, e os princípios éticos foram respeitados durante todo o decorrer da pesquisa.

## RESULTADOS

Realizaram-se 35 entrevistas com estudantes, sendo a maioria (25 = 71%) de IES localizadas no Sudeste, região brasileira com maior número de escolas de Medicina. Seis entrevistas (17%) foram com alunos de IES do Sul, e quatro (12%), do Nordeste. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (89%), e apenas quatro entrevistados tinham 30 anos ou mais. Em relação à procedência dos alunos, 18 eram de

escolas públicas e 17 de privadas. Quanto ao tipo de disciplina, 28 (80%) acadêmicos cursaram disciplinas obrigatórias, e sete (20%), optativas. Em relação à religião, nove informaram ser católicos (26%), sete (20%) mencionaram ser protestantes, e dez (29%) declararam que não estavam vinculados a nenhuma religião (Tabela 1).

Quanto às características do currículo e da disciplina de CP, segundo a natureza administrativa da escola, observou-se que, na maioria delas, a disciplina é obrigatória, oferecida em um semestre e com carga horária entre 40 e 100 horas. A diferença relacionada à natureza da escola foi o tipo de currículo, que nas públicas é predominantemente modular e nas privadas é tradicional (Tabela 2).

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos dos estudantes entrevistados, segundo a natureza administrativa das escolas.

	Escolas públicas		Escolas privadas	
	N	%	N	%
<i>Sexo</i>				
Masculino	9	50	9	53
Feminino	9	50	8	47
Total	18	100	17	100
<i>Faixa etária</i>				
De 20 a 24 anos	13	72	10	59
De 25 a 29 anos	3	17	5	29
De 30 a 34 anos	1	5,5	2	12
De 35 a 50 anos	1	5,5	0	0
Total	18	100	17	100
<i>Religião</i>				
Budismo	2	11	0	0
Católica	5	28	4	24
Cristã	2	11	1	5,5
Espírita	0	0	4	24
Protestante	0	0	7	41
Sem religião	9	50	1	5,5
Total	18	100	17	100
<i>Região</i>				
Sudeste	10	55	15	88
Nordeste	5	28	0	0
Sul	3	17	2	12
Total	18	100	17	100
<i>Tipo de disciplina</i>				
Obrigatória	13	72	15	88
Eletiva	5	28	2	12
Total	18	100	17	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Tabela 2.** Distribuição das características do currículo e da disciplina de CP de acordo com a natureza administrativa da escola.

	Pública		Privada	
	N	%	N	%
<i>Tipo de currículo</i>				
Tradicional	1	17	5	62,5
Modular	5	83	3	37,5
Total	6	100	8	100
<i>Tipo de disciplina</i>				
Obrigatória	4	67	6	75
Eletiva	2	33	2	25
Total	6	100	8	100
<i>Semestralidade</i>				
1 sem	5	83	6	75
2 sem	1	17	1	12,5
3 sem	0	0	1	12,5
Total	6	100	8	100
<i>Carga horária (h)</i>				
< 40h	2	33	0	0
> 40 e < 100 h	1	17	5	62,5
> 100 h	3	50	3	37,5
Total	6	100	8	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Após leitura das entrevistas, classificaram-se os dados em três categorias: concepção dos estudantes sobre CP, transformações percebidas após exposição ao ensino de CP e desafios e estratégias de enfrentamento identificados no ensino de CP.

O grupo entrevistado foi composto em sua maioria de jovens adultos. As características regionais, o sexo e a religião do entrevistado, e a natureza da escola não representaram diferenças notáveis nos depoimentos dos estudantes quanto ao objeto em estudo, e, por esse motivo, os dados foram classificados conjuntamente.

### Concepção sobre cuidados paliativos

Nessa categoria, incluíram-se a percepção do estudante sobre CP, seu significado e o processo de ensino-aprendizagem, assim como o valor dado ao tema para sua formação. Foi observada convergência nas narrativas dos alunos, tanto nas IES, em que a disciplina era obrigatória, quanto naquelas com o ensino optativo. Elas expressam que essa disciplina deve ser ofertada para todos os estudantes da área da saúde, independentemente da especialidade que irão seguir, uma vez que está no cotidiano clínico da profissão.

*Eu vejo que é muito importante, porque cada vez mais temos doenças que precisam dessa modalidade [...]. Eu acho importante esse primeiro contato (Masculino, 22 anos, Sudeste).*

*[...] não restrito a uma especialidade em si, [...] que é algo integrado à clínica (Masculino, 23 anos, Nordeste).*

O entendimento dos alunos sobre a modalidade assistencial em CP revela um escopo mais abrangente em palição e indicação mais precoce, contrariando o que habitualmente se encontra restrito aos pacientes na terminalidade, como exemplificado nesta fala: “Depois de ter feito a matéria, minha visão ampliou para entender que, dentro de qualquer diagnóstico de doença crônica, eu posso implementar esse cuidado” (Masculino, 21 anos, Nordeste).

Os entrevistados relataram modificação sobre a representação e o valor simbólico dos temas relativos ao processo de morrer e morte, após exposição ao ensino de CP: “é um tabu, tem pessoas que não conseguem lidar com a própria morte” (Masculino, 21 anos, Sudeste).

De acordo com os estudantes, o sentido dos CP pode ser interpretado de várias maneiras e deve ser adaptado a cada paciente. No entanto, é importante uma construção aberta na relação médico-paciente, que exige uma escuta ampliada, uma aquisição de competências por parte dos estudantes para saber aliviar, cuidar melhor, pois isso muda a vida da pessoa, e são princípios primordiais da medicina.

*Eu acho importantíssimo porque é um cuidado médico, por mais que não tenha cura para aquela doença, mas a gente tem que aliviar o sofrimento do outro. Acho que a arte do curar é a mesma arte do aliviar, as pessoas não precisam sofrer no fim de vida (Masculino, 36 anos, Nordeste).*

A partir do diálogo com os alunos, independentemente de suas crenças religiosas, ressaltou-se a importância da espiritualidade e de se discutir o significado da experiência do sofrimento: “entender as dimensões dos sofrimentos e como eles são particulares [...] e como espiritualidade é diferente de religião” (Feminino, 24 anos, Sudeste).

Outro dado presente nas narrativas dos estudantes se refere às oportunidades que os alunos tiveram de ressignificar as experiências com grupos como idosos e crianças com condições crônicas complexas. Essas experiências serviram para revelar que a abordagem em CP pode ser oferecida também para crianças e jovens com doenças crônicas complexas, conforme esta narrativa: “não me passava pela cabeça [...] que existiam crianças, adolescentes, jovens, não eram o perfil que eu imaginava” (Masculino, 22 anos, Sudeste).

Em síntese, percebeu-se, nas narrativas dos estudantes, que a concepção sobre CP, antes restrita e indicada à população

em fase de finitude, foi, após a experiência de ensino-aprendizagem, ampliada para outros grupos e com inserção precoce. Essa modificação da percepção sobre CP possibilita condições para os estudantes lidarem com temas difíceis e necessários e inevitáveis na formação médica, como o processo de morrer e a morte.

### Transformações percebidas após exposição ao ensino de cuidados paliativos

O ensino de CP aumentou a compreensão dos estudantes sobre a pessoa na sua totalidade, ao mudarem o foco da doença para o indivíduo e trabalharem o potencial humanista, ajudando no desenvolvimento da compaixão: “Eu penso que os CP são necessários na formação do médico porque possibilita enxergar o paciente de forma diferente [...], uma forma mais humana de lidar com a doença do próximo” (Masculino, 21 anos, Sul).

Um dos aspectos percebidos de maior destaque refere-se à incorporação da compreensão do ser humano envolvendo a dimensão biopsicossocial: “doença está no ser humano, não vem a aterosclerose andando, não vem a depressão, em uma pessoa com aterosclerose, com depressão” (Masculino, 22 anos, Sudeste).

Ficou claro, nas narrativas dos estudantes, que as mudanças ocorrem a partir de um aprendizado significativo de CP, que lhes permitiu perceber as necessidades do paciente e da família: “para ter sensibilidade e identificar o que o paciente necessita, além do conhecimento técnico, da doença que o paciente apresenta [...] tem que ter competência humanista para abordar o paciente e a família!” (Feminino, 21 anos, Sul).

A disciplina de CP propiciou o aprendizado significativo dos princípios da bioética, uma visão mais humanizada da medicina, segundo os interlocutores. Ainda mais, uma postura assertiva de acolher, de trazer um ambiente de atenção, carinho e amor, pois há limites no curar, mas não há no cuidar. Conforme a narrativa dos estudantes, sempre é possível “tentar de alguma forma oferecer algo” (Masculino, 29 anos, Nordeste).

A potência do ensino no desenvolvimento de atitudes e conhecimentos para minimizar o sofrimento é valorizada: “Falar em empatia sim, mas viver a compaixão, entendo que CP precisa ser assertivo” (Masculino, 23 anos, Sudeste).

Pode-se constatar que os estudantes perceberam que houve significativas transformações pessoais após o processo de ensino-aprendizagem de CP. Eles apontaram para a importância do ensino de CP no desenvolvimento pessoal. A passagem por experiências desafiadoras proporcionou-lhes maior segurança e confiança na atuação profissional, pois isso fortalece as competências emocionais e propicia melhores condições para a atuação em situações difíceis: “me

proporcionou maior proteção, que eu me proteja, equilíbrio entre o profissional e o emocional, e ver o ser humano de forma holística, nascer-viver-morrer, de forma integrada” (Feminino, 29 anos, Sudeste).

Um dos aspectos mais significativos ressaltados pelos estudantes foi a possibilidade de superar preconceitos comumente observados na prática médica, que revelam o desinteresse e a desumanidade em lidar com pacientes fora da possibilidade curativa: “quando a gente ouve as pessoas falando e às vezes de um jeito até pejorativo: ‘Manda para os paliativos que não tem mais o que fazer’. E era essa a visão que gente tinha antes” (Feminino, 22 anos, Sudeste).

### Desafios e estratégias de enfrentamento identificados no ensino de cuidados paliativos

As falas dos entrevistados refletiram um cenário comum nas práticas em saúde, a dificuldade em lidar com a morte e a terminalidade da vida, que levam o profissional a negar situações com essa problemática e a se distanciar delas. Por sua vez, assuntos referentes aos CP foram evidenciados como de grande interesse para os entrevistados, talvez exatamente pela escassez de discussão sobre esses temas durante o curso médico e a negação explicitada na categoria anterior. As dúvidas quanto ao limite das medidas intervencionistas, sobre o que ofertar diante de pouca ou nenhuma proposta curativa, repetiram-se nas narrativas. Para lidar com essas demandas, foi sugerida a estratégia de falar e discutir temas envolvendo o morrer e a morte: “Para desmistificar os tabus, toda aula é um aprendizado sem limite, todos deveriam ter CP” (Feminino, 31 anos, Sudeste).

Outro desafio observado foi a dicotomia entre a teoria e a prática. Os estudantes descrevem uma falta de vivência em CP nos ambientes de atuação profissional e ainda avaliam uma discordância entre o que é visto na teoria e o que é observado na prática: “eu não consigo fazer, o certo não consegue ser aplicado” (Feminino, 24 anos, Sul).

A valorização de cenários práticos e a utilização da rede de assistência à saúde com um olhar nos CP possibilitam o desenvolvimento da abordagem familiar “cuidando de quem cuida”: “Achava que era só o paciente, esquecia a família, é importante cuidar de quem cuida” (masculino, 21 anos, Sul).

Os estudantes relacionam que, com aproximações sucessivas, sentem-se mais confortáveis para conversar com o paciente, extrair a história e pensar possibilidades de atuação para pessoa: “o que os CP podem trazer é isso, uma escuta mais atenciosa às questões do paciente, um desenvolvimento de habilidades por parte do médico” (feminino, 22 anos, Sudeste).

Os estudantes expuseram dificuldades com as competências centrais, como comunicação, manejo de

sintomas, uso de opioide, trabalho em equipe e abordagem psicossocial e espiritual no contexto cultural. Porém, um dos maiores desafios refere-se à comunicação de notícias ruins: “tabu você dizer que vai morrer. Só de dar uma notícia muda tudo, não aprendemos isso na faculdade. Infelizmente” (Feminino, 24 anos, Sudeste).

Um dos caminhos apontados seria focar o doente e não a doença, a partir de um eixo humanista mais fortalecido no currículo, integrando os temas durante a formação.

Os estudantes relatam que o interesse pelo tema vem aumentando, e as escolas devem repensar o currículo. Apontam a necessidade de inserir a disciplina de CP na graduação em Medicina, assim como para os outros cursos da área da saúde: “deveria ser disciplina obrigatória em todas as escolas, [...] e não só no curso de Medicina” (Masculino, 22 anos, Sudeste).

Nas narrativas dos estudantes, identificaram-se tabus e preconceitos ligados à temática morte e o processo de morrer, as competências fundamentais em CP, os cenários necessários para a aprendizagem e aspectos relacionados ao modelo de ensino de CP como os principais desafios. Além disso, os discentes apontaram caminhos e estratégias possíveis para a inserção do ensino de CP.

## DISCUSSÃO

A percepção dos estudantes sobre CP está em congruência com o conceito ampliado do tema como uma abordagem que melhora a qualidade de vida<sup>12</sup>. As entidades internacionais de CP reforçam características como um cuidado ativo e integral, por meio da prevenção do sofrimento, o que significa a identificação precoce, não apenas oferecido na terminalidade, mas também no manejo da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual<sup>13,14</sup>. Dessa forma, a população infantil e juvenil com doenças complexas crônicas, que hoje estão chegando à adolescência e fase adulta, pode se beneficiar da abordagem em CP. O ensino de CP possibilita a ampliação de recursos no manejo do sofrimento, em qualquer especialidade médica<sup>15,16</sup>.

As reflexões apontadas pelos estudantes destacam que o ensino de CP deve ser ofertado para todos os alunos, o que é corroborado por entidades internacionais que recomendam a capacitação dos profissionais na graduação, independentemente da área de especialização do futuro médico, uma vez que a abordagem das competências nucleares em CP se aplica nos diferentes cenários e níveis de atenção<sup>17,18</sup>.

Conforme as narrativas dos estudantes, a aquisição de competências gerais é favorecida pelo ensino sistematizado de CP e minimiza medos e preconceitos associados à temática morte. Aprender sobre recursos para aliviar o sofrimento reduz a sensação de não ter o que fazer e pode ser um caminho

trazido pela abordagem em CP. Além disso, foi ressaltada a importância da espiritualidade, independentemente da religião, no manejo do sofrimento, o que é corroborado pelo estudo de Lucchetti et al.<sup>19</sup>.

Segundo Ellman et al.<sup>20</sup>, a aquisição das competências nucleares em CP favorece a aproximação dos estudantes com os pacientes com doenças avançadas e as famílias deles. Conforme Gibbins et al.<sup>21</sup>, a inserção do ensino de CP na graduação possibilita ao estudante desenvolver competências que irão melhorar sua atuação profissional no cuidado geral dos pacientes.

A incorporação do ensino de CP na graduação é pressuposto essencial para boas práticas em cuidados de saúde, segundo Freitas<sup>22</sup>. Há uma preocupação mundial de garantir aos profissionais de saúde treinamento em CP nos cursos de formação, de modo integrado ao sistema de saúde<sup>23</sup>.

Quanto às transformações ocorridas após o ensino-aprendizagem de CP, destaca-se a compreensão do cuidado destinado não apenas à doença, mas também e sobretudo ao paciente, sempre com base nas dimensões biopsicossociais. Essa percepção está em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o que reafirma a importância do ensino de CP como um potencializador de um egresso humanista, crítico e reflexivo<sup>24</sup>.

A aproximação do graduando com situações que envolvem a finitude da vida e o cuidado de pessoas com doenças avançadas e a discussão sobre esse tema no processo de ensino-aprendizagem de CP são bastante oportunas e produtivas no sentido de trabalhar o desenvolvimento de competências emocionais e comunicativas, cuidado integral e reflexões sobre o sentido da vida. Estudos corroboram que o ensino de CP é um momento de transformações para ambos, cuidador e quem é cuidado<sup>25,26</sup>. Segundo Schulz et al.<sup>27</sup>, o ensino de CP permite mudanças de valores e atitudes, a partir da alternância de aprendizagem didática, seguidas de autorreflexão sobre as vivências. Conforme estudos de Spalding et al.<sup>28</sup>, nas instituições em que o ensino de CP foi ministrado, observa-se melhora nas habilidades de comunicação, no trabalho em equipe, no suporte à família e no manejo de sintomas.

Os desafios para a implementação de um ensino de CP apontados nesta pesquisa corroboram o estudo de Gibbins et al.<sup>29</sup>, que se referem à falta de integração nos cenários da rede de assistência e do trabalho em equipe, e também à ausência de quadros qualificados em CP. Os estudantes reforçaram a importância de dispor de cenários docentes-assistenciais com oportunidades de ensino em situações reais nos diversos níveis da atenção. Esses pontos dialogam positivamente com preceitos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), que há anos ressalta a necessidade de pensar o espaço de cuidado, a autonomia do

paciente e seus direitos, mas que de fato não foram inseridos formalmente na formação médica e nem mesmo como modalidade de cuidado<sup>30,31,32</sup>.

O modelo de ensino ainda hegemônico é o biomédico, priorizando a visão centrada na doença, o que foi criticado pelos entrevistados, uma vez que a atenção deve ter como foco o doente, e não na doença. O ensino de CP pode ser um propulsor do modelo da integralidade<sup>33,34</sup>.

Ressaltam-se as limitações deste estudo, restrito a uma parcela dos estudantes de escolas médicas que dispõem de ensino de CP. Contudo, traz contribuições e subsídios às políticas de educação e saúde ao evidenciar a relevância e a necessidade do ensino de CP para além da aprendizagem do tema, com reforço ao desenvolvimento da empatia e compaixão, reconhecidas como essenciais nessa profissão.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento produzido neste estudo indica que o processo de ensino-aprendizagem sobre o processo de morrer e morte possibilita maior assertividade aos estudantes de Medicina diante das pessoas com doenças graves. A educação formal em CP propicia aquisição de competências emocionais para lidar com o sofrimento humano. Para tanto, foi ressaltada a importância de cenários práticos e da integração da aprendizagem em aproximações sucessivas, em um eixo humanista. Dessa forma, o ensino-aprendizagem de CP contribui para a formação de médicos mais competentes em lidar com pessoas em evolução de doenças incuráveis, oferecendo-lhes mais dignidade nessa fase da vida.

As transformações demográficas e epidemiológicas, aliadas à incorporação tecnológica na saúde e aos aspectos da assistência à saúde, trazem necessidades ao ensino médico. A morte como um evento natural e inexorável à vida deve ser tema presente de forma sistemática e interdisciplinar durante a formação profissional. Não se trata de apenas incluir mais uma disciplina no currículo, mas de construir um eixo longitudinal que trabalhe os princípios centrais dos CP ao longo da formação do futuro médico.

O médico se depara com muitas incertezas e expectativas diante do cuidado. Os pacientes anseiam pela cura, porém, na impossibilidade disso e em momento de sofrimento, os CP representam uma abordagem digna e acolhedora. Uma relação médico-paciente deve estar baseada nos preceitos hipocráticos: “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”. Isso é o cerne do cuidado.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Andrea Augusta Castro e Stella Regina Taquette participaram igualmente da concepção e do desenho do trabalho, da coleta,

análise e interpretação dos dados da pesquisa, e da redação do manuscrito. Caio Assunção Rocha Pereira participou da coleta e organização dos dados. Natan Lório Marques participou da aquisição e organização dos dados.

### CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

### FINANCIAMENTO

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), submetido ao Edital Faperj nº 12/2018 – Programa “Apoio às Universidades Estaduais – UERJ, UENF e ENZO – 2018”.

### REFERÊNCIAS

- Santos CL, Campos L, Barros N, Serafim JA, Klug, D, Cruz RP. Palliative care in Brazil: present and future. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(6):796-800. doi: 10.1590/1806-9282.65.6.796.
- Jonnart P, Ettayeb M, Defise R. Currículos e competências. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulenzas N, Chiu L, et al. Inadequacy of palliative training in the medical school curriculum. *J Cancer Educ.* 2015;30(4):749-53. doi: 10.1007/s13187-014-0762-3.
- Victor GHGG. Cuidados paliativos no mundo. *Rev Bras Cancerol.* 2016;62(3):267-70 [acesso em 19 de mar de 2019]. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/343>.
- Gamondí C, Larke P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *Eur J Palliat Care.* 2013;20(3):140-5 [acesso em 17 de mar de 2020]. Disponível em: [http://www.haywardpublishing.co.uk/\\_year\\_search\\_review.aspx?JID=4&Year=2013&Edition=474](http://www.haywardpublishing.co.uk/_year_search_review.aspx?JID=4&Year=2013&Edition=474).
- Schiessl C, Walshe M, Wildfeuer S, Larkin P, Voltz R, Juenger J. Undergraduate curricula in palliative medicine: a systematic analysis based on the palliative education assessment tool. *J Palliat Med.* 2013;16(1):20-30. doi: 10.1089/jpm.2012.0281.
- Schaefer KG, Chittenden EH, Sullivan AM, Periyakoil VS, Morrison LJ, Carey EC, et al. Raising the bar for the care of seriously ill patients: results of a national survey to define essential palliative care competencies for medical students and residents. *Acad Med.* 2014;89(7):1024-31. doi: 10.1097/ACM.0000000000000271.
- Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45 (2): e056. doi: 10.1590/1981-5271v45.2-20200162.
- Brasil. Sistema e-MEC. Instituições de educação superior e cursos aadastrados. Brasília: MEC; 2017 [acesso em 17 dez 2017]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
- Nassif ACN. Escolas médicas do Brasil. São Paulo: Nassif; 2018 [acesso em 19 ago 2018]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>.
- Costa AP, Amado J. Análise de conteúdo suportada por software. Aveiro-Portugal: Ludomedia; 2018.
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: WHPCA [acesso em 30 jun 2021]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org>.
- Organization World Health. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 12 jun 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.
- Organization World Health. Global atlas of palliative care at the end-of-life. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2 dez 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

15. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? *Physis*. 2012;22(1):199-214. doi: 10.1590/S0103-73312012000100011.
16. Moreira MCN, Albemaz LV, de Sá MRC, Correia RF, Tanabe RF. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad. Saude Publica*. 2017;33(11):1-13. doi: 10.1590/0102-311X00189516.
17. Taquette SR, Villela WV. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017;22(1):7-13. doi: 10.1590/1413-81232017221.24302016.
18. Gamondi C, Larke 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):86-91 [acesso em 10 de mar de 2020]. Disponível em: [http://www.haywardpublishing.co.uk/\\_year\\_search\\_review.aspx?JID=4&Year=2013&Edition=474](http://www.haywardpublishing.co.uk/_year_search_review.aspx?JID=4&Year=2013&Edition=474).
19. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nassif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2010;8(2):154-8 [acesso em 30 de abr de 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-544002>.
20. Ellman MS, Fortin 6th AH, Putnam A, Bia M. Implementing and evaluating a four-year integrated end-of-life care curriculum for medical students. *Teach Learn Med*. 2016;28(2):229-39. doi: 10.1080/10401334.2016.1146601.
21. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med*. 2010; 24(3):299-305. doi: 10.1177/0269216309356029.
22. Freitas ED. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. *Rev Bioét (Impr)*. 2017;25 (3): 527-35. doi: 10.1590/1983-80422017253209.
23. Murray SA, Firth A, Schneider N, Van den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 2015; 29(2):101-11. doi: 10.1177/0269216314545006.
24. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [acesso em 16 abr 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>.
25. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed; 2011.
26. Frank VE. Em busca do sentido. Tradução Schlupp WO & Aveline C. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.
27. Schulz-Quach C, Wenzel-Meyburg U, Fetz K. Can elearning be used to teach palliative care? – medical students' acceptance, knowledge, and self-estimation of competence in palliative care after elearning. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):82. doi: 10.1186/s12909-018-1186-2.
28. Spalding J, Yardley S. "The nice thing about doctors is that you can sometimes get a day off school": an action research study to bring lived experiences from children, parents and hospice staff into medical students' preparation for practice. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(4):459-64. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-001080.
29. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ*. 2011;45(4):389-99. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x.
30. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, Rede Unida; 1998.
31. Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 20 maio 2021]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
32. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*; 31 ago 2012. Seção 1, p. 269-70.
33. Silva MLRS. O papel do profissional da atenção primária à saúde em cuidados paliativos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014 9(30):45-53. doi: 10.5712/rbmf9(30)718.
34. Souza LSF. Enfrentando o desafio da educação médica. Curitiba: Appris; 2019.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## ANEXO E – Ensino em cuidados paliativos no Brasil: percepção de docentes das escolas médicas (artigo publicado)



ISSN: 2184-7770



Volume 12

Investigação Qualitativa em Educação: Avanços e Desafios // Investigación Cualitativa en Educación: Avances y Desafios

DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.12.2022.e610>

### Ensino em cuidados paliativos no Brasil: Percepção de docentes das escolas médicas

Andrea Augusta Castro, Stella Regina Taquette, Elena Zuliani Martin, Lorena dos Santos Climaco, Paulo Othavio de Araujo Almeida

**Resumo:** **Introdução:** Cuidados paliativos (CP) é uma modalidade assistencial crescente no mundo, contudo, ainda é tema pouco abordado na formação médica brasileira, estando presente em apenas 14% dos cursos. O objetivo deste estudo foi analisar o ensino médico em CP nas escolas brasileiras segundo a percepção dos docentes. **Método:** Foi utilizado método qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas com 38 docentes de 25 escolas médicas do País. **Resultados:** As narrativas dos docentes foram classificadas em três categorias: as iniciativas de inserção curricular (“Ontem”), como está sendo ministrado e seus desafios (“Hoje”) e quais as perspectivas para o futuro (“Amanhã”). A primeira categoria mostra que o ensino em CP foi impulsionado pela compreensão da sua necessidade e iniciativas de estudantes e docentes. Na segunda, ficaram demonstradas as barreiras, tais como o déficit de docentes capacitados e a fragilidade da rede. A terceira categoria aponta caminhos para a disciplina, inserida em eixo transversal humanístico, que permita a aquisição de competências emocionais e resiliência frente ao processo de morrer. **Conclusão:** O ensino em CP promove mudanças no processo ensino-aprendizagem ao trazer o paciente e a família para o centro do cuidado e contribui para a formação de recursos humanos em consonância com as necessidades apontadas pelo sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Ensino médico; Cuidados paliativos; Graduação.

Medical education in Palliative Care in Brazil: Perception of medical school teachers

**Abstract:** **Introduction:** Palliative care (PC) is a growing care modality in the world, however, it is still a subject little addressed in Brazilian medical education, being present in only 14% of the courses. The aim of this study was to analyze medical education in PC in Brazilian schools according to the perception of teachers. **Method:** A qualitative method was used through semi-structured interviews with 38 teachers from 25 medical schools in the country. **Results:** The teachers' narratives were classified into three categories: curriculum insertion initiatives (Yesterday), how it is being taught and its challenges (Today) and what are the prospects for the future (Tomorrow). The first category shows that teaching in PC was driven by the understanding of their need and initiatives of students and teachers. In the second, barriers were demonstrated, such as the deficit of trained teachers and the fragility of the network. The third category points out paths to the discipline, inserted in a humanistic transversal axis, which allows the acquisition of emotional skills and resilience in the face of the dying process. **Conclusion:** Teaching in PC promotes changes in the teaching-learning process by bringing the patient and family to the care center and contributes to the training of human resources in line with the needs pointed out by the health system.

**Keywords:** Medical Education; Palliative Care; Graduation.

## 1. Introdução

Cuidados Paliativos (CP) é uma forma de abordagem em saúde que visa o cuidado integral ao indivíduo a partir do momento que se tem o diagnóstico de patologias que apresentam condições ameaçadoras da continuidade da vida. A abordagem em CP integra o saber tecno-científico à individualização do cuidado (Gomes & Othero, 2016) (Burlá, 2014). O processo de adoecimento e finitude decorrente de doenças crônicas, bem como de outros relacionados às doenças emergentes graves como, por exemplo, a epidemia do Ebola e da SARS-CoV 19, suscitam cada vez mais a introdução dos CP como filosofia e prática em saúde (Kelley, 2014)(The Lancet, 2020) (Twycross, 2000).

As mudanças sociais como o aumento da longevidade e da prevalência de doenças crônicas complexas, levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a recomendar essa modalidade assistencial. Diante disso, a necessidade da inserção do ensino em CP na graduação tornou-se evidente (Daher et al, 2002)(World Palliative Care Alliance, 2014). O processo de ensino-aprendizagem em CP já está mais consolidado em escolas médicas europeias e norte americanas(Paes & Wee, 2008) (Castro et al, 2021). A literatura aponta que os graduandos devem desenvolver competências em CP consideradas intrínsecas ao papel do médico, como comunicação e relação médico-paciente, trabalho interprofissional e uma prática profissional autorreflexiva, além do entendimento dos aspectos ético-legais (Santos et al, 2020). Estes estão em congruência com os quatro pilares fundamentais preconizado pela OMS aos CP: a comunicação, a família, o manejo de sintomas e a equipe multiprofissional (Paes & Wee, 2008).

No contexto brasileiro, essa forma de assistência ainda se concentra em alguns centros urbanos do país, e embora cada vez mais presente no cotidiano das pessoas, somente 14% das EM possuem o ensino em CP (Castro et al, 2021) (Santos et al, 2020). Ressalta-se que, desde 2018, foram criadas diretrizes para a organização dos CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adotadas por várias iniciativas estaduais (Comissão Intergestores Tripartite, 2018). No Brasil, as atuais Diretrizes Curriculares (DCN) que pautam os Planos Político-Pedagógicos dos cursos de Medicina, reforçam que o graduando seja formado a partir do respeito à ética profissional, cuidado centrado na pessoa e do reforço aos princípios do SUS (Pineli et al, 2016).

As experiências brasileiras do ensino em CP ainda são pouco conhecidas, pois são escassas as escolas que contemplam a disciplina em suas matrizes curriculares. O objetivo deste estudo foi analisar como está ocorrendo o ensino em CP na percepção de seus docentes, os obstáculos enfrentados e os caminhos identificados como facilitadores do processo.

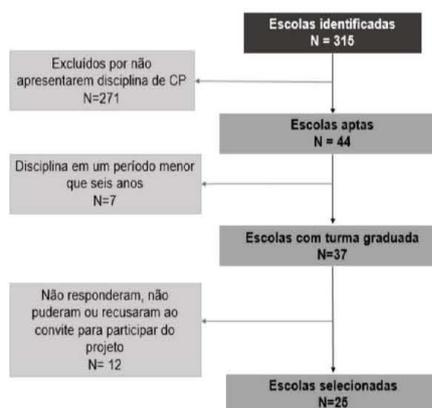
## 2. Método

Considerando a especificidade do objeto em estudo, a percepção de docentes sobre o ensino aprendizagem de CP, foi utilizada abordagem qualitativa, uma vez que é a que mais se adequa a responder questionamentos de natureza compreensiva (Correia et al, 2018). Aqui o conceito de percepção é compreendido como o efeito de apreender, perceber, apresentar e conhecer as significações que cada um carrega. Nesse sentido entendemos que o homem age a partir de suas representações, constituídas a partir de suas interpretações sobre o processo ensino-aprendizagem em CP, uma vez que esse está relacionado a proximidade da morte e do morrer, influenciando as atitudes perante essa etapa da vida. (Bifulco, 2009)(Geertz, 2017).

Esse estudo baseia-se em recorte de pesquisa maior sobre o ensino de CP no Brasil em que foram mapeadas todas as Instituições de Ensino Superior (IES) de Medicina do Brasil e seus currículos para identificação daquelas que incluem esse ensino e a análise de como está sendo desenvolvido segundo a percepção de coordenadores, docentes e alunos.

A técnica escolhida para a produção de dados foi a entrevista semiestruturada com os coordenadores dos cursos de Medicina e docentes das disciplinas em CP das escolas que a dispunham em sua grade curricular. Das 315 escolas médicas (EM) existentes até o final de dezembro de 2018, segundo o sistema e-MEC de Instituições de Ensino Superior (IES) e Cursos Cadastrados, apenas 44 dispunham de disciplina de CP em suas matrizes curriculares (Castro et al, 2021) (*Sistema e-MEC*, 2017). Dessas 44 escolas, em sete a disciplina era ministrada há menos de 6 anos, ou seja, não havia ainda nenhuma turma de médicos formada.

Foi feito contato com as 37 escolas restantes e o convite aos seus coordenadores de curso e docentes em CP para participar do estudo. Somente 25 responderam e/ou aceitaram participar conforme ilustra a Figura 1.



**Figura 1:** Diagrama de busca dos entrevistados.

**Fonte:** Elaborada pelos autores.

O critério de inclusão da amostra foi ser coordenador do curso e/ou docente da disciplina em CP no período da busca e ter disponibilidade para participar. Para recrutamento dos docentes às entrevistas, foi feita a identificação da IES com a disciplina na matriz, contato telefônico e/ou por correio eletrônico, apresentação da pesquisa para o coordenador do curso, identificação do professor responsável pela disciplina, agendamento das entrevistas após esclarecimentos em relação à pesquisa e objetivos dela, e registro do consentimento deles.

Utilizou-se um roteiro de entrevista com dados sociodemográficos como sexo, faixa etária, religião; e perguntas abertas sobre percepção dos CP, relevância do ensino, como foi iniciado e está sendo ministrado, facilidades, obstáculos, estratégias e desafios para o futuro.

As entrevistas foram desenvolvidas presencialmente ou de forma remota em ambiente com privacidade e garantia de sigilo. Todas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, apresentando uma média de duração de 46 minutos. O tamanho amostral foi definido pelo critério de saturação de conteúdo. Foram realizadas 38 entrevistas com os docentes, sendo 23 coordenadores do curso médico.

Foi feita análise de conteúdo na modalidade temática dos dados coletados com apoio do software WebQDA de análise de dados qualitativos. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. O uso correto de ferramentas específicas para a análise de dados qualitativos credibiliza o projeto de investigação, sendo observadas vantagens como, por exemplo, a análise de grande quantidade de dados, possibilitando a definição de categorias em árvores segundo o perfil dos entrevistados, a codificação e recodificação, exploração e cruzamento de diferentes formatos de dados na análise.

Na análise e interpretação dos resultados foram seguidos os passos: leitura e releitura compreensiva dos dados, para a visão do todo e suas particularidades, busca de semelhanças e diferenças nos relatos; classificação deles de acordo com os conteúdos que emergiram; identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, buscando entender a lógica interna do grupo; diálogo comparativo com a literatura; e elaboração de síntese interpretativa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em consonância com o Comitê de Ética em pesquisa humana.

### 3. Resultados

As informações sociodemográficas dos entrevistados estão apresentadas na **Tabela 1**. As entrevistas foram realizadas com docentes de escolas públicas e privadas em igual proporção. A maioria dos entrevistados foi de coordenadores de curso (23=60,5%), sendo que um deles também era professor da disciplina de CP. Houve predominância de docentes do sexo masculino (25=66%) e de profissionais acima de 35 anos, com mais de 10 anos de experiência. Quanto à religião, 71% relataram ser praticante, sendo a maioria católicos (70,3% dos religiosos). A disciplina era obrigatória em 59% das escolas.

**Tabela 1:** Distribuição de docentes entrevistados segundo perfil sociodemográfico, natureza das escolas médicas brasileiras com ensino em CP e tipo de disciplina em CP.

Variáveis	Escolas Públicas		Escolas Privadas	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	6	32	7	37
Masculino	13	68	12	63
<i>Total</i>	19	100	19	100
<b>Faixa Etária (Anos)</b>				
26-35	1	5	1	5
36-45	5	26	10	53
46-65	12	63	6	32
>65	1	5	2	11
<i>Total</i>	19	100	19	100
<b>Cargo</b>				
Coordenador	12	63	10	53
Professor	7	37	8	42
Ambos	0	0	1	5
<i>Total</i>	19	100	19	100
<b>Religião</b>				
Budista	0	0	1	5
Sem religião	5	26	6	32
Católico	11	58	8	42
Espírita	3	16	2	11
Protestante	0	0	2	10
<i>Total</i>	19	100	19	100
<b>Disciplina</b>				
Obrigatória	13	68	9	47
Eletiva	6	32	10	53
<i>Total</i>	19	100	19	100

Fonte: Elaborada pelos autores em 11/11/2021

Destaca-se que os coordenadores de curso contribuíram para uma visão mais ampla do processo de ensino-aprendizagem, e os professores das disciplinas complementaram com os conhecimentos específicos da temática. Não foram identificadas diferenças relevantes entre os relatos dos entrevistados de instituições públicas e privadas, nem em relação a outras variáveis como sexo, faixa etária ou religião. Desta forma, estes foram analisados conjuntamente.

Os dados textuais deram origem a três categorias classificatórias que se relacionam a: (1) como era antes da implantação da disciplina (“Ontem”), qual era a necessidade do ensino em CP e como se iniciou esse processo; (2) como está a situação atual (“Hoje”), como ocorre o ensino e quais barreiras são identificadas; e (3) desafios para o futuro apontados (“Amanhã”), caminhos assinalados, benefícios que o ensino proporciona e como este deve ser inserido na formação médica.

### 3.1 Ontem – A origem da disciplina CP e o contexto nas escolas

Nesta categoria estão abordadas as origens da inserção da disciplina e o contexto propiciado para sua implantação. Os docentes relataram sobre as necessidades percebidas, a busca que fizeram para sua qualificação no campo, as iniciativas dos estudantes na temática e as adequações necessárias frente às exigências das DCN.

Os entrevistados relatam que as mudanças sociais brasileiras, como o aumento da longevidade e da prevalência de doentes complexos e crônicos provocaram novas demandas em saúde. Desta forma, as escolas médicas tiveram que incorporar temas que estivessem em consonância com as necessidades da população, como relata o professor:

“Recebemos pacientes com nível de complexidade alto, regulados pela rede e a necessidade de discutir isso é muita alta”. (62 anos, coordenador, Nordeste)

As entrevistas evidenciam que a construção do ensino em CP, na maioria das escolas, ocorreu em função da iniciativa individual de alguns docentes, sensibilizados pelos conteúdos relacionados à temática ministrados nos cursos de preceptores da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) ou que fizeram especialização para sua capacitação profissional. Outros apontaram oportunidades de inserção do bloco de CP no movimento da mudança curricular ou projetos de extensão, tornando-se uma disciplina eletiva, e em seguida incorporada à matriz como obrigatória.

“Foi capilarizado pela minha pessoa! (..) Tem que ter um olhar e acreditar que isso faz a diferença.” (48 anos, coordenador, Sudeste)

Outra influência positiva partiu do protagonismo dos próprios estudantes por meio da atuação das Ligas Acadêmicas que promoveram discussões na temática. A atuação dos novos professores, dos docentes sensibilizados com o tema e dos estudantes levou à organização de seminários que fomentaram a mobilização da comunidade acadêmica e do corpo docente para a promoção das adequações necessárias no currículo médico e Planos Políticos-Pedagógicos (PPC) para a inclusão da disciplina em CP, tendo em vista as DCN de 2014, como revela o entrevistado.

“O primeiro PPC, já construíram em cima de incluir CP. Desde a primeira versão, que já foi feita, de 2013/14, e aí teve o primeiro concurso (...).” (42 anos, coordenador, Nordeste)

Houve destaque também por parte de alguns professores sobre a necessidade de mudança do currículo médico, do modelo predominantemente flexneriano para o da integralidade da atenção, a fim de contemplar as novas DCN. Contexto este que pode ser entendido como uma mola propulsora para as novas perspectivas no ensino da medicina.

“A gente estava no momento de uma mudança mais integradora, (...) mas estamos com um currículo híbrido (...).” (54 anos, coordenador, Centro-oeste)

### 3.2 Hoje - Como está ocorrendo o ensino em CP e desafios apontados

São apresentadas nesta categoria as características do ensino em CP nas escolas estudadas e as barreiras elencadas pelos docentes.

Os professores destacam que o aprendizado em CP qualifica o cuidado, sendo uma estratégia que contribui na proporcionalidade terapêutica e humanização.

“Os cuidados paliativos é uma forma, uma possibilidade de humanizar. A assistência é desumana porque ela está permeada por receios, de uma prática médica judicializada [e] defensiva.” (56 anos, coordenador, Sul)

Destacaram que a disciplina deve abordar competências nucleares dos CP, tais como tomada de decisão compartilhada, abordagem da espiritualidade, comunicação de más notícias, enfoque na pessoa e na família, manejo dos sintomas e prevenção de complicações e o aprendizado da bioética.

“O CP visa reconhecer a morte como um processo natural, entender a pessoa como um todo, alívio da dor, o plano de cuidado e a equipe multidisciplinar, o registro, o cuidado com a família (...)” (48 anos, coordenador, Sudeste)

Uma das estratégias apontada pelos docentes no ensino em CP foi o caráter interprofissional e interdisciplinar, sendo destacado a importância de postura reflexiva para o aprendizado.

“(...) o médico vai se tornar mais preparado para diferentes visões (...), quando estiver convivendo nos espaços de interdisciplinaridade.” (35 anos, professora, Sudeste)

Os cenários de ensino apontados pelos professores incluem toda a rede de atenção, aliado ao trabalho conjunto com equipe interprofissional e em disciplinas integradas.

“(...) tem o momento prático, no eixo da AP fazem visita e no eixo clínico, na oncologia, [no] ciclo de vida, tem a integração e alguns [temas] mais específicos”. (45 anos, professor, Nordeste)

No processo de aquisição das competências consideradas nucleares, é necessária a estruturação de um sistema de avaliação formativa, sendo destacados tanto os métodos observacionais, como os relatos de experiências até os mais estruturados como portfólio online, em que o saber fazer, ressignificar a aprendizagem e aplicar o que aprende pode ser valorizado na avaliação.

“A parte prática tem muito peso, o feedback... a prova, por ex. [comunicar uma] má notícia. Temos o OSCE, que é uma avaliação mais prática (...)”. (40 anos, professor Sudeste)

As narrativas enfatizam que o ensino seja realizado em cenários práticos e esteja inserido em diversas disciplinas integradas, reforçando a importância deste aprendizado nos diversos níveis do sistema de saúde, embora muitas vezes, esteja restrito a apenas um dos níveis do sistema. Somado aos obstáculos da fragilidade da rede de atenção, são observadas ambiguidades --e embates culturais em relação às mudanças de modelo, como presente nas falas:

“(...) [existem] dois grupos de alunos: um que acredita no Plano Político Pedagógico e outro que não. É o hospital, na beira do leito, que assim é melhor para aprender: centrado na doença”. (50 anos, coordenadora Sudeste)

Os entrevistados evidenciam como entraves ao ensino a escassez de docentes capacitados e a dificuldade do rompimento com o modelo de ensino tradicional, tanto pela instituição quanto pelos docentes. Dessa forma, os docentes destacaram a necessidade de profissionalização dos mesmos em relação à temática:

“Minha formação mesmo não tive, foi necessário buscar por fora”. (55 anos, professor, Sudeste)

### 3.3 Amanhã - Caminhos apontados para o ensino

Nesta categoria serão elencados os temas percebidos pelos docentes como necessários no aprimoramento do ensino em CP, sua valorização no desenvolvimento das competências emocionais e na formação humanista do médico, como preconizado pelas DCN.

Os docentes ressaltaram a importância e o sentido da prática para o aprendizado e compreensão das necessidades nos diversos estágios da doença. Isso favorece a valorização do cuidado do doente em detrimento do foco na doença, implicando na formação de valores de vida que o médico precisa ter em sua valise para a compreensão do processo saúde-doença na formação médica.

“Se quisermos que seja valorizado, [deve] estar em todos os espaços, na APS ou onde quer que seja, ser centrado na pessoa, além da doença, tem que começar na graduação!” (30 anos, professor, Sudeste)

“Desde o primeiro período. Parece precoce, mas para entender que o paciente é um todo, a parte social, o financeiro, a família. Tudo envolve, é humanização”. (41 anos, professor, Sudeste)

As falas demonstram que, ao se depararem com a temática dos CP e o contato com o paciente, os alunos iniciam um processo de autorreflexão e desenvolvem transformações que irão acarretar o desenvolvimento de competências emocionais e promoção da resiliência.

“Começar a olhar que quando você toca o outro, você também é tocado.” (50 anos, professor, Sudeste)

Segundo os entrevistados, as disciplinas necessitam estar integradas desde os primeiros anos, através de um eixo humanista e calcado no modelo da integralidade. A inclusão de uma disciplina em CP deve abordar as especificidades desse campo.

“Um ponto forte [é que] colocamos desde o primeiro [ano] os determinantes sociais e, quando vai chegando nos outros anos, na disciplina em CP, vem numa sequência: Bioética no quinto junto com Semiologia, depois vai numa crescente (...) CP no sétimo e oncologia no oitavo período (...) onde o aluno pudesse ter não em blocos, mas transversal.” (41 anos, coordenador, Nordeste)

O ensino de CP deve ser ministrado ao longo da formação, desde os primeiros anos, num sistema modular em diferentes períodos.

“O ideal seria que fosse transversal, ao longo do curso. (...) que pudesse ser aprofundado em cada ano.” (43 anos, professora, Sudeste)

#### 4. Discussão

A motivação dos docentes ao ensino em CP deu-se em decorrência do avanço das doenças crônicas-degenerativas e a presença de pacientes complexos no contexto clínico. Segundo Conceição et al (Conceição et al, 2019), a medicina, mesmo sem garantia da cura, deve melhorar a qualidade de vida e possibilitar uma morte digna. Correia et al (Correia et al, 2018) corroboram os dados desse estudo, ao afirmarem que há escassez da temática no ensino, mas existe interesse em vê-la incluída como disciplina no currículo médico. Conforme pesquisa realizada por Figueiredo e Stano (Figueiredo & Stano, 2013), pouco se ensina ao futuro médico a cuidar do doente que não pode ser curado, o que gera uma insatisfação de médicos, doentes e familiares, incentivando-os a buscar qualificação e experiência.

Quanto ao contexto das escolas, é relatado pelos entrevistados que a implantação do ensino em CP é um processo vigente em diversas escolas médicas brasileiras. A importância do ensino do cuidado no fim da vida, averiguada nesse estudo, é corroborada por outros autores (Toledo, 2012) (Letho et al, 2017). A inserção da disciplina em CP no Plano Político Pedagógico aproxima, progressivamente, o discente à prática profissional do médico com foco na pessoa, comprometida com a integralidade do cuidado, com o trabalho em equipe profissional e pautado por princípios éticos, humanísticos e socialmente comprometidos (Pastrana et al, 2016). Essa aproximação é favorecida pela transição do modelo tradicional para o da integralidade proposta nas DCN, juntamente com a mobilização estudantil e os projetos de extensão universitária, de acordo com as especificidades de cada escola médica (Oliveira, 2013), e o contexto dos fatores social, econômico e cultural (Floriani, 2013).

Em relação às competências consideradas importantes na formação médica, os docentes elencam as habilidades de comunicação que favorecem a tomada de decisão compartilhada, a elaboração de diretivas antecipadas de vontade em respeito à autonomia do paciente, abordagem da espiritualidade, a comunicação de notícias difíceis. Também destacam a abordagem integral, trabalho interdisciplinar e interprofissional; o adequado manejo dos sintomas e a prevenção de complicações do tratamento e do processo do adoecimento. Segundo Caldas et al (2018), a ementa da disciplina deve ser organizada em módulos, abrangendo os princípios básicos dos CP, manejo de sintomas, trabalho em equipe, questões éticas e legais, e assistência à família e pacientes nos últimos momentos de vida.

Existem congruências apontadas por Pineli et al (2016) quanto às orientações gerais das DCN e os princípios do CP, as quais evidenciam seu potencial espaço formador. Destacam-se a formação

humanística, a priorização de pacientes em vulnerabilidade, a valorização da dignidade humana, as questões bioéticas, o respeito à autonomia do paciente, e a abordagem centrada na pessoa. Neste sentido, Oliveira et al (2016) ressaltam que a reflexão destes valores pelos preceptores e estudantes possibilitariam a interlocução com a bioética clínica aplicada e sensibilização quanto à assistência humanitária. De acordo com Floriani (2013), CP são atravessados pelos dilemas bioéticos e sua inserção no sistema de saúde tem sido crescente, respondendo às necessidades técnica e moral diante das situações de abandono ou excesso de tecnologia, respectivamente mistanásia ou distanásia, aos pacientes que necessitam de recursos para alívio do sofrimento evitável.

O caminho de mudança paradigmática, do modelo biomédico para o modelo da integralidade, em consonância com as mudanças sociais e as DCN, pode ser um facilitador para o ensino em CP ao longo da formação médica. Segundo Bifulco e Lochida (2009), uma nova forma de relação médico com o binômio paciente-família requer a transformação do olhar e novos domínios de intervenção no social, psicológico e espiritual, em busca da qualidade de vida na finitude. De acordo com Brito et al (2020), é necessária a criação de espaços na matriz curricular que forneçam apoio não apenas teórico-prático, mas também afetivo das questões envolvendo a terminalidade, lapidando a confiança e atitude dos futuros profissionais perante o cuidado integral. Os desafios do ensino em CP requerem um contato continuado, um aprendizado construído através de módulos sucessivos de famílias de situações vivenciadas ao longo da formação (Schillerstrom et al, 2012) (Schaefer et al, 2014) (Smith et al, 2019)

Todo o processo de ensino-aprendizagem necessita estar acompanhado por docentes, a partir de uma postura reflexiva, no contexto clínico com interfaces teóricas e avaliação formativa, através de uma individualização dos percursos da formação, numa crescente complexidade nos diversos cenários de ensino. Tal concepção é reafirmada por Calvacanti Aguiar et al (2021), que estabelecem o aprendizado articulado pelo mundo da prática por meio do desenvolvimento da competência profissional em seus aspectos atitudinais e procedimentais, a fim de fomentar uma formação crítica, reflexiva, humanista e capaz de responder às demandas reais de saúde da população.

## 5. Considerações Finais

O estudo evidencia, segundo a percepção de seus participantes, que o perfil do egresso de medicina deve estar em sintonia com as necessidades atuais da sociedade brasileira e, para isso, o ensino em CP é essencial. Seus resultados revelam que o aprendizado em CP contribui para a promoção de competências humanistas e reflexivas, em convergência com as DCN, no ensino do modelo da integralidade (Romano, 2005). Nesse sentido, o conhecimento em CP torna-se imprescindível para uma boa assistência em saúde, uma vez que traz o paciente para o centro do cuidado, devendo estar integrado por um eixo humanista ao longo da formação (Centeno & Rodríguez-Núñez, 2015).

Ressaltam-se as limitações deste estudo, restrito a uma parcela dos docentes e coordenadores dos cursos médicos que dispõem de ensino em CP. Contudo, seus resultados fornecem subsídios para as políticas de educação e saúde ao evidenciar não apenas a relevância e necessidade do ensino em CP, mas também alternativas para implementar a temática nas escolas médicas.

## 6. Referências

- Bifulco, V.A. & Lochida, L.C. (2009) A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33(1), 92–100. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100013>.
- Burlá, C. (2014) Cuidados paliativos Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Caderno Saúde Pública*. 30(6), 1–3. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE020614>.
- Brito, P.C.C. et al. (2020). Reflexões sobre a Terminalidade da Vida com Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 44(1), <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190213>.
- Caldas, G.H. et al. (2018). Cuidados Paliativos: uma proposta para o ensino em graduação em medicina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 21(3), 269–80. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180008>

- Calvalcanti, A. A. et al. (2021). Formação de lideranças na educação de profissionais de saúde: novos currículos, novas abordagens. (1ª ed). Editora Apprist. [www.editoraapprist.com.br/produto/4999-formao-de-lideranas-na-educacao-de-profissionais-de-sade-novos-curruculos-novas-abordagens](http://www.editoraapprist.com.br/produto/4999-formao-de-lideranas-na-educacao-de-profissionais-de-sade-novos-curruculos-novas-abordagens)
- Castro, A.A. et al. (2021). Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 45(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>
- Centeno, C., Rodríguez-Núñez, A. (2015). A contribuição do ensino de graduação em cuidados paliativos: influencia no cuidado do paciente clínico? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 9(4), 375–91. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000169
- Resolução nº 41/2018, de 31 De Outubro. Diário Oficial da União, 1º vol - p. 276.
- Correia, D.S. et al. (2018). Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina. 42(3), 78–86. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170105.r1>.
- Costa, A. P., Amado, J. (2018). Análise de conteúdo suportada por software. *Revista Lusófona de Educação*. 41, 241-243. doi: 10.24140/issn.1645-7250
- Conceição, M.V. et al. (2019). Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Revista Bioética*. 27(1),134–42. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271296>.
- Figueiredo, M.G.M.C., & Stano, R.C.M.T. (2013). O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 37(2), 298–306. ISSN 1981-5271.
- Floriani, C.A. (2013) Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Revista Bioética*. 21(3), 397–404. ISSN 1983-8034.
- Geertz, C. A (2017). *A Interpretação das culturas*. 1ª ed - Rio de Janeiro: LTC, p. 213.
- Gomes, A.L.Z., & Othero, M.B. (2016) Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*. 30(88), 155–66. DOI: 10.1590/S0103-40142016.30880011
- Kelley, A.S. (2014). Definindo “adoecimento grave”. *Journal of Palliative Medicine*. 17(9). 985. DOI: 10.1089/jpm.2014.0164
- Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief. (2020). Cuidados Paliativos e covid-19. *The Lancet*. 395(10231), 1168. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30822-9
- Lehto, J.T. et al. (2017). O currículo de graduação em medicina paliativa na Universidade de Tampere aumenta o conhecimento dos alunos. *BMC Palliative Care*. 16(1), 1–9. DOI: 10.1186/s12904-016-0182-8
- Ministério da Educação. (2021). Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Sistema e-MEC. Consultado de XX de XX a XX a XX. <http://emec.mec.gov.br/>.
- Oliveira, J.R. et al. (2016). Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 40(3), 364–73. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01632015>
- Paes, P. & Wee, B. (2008). Um estudo Delphi para desenvolver o syllabus de consenso da Association for Palliative Medicine para graduação em medicina paliativa na Grã-Bretanha e Irlanda. *Palliative Medicine*. 22(4), 360–4. DOI: 10.1177/0269216308090769
- Pastrana, T. & Wenk, R. L. L. (2016) Competências de cuidados paliativos baseadas em consenso para enfermeiros e médicos: um processo demonstrativo com universidades colombianas. *Journal of Palliative Medicine*. 19(1), 76–82. DOI: 10.1089/jpm.2015.0202
- Pineli, P.P. et al. (2016). Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 40(4), 540–6. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>
- Romano, V.F. (2005) Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. *Trabalho, Educação e Saúde*. 3(1), 244–6. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100016>.
- Santos, A.F.J. et al. (2020). Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. 1–52. [https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf)
- Toledo, A.P., & Priolli, D.G. (2012). Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 36(1), 109–17. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100015>.
- Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: filosofia e considerações éticas. *Acta bioethica*. 6(1). DOI: [doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003](https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003).

- World Palliative Care Alliance. (2014). Atlas global de Cuidados Paliativos e Fim de Vida. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Schaefer, K.G. et al. (2014). Elevando o nível para o cuidado de pacientes gravemente doentes: resultados de uma pesquisa nacional para definir as competências essenciais em cuidados paliativos para estudantes e residentes de medicina. *Academic Medicine*. 89(7), 1024–31. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000271
- Schillerstrom, J.E. et al. (2012). Melhorar o conforto do aluno com as discussões sobre a morte e o morrer por meio de encontros familiares facilitados. *Academic Psychiatry*. 36(3), 188–90. DOI: 10.1176/appi.ap.10020032.
- Smith, A. et al. (2019). Educação de graduação em anestesia, terapia intensiva, dor e medicina perioperatória: o desenvolvimento de uma estrutura curricular nacional. *Medical Teacher*. 41(3), 340–6. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1472373

#### Andrea Augusta Castro

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
 <https://orcid.org/0000-0001-5887-0314>  
 [castro.andreaaugusta@gmail.com](mailto:castro.andreaaugusta@gmail.com)

#### Stella Regina Taquette

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
 <https://orcid.org/0000-0001-7388-3025>  
 [stella.taquette@gmail.com](mailto:stella.taquette@gmail.com)

#### Elena Zuliani Martin

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil  
 <https://orcid.org/0000-0001-7871-399X>  
 [elenazulianiufmt@gmail.com](mailto:elenazulianiufmt@gmail.com)

#### Lorena dos Santos Climaco

Faculdade medicina Multivix, Brasil  
 <https://orcid.org/0000-0002-4781-7857>  
 [lorennaclimaco@gmail.com](mailto:lorennaclimaco@gmail.com)

#### Paulo Othavio de Araujo Almeida

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil  
 <https://orcid.org/0000-0002-4362-6797>  
 [paulo\\_othavio@hotmail.com](mailto:paulo_othavio@hotmail.com)

Data de submissão: 02/2022

Data de avaliação: 04/2022

Data de publicação: 07/2022