

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE  
CUIDADOS PALIATIVOS**

CURITIBA – PR  
2021

DANIELE BRUCH

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE  
CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada como requisito para conclusão do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe - FPP.

Orientador Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Linha de Pesquisa I: Currículo, processos de ensino-aprendizagem e avaliação na formação em saúde

CURITIBA – PR

2021

B824 BRUCH, Daniele

Conhecimento de estudantes de medicina sobre Cuidados Paliativos/

Daniele Bruch. -- Curitiba: Faculdades Pequeno Príncipe, 2021.

65 f.: il.

Orientador. Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Dissertação (mestrado) – Faculdades Pequeno Príncipe

Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde. 2021.

1. Cuidados Paliativos. 2. Estudantes. 3 Medicina. 4. Tanatologia. I. Márcio José de Almeida (Orientador). II. Título.

CDD- 610.696

## TERMO DE APROVAÇÃO

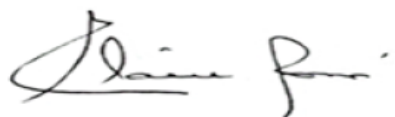
**DANIELE BRUCH**

“Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Cuidados Paliativos”

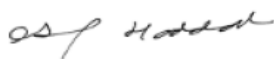
Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE (A)**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Orientador (a): **Prof. Dr. Márcio José de Almeida**  
Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997). Professor e Orientador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.ª Dr.ª Elaine Rossi Ribeiro**  
Doutora em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade Federal do Paraná (2006). Editora Científica da Revista Espaço para a Saúde. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.ª Dr.ª Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad**  
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (2004). Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR.

Curitiba, 09 de novembro de 2021.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre comigo e permitir a conclusão de mais esta etapa em minha vida acadêmica.

Agradeço à minha família pelo incentivo, apoio e compreensão, em especial à minha mãe Lourdes e ao meu pai, Ilário, fonte de inspiração acadêmica.

Agradeço o incentivo de meus amigos e colegas, presentes em tantos momentos de alegria, alternado por momentos de cansaço. Não citarei nomes, pois cada um sabe o papel que teve nessa trajetória.

Agradeço aos meus pacientes e seus familiares por serem fonte de inspiração para busca constante de conhecimento e em especial à escolha da temática da minha dissertação.

Agradeço a todos que fazem parte da Faculdades Pequeno Príncipe, que me permitiu dar os primeiros passos como docente, inicialmente no tutorial do terceiro período e depois no sétimo período, que tanto me ensinaram e me apoiaram.

Agradeço aos professores e colegas do Programa de Mestrado em Ensino das Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, por compartilhar momentos de aprendizado e alegrias.

Agradeço em especial ao Professor Dr. Márcio José de Almeida, meu orientador, à sua sabedoria e seu carisma, e que pacientemente me apoiou e incentivou até o fim desta jornada. Pelo seu convite de participar do Grupo de Iniciação Científica de Cuidados Paliativos e responsável por nos inspirar no caminho da pesquisa. Sinto-me honrada ter sido sua orientanda.

Agradeço aos estudantes de medicina, biomedicina e psicologia que organizaram e fizeram parte do Grupo de Iniciação Científica de Cuidados Paliativos, com quem pude conviver, aprender, discutir e compartilhar sobre a temática dos Cuidados Paliativos.

Agradeço aos estudantes de medicina que participaram dessa pesquisa.

Agradeço à Professora Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad por contribuir com sua vasta experiência em pesquisa e entusiasmo com várias possibilidades de que a temática pode contribuir na área do ensino em saúde.

Agradeço à Professora Dr<sup>a</sup> Elaine Rossi Ribeiro por contribuir na organização e na finalização da dissertação. E pela sua participação especial e inspiradora no Grupo de Iniciação Científica de Cuidados Paliativos.

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

Cicely Saunders

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da Dor Total por Cicely Saunders.....	13
Figura 2 - Pirâmide demográfica da população brasileira em anos censitários e em anos com base em estimativas populacionais (2018).....	16
Figura 3 - O Papel dos Cuidados Paliativos desde o Diagnóstico até o período de Luto.....	22
Figura 4 - Necessidade mundial de Cuidados Paliativos para adultos por faixa etária (acima de 17 anos) e grupos de doença em 2017:.....	23
Figura 5 - Distribuição regional do número de leitos Cuidados Paliativos cadastrados pela ANCP em 2019.....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do grau de competência do estudante em interagir com os pacientes e familiares, Curitiba, PR, Brasil, 2020.....	37
Tabela 2 - Classificação do grau de competência do estudante no manejo clínico, Curitiba, PR, Brasil, 2020.....	38
Tabela 3 - Grau de preocupação em retirar o suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si devido ao quadro demencial, com a solicitação de seu representante legal ou respaldado por declaração prévia registrada, Curitiba, PR, Brasil, 2020.....	39
Tabela 4 - Pensamentos e sentimentos sobre a morte, Curitiba, PR, Brasil, 2020..	39
Tabela 5 - Grau de importância dada aos subtemas em Cuidados Paliativos no currículo de graduação em medicina, Curitiba, PR, Brasil, 2020.....	40

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tópicos considerados pertinentes para serem abordados no internato médico, Curitiba, PR, Brasil, 2020.....	41
--	----



## LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
HRW	<i>Human Rights Watch</i>
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IFMSA Brasil	Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina do Brasil
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PEAS	<i>Physician's End-of-Life Care Attitude Scale</i>
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WPCA	<i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

BRUCH, D; ALMEIDA, M. J. **CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**. Curitiba: Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe; 2021.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O avanço tecnológico na saúde tem contribuído, dentre outros determinantes, para uma maior longevidade da população. Conseqüentemente vem ocorrendo um aumento da sobrevivência das pessoas com doenças crônico-degenerativas, doenças congênitas, neoplásicas e infecciosas crônicas. Com isso a necessidade dos Cuidados Paliativos cresce na mesma proporção.

**OBJETIVO:** Esta pesquisa objetiva conhecer o conhecimento que estudantes de medicina têm sobre os Cuidados Paliativos durante a sua formação.

**MÉTODO:** Estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado em uma Instituição de Ensino Superior filantrópica com o currículo desenvolvido com metodologias ativas. O questionário foi baseado na versão traduzida e validada, em 2018, do instrumento americano "*Physician's End-of-Life Care Attitude Scale - PEAS*" com 64 questões tipo *Likert*, que avalia o grau de ansiedade e preocupações de profissionais que cuidam de pacientes em fase final de vida. Foram selecionadas 35 questões e organizadas em quatro sessões: a) grau de competência na interação com os pacientes e familiares e manejo clínico; b) preocupação com decisões clínicas que possam contrariar questões legais, éticas e profissionais, ou que possam ir contra suas próprias crenças; c) pensamentos e sentimentos sobre a morte, d) grau de importância dado no currículo de graduação em medicina. Estudantes dos quatro últimos períodos da graduação receberam, no terceiro trimestre de 2020, um *link* que os direcionava ao questionário *online* no aplicativo *GoogleForms*. Os dados foram interpretados por meio de estatística simples, através do programa *Excel*, no *Microsoft Office*.

**RESULTADO:** Participaram 58 estudantes, entre 20 e 34 anos, sendo 72% mulheres. Apenas 15,5% se consideraram competentes em dar notícias ruins. Quanto ao manejo clínico, 65,5% necessitaram maior supervisão ou instrução básica na dispneia terminal. Na decisão de retirada do suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si, 74,1% se preocuparam com questões legais e profissionais e 77,6% com questões éticas. Em relação ao pensamento sobre a morte do paciente, 67,2% se manifestaram ansiosos ou desconfortáveis. A literatura mostra uma discussão limitada sobre temas que envolvem a tanatologia na graduação. 80% dos estudantes classificaram como importante ou muito importante abordar a temática dos Cuidados Paliativos durante o internato.

**CONCLUSÃO:** Os estudantes expressaram graus variados de conhecimento acerca do tema. Manifestaram maior segurança no manejo dos principais sintomas clínicos. Observou-se que o tema morte provoca certo grau de angústia e desconforto nos estudantes. Os resultados da pesquisa demonstraram significativo interesse dos estudantes sobre a abordagem do tema Cuidados Paliativos no decorrer do curso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos, Estudantes, Medicina, Tanatologia.

BRUCH, D; ALMEIDA, M. J. **KNOWLEDGE ABOUT PALLIATIVE CARE IN STUDENTS OF MEDICINE**. Curitiba: Master in Teaching in Health Sciences, Faculdades Pequeno Príncipe; 2021.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Technological advances in health have contributed, among other determinants, to greater population longevity. Consequently, there has been an increase in the survival of people with chronic-degenerative diseases, congenital, neoplastic and chronic infectious diseases. With that, the need for Palliative Care grows in the same proportion.

**OBJECTIVE:** This research aims to understand the knowledge that medical students have about Palliative Care during their training.

**METHOD:** Descriptive, quantitative and cross-sectional study, carried out in a philanthropic Higher Education Institution with the curriculum developed with active methodologies. The questionnaire was based on the translated and validated version, in 2018, of the American instrument "Physician's End-of-Life Care Attitude Scale - PEAS" with 64 *Likert*-type questions, which assesses the degree of anxiety and concerns of professionals who care for patients in final stage of life. 35 questions were selected and organized into four sessions: a) degree of competence in the interaction with patients and families and clinical management; b) concern with clinical decisions that might contradict legal, ethical and professional issues, or that might go against their own beliefs; c) thoughts and feelings about death, d) degree of importance given to the undergraduate medical curriculum. In the third quarter of 2020, students from the last four graduation periods received a link that took them to the online questionnaire in the GoogleForms application. Data were interpreted using simple statistics, using the Excel program in Microsoft Office.

**RESULT:** 58 students, between 20 and 34 years old, 72% were women. Only 15.5% considered themselves competent to deliver bad news. As for clinical management, 65.5% needed more supervision or basic instruction in terminal dyspnea. When deciding to withdraw ventilatory support from a patient unable to decide for themselves, 74.1% were concerned with legal and professional issues and 77.6% with ethical issues. Regarding the thought about the patient's death, 67.2% expressed anxiety or discomfort. Literature shows a limited discussion on topics involving thanatology in graduation. 80% of students rated it as important or very important to address the topic of Palliative Care during internship.

**CONCLUSION:** Students expressed varying degrees of knowledge about the topic. They showed greater security in the management of the main clinical symptoms. It was observed that the topic of death causes a certain degree of anguish and discomfort in students. The survey results showed significant interest from students in addressing the topic of Palliative Care during the course.

**KEYWORDS:** Palliative Care, Students, Medicine, Thanatology.

## Sumário

<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA TABELAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>viii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>ix</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
3.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.....	27
3.3 CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	30
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>35</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>54</b>
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	60
<b>ANEXO.....</b>	<b>62</b>
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	62

## 1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos são definidos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um tratamento de suporte que aborda a melhora da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, com diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, através da identificação precoce, prevenção e alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual. É realizado através dos cuidados integrados por uma equipe multidisciplinar. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018b)

Simbolicamente, é representado no Brasil pela imagem de uma borboleta, escolhida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), como iniciativa para conscientização do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, celebrado em outubro. A borboleta, em analogia aos Cuidados Paliativos, vive pouco tempo, mas vive intensamente. Nesse pouco tempo, ela poliniza as plantas, embeleza a natureza e deixa as pessoas felizes. Ela é um exemplo de que a vida não se mede só em tempo, mas em intensidade. Elizabeth Kubler-Ross, psiquiatra e referencial na temática dos Cuidados Paliativos, faz a comparação simbólica entre o casulo e a borboleta. O rompimento do casulo representa a morte do corpo, e a alma ganhando vida em liberdade na imagem da borboleta. (COSTA; SOARES, 2015)

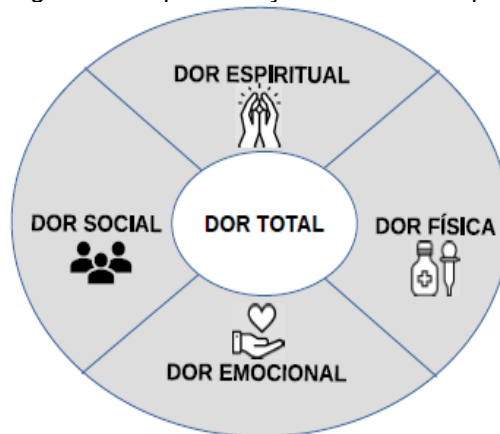
A filosofia dos Cuidados Paliativos é baseada em princípios e começou a ser construída na Idade Média. Durante as Cruzadas, os abrigos e hospedarias em mosteiros, eram procurados por doentes, moribundos, famintos e por aqueles com pouca perspectiva de cura em busca de acolhimento, proteção e alívio do seu sofrimento. Naquela época esses locais eram conhecidos como *hospice*, termo derivado do latim “*hospes*”, que significa hospedar um convidado ou estrangeiro. O relato mais antigo de *hospice* é o de Porto de Roma no século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do Leste. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

No século XVI, a Reforma Protestante na Europa teve como consequência a dissolução de vários mosteiros. Instituições de caridades religiosas (católicas e protestantes) passaram a fundar os *hospices* e casas para abrigar órfãos, pobres doentes e moribundos. Somente em 1842, quando Madame Jeaninne Gamier

fundou o Dames Calvaire, em Lyon na França, o termo “*hospice*” passou a ser usado pela primeira vez como um local para prestar cuidados apenas para aqueles em fim de vida. (SBGG, 2015)

Quase 120 anos mais tarde, em 1967 o conceito de cuidados prestados pelos *hospices* sofre uma transformação através de Cicely Saunders ao fundar o *Saint Christopher’s Hospice*. Essa data ficou conhecida pela mudança da era medieval ao Movimento *Hospice* Moderno. Considerado o primeiro serviço a oferecer o cuidado integral ao paciente, abrangendo não apenas o controle dos sintomas físicos da dor, e propõe um novo conceito sobre a dor sofrida pelo indivíduo, o da “Dor Total” que abrange o cuidado da dor com um olhar para além da dor física e incluiu os fatores emocional, social e espiritual na dor do sofrimento humano, Figura 1. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

Figura 1 - Representação da Dor Total por Cicely Saunders



Fonte: Autora (2021)

O movimento do *Hospice* Moderno ganhou força na América do Norte na década de 1970 com o encontro de Cicely Saunders, em uma de suas palestras nos Estados Unidos, com a psiquiatra Elisabeth Klübler-Ross, que se dedicou a trazer a discussão sobre a morte e seus tabus, e publicou através do livro intitulado “Sobre a Morte e o Morrer” (traduzido para o português), onde apresenta pela primeira vez a crise psicológica do paciente terminal em todas as fases. Outros profissionais também passaram a visitar o *Saint Christopher Hospice* e procurar por suas pesquisas. Em 1974, ao fundar um *hospice* em Montreal, o cirurgião canadense Dr.

Balfour Mount percebeu que a tradução do termo “*hospice*” para outros idiomas, como o francês, poderia trazer confusão e passou a utilizar pela primeira vez o termo “Cuidados Paliativos” para designar os cuidados integrados prestados pelos *Hospices Modernos*, fruto do trabalho e das pesquisas de Cicely Saunders. (PINHEIRO, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015)

Os conhecimentos sobre a Dor Total e a prática dos princípios dos Cuidados Paliativos se difundiram pelo mundo e foram reconhecidos e preconizados pela OMS a partir de 1990. Estima-se que a cada ano, cerca de 40 milhões de pessoas precisam desse atendimento no mundo. De acordo com os dados do Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina de 2020, infelizmente só 10% dos pacientes com indicação têm acesso aos Cuidados Paliativos em todo o mundo, sendo apenas 7% na América Latina. (BONILLA, PATRICIA; STOLTENBERG, 2021)

A inspiração e os estudos sobre a filosofia dos Cuidados Paliativos foram realizados inicialmente em pacientes oncológicos até a década de 1990, quando a OMS passou a ampliar a indicação para outros grupos de doentes. De acordo com as definições internacionais e a OMS, a indicação passou a abranger qualquer paciente que tenha uma doença ameaçadora de vida incluindo, além das oncológicas, as doenças crônico-degenerativas cardiovasculares, pulmonares obstrutivas crônicas, neurológicas, insuficiência renal, e infecciosas crônicas como síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), estádios incuráveis de malária e tuberculose. (EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2013a)

Segundo os dados fornecidos pelo Atlas Global de Cuidados Paliativos, foi estimado para 2017 que, entre os pacientes que teriam indicação de Cuidados Paliativos, cerca de 40% teriam 70 anos ou mais, e 7% eram crianças entre 0 e 17 anos. Dentre todas as mortes no mundo, 45,3% necessitariam de Cuidados Paliativos. (CONNOR *et al*, 2020)

Passados quase 40 anos da presença dos Cuidados Paliativos no Brasil, quando iniciaram suas primeiras discussões na década de 1980, a qualidade e capacidade da oferta ainda está longe do ideal. A empresa britânica de consultoria *The Economist Intelligence Unit* (2015) publicou um *ranking* sobre a qualidade de morte em 80 países intitulado *The 2015 Quality of Death Index*, que relacionou quatro categorias referentes ao fim de vida: ambiente da assistência, disponibilidade

de cuidados, custos e qualidade. O Brasil ficou no 42º lugar no geral e em 10º entre os 17 países das Américas. Os três países com os melhores índices foram o Reino Unido (onde tudo começou), a Austrália e a Nova Zelândia. Na primeira lista divulgada em 2010, o Brasil estava em antepenúltimo entre os 40 países pesquisados.

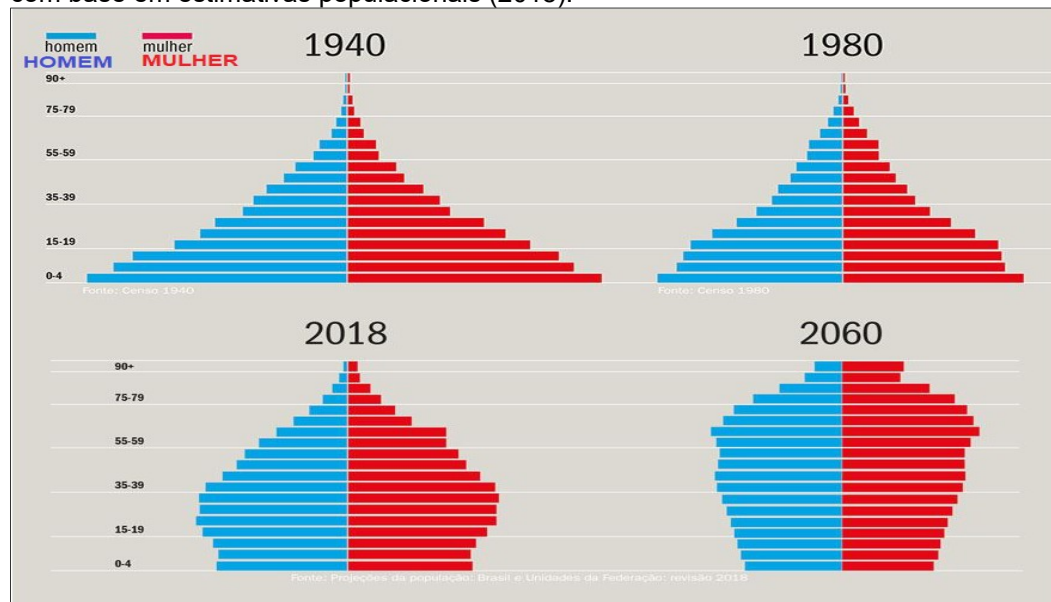
Temos que lembrar que o Brasil passa por um período de transição demográfica. A presença da tecnologia na área da saúde e tratamento para cura ou modificadores do curso das doenças, vacinas, dispositivos internos e externos, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida, trouxe e continua a trazer facilidades e melhorias no nosso meio.

Nas últimas décadas o avanço tecnológico transformou a estrutura e o perfil da nossa sociedade, contribuindo com o aumento da expectativa de vida, o que levou ao aumento significativo da longevidade e da prevalência de doenças crônicas degenerativas. Como consequência contribuiu para mudanças na nossa pirâmide etária. A proporção da população brasileira acima de 65 anos correspondeu a 9,2% (19,2 milhões), Figura 2. Estima-se que para 2060 esse grupo chegue a um quarto da população brasileira (25,5%) ou seja, 58,2 milhões de idosos, quase triplicando o valor total. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018)

Ainda segundo dados de projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa de vida ao nascer no Brasil em 2018 foi de 76,3 anos (72,8 anos para homens e 79,9 anos para mulheres), quase o dobro se comparado a 1940 que era de apenas 45,5 anos. Ou seja, os dados reforçam que a demanda pela oferta dos Cuidados Paliativos aumenta a cada ano.



Figura 2 - Pirâmide demográfica da população brasileira em anos censitários e em anos com base em estimativas populacionais (2018).



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2018)

Ao mesmo tempo que o perfil da nossa população passa por mudanças, o processo ensino-aprendizagem na graduação em medicina também passa por transformações.

No Brasil, com a reforma universitária de 1968, o ensino médico se apoiou no modelo americano tecnicista proposto no relatório Flexner de 1910. O aprendizado médico era voltado para a doença, a intervenção direcionada para a cura do corpo, o trabalho dividido por especialidades e realizado de preferência dentro do ambiente hospitalar. Com o passar dos anos a tecnologia na área da saúde transformou a sociedade e reforçou a esperança pela cura, como uma busca incansável pela imortalidade e longevidade a qualquer custo. A morte, parte natural do ciclo da vida, passou a ser considerada como um fracasso, e a autonomia do indivíduo como propriedade do médico. (GONÇALVES, 2012)

Nas últimas décadas o modelo de ensino médico foi rediscutido e teve como marco a Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo em 1988, mesmo ano em que a Constituição Federal Brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram revisadas e publicadas em 2014. (BRASIL, 2014) O ensino passou a incentivar a formação de médicos mais generalistas, mais humanos e críticos. Ter o olhar voltado para o indivíduo como ser humano e não apenas um corpo com uma doença, buscar pela qualidade de vida do

indivíduo e seus familiares, estimular a interdisciplinaridade, o trabalho multiprofissional e em equipe, entender as necessidades da própria sociedade e sempre que possível ser vinculada às políticas do SUS. (ALMEIDA, 2000) A formação do médico passou a ser desenvolvida e avaliada através de competências educacionais apoiada em 3 pilares, o conhecimento, a habilidade e a atitude, definidas como: (BRASIL, 2014)

[...] a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema. (BRASIL, 2014, p.24).

Os princípios dos Cuidados Paliativos podem e devem ser considerados como um caminho para o desenvolvimento de competências durante a graduação do médico de acordo com as definições das DCN. (BRASIL, 2014)

Além de contribuir na formação durante a graduação, os Cuidados Paliativos podem ser vistos com uma das soluções para o que já é considerado como questão de saúde pública: a projeção da pirâmide etária brasileira para os próximos anos. Com o envelhecimento da população, a prevalência das doenças crônico-degenerativas será alta e o médico precisará estar preparado.

No Brasil, Toledo e Priolli (2012) em pesquisa com coordenadores dos cursos de Medicina sobre atitudes e práticas do ensino dos cuidados no fim da vida, evidenciou que existe uma grande discrepância entre a importância dada pelos coordenadores ao tema e a escassa visibilidade do mesmo no cenário acadêmico. Dentre os fatores citados como barreiras ao ensino estão a falta de apoio das próprias instituições, de docentes especializados e de material didático, além de citar a falta de tempo para alocar no currículo.

A crescente necessidade da população por Cuidados Paliativos, associado a mudanças nas propostas do ensino médico e à dificuldade de acesso aos serviços em Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo, mostram uma realidade ainda muito aquém do ideal. Faz-se necessário manter a motivação para continuidade da

discussão na busca de melhorias e novas propostas de ensino aos estudantes de medicina ao longo da sua formação.

Baseado nas limitações ainda presentes em relação a oferta dos Cuidados Paliativos questiona-se: qual o conhecimento que o estudante de medicina possui sobre Cuidados Paliativos?

## 2 OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Analisar o conhecimento dos estudantes de medicina sobre os Cuidados Paliativos.

### Objetivos Específicos

- 1 Identificar quais são as propostas de ensino sobre os Cuidados Paliativos na graduação em medicina.
- 2 Identificar o conhecimento sobre as competências autodeclaradas pelos estudantes de medicina em situações clínicas em fim de vida e suas preocupações frente a certas decisões.
- 3 Conhecer o sentimento dos estudantes de medicina sobre a morte.
- 4 Classificar o grau de importância dada pelos estudantes sobre o ensino dos Cuidados Paliativos no curso de medicina.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “paliativo” é um adjetivo da língua portuguesa, do verbo paliar, que significa remediar, atenuar os efeitos. Tem sua origem no latim “*pallium*”, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Da mesma forma que o manto protege, o cuidado oferecido ao paciente tem por objetivo atenuar a dor e aliviar o sofrimento humano. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019)

Na literatura, o termo “paliativo” foi utilizado pela primeira vez em 1890, no livro *The Palliative Treatment of Incurable Cancer*, do cirurgião Dr. Herbert Snow, o mesmo que, em 1896, desenvolveu o Coquetel de Brompton (um elixir para aliviar a dor de pacientes em processo de terminalidade). Entretanto, naquela época ainda não se tinha a visão e os princípios da “Dor Total”. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019; MENDES, 2017)

Cicely Saunders despertou um maior interesse pela dor dos pacientes com doenças em estágios terminais em 1948, ao cuidar de David Tasma, judeu vindo do Gueto de Varsóvia, com câncer em fase avançada. Durante os cuidados, tiveram longas conversas, até sua morte. Ele deixou a ela uma pequena quantia como herança, com os dizeres: “Eu serei uma janela na sua casa”. Na época atuava como enfermeira e já tinha concluído administração pública e social. Na sequência, incentivada a aprofundar seus estudos no alívio do sofrimento humano, concluiu o curso de medicina em 1957. Passou a trabalhar e continuou a participar de pesquisas sobre a temática da dor e do sofrimento humano em fim de vida no *Saint Joseph’s Hospice*. Participou também do primeiro estudo sistemático que demonstrou que a prescrição de analgesia em horários regulares têm efeito superior à prescrição quando somente “se necessário”, publicado em 1970. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; SAUNDERS, 2001)

Finalmente, em 1967, Cicely Saunders fundou o *Saint Christopher’s Hospice* em Londres, com uma nova proposta de cuidado integral ao paciente, baseado no

seu novo conceito sobre dor, definido em 1964, o da “Dor Total”, que passa a agregar também o conforto psicológico, considerado um marco no Movimento *Hospice* Moderno. O nome da instituição faz referência a São Cristóvão, padroeiro dos viajantes, pois para ela o processo de morrer poderia ser visto como uma viagem. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; SAUNDERS, 2001)

A “Dor Total” abrange o cuidado da dor com um olhar não só para o físico, mas também o mental, o social e o espiritual, pois esses outros 3 fatores impõem limitações no estilo de vida do paciente, tendo impacto também sobre seus familiares e amigos próximos. Este conceito envolve mais de uma dimensão de cuidados e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional deve ficar claro para toda a equipe envolvida na melhora da qualidade de vida do paciente e seus familiares. (BRASIL, 2002)

Em 1982, durante a reunião do Comitê do Câncer da OMS sobre políticas de cuidados no paciente com câncer, o termo “Cuidados Paliativos”, em uso desde 1974 (inicialmente no Canadá) foi mantido e passou a ser recomendado a todos os pacientes oncológicos seguindo os princípios do *Hospice* Moderno. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

Em 1990 pela primeira vez a OMS definiu Cuidados Paliativos e sem limitar apenas aos pacientes oncológicos, como um:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012, p 25).

A definição de Cuidados Paliativos pela OMS, foi revisada em 2002 e ampliou as indicações, sendo reafirmada em 2017 como:

[...] uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação

correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018, p 2).

Percebe-se que a revisão ampliou a indicação dos cuidados a partir do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, não mais apenas em suas fases terminais, além de incluir nas dimensões dos cuidados, a espiritualidade e o luto dos familiares (figura 3). Retirou o conceito da doença ter ou não tratamento de cura, mas sim ter um acompanhamento precoce e que foque na qualidade de vida do paciente e seus envolvidos.

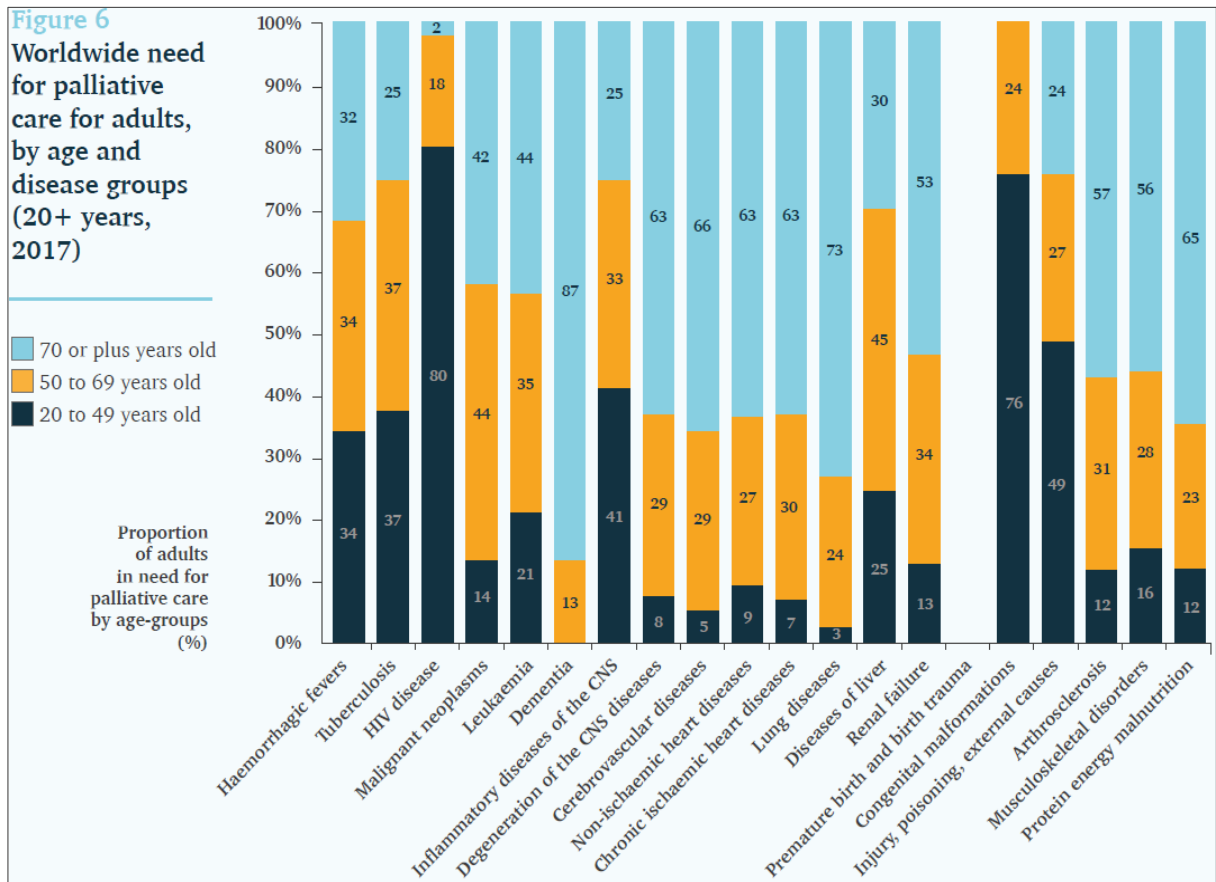
Figura 3 - O Papel dos Cuidados Paliativos desde o Diagnóstico até o período de Luto.



Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (2015)

O Atlas Global dos Cuidados Paliativos da OMS (2020), referente ao ano de 2017 mostra (figura 4) que entre os 20 grupos de doenças mais prevalentes, os adultos mais jovens também necessitam de atenção por sofrerem com as doenças congênitas, o HIV e as doenças inflamatórias. Na faixa etária acima dos 70 anos, o predomínio fica nos grupos das neoplasias e doenças crônico-degenerativas. (CONNOR *et al*, 2020)

Figura 4 - Necessidade mundial de Cuidados Paliativos para adultos por faixa etária (acima de 17 anos) e grupos de doença em 2017:



Fonte: Global Atlas of Palliative Care (CONNOR *et al*, 2020)

O avanço científico e tecnológico trouxe benefícios também na população infantil com diminuição importante da mortalidade infantil, acompanhada pelo crescimento significativo do número de crianças com sobrevida aumentada em portadoras de neoplasias, doenças congênitas e infecciosas crônicas. Atualmente, estima-se que 7 milhões de crianças em todo o mundo poderiam se beneficiar de serviços de Cuidados Paliativos Pediátricos. No Reino Unido o primeiro *hospice* pediátrico, batizado de Helen House, foi fundado em 1982. (SANTOS, FERREIRA, GUIRRO, 2020)

Os Cuidados Paliativos não seguem protocolos de atendimento, mas sim princípios. No total, são nove princípios preconizados pela OMS (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012) e inspirados no conceito da “Dor Total” de Cicely Saunders:



1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, através do conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais.
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, resgatando a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.
3. Não acelerar nem adiar a morte, realizar o diagnóstico objetivo e bem embasado, com o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares que ajudarão nas decisões mais seguras.
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente. Uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, além das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e conseqüentemente de status social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas. A presença da espiritualidade deve ser considerada e não confundida com religiosidade, mas como algo que conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendental, respeitando sua crença e seus princípios.
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte. Atuar através da equipe multiprofissional como facilitadores para possíveis problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos, que podem gerar sofrimento. Viver ativamente, e não simplesmente viver, nos remete à questão da sobrevivência “a qualquer custo”.

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto. O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também “adoece”.
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. Incluir a família no processo do cuidar compreende estender o cuidado no luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe e não somente pelo psicólogo.
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Através da abordagem holística, observando este paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico.
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente a outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Em consonância com esses princípios, as competências a serem desenvolvidas pelo profissional de saúde, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), são de cuidar do sofrimento de pacientes e seus familiares que enfrentam situações de saúde que ameaçam a vida. Na dimensão física cuidar da dor, da falta de ar, das náuseas, da fadiga ou de quaisquer outros sintomas. Procurar por sintomas emocionais, como medo, ansiedade e depressão. Desenvolver estratégias específicas de comunicação com honestidade e compaixão, cuidar dos familiares dos pacientes, reconhecer a família como parte da unidade dos cuidados e que podem ajudar a aliviar o sofrimento do paciente. Entender que cuidar da espiritualidade do paciente não é necessariamente religiosidade, e pode ser considerado como o que é sagrado para cada um. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018b)

Os Cuidados Paliativos devem ser compreendidos como uma técnica específica e com evidências científicas. Estudos randomizados mostram que pacientes quando adequadamente inseridos nos cuidados podem viver por mais tempo do que era o esperado e ainda reduzir custos na prestação dos serviços, o que prova que a busca obstinada pela cura nem sempre é a melhor escolha. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018a)

Em 2013 os Cuidados Paliativos foram considerados como uma obrigação legal e de direito humano reconhecido por associações internacionais, através da publicação de um abaixo-assinado, a Carta de Praga, organizado pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), pela *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), pela *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) e pela *Human Rights Watch* (HRW), que também recebe o apoio da ANCP no Brasil. A Carta considera que “os doentes que apresentam dor intensa, a não disponibilização de Cuidados Paliativos, por parte dos governos, pode ser considerada como um tratamento cruel, desumano ou degradante.” Reforça disponibilizar o conceito mais básico do cuidar de maneira mais precoce possível, satisfazendo a necessidade do doente, garantindo melhora na qualidade de vida até sua morte, não importa o local. Integrar os demais serviços de saúde com apoio aos familiares durante os cuidados e no luto. Reconhece não só a necessidade de um plano de cuidados nas doenças oncológicas, como também nas cardiovasculares, pulmonares obstrutivas crônicas, neurológicas, insuficiência renal, SIDA, estádios incuráveis de malária e tuberculose. Convida governantes, instituições acadêmicas, hospitais universitários e universidades a formar e motivar os profissionais, incluindo a atenção primária com a integração dos serviços. (EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2013a)

Para o sucesso na assistência dos Cuidados Paliativos, os profissionais envolvidos devem ter habilidade em identificar quais pacientes se beneficiam, desde o nível básico da assistência. Aliviar os sintomas, desenvolver a habilidade de comunicação ao elaborar o plano de cuidado e de comunicar más notícias, incluindo o próprio diagnóstico da doença, não só a fase que envolve o processo ativo da morte, respeitando os valores do paciente e seus familiares.

De acordo com a definição e os princípios dos Cuidados Paliativos faz-se necessária a integração dos profissionais de saúde para a prestação de um plano terapêutico multidisciplinar de cuidados. No Brasil ainda existem carências tanto na prestação dos serviços como na formação de profissionais de saúde. Com a discussão, aprovação e implementação de legislações e normatizações, a demanda pelo atendimento especializado tende a crescer nos próximos anos.

### 3.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil as primeiras discussões sobre os Cuidados Paliativos iniciaram na década de 1980. No Hospital das Clínicas no Rio Grande do Sul, em 1983, a médica Miriam Marteleite já seguia, na prática clínica, o Movimento *Hospide* Moderno. (FIGUEIREDO; STANO, 2013) O Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, unidade organizada para oferecer Cuidados Paliativos exclusivos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, foi inaugurado em 1996 e é referência no Brasil até os dias atuais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015)

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), foi fundada em 1997, e colaborou na organização do primeiro curso no Brasil. Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 859 que trata sobre o uso dos opioides na dor crônica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015)

A regulamentação do profissional brasileiro em Cuidados Paliativos ganhou força apenas em 2005 com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que contribuiu para a organização de câmaras técnicas pelo Brasil. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.805 que reconheceu a terminalidade e limitação terapêutica. No ano seguinte a Resolução foi suspensa por uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, mas após os esclarecimentos sobre a ortotanásia, a suspensão foi revogada em 2011 e reconhecida a legalidade da Resolução. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Em 2009, pela primeira vez os Cuidados Paliativos foram citados e fazem parte como um dos princípios fundamentais a partir da sexta edição do Código de Ética Médica. (BRASIL, 2009)

A Medicina Paliativa é reconhecida pelo CFM e pela Associação Médica Brasileira (AMB) como área de atuação desde agosto de 2011. A prática dos Cuidados Paliativos foi fortalecida pelo CFM através de mais duas Resoluções: a Resolução nº 1995/2012 sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes, reforçando a autonomia dos pacientes nas discussões dos planos terapêuticos e decisões compartilhadas; e a Resolução nº 2156/2016 referente aos critérios de

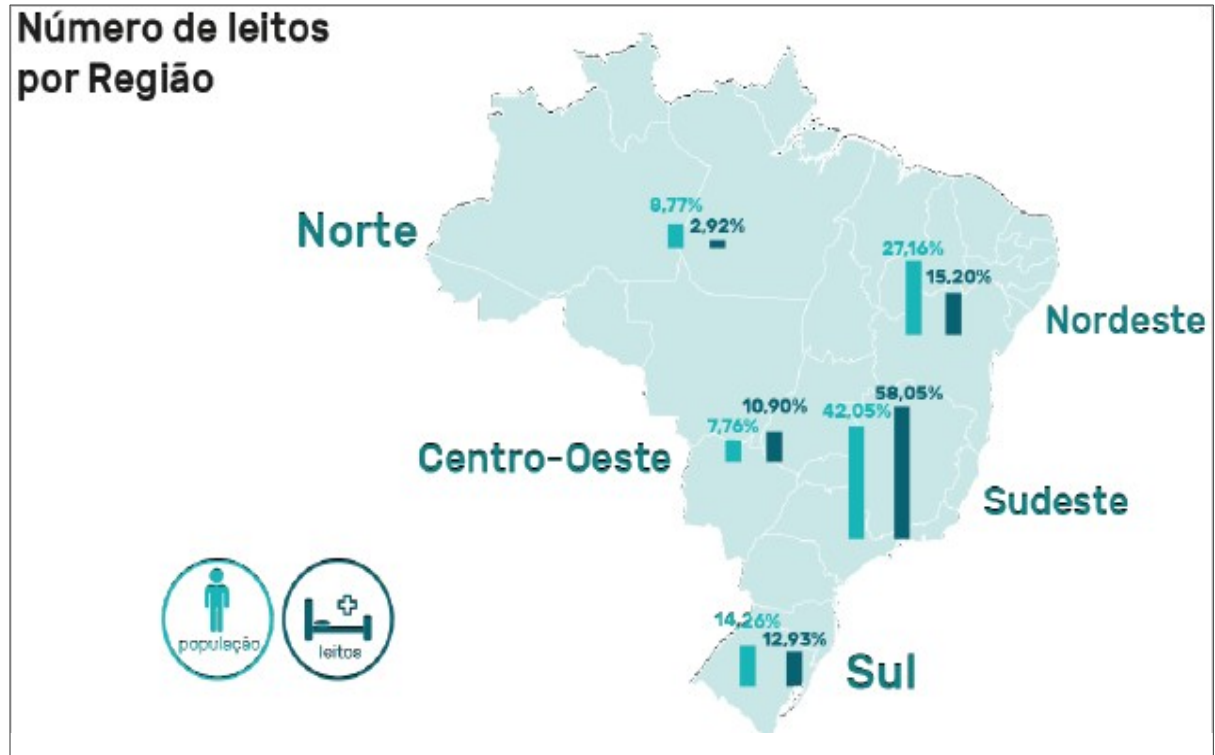
melhores fluxos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), incluindo orientações conforme os preconizados pelos Cuidados Paliativos, com critérios de alta para este grupo de doentes em processo de terminalidade, e a opção do paciente de morrer no próprio domicílio, trazendo mais confiança e segurança ao médico na comunicação, fortalecendo e estimulando as decisões compartilhadas.

Na esfera do SUS, as Diretrizes para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos foram discutidas e aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (2018). Estabelece que deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme preconizado pelas melhores recomendações mundiais. Os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos para todo paciente com doença que ameaça a vida, não restringindo apenas aos pacientes oncológicos. Promover a disseminação da informação entre os leigos e incentivar a educação entre os profissionais de saúde desde a graduação. (BRASIL, 2018)

Nessa Diretriz, além do médico, os demais profissionais da saúde também estão inseridos. Alguns conselhos profissionais como os de psicologia, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional já publicaram também Resoluções que envolvem os Cuidados Paliativos (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020)

O desenvolvimento, a adoção e a realização dos Cuidados Paliativos ainda dependem de um longo processo de conscientização entre leigos e profissionais da saúde. Os serviços estão se organizando pelo território brasileiro, mas em uma velocidade muito aquém das reais necessidades. O Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil (2020) mostra que até 2019 tínhamos somente 191 serviços cadastrados, quase 8% a mais do que em relação ao ano anterior, mas a distribuição pelas regiões do país continua bastante desigual (Figura 5). A região Norte concentra 8,77% da população brasileira e tem apenas 2,92% do total dos leitos, já no Sudeste, com 42,05% dos brasileiros, reúne 58,05% dos leitos. Na parte pediátrica, apenas 40,3% do total dos serviços têm qualificação para este atendimento. (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020)

Figura 5 - Distribuição regional do número de leitos Cuidados Paliativos cadastrados pela ANCP em 2019.



De acordo com a classificação mundial realizada em 2010, que leva em consideração 10 indicadores distribuídos em seis categorias, o Brasil ocupava a categoria 3a, na qual os Cuidados Paliativos eram oferecidos de forma isolada, com dependência financeira de doações, disponibilidade de morfina limitada e com baixa proporção de serviços prestados em relação a sua população. Em 2017, o Brasil alcançou o nível 3b, com oferta mais generalizada dos cuidados, múltiplas fontes de financiamento, a oferta da morfina foi considerada como disponível, com algumas iniciativas de capacitação e maior proporção de serviços disponíveis, mas ainda sem apresentar integração entre eles. (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020)

O Brasil apresenta diretrizes que orientam sobre a disponibilidade dos serviços dos Cuidados Paliativos, mas ainda não dispõe de leis regulamentares para seu devido financiamento na rede de saúde. Nos Estados Unidos foi evidenciado que o interesse nos Cuidados Paliativos aumentou após a criação de um fundo público e privado desenvolvido para a educação, os cuidados clínicos e a formação de profissionais na área de cuidados no fim da vida. (TOLEDO; PRIOLLI, 2012)

### 3.3 CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O ensino na graduação sobre a temática dos Cuidados Paliativos no Brasil, começou com o médico patologista e professor Marco Túlio Assis Figueiredo que, entre 1994 a 2008 passou a oferecer o curso como disciplina eletiva na Universidade Federal de São Paulo. Neste intervalo em 2003, ele viajou a convite da Faculdade de Caxias do Sul e ajudou na criação da disciplina obrigatória no currículo e do serviço de Cuidados Paliativos. (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018; FIGUEIREDO; STANO, 2013)

Enquanto o Brasil dava seus primeiros passos, na década de 1980, nos Estados Unidos 6% por cento das escolas de medicina já ministravam a disciplina sobre a morte e o morrer. (TOLEDO; PRIOLLI, 2012)

A primeira publicação que propõe um currículo sobre o ensino em Cuidados Paliativos na graduação nas Américas ocorreu em 1993 no Canadá. Em 1998, foi a vez da Academia Americana de *Hospice* e Medicina Paliativa. Na sequência outros países como Reino Unido, Japão e Colômbia, seguiram com suas publicações. (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018)

Em 2013, os países europeus se reuniram através da EAPC e, baseados nos conteúdos dos currículos disponíveis na Europa, publicaram um documento contendo o mínimo essencial em relação ao ensino na área de Cuidados Paliativos durante a graduação. A fim de tornar o conceito mais homogêneo, melhorar a qualidade no ensino e, conseqüentemente a prestação dos serviços. É importante ressaltar que este guia foi desenvolvido como recurso para a área do ensino e não para definir competências de profissionais especialistas e nem como *guidelines* de boas práticas. (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018; EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2013b)

O guia da EAPC (2013a) orienta o ensino dividido em três níveis de educação e qualificação dos profissionais, como proposta pela ANCP: o primeiro de abordagem geral por todos os níveis de atenção e profissionais; o segundo nível intermediário, realizado por profissionais da saúde que tratam de pacientes com doenças que ameaçam a vida desde a atenção primária; e o terceiro nível de cuidados complexos, reservado aos especialistas. (ACADEMIA NACIONAL DE

CUIDADOS PALIATIVOS, 2019) Apresenta nove princípios centrais que o estudante deve dominar e que se refletem nos valores essenciais para a boa prática como:

1. Autonomia
2. Dignidade
3. Relação entre o doente e os profissionais de cuidados de saúde
4. Qualidade de vida
5. Posição em relação à vida e à morte
6. Comunicação
7. Educação pública
8. Abordagem multiprofissional
9. Perda e luto.

A compreensão desses princípios centrais serviu de base para o desenvolvimento das dez competências propostas para o ensino, e que utilizaram algumas questões-chave como:

- a. Qual é a posição atual dos cuidados paliativos dentro do sistema nacional de saúde;
- b. Qual é a capacidade do indivíduo para atingir competência em Cuidados Paliativos;
- c. Que recursos estão disponíveis para permitir ao indivíduo aprender e praticar as competências em Cuidados Paliativos;
- d. Se estão disponíveis padrões de referência diante dos quais a competência em Cuidados Paliativos pode ser determinada.

Dentre as dez competências centrais em Cuidados Paliativos, o guia da EAPC propõe como essencial para boa prática:

1. Aplicar os princípios centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias
2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes
3. Atender às necessidades psicológicas dos doentes
4. Atender às necessidades sociais dos doentes
5. Atender às necessidades espirituais dos doentes



6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo
7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos
8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos
9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Em 2014, após uma pesquisa nacional, a *Association of American Medical Colleges* publicou 18 competências para serem desenvolvidas no curso de graduação e nas residências de medicina interna e medicina da família, divididas em cinco domínios. Foram classificados como essenciais sete delas para a graduação: (SCHAEFER *et al*, 2014)

1. Avaliar a dor sistematicamente e distinguir as síndromes de dor nociceptiva das neuropáticas.
2. Explorar a compreensão do paciente e da família sobre a doença, preocupações, objetivos e valores que informam o plano de cuidados.
3. Demonstrar técnicas de comunicação centradas no paciente ao dar más notícias e discutir as preferências de ressuscitação.
4. Identificar sofrimento psicossocial em pacientes e familiares.
5. Descrever os princípios éticos que informam a tomada de decisão em doenças graves, incluindo o direito de renunciar ou retirar o tratamento de suporte de vida e a justificativa para obter um substituto para o tomador de decisões.
6. Definir a filosofia e o papel dos cuidados paliativos ao longo do ciclo de vida e diferencia o *hospice* dos cuidados paliativos.
7. Refletir sobre as reações emocionais pessoais à morte e mortes de pacientes.

Atualmente o Brasil não possui um documento regulamentado que define quais competências em Cuidados Paliativos devem ser desenvolvidas durante a graduação, mas já existem publicações acerca do tema. Caldas, Moreira e Vilar (2018) propõem que os conteúdos para os cursos de graduação em medicina devem ser divididos em 5 módulos:

1. Princípios básicos dos Cuidados Paliativos;
2. Manejo de sintomas;
3. Trabalho em equipe;
4. Questões éticas e legais;
5. Assistência nos últimos momentos de vida.

Pineli *et al* (2016), fizeram uma análise sobre a presença do tema, Cuidados Paliativos, nas DCN de 2014, e observaram que a palavra “morte” é citada apenas uma vez, apesar da presença do evento “morte” fazer parte da prática médica. Já em relação aos princípios dos Cuidados Paliativos, eles podem ser encontrados distribuídos nas três sessões da DCN (Atenção, Gestão e Educação em Saúde), descritos de maneira geral, sem direcionar para uma especialidade ou outra. Essa análise reforça a importância da vivência dos estudantes dentro do contexto dos Cuidados Paliativos durante a graduação, e assim desenvolver as práticas profissionais gerais pertinentes a esta área de atuação durante a formação médica.

Cerca de mais da metade dos serviços cadastrados em Cuidados Paliativos no Brasil tem programas de residência (médica ou multidisciplinar), mas infelizmente a maioria dos serviços não apresenta vínculo estabelecido com cursos de graduação, uma das barreiras ao ensino, e apenas cerca de 20% têm envolvimento com programas de pós-graduação. (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020)

Outra barreira é que boa parte dos docentes e profissionais que compõem o mercado de trabalho tiveram como referência na graduação o modelo convencional e tecnicista, com busca obstinada pela cura, trabalho uniprofissional e que segue uma hierarquia. Os estudantes em seus momentos de ensino prático podem se espelhar em um comportamento por parte dos docentes mais na defensiva em relação a finitude, pois nem sempre recebem capacitação ou cursos de atualização, além da dificuldade de trabalhar em uma equipe multiprofissional e às vezes de maneira interdisciplinar. Além disso, os estudantes estão na idade de plena fase

psicológica de luta por objetivos heroicos e o desejo, nem sempre consciente, de vencer a morte. (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018; FIGUEIREDO; STANO, 2013)

A prática clínica mostra que muitos profissionais não receberam capacitação em comunicação e no manejo de pacientes durante o processo de terminalidade, o que pode gerar um sentimento de fracasso diante da finitude. Já existem evidências que a falta de capacitação traz consequências negativas e pode levar o profissional a se distanciar do paciente, momento em que a presença dele é essencial no controle dos sintomas e planejamento de cuidados. O ensino dessa temática na graduação e a vivência dessa experiência clínica durante a graduação é fundamental. (PINHEIRO, 2010)

Apesar das dificuldades do ensino em Cuidados Paliativos no Brasil, a presença de Diretrizes para o desenvolvimento dos serviços e propostas de ensino sobre possíveis competências nesta área de atuação na graduação devem ser vistas como um incentivo para continuidade na busca de melhorias. Para isso precisamos conhecer o entendimento que estudantes do curso de medicina têm sobre os Cuidados Paliativos durante sua formação.

## 4 MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa e transversal. Realizada em uma instituição de ensino superior (IES) filantrópica localizada na capital do estado do Paraná e que utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem através do PBL (aprendizagem baseada em problemas), com o currículo integrado em eixos e foco na atenção integral à saúde.

Os participantes desta pesquisa foram os estudantes da graduação em Medicina dos 4 últimos períodos (internato) dessa IES e maiores de 18 anos. Foram excluídos da pesquisa estudantes que participaram do grupo de iniciação científica sobre Cuidados Paliativos e aqueles que não estavam matriculados durante o período da coleta dos dados.

As informações foram coletadas individualmente, através de um *link* que direcionava a um questionário online no aplicativo *GoogleForms*, de fácil acesso e gratuito, enviado no terceiro trimestre de 2020.

A coleta dos dados com os estudantes foi realizada através da versão traduzida e validada por MIWA *et al* (2018) do instrumento “*Physician’s End-of-Life Care Attitude Scale - PEAS*”, elaborada por Levetown, Hayslip e Peel, (1999-2000). O questionário foi elaborado com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções educacionais no grau de ansiedade e preocupações em estudantes e residentes de medicina que cuidam de pacientes em fase final de vida. Estruturada em 64 perguntas tipo *Likert*, que foram definidas após as discussões com 62 participantes distribuídos em 7 grupos focais homogêneos inseridos no Projeto sobre a Morte em uma pesquisa nacional nos Estados Unidos. Os grupos foram formados por estudantes de medicina com formação curricular baseado em PBL e no currículo tradicional, residentes de medicina interna e de saúde da família, que opinaram sobre sua formação em Cuidados Paliativos. Os *trainees* também participaram e relataram sua ansiedade e percepção da autoeficácia sobre o tema dos Cuidados Paliativos.

A partir da tradução dos 64 itens da escala PEAS, foram selecionadas 35 questões objetivas tipo *Likert*, e baseado em Correia *et al* (2018) foram organizados em quatro sessões, (Apêndice 1):

- A. grau de competência na interação com os pacientes e familiares e manejo clínico;
- B. preocupação com decisões clínicas que possam contrariar questões legais, éticas e profissionais, ou que possam ir contra suas próprias crenças;
- C. pensamentos e sentimentos sobre a morte;
- D. grau de importância dado no currículo de graduação em medicina.

A interpretação dos dados foi realizada por meio de estatísticas simples, com cálculo de proporções em porcentagem, apresentados em gráficos e tabelas elaboradas no programa *EXCEL*, do *Microsoft Office*. (SEVERINO, 2014).

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma IES, parecer nº 3.978.622 (Anexo 1) e sem conflito de interesses entre os autores.

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 58 estudantes, entre 20 e 34 anos de idade e destes quase a metade entre 23 e 25 anos. Aproximadamente 72% eram mulheres.

O primeiro grupo de questões abordou o grau de competência dos estudantes em interagir com pacientes e familiares, bem como no manejo clínico. A Tabela 1 mostra que apenas 10,3% se consideraram competentes em discutir sozinhos sobre o tema Cuidados Paliativos. Quase metade (48,3%) discutem apenas com supervisão sobre a mudança de abordagem terapêutica de curativa para medidas de conforto. Uma parcela mínima dos estudantes respondeu que conseguem executar sozinhos a discussão sobre a retirada de tratamentos (5,2%) e orientação de não reanimação ou limitação de tratamento (6,9%). Apenas 15,5% se consideraram competentes em dar notícias ruins a um paciente ou familiar e 25,9% em avaliar a capacidade do paciente de tomar decisões.

**Tabela 1 - Classificação do grau de competência do estudante em interagir com os pacientes e familiares, Curitiba, PR, Brasil, 2020.**

Questões	Executar sozinho %	Executar com supervisão mínima %	Executar apenas com supervisão ou tutoria %	Necessita de mais instrução básica %
Discutir cuidados paliativos com os pacientes	10,3	48,3	39,7	1,7
Discutir a mudança de abordagem terapêutica de curativa para medidas de conforto	10,3	36,2	48,3	5,2
Discutir retirada de tratamentos	5,2	39,7	48,3	6,9
Discutir orientação de não reanimação ou limitação de tratamento	6,9	29,3	56,9	6,9
Dar notícias ruins para um paciente ou familiar	15,5	34,5	46,6	3,4
Avaliação da capacidade do paciente de tomar decisões	25,9	37,9	24,1	12,1

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Quanto ao grau de competência do estudante no manejo clínico no primeiro grupo de questões, a Tabela 2 evidencia que a maioria dos estudantes demonstrou executar sozinho ou com mínima supervisão a avaliação básica da dor (77,6%) e manejo de náuseas e vômitos (79,3%). Em contrapartida, 65,5% dos estudantes necessitam maior supervisão ou instrução básica para avaliação e manejo da dispneia terminal.

**Tabela 2 - Classificação do grau de competência do estudante no manejo clínico, Curitiba, PR, Brasil, 2020.**

	<b>Executar sozinho %</b>	<b>Executar com supervisão mínima %</b>	<b>Executar apenas com supervisão ou tutoria %</b>	<b>Necessita de mais instrução básica %</b>
Executar a avaliação básica da dor	51,7	25,9	12,1	10,3
Avaliação e manejo de náuseas e vômitos	44,8	34,5	10,3	10,3
Avaliação e manejo de dispneia terminal	12,1	22,4	37,9	27,6

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O segundo grupo de questões, registrado na Tabela 3, abordou sobre a preocupação com certas decisões clínicas que possam contrariar questões legais, profissionais e ética. A retirada do suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si devido ao quadro demencial, com a solicitação de seu representante legal ou respaldado por declaração prévia registrada, causou preocupação em 74,1% dos estudantes em relação a questões legais e profissionais e 77,6% a questões éticas. Sentimento diferente em relação a contrariar suas próprias crenças, pois 70,7% demonstraram pouca ou nenhuma preocupação.

**Tabela 3 - Grau de preocupação em retirar o suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si devido ao quadro demencial, com a solicitação de seu representante legal ou respaldado por declaração prévia registrada, Curitiba, PR, Brasil, 2020.**

	Muito preocupado %	Algo preocupado %	Algo despreocupado %	Não me preocupo %
Que seja ilegal	43,1	31	13,8	12,1
Que viole as recomendações estabelecidas e represente erro médico	43,1	31	15,5	10,3
Que viole as normas éticas	44,8	32,8	15,5	6,9
Que viole minhas crenças pessoais religiosas, éticas e morais	12,1	17,2	24,1	46,6

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A Tabela 4 mostra que, em relação ao pensamento sobre a morte no terceiro grupo de questões, pensar na própria morte gerou pouco ou nenhum sentimento de ansiedade ou desconforto em 44,9% dos estudantes, enquanto que pensar na morte do paciente gerou ansiedade ou desconforto em 67,2% deles. Com relação as reações emocionais diante de pacientes morrendo, 55,1% se preocuparam plenamente ou em parte e 39,6% se sentem impotentes ou em parte diante de pacientes terminais.

**Tabela 4 - Pensamentos e sentimentos sobre a morte, Curitiba, PR, Brasil, 2020.**

	Discordo plenamente %	Discordo em parte %	Concordo em parte %	Concordo plenamente %
Sinto-me ansioso ou desconfortável quando penso sobre minha própria morte	12,1	32,8	37,9	17,2
Sinto-me ansioso ou desconfortável quando penso na morte do meu paciente	3,4	29,3	51,7	15,5
Preocupo-me com minha reação emocional diante de pacientes morrendo	10,3	34,5	37,9	17,2
Impotente diante de pacientes terminais	25,9	34,5	24,1	15,5

Fonte: Dados da pesquisa (2020)



Referente a importância dos temas no currículo de graduação, como parte do quarto grupo de questões na Tabela 5, mais de 80% classificaram como importante ou muito importante abordar avaliação e manejo clínico dos sintomas, além de habilidades em comunicação de pacientes terminais, suporte hospitalar, ética de fim de vida (orientação de não reanimação e Cuidados Paliativos) e espiritualidade.

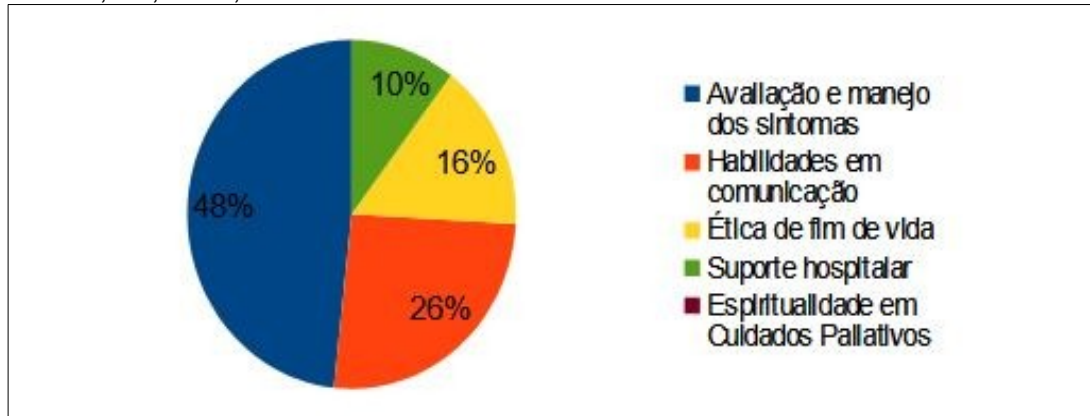
**Tabela 5 - Grau de importância dada aos subtemas em Cuidados Paliativos no currículo de graduação em medicina, Curitiba, PR, Brasil, 2020.**

	Muito importante %	Importante %	Pouco importante %	Não incluir %
Avaliação e manejo da dor	84,5	1,7	1,7	12,1
Avaliação e manejo de náuseas e vômitos	74,1	12,1	3,4	10,3
Avaliação e manejo do delirium terminal	67,2	19	5,2	8,6
Avaliação e manejo da dispneia terminal	77,6	15,5	1,2	5,2
Habilidades em comunicação de pacientes terminais	82,8	5,2	0	12,1
Suporte hospitalar	70,7	12,1	3,4	13,8
Ética em fim de vida	75,9	10,3	0	13,8
Hidratação e dieta enteral	69	13,8	3,4	13,8
Espiritualidade em Cuidados Paliativos	67	17,2	5,2	10,3

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Dentre os temas a serem abordados durante o período do internato, a maioria (48,3%) escolheu a avaliação e manejo dos sintomas (dor, náuseas, delirium, dispneia) e outros 25,9%, escolheram habilidades em comunicação de pacientes terminais. O papel do médico na espiritualidade em Cuidados Paliativos não foi considerado, como mostra o gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 - Tópicos considerados pertinentes para serem abordados no internato médico, Curitiba, PR, Brasil, 2020



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

## 6 DISCUSSÃO

O ensino médico no Brasil desde a revisão das DCN (2014), incentiva a formação médica focada no cuidado humanizado e prioriza a qualidade de vida, em acordo com os princípios dos Cuidados Paliativos preconizados pela OMS, perceber o indivíduo como um ser biográfico e não apenas biológico. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

Desde 2002 a OMS define que os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, mas o diagnóstico e a abordagem inicial não costumam ser feitos pelo especialista em Cuidados Paliativos, mas por todos os outros médicos. O que reforça a necessidade desse tema desde a graduação médica. A experiência em educação em Cuidados Paliativos na Europa nos últimos anos, evidenciou a necessidade de iniciar a sensibilização dos profissionais da saúde ainda na graduação. (FIGUEIREDO; STANO, 2013)

Na prática clínica, o primeiro contato do paciente com o diagnóstico de uma doença é através do médico, independente da sua especialidade. A partir desse primeiro contato o paciente começa a escolher quais caminhos percorrerá e com quem irá fazê-lo. Nesse momento o médico deve estar ciente que não vai apenas informar algo, mas também estar preparado para comunicar, ou seja, como transmitirá esta informação.

A comunicação é uma das competências que merece destaque nos Cuidados Paliativos e também faz parte das DCN (BRASIL, 2014). Nesse contexto, tanto comunicar o diagnóstico, quanto discutir a limitação terapêutica, podem causar sentimentos negativos e ansiedade no paciente, nos familiares e na própria equipe de saúde. A comunicação do diagnóstico e/ou resultado de um exame, pode obrigar o paciente a ressignificar sua própria vida e perceber a finitude humana, exige construção compartilhada e negociação de condutas. (AGUIAR *et al.*, 2014) Apenas 15,5% dos estudantes na pesquisa se consideraram competentes em dar notícias ruins para um paciente ou familiar. Mesmo sentimento encontrado por Pinheiro (2010) em que a maioria dos estudantes não se sentem à vontade para comunicar más notícias.

A maioria dos estudantes afirmou que também necessitam de supervisão para discutir a retirada de tratamentos (55,2%), a orientação de não reanimação ou limitação de tratamento (63,8%) e a mudança de abordagem terapêutica de curativa para medidas de conforto (53,5%). Segundo Batista e Freire (2019), o médico de modo geral, ainda não superou a busca obstinada pela cura, o que leva ao risco de abandono dos pacientes que não correspondem às estratégias de cura, implicando em dano significativo ao paciente e sua família. Na prática, quando a busca pelo curar supera a do cuidar e, quando essa cura não mais é possível, a frustração pode ocasionar a tríade de sintomas conhecida como síndrome de *Burnout*, associação entre exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Nessas situações o sofrimento não fica restrito ao médico, o paciente pode sofrer a distanásia por conta do prolongamento de sua dor e sofrimento não reconhecidos, incluindo os seus familiares.

Santos e Bassit (2011) pesquisaram sobre a opinião de familiares de pacientes em terminalidade e internados em UTI. O estudo revelou que a maioria dos pacientes (53,3%) discutiu o desejo de cuidados de final de vida com a família, mas 76,7% dos pacientes não discutiram com seu médico, o que mostra a falta de habilidade de comunicação. Em relação aos familiares, quase 85% respondeu ser a favor da ortotanásia e que gostaria que a equipe médica discutisse claramente o assunto, e 65% gostaria de participar da tomada de decisão de qualidade de vida. Vários estudos já demonstraram desfechos favoráveis da comunicação da equipe médica com o paciente e a família, mas a realidade na prática ainda é deficiente. Para tentar reverter esta situação há relatos de pesquisas com programas de capacitação para melhorar essa deficiência. Observou-se que nem todos os familiares podem estar prontos para a decisão sobre qualidade de final de vida, e o papel passivo na tomada de decisão pode acarretar sintomas de ansiedade e depressão nos três lados (médico-paciente-família). Cada família apresenta uma reação diferente diante da terminalidade por influência de vários fatores como a história de vida, a cultura, os mitos que a própria sociedade manifesta, a religião, perdas anteriores, entre outros, e através de uma comunicação bem conduzida essas angústias podem ser minimizadas.

A *Kaiser Family Foundation*, com apoio da revista britânica de consultoria *The Economist Intelligence Unit* (2017) entrevistou a população adulta de quatro

países: Japão, Itália, EUA e o Brasil. Uma das perguntas foi em relação a quem deveria ter o controle das decisões médicas no final da vida, o paciente e seus familiares ou os médicos? Quarenta por cento dos brasileiros consideraram que a opinião médica tem maior peso em relação ao desejo do próprio paciente ou familiar nas decisões sobre quais os tratamentos podem ser oferecidos no final de suas vidas. Muito diferente dos resultados encontrados na população americana e japonesa, em que apenas 10% dos entrevistados consideraram que a decisão médica tem maior peso que a do paciente e seus familiares em relação aos seus cuidados próximos à morte.

Esses dados sobre o Brasil revelam um importante desconhecimento da população em geral sobre sua autonomia no plano de cuidados e diretivas antecipadas de vontade. O que reforça o papel do médico durante o acompanhamento na fase terminal, de ser capaz de se comunicar claramente e mostrar ao paciente a importância da sua autonomia e que o mesmo deve revelar seus desejos no plano de seu cuidado, inclusive esclarecer que essas decisões devem ser respeitadas com apoio da família quando possível. (HAMEL; WU; BRODIE, 2017)

Outro pilar nos Cuidados Paliativos é a prevenção e controle dos sintomas, e diante dele boa parte dos estudantes que participaram da pesquisa se sentem confiantes quanto à avaliação básica da dor, e avaliação e manejo de náuseas e vômitos. É importante ressaltar que para realizar um planejamento de cuidados com o paciente, uma reunião familiar, ou mesmo compartilhar decisões, o paciente precisa se sentir o mais confortável possível, ou seja, ter seus sintomas controlados.

A dispneia é considerada um dos sintomas mais comuns na prática clínica, e na terminalidade reconhecer e manejar pode ser mais complexo, como demonstrou o resultado desta pesquisa em que 65,5% dos estudantes revelaram maior necessidade de supervisão ou instrução básica no manejo. É necessário diferenciar entre um evento agudo passível de reversão e o próprio processo ativo de morte, além de perceber até que momento é necessário indicar ou suspender alguma medida invasiva de conforto. O domínio da bioética e da legislação reforçam a segurança na relação médico-paciente-família. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012)

Nas questões legais, éticas e profissionais, os estudantes apresentaram maior preocupação relativa à retirada do suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si. Essa realidade vai ao encontro da escassez de discussões sobre a morte durante a graduação, o que propicia a capacidade de perceber o ser humano como um todo. Apesar desse tema ser o foco na tanatologia, outros docentes deveriam dar maior grau de importância às emoções geradas no estudante em função de sua formação, já que a terminalidade é parte integrante da maioria das especialidades médicas, e é praticamente impossível não ter de lidar, ao menos uma vez, com pessoas as quais estão em processo de morte ou de luto. (BATISTA; FREIRE, 2019)

Esse mesmo dilema da aceitação da finitude humana também foi revelado em uma pesquisa por Almeida e Falcão (2013) que entrevistou docentes e especialistas em terapia intensiva (UTI) de um hospital universitário e comparou com as opiniões de docentes em Clínica Médica. Ambos os grupos relatam sofrimento e despreparo para lidar com a morte. No ambiente de UTI a morte é assistida continuamente por recursos tecnológicos e questões sobre ortotanásia e distanásia podem gerar sofrimento aos profissionais de saúde, ao paciente e à família quando mal aplicadas.

Observou-se que o despreparo do profissional continua uma realidade, mesmo que o próprio CFM disponha de regulamentações sobre a temática de terminalidade (2006), Cuidados Paliativos (2009), diretivas antecipadas de vontade (2012) e melhor fluxo para internação dos pacientes em UTI (2016), e as DCN (2014) preconizarem competências e habilidades do processo de morte na graduação.

No contexto da morte, os estudantes manifestaram um pouco mais ansiosos com pensamentos e sentimentos em relação a morte do paciente (67,2%), do que em relação a sua própria morte (55,1%) e a reação diante dela (55,1%), esperava-se que a presença diante da morte pudesse causar maior angústia. Os sentimentos negativos sobre a morte é um reflexo da realidade do ensino sobre a temática, que carece de mais atenção e incentivo.

Conceição *et al* (2019) revelaram que apenas 44 escolas médicas, das 135 cadastradas, apresentavam em seus currículos temas sobre os Cuidados Paliativos como tanatologia, processos de morte, finitude e morte, oncologia e CP, geriatria e

CP, envelhecimento e morte. Em 46% dos 50 melhores cursos de medicina brasileiros a tanatologia parece ser negligenciada. Apesar disso, na última década as pesquisas mostraram uma redução dessa angústia sofrida por parte dos estudantes em sua prática clínica através de cursos sobre a morte e o morrer, em quaisquer que sejam as disciplinas durante a graduação. (BATISTA; FREIRE, 2019)

A literatura evidencia que a temática dos Cuidados Paliativos ainda não está disponível em 100% do ensino da graduação de medicina no Brasil. Apesar de a pesquisa ter mostrado que mais de 80% dos estudantes classificaram como importante ou muito importante abordar os subtemas: avaliação e manejo clínico dos sintomas, habilidades em comunicação de pacientes terminais, suporte hospitalar, ética de fim de vida (orientação de não reanimação e Cuidados Paliativos) e espiritualidade no currículo de graduação em medicina. Resultado muito parecido encontrado por Correia *et al* (2018) quanto a importância dada pelos estudantes aos subtemas.

A pesquisa desvela um resultado diferente da opinião de coordenadores de cursos de medicina no Brasil. Apesar de apoiarem e considerarem importante o ensino durante a graduação, expressaram acreditar no pouco ou moderado interesse dos estudantes em aprender sobre a temática dos cuidados em fim de vida, mesma opinião da pesquisa de Sullivan *et al* (2004) com os reitores americanos. (TOLEDO; PRIOLLI, 2012)

O interesse pelo tema e carência no ensino, fez os estudantes procurarem por atividades extracurriculares e de extensão. A Federação Internacional de Associação de Estudantes de Medicina do Brasil (IFMSA Brasil), desenvolveu duas atividades de extensão. Uma delas intitulada “*Dying: a human thing*” que trata sobre terminalidade no ambiente acadêmico, com temas de comunicação de más notícias, abordagem ao paciente em Cuidados Paliativos, vivências relacionadas à morte, com a participação de médicos oncologistas e paliativistas. Outra estratégia pedagógica é o “*CineMed*”, projeto que aborda temas como humanização, eutanásia, ética médica entre outros temas da medicina a partir da exibição de um filme e debate entre convidados especialistas no assunto, estudantes e outros participantes envolvidos. (LACERDA; SOUZA; ENDO, 2015)

Dentre os temas a serem abordados durante o período do internato, os estudantes puderam escolher um tema e a maioria optou pela avaliação e manejo

dos sintomas (dor, náuseas, delirium e dispneia) e cerca de 25% escolheu habilidades em comunicação de pacientes terminais. Esses dois temas também foram os dois domínios de competências consideradas com maior peso dentre os cinco domínios na formação em Cuidados Paliativos publicada na pesquisa nacional americana em 2014, sobre as competências a serem desenvolvidas durante a graduação.

No entanto, o papel do médico na espiritualidade em Cuidados Paliativos não foi considerado. Importante destacar que um número crescente de evidências revela que a presença de espiritualidade fortalece a relação entre os profissionais e os pacientes. Pode trazer benefícios com ação nos marcadores de inflamação, na imunidade, melhora a adesão aos tratamentos, inclusive maior longevidade, por ação direta no tamanho dos telômeros nos leucócitos. Estudos mostram certa dificuldade em abordar o tema por parte dos estudantes e pelos próprios profissionais. Dentre os motivos estão o medo de ser mal interpretado, como se estivessem impondo uma religião, ou de invadir a privacidade do paciente, ou de causar desconforto, dificuldades essas que envolve comunicação e domínio sobre o tema. (SCHAEFER *et al*, 2014; PRÉCOMA *et al.*, 2019)

O ensino dos Cuidados Paliativos envolve várias habilidades e o domínio da comunicação é essencial, não só durante a abordagem inicial do paciente e de seus familiares, mas também com toda a equipe que presta os cuidados integrados. O controle dos sintomas é fundamental para possibilitar a discussão sobre o planejamento terapêutico. Sempre que possível o plano de cuidados deve ser realizado de maneira compartilhada, proporcionando maior segurança para o paciente e a família, e da própria equipe profissional, com um olhar voltado aos desejos e vontades do paciente e garantir que sejam respeitadas, de acordo com os preceitos profissionais, éticos e legais.

Os dados encontrados no estudo apresentam como limitações, ter sido realizado apenas durante o período do internato, não sendo possível a comparação entre os estudantes dos outros períodos para avaliar o grau de conhecimento ao longo da graduação. Além do Brasil ainda não possui um documento oficial sobre as competências do ensino em Cuidados Paliativos na graduação em medicina.



## 7 CONCLUSÃO

A pesquisa atingiu plenamente seus objetivos e revelou graus variados de conhecimento dos internos de medicina nos subtemas que envolvem os Cuidados Paliativos.

Propostas no ensino por competências em Cuidados Paliativos para o currículo da graduação já são uma realidade a nível internacional. O Brasil começa a mostrar interesse com pesquisas e propostas publicadas e direcionadas ao ensino na graduação, mas ainda não apresenta uma proposta de ensino e, regulamentada nacionalmente, específica sobre os Cuidados Paliativos na graduação. A literatura mostrou como estímulo positivo ao ensino ter uma proposta regulamentada, assim como um fundo de financiamento para implementação dos serviços.

Os estudantes manifestaram maior segurança no manejo dos principais sintomas, entretanto demonstram maior preocupação em relação a questões éticas, legais e profissionais frente a certas decisões na fase final de vida. O incentivo a discussões de casos reais pode reduzir as dúvidas mais frequentes dos estudantes.

A temática da morte provoca certo grau de angústia e desconforto nos estudantes, o que corrobora com os dados encontrados na literatura tanto em estudantes quanto em profissionais médicos.

A pesquisa desvela claro e significativo interesse dos estudantes sobre a temática que envolve os Cuidados Paliativos e reconhecem a necessidade de o tema estar incluído durante o internato.

Pesquisas evidenciam que o ensino em Cuidados Paliativos, através de discussões em pequenos grupos, discussões em cenários reais e capacitação em comunicação melhoram o grau de confiança e reduzem sentimentos negativos provocados diante da morte. O processo ensino-aprendizagem sobre esse tema, mostra-se insuficiente e deve ser incentivado em todos os níveis da educação, desde a graduação, pós-graduação e educação médica continuada, além de incluir a população leiga.

O projeto de pesquisa sobre o ensino do tema Cuidados Paliativos motivou a criação na IES em estudo, de grupo de iniciação científica que envolve e incentiva a

participação de estudantes dos cinco cursos, medicina, psicologia, biomedicina, enfermagem e farmácia, através do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. de *et al.* O ensino da comunicação na formação profissional em saúde no Brasil. **Cadernos ABEM**, v. 10, n. XII, p. 6–8, 2014.
- ALMEIDA, L F de; FALCÃO, E B M. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 226-234, 2013.
- ALMEIDA, M. J. de. Tecnologia e medicina: uma visão da academia. **Bioética**, v. 8, n. 1, p. 69–78, 2000.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2a, 2012.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ANCP. **Análise Situacional e Recomendações da ANCP para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2018.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ANCP. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2018. DOI.1037//0033-2909.I26.1.78.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP. **O que são Cuidados Paliativos**. 2019. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>> Acesso em: 10 fev. 2020.
- BATISTA, G. F. D. M.; FREIRE, G. D. C. L. Análise do ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 15, n. 1, p. 1–13, 2019. DOI 10.26512/rbb.v15i1.23286.
- BONILLA, P; STOLTENBERG, M. **Cuidados Paliativos en las Américas**. PAHO. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas>> Acesso em: 10. mar. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, INCA. **Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da Dor**. Rio de Janeiro, v. 22, 2002.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Diário Oficial da União, Brasília, v. Seção I, p. 169, 28 nov. 2006. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.897/2009**. Diário Oficial da União, v. Seção I, p. 75-77, Brasília, 6 maio 2009. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1897>>.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.973/2011. **Relatório da Comissão Mista de Especialidades CFM/AMB/CNRM**. Diário Oficial

da União, Brasília, v. Seção I, p. 144-147, 1º ago. 2011. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1973>>.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes**. Diário Oficial da União, Brasília, v. Seção I, p. 269–270, 31 ago. 2012. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.156/2016. **Define critérios para melhorar fluxo de atendimento médico em UTI's**. Diário Oficial da União, Brasília, v. Seção I, p. 138–139, 17 de nov. 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 3/2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília. v. Seção 1, p. 1–47, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192)>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução Nº 41, De 31 De Outubro De 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos**, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, v. Seção 1, p. 276, Brasília, 31 out. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>.

CALDAS, G. H. de O.; MOREIRA, S. de N. T.; VILAR, M. J. Cuidados Paliativos: uma proposta para o ensino em graduação em medicina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 269–280, 2018. DOI 10.1590/1981-22562018021.180008.

CONCEIÇÃO, M. V. da *et al.* Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 134–142, 2019. DOI 10.1590/1983-80422019271296.

CONNOR, S. R. *et al.* **Global Atlas of Palliative Care**. 2a Edição. Reino Unido: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>>. Acesso em: 10. mar. 2021.

CORREIA, D. S. *et al.* Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 78-86, 2018.

COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 631-641, 2015.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, EAPC. **Carta de Praga. Palliative Care - A Human Right**. 2013a. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=6AmBAJNDb8A%3D&tabid=1871>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, EAPC. Competências centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos: parte 1 e 2. **European Journal of Palliative Care**. 2013b

FIGUEIREDO, M. das G. M. C. de A.; STANO, R. de C. M. T. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 298–306, 2013.

GONÇALVES, J. P. R. Medicina e desenvolvimento tecnológico. **Revista de Ciências Humanas**, v. 46, n. 2, p. 315–335, 2012.

HAMEL, L.; WU, B.; BRODIE, M. Views and Experiences with End-of-Life Medical Care in Japan, Italy, the United States, and Brazil: A Cross-Country Survey. **The Economist**. p. 50, April, 2017. Disponível em: <<https://www.kff.org/report-section/views-and-experiences-with-end-of-life-medical-care-in-japan-italy-the-united-states-and-brazil-a-cross-country-survey-brazil/>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Projeção da População 2018**, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 10. mar. 2021.

LACERDA, P. N. M.; SOUZA, L. R. De; ENDO, R. M. Extensão universitária na atualidade: a IFMSA Brazil como foco. **Revista USP**. v. 94, n. 2, p. 81–86, 2015.

LEVETOWN, M.; HAYSLIP, B.; PEEL, J. The development of the Physicians' End-of-life care Attitude Scale. **Omega (Westport)**. v. 40, n. 2, p. 323–333, 1999. DOI 10.2190/qmq0-f30a-r5q1-m5t0.

MENDES, E. C. **Cuidados Paliativos e Câncer**: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 2017. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24828>>.

MIWA, M. U. *et al.* **Adaptação transcultural, avaliação psicométrica e validação da versão brasileira do questionário Professional End-of-life Attitude Scale (PEAS)**. 2018. 137 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto. 2018.

Disponível em: <[https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FMRP\\_57583659fa03ef0da79b5c92ac5bd744](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FMRP_57583659fa03ef0da79b5c92ac5bd744)>.

PINELI, P. P. *et al.* Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 540–546, 2016.

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

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian society of cardiology. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787–891, 2019. DOI 10.5935/abc.20190204.

SANTOS, A. F. J. dos; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. do P. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. 1a ed. São Paulo, Brasil, 2020. Disponível em: <[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)>.

SANTOS, M. F. G.; BASSIT, D. P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 23, n. 1, p. 448–454, 2011.

SAUNDERS, C. The Evolution of palliative care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 94, p. 430–432, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, SBGG. **Vamos falar de Cuidados Paliativos**. Brasil, 2015. Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf> >. Acesso em: 10 fev. 2020.

SCHAEFER K. G., CHITTENDEN E. H., SULLIVAN A.M., *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. **Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v 89, n7, p. 1024-1031, 2014. DOI 10.1097/ACM.0000000000000271

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 1a ed, São Paulo: Cortez Editora, 2014.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. **The Economist Intelligence Unit Limited**. p. 71, 2015. DOI 10.1136/bmjspcare-2012-000211.

TOLEDO, A. P. de; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 109–117, 2012. DOI 10.1590/s0100-55022012000100015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Percepção sobre os Cuidados Paliativos em estudantes do curso de medicina:

Dados sociodemográficos: SEXO: F ( ) M ( ) - IDADE: \_\_ anos - PERÍODO: \_

**A. Em relação a sua interação com os pacientes e familiares e manejo clínico, como você classifica seu grau de competência a respeito dos seguintes tópicos, usando a escala a seguir**

- 1 = Competente para executar sozinho  
 2 = Competente para executar com supervisão  
 3 = Competente para executar apenas com supervisão direta  
 4 = Necessita de mais instrução básica

**Dar notícias ruins para um paciente ou familiar \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação da capacidade do paciente de tomar decisões**

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Executar a avaliação básica**

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação e manejo de náuseas e vômitos \***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação e manejo de dispnéia terminal \***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grupo B de questões:

**B. Médicos geralmente tem a preocupação que certas decisões clínicas possam contrariar questões legais, éticas e profissionais, ou que vão contra suas próprias crenças.**

a) Ao prover o máximo de alívio da dor em pacientes oncológicos, mesmo antes d fase terminal, indique o quanto você se preocupa, usando a seguinte escala:

- 1 = Não me preocupa  
 2 = Algo despreocupado  
 3 = Algo preocupado  
 4 = Muito preocupado

Que seja ilegal: \*

1 2 3 4

Que viole as recomendações estabelecidas e represente erro médico: \*

1 2 3 4

Que viole as normas éticas: \*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

Que viole minhas crenças pessoais religiosas, éticas e morais \*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4



b) Retirar a alimentação enteral (SNE ou gastrostomia), de um paciente terminal que solicitou que este tipo de alimentação fosse descontinuado: Preocupação:

- 1 - Não me preocupo
- 2 - Algo despreocupado
- 3 - Algo preocupado
- 4 - Muito preocupado

Que seja legal? \*

-----

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola as recomendações das entidades éticas e representante médico? \*

-----

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola as normas éticas? \*

Manter apenas uma cruz.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola em seu conteúdo princípios religiosos, éticos e morais? \*

Manter apenas uma cruz.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Retirar o suporte ventilatório de um paciente incapaz de decidir por si devido a quadro demencial, com a solicitação de seu representante legal ou respaldado por declaração prévia registrada.

- 1 - Não me preocupo
- 2 - Algo despreocupado
- 3 - Algo preocupado
- 4 - Muito preocupado

Que seja legal? \*

-----

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola as recomendações das entidades éticas e representante médico? \*

-----

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola as normas éticas? \*

Manter apenas uma cruz.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que viola em seu conteúdo princípios religiosos, éticos e morais? \*

Manter apenas uma cruz.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grupo C de questões:

### C. Sobre os pensamentos e sentimentos sobre a morte, classifique de acordo com a escala a seguir:

- 1 = Discordo plenamente
- 2 = Discordo em parte
- 3 = Concorde em parte
- 4 = Concorde plenamente

Sinto-me ansioso ou desconfortável quando penso sobre minha própria morte <sup>a</sup>

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sinto-me ansioso ou desconfortável quando penso na morte do meu paciente <sup>a</sup>

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preocupo-me com minha reação emocional diante de pacientes morrendo <sup>a</sup>

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eu me sinto impotente diante de pacientes terminais <sup>a</sup>

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grupo D de questões:

**D. Classifique qual o grau de importância dado por você no currículo de graduação em medicina em relação aos seguintes tópicos:**

- 1 - Muito importante
- 2 - Importante
- 3 - Pouco importante
- 4 - Não incluir

**Avaliação e manejo da dor \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação e manejo de náuseas e vômitos \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação e manejo do delirium terminal \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação e manejo da dispneia terminal \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Habilidades em comunicação de pacientes terminais – dar notícias ruins, orientar reunião familiar para discutir prognóstico, retirada de tratamento \***

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suporte hospitalar: quem, porque, quando e onde \*

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ética de fim de vida: orientação de não reanimação, cuidados paliativos. \*

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uso de hidratação venosa e alimentação enteral em Cuidados Paliativos. \*

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Espiritualidade em Cuidados Paliativos – o papel do médico \*

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escolha um tópico a seguir que você considere pertinente ser abordado neste período que você está estudando: \*

Marcar apenas uma oval.

- Avaliação e manejo dos sintomas (dor, náuseas, delirium, dispneia)
- Habilidades em comunicação de pacientes terminais – dar notícias ruins, orientar reunião familiar para discutir prognóstico, retirada de tratamento
- Suporte hospitalar: quem, porque, quando e onde
- Ética de fim de vida: orientação de não reanimação, cuidados paliativos.
- Espiritualidade em Cuidados Paliativos – o papel do médico

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado Cuidados Paliativos: Análise Quantitativa do Conhecimento dos Estudantes em Medicina em uma Instituição de Ensino Superior, cujo objetivo é conhecer o entendimento que estudantes do curso de medicina de uma IES paranaense têm sobre os Cuidados Paliativos durante sua formação. Identificar quais são as propostas para o ensino em Cuidados Paliativos na graduação em medicina, o conhecimento sobre as competências autodeclaradas pelos estudantes em situações clínicas em fim-de-vida e suas preocupações frente a certas decisões. Analisar o sentimento sobre a morte que os estudantes manifestam. Classificar o grau de importância dos Cuidados Paliativos no ensino do curso de medicina, na visão do próprio estudante, e assim elucidar quais lacunas precisam ser preenchidas para a oferta de um ensino de qualidade que proporcione melhorias na prestação dos serviços.

Sua participação será em responder um questionário a respeito do tema Cuidados Paliativos na formação acadêmica. E o resultado da pesquisa apontará para o conhecimento e a importância do tema pelos estudantes da IES pesquisada.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: contribuir para a busca de melhorias através das dificuldades apresentadas com a aplicação do questionário. Incentivar novas propostas e estratégias visando o fortalecimento do ensino dos Cuidados Paliativos no curso de medicina.

A pesquisa poderá apresentar como riscos a perda do anonimato e o constrangimento dos participantes perante a exposição de sua atuação como acadêmico. Estes riscos serão minimizados da seguinte maneira: a pesquisa será realizada em ambiente individual com a pesquisadora principal, ficará assegurada que, em momento algum, sua identidade será revelada, pois serão utilizados códigos na identificação, os dados serão utilizados para fins de pesquisa e os únicos que terão acesso a estes dados, que ficarão preservados por cinco anos, serão os responsáveis da pesquisa e que manterão o sigilo necessário.

Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá nenhum prejuízo na sua vida acadêmica.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Daniele Bruch, mestranda do Programa de Ensino das Ciências da Saúde nas Faculdades Pequeno Príncipe e o Professor Márcio José de Almeida, orientador do Projeto de Pesquisa, com os quais poderá manter contato pelos seguintes telefones (41)99995-0221 e (41) 99715-3471 e e-mail: dani\_bruc@yahoo.com.br e marciojalmeida2015@gmail.com.

Em caso de dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética localizado na Av. Iguaçu, 333, bairro Rebouças, telefone (41) 3310-1512, e-mail: comite-etica@fpp.edu.br. Também haverá assistência integral, garantida e imediata por parte dos pesquisadores, caso haja despesas decorrentes da pesquisa. Caso haja algum dano decorrente de sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº: 3.978.622 e este TCLE foi elaborado em duas vias.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar do mesmo, pode por favor manifestar seu consentimento?

Sim, li e foi me esclarecido todos os termos acima. Além disso, estou recebendo uma via deste termo assinado pela pesquisadora.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO

FACULDADE PEQUENO  
PRÍNCIPE - FPP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidados Paliativos: Análise Quantitativa do Conhecimento dos Estudantes em Medicina em uma Instituição de Ensino Superior

**Pesquisador:** DANIELE BRUCH

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30683120.6.0000.5580

**Instituição Proponente:** Faculdade Pequeno Príncipe

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.978.622

##### Apresentação do Projeto:

Os Cuidados Paliativos (CP) no Brasil ainda apresentam uma carência tanto na prestação dos serviços, como na formação de profissionais na área. Com a implementação de leis, a demanda por especialização tende a crescer nos próximos anos. Estudo descritivo com abordagem quantitativa e transversal. Serão questões dispostas em escala Likert, adaptada do instrumento "The development of the Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale - PEAS" de uma versão adaptada para o português, por Silva et al. e organizadas em quatro sessões. Através deste questionário será possível avaliar o nível de conhecimento dos estudantes em relação aos CP ao longo da sua formação, e qual a importância dada por eles sobre esta área de atuação no currículo de graduação em medicina da IES do Paraná. Serão entrevistados aproximadamente 150 estudantes dos últimos dois anos da graduação em medicina em uma Instituição de Ensino Superior (IES) em Curitiba – PR.

##### Critérios de Inclusão:

Estudantes da graduação em Medicina dos dois últimos anos dessa Instituição de Ensino Superior do Paraná e maiores de 18 anos.

##### Critérios de Exclusão:

Estudantes que participam do grupo de iniciação científica sobre Cuidados Paliativos, aqueles que não estiverem matriculados durante o período da coleta dos dados e aqueles que vierem transferidos de outra IES.

**Endereço:** Av. Iguaçu

**Bairro:** Rebouças

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.230-020

**Telefone:** (41)3310-1504

**E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO  
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.978.622

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Conhecer o entendimento que estudantes do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) paranaense têm sobre os Cuidados Paliativos durante sua formação.

Objetivos Secundários:

- Identificar quais são as propostas para o ensino em Cuidados Paliativos na graduação em medicina.
- Identificar o conhecimento sobre as competências autodeclaradas pelos estudantes em situações clínicas em fim-de-vida e suas preocupações frente a certas decisões.
- Analisar o sentimento sobre a morte que os estudantes manifestam.
- Classificar o grau de importância dos Cuidados Paliativos no ensino do curso de medicina, na visão do próprio estudante.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são inerentes à perda do anonimato e ao constrangimento dos participantes perante uma eventual exposição de sua atuação como acadêmico. Para minimizar e evitar tais riscos a pesquisa será realizada em ambiente individual com a pesquisadora principal. Além de disso, serão utilizados códigos para o registro dos dados e ficará assegurado que em momento algum a identidade dos participantes será revelada, uma vez que os dados serão utilizados para fins de pesquisa e, os únicos que terão acesso a estes dados serão os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa, que manterão o sigilo necessário e manterão os dados por cinco anos.

Benefícios:

Conhecimento e a importância do tema Cuidados Paliativos pelos estudantes da IES pesquisada. Contribuir para a busca de melhorias através das dificuldades apresentadas com a aplicação do questionário. Incentivar novas propostas e estratégias visando o fortalecimento do ensino dos Cuidados Paliativos no curso de medicina, e assim proporcione melhorias na prestação dos serviços.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa relevante sobre o conhecimento do entendimento que estudantes do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) paranaense têm sobre os Cuidados Paliativos durante sua formação.

**Endereço:** Av. Iguaçu

**Bairro:** Rebouças

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.230-020

**Telefone:** (41)3310-1504

**E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br



FACULDADE PEQUENO  
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.978.622

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram adequados conforme a Res. 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Recomenda-se colocar o título da pesquisa no orçamento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP da Faculdades Pequeno Príncipe, colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos considerou o protocolo de pesquisa aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1538055.pdf	13/04/2020 09:59:32		Aceito
Outros	CartaPendencias1.pdf	13/04/2020 09:49:50	DANIELE BRUCH	Aceito
Folha de Rosto	FOLHARosto.pdf	12/04/2020 22:24:43	DANIELE BRUCH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PB_PP.docx	12/04/2020 22:23:34	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	Autorizacao_02.pdf	12/04/2020 22:19:56	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	Autorizacao_01.pdf	12/04/2020	DANIELE BRUCH	Aceito

**Endereço:** Av. Iguazu

**Bairro:** Rebouças

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.230-020

**Telefone:** (41)3310-1504

**E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO  
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.978.622

Outros	Autorizacao_01.pdf	22:18:48	DANIELE BRUCH	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Confidencialidade.pdf	12/04/2020 22:16:03	DANIELE BRUCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/04/2020 22:14:06	DANIELE BRUCH	Aceito
Orçamento	Orcamento1.pdf	12/04/2020 22:11:12	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	CurriculoMarcioJosedeAlmeida.pdf	09/04/2020 16:24:34	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	CurriculoDanieleBruch.pdf	09/04/2020 16:21:15	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	INSTRUMENTOPESQUISA.docx	09/04/2020 16:16:24	DANIELE BRUCH	Aceito
Outros	CheckList.pdf	09/04/2020 16:15:13	DANIELE BRUCH	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/04/2020 15:59:52	DANIELE BRUCH	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 17 de Abril de 2020

Assinado por:

Maria Cecília Da Lozzo Garbelini  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Iguaçu

**Bairro:** Rebouças

**CEP:** 80.230-020

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3310-1504

**E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br