



Centro Universitário de Brasília - CEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES  
Curso de Bacharelado em Medicina

**JÚLIA COELHO NAPPO**

**CONCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**BRASÍLIA**

**2022**

**JÚLIA COELHO NAPPO**

**CONCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina pela Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, do Centro Universitário de Brasília (CEUB).  
Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Tayana Augusta de Carvalho Neves Vasques.

**BRASÍLIA**

**2022**

**JÚLIA COELHO NAPPO**

**CONCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina pela Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, do Centro Universitário de Brasília (CEUB).  
Orientadora: Dra. Professora Tayana Augusta de Carvalho Neves Vasques.

Brasília, 18 de Outubro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tayana Augusta**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Benevides Ferreira**

---

**Prof. Dr. Allan Eurípedes Rezende Napoli**

**Dedicatória**

Dedico este trabalho à todos os pacientes que já passaram por mim nessa trajetória, e me ensinaram um pouquinho da medicina e de si mesmos. Dedico também à todos os pacientes que ainda virão, para que eles possam ser cuidados além de tratados, ouvidos e amparados da melhor forma possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Universo, por sempre amparar cada passo que eu dou.

Agradeço aos meus pais, pelo suporte diário durante todos esses anos de curso, e também antes de a medicina ser uma realidade para mim.

Agradeço à Dr<sup>a</sup> Tayana, professora orientadora deste trabalho, sem a qual esta pesquisa não seria possível.

Agradeço à Gabi, Humberto e Renato, os primeiros revisores deste trabalho, que me deram mil e um palpites cada, de melhorias aqui e acolá.

E agradeço à Gabi e Renato, por terem me ajudado a segurar as pontas em tantos momentos, quando a ansiedade parecia ser grande demais.

## RESUMO

A concepção de morte sofreu diversas alterações através dos séculos. Inicialmente encarada como parte do curso natural da vida, que, na maioria das vezes ocorria no âmbito domiciliar, esse processo foi progressivamente transportado para os hospitais e afastado da realidade, tanto doméstica quanto educacional e social. Assim, pouco a pouco a morte se tornou assunto proibido e intocado e, apesar de ser uma condição indubitável da existência, as incertezas que permeiam o morrer frequentemente assustam e intimidam profissionais, pacientes e seus familiares. Em meados do século XX, Cicely Saunders propôs uma forma de cuidado diferenciada, que abraçava a morte como o desenrolar natural da vida e acolhia doentes que passavam por esse processo, suas dores físicas, emocionais, sociais e espirituais, denominada Cuidados Paliativos (CP). Contudo, apesar da ascensão desse novo modelo de assistência, a realidade da maioria das escolas médicas brasileiras ainda é valorizar o pragmatismo tecnológico e a objetividade do cuidado em detrimento da subjetividade do paciente, sua espiritualidade, seus medos, desejos e angústias. Dessa forma, o presente trabalho objetivou analisar a noção dos estudantes de medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) acerca de Cuidados Paliativos e o ganho de conhecimento sobre o tema ao longo da graduação, assim como o papel da faculdade como meio facilitador para a aquisição de tais conhecimentos, o nível de interesse dos estudantes com relação à CP, e a percepção destes quanto à inclusão da espiritualidade do paciente na prática médica. Para isso, um questionário elaborado pelas autoras foi distribuído aos alunos do primeiro, terceiro e sexto ano de medicina da universidade em questão com posterior análise de dados, o que permitiu avaliar se o contexto da faculdade analisada corresponde ou não a um microcosmos da realidade nacional.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Educação médica; Morte com dignidade; Tanatologia

## ABSTRACT

The concept of death has suffered several changes over the centuries. Initially seen as a natural course of life, something that used to happen at home, this process was progressively transported to hospitals and removed from reality, domestic, educational and social. Thus, after some time, death became a forbidden and untouched subject, which, despite being an undoubted condition of existence, the uncertainties that involves the process of dying often frighten and intimidate professionals, patients and their families. In the mid-twentieth century, Cicely Saunders proposed a different form of care, which embraced death as the natural course of life and welcomed patients who went through this process, their physical, emotional, social and spiritual pain, called Palliative Care (PC). However, despite the rise of this new care model, the reality of most Brazilian medical schools is still valuing technological pragmatism and objectivity of care and forgetting about the patient's subjectivity, their spirituality, their fears, desires and anxieties. Thus, the present work aimed to analyze the notion of medical students at the Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) about Palliative Care and the gain of knowledge on the subject during graduation, the role of the faculty as a facilitator for the acquisition of such knowledge, the students' level of interest in PC, and their perception about including the patient's spirituality in medical practice. For this, a questionnaire prepared by the authors was distributed to students of the first, third and sixth year of medicine at that university with subsequent data analysis, which allowed us to assess whether or not the context of the analyzed faculty corresponds to a microcosm of the national reality.

**Keywords:** Palliative Care; Medical education; Death with dignity; Thanatology

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
1.1 Objetivos	9
1.2 Hipótese	10
1.3 Metodologia	11
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>13</b>
2.1 Princípios dos Cuidados Paliativos	14
2.2 Indicação de Cuidados Paliativos	16
2.4 Cuidados Paliativos na pediatria	24
2.5 Aspectos legais	25
2.6 Diretivas antecipadas de vontade (DAV)	27
2.7 Âmbitos dos Cuidados Paliativos	29
2.8 Espiritualidade na prática médica	32
2.9 A formação médica e os Cuidados Paliativos	34
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil vive, hoje, um processo de transição epidemiológica e demográfica caracterizado por um aumento da incidência de doenças crônicas e um crescimento da população idosa (SANTOS, *et al.*, 2018). Esse cenário se correlaciona diretamente com o avanço tecnológico e terapêutico da medicina ocorridos desde o século XIX, que proporcionou que muitas das enfermidades antes tidas como fatais, passassem a ter tratamentos estabilizadores de doença, possibilitando assim, um aumento da longevidade dos pacientes (CARVALHO, *et al.*, 2012). Essa conjuntura, por sua vez, contribui ainda mais para a ocorrência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis na população (SOUZA *et al.*, 2015). Tal realidade, somada ao progresso nas técnicas de suporte de vida no âmbito hospitalar, acabam por gerar uma ilusão dentro do meio médico, de que a morte e o processo de morrer são eventos passíveis de serem controlados (COSTA; ROCHA, 2017).

Entretanto, a despeito de todos os esforços, a morte continua sendo a certeza inexorável da vida e, incoerentemente, os médicos continuam sendo treinados para ludibriá-la a todo custo, e buscar obstinadamente pela cura do paciente (CARVALHO, *et al.*, 2012).

Foi em contraposição à esse modelo de assistência superficial e limitado que surgiu, em meados do século passado, o conceito de Cuidados Paliativos, uma forma de cuidado abrangente, que levava em consideração além das medidas técnicas e terapêuticas adequadas para o melhor diagnóstico e tratamento do paciente, as dimensões mais singulares da experiência do indivíduo com a doença, seus medos, expectativas, preocupações, e a relação com a família (SBP, 2017).

### 1.1 Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina dos ciclos básico, clínico e internato do Centro Universitário de Brasília (CEUB) sobre Cuidados Paliativos e a evolução da compreensão dos acadêmicos acerca do tema no decorrer da graduação médica.

Como objetivos secundários do trabalho, tem-se:

1. Avaliar o grau de envolvimento da instituição de ensino em incentivar discussões a respeito de CP a partir da percepção dos acadêmicos.
2. Analisar o nível de interesse dos estudantes de medicina com relação à CP e correlacionar com a curva de aprendizado referente a CP adquirida durante a graduação.

3. Verificar a percepção dos estudantes quanto à abordagem da espiritualidade na prática médica.
4. Traçar um panorama da compreensão dos alunos de medicina a respeito de Cuidados Paliativos.

## 1.2 Hipótese

A morte é condição intrínseca a tudo que tem vida. Apesar de isso ser uma verdade irrefutável, com o passar dos séculos, o avanço tecnológico na área da saúde e as inúmeras técnicas que foram capazes de prolongar a vida, a morte e os enfermos foram transferidos para os hospitais, e esse fenômeno, cada vez mais, afastado do cotidiano extra-hospitalar (COSTA; ROCHA, 2017).

De um modo geral, a formação médica brasileira tende a valorizar a objetividade do cuidado e os métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto os aspectos subjetivos do estar doente, da terminalidade da vida e da morte são desconsiderados no ensino, deixando falhas na educação dos profissionais (ARRIEIRA et al., 2018).

Isso posto, Batista, 2019 avaliou o currículo das 50 melhores escolas de medicina do Brasil, com o objetivo de verificar quantas delas ofereciam disciplinas, obrigatórias ou não, que abordavam temas referentes à tanatologia. A pesquisa utilizou o Ranking das melhores escolas de medicina realizado pela Folha de São Paulo em 2017, e o que se constatou na época, foi que quase metade das instituições analisadas (46%) não tinham na grade curricular nenhuma disciplina que envolvesse o ensino da tanatologia e apenas 32% apresentavam matérias obrigatórias, mas que apenas tangenciavam a temática.

Como se pode observar, a formação médica do Brasil ainda deixa a desejar quando se refere a temas subjetivos. A experiência da pessoa em estar doente, seus sentimentos, a forma como isso repercute nos familiares e as diversas estratégias que os indivíduos encontram para lidar com a terminalidade da vida são pouco debatidas durante a faculdade e os profissionais se graduam com lacunas de conhecimento (ARRIEIRA et al., 2018).

Como hipótese deste trabalho, tem-se que o pouco conhecimento e a insegurança dos profissionais de saúde ao lidar com a terminalidade da vida, espiritualidade e a subjetividade dos pacientes com doenças ameaçadoras à vida se correlacione com o ensino deficitário de Cuidados Paliativos durante a formação médica. Ainda, outro fator que pode contribuir para o entendimento escasso desses temas é o pouco interesse dos estudantes de medicina com relação a assuntos mais subjetivos.

### 1.3 Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa – uma vez que analisa variáveis que não são quantificáveis, como crenças, valores e compreensão dos entrevistados a respeito do tema explorado (MINAYO, 2001) –, de delineamento transversal, definido como estudo epidemiológico no qual os dados referentes à exposição a um evento e o desfecho são compilados simultaneamente (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Neste trabalho, a exposição dos estudantes de medicina à conteúdos referentes a CP e o conhecimento destes a respeito do tema foram observados em um mesmo momento no tempo.

A população elegida para análise da pesquisa foram os estudantes do primeiro, terceiro e sexto ano de medicina do CEUB. Foram escolhidos os respectivos anos da graduação para viabilizar a avaliação referente à aquisição de conhecimentos sobre a temática de Cuidados Paliativos durante a faculdade.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário online (Apêndice A), elaborado pelo Google Forms. A escolha da ferramenta ocorreu devido à facilidade de manuseio durante a formulação das questões, à possibilidade de criar perguntas subjetivas e objetivas e à acessibilidade ampla a esse instrumento, importante para a distribuição eficiente do questionário. O formulário foi elaborado pelas pesquisadoras, baseado em outros documentos semelhantes, de (FRIZZO *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2017; ORTH *et al.*, 2019). No total, foram 29 perguntas, sendo uma discursiva e as demais objetivas, que englobaram questões de cunho sociodemográfico, questões sobre a percepção da morte pelos entrevistados, sobre os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, noção dos discentes de medicina quanto às Escalas de Performance, às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), à importância da espiritualidade na prática médica e a participação da faculdade de medicina em incluir o tema na formação médica.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CEUB em 19 de maio de 2022, e aprovado sob o parecer 5.483.169 em 22 de junho de 2022. Após aprovação, o link referente ao questionário foi disponibilizado para grupo de estudantes que seria avaliado, e aqueles que concordaram em participar da pesquisa, foram direcionados para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), e somente após, foi liberado o acesso ao referido formulário. As informações coletadas foram mantidas confidenciais e as respostas, dadas de forma anônima.

Critérios de inclusão: ser aluno de medicina do primeiro, terceiro ou sexto ano do CEUB, consentir em responder o questionário e ter idade maior ou igual a 18 anos.

Critérios de exclusão: estudantes que não concordaram em preencher o TCLE, ou que não preencheram o item referente ao ano da faculdade cursado no momento da pesquisa.

Após a devolução dos formulários, os dados coletados foram transportados para o *software* Microsoft 365 Excel, onde foram analisados e comparados de acordo com a frequência de aparecimento entre os anos de curso. Isso permitiu avaliar a frequência das respostas entre os grupos, e assim, verificar se a compreensão dos acadêmicos de medicina tem ou não relação direta com o ano da graduação cursado no momento da pesquisa e se tal compreensão apresenta ganho conforme o avançar dos anos de graduação.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É uma verdade universalmente conhecida que a morte é um processo natural e intrínseco a tudo que tem vida. Apesar disso, ela ainda se configura como um dos grandes tabus da sociedade ocidental contemporânea. Segundo Zaidhaft (1990 apud MELLO; SILVA, 2012), no Renascimento, a evolução dos estudos de anatomia permitiu que houvesse uma mudança na concepção de doença, que seria caracterizada por um prejuízo da função fisiológica do corpo. Por essa linha, a morte decorreria de uma falha não remediada do organismo, e, conseqüentemente, a eliminação dessa falha seria capaz de evitar a morte e levar à cura. Tal raciocínio, tecido séculos atrás, foi tido como uma espécie de máxima da medicina por anos, e ainda tem uma forte influência na atualidade.

Com o avanço da ciência nos séculos XIX e XX e o aperfeiçoamento terapêutico das doenças nesse período, muitos dos males antes tidos como fatais, adquiriram a possibilidade de cura, e quando não, de um tratamento estabilizador de doença. Assim, a evolução tecnológica converteu vários desses agravos em doenças crônicas, aumentando a longevidade dos pacientes (CARVALHO *et al.*, 2012), e modificando também a percepção do morrer. O evento da morte foi afastado do âmbito domiciliar e transferido majoritariamente para o contexto hospitalar, ambiente que, por ser repleto de artifícios tecnológicos capazes de prolongar o tempo de vida dos pacientes, propiciou o emprego de inúmeras medidas obstinadas, que tinham como finalidade retardar a morte (BATISTA, 2019).

Essa busca incansável pela cura e o avanço da tecnologia na saúde contribuíram ainda mais para a negação da morte e o afastamento desta do cotidiano (ORTH *et al.*, 2019). Esse processo passou então a ser visto como algo temido e indesejado, antinatural, que deveria ser evitado a todo custo (MELLO; SILVA, 2012).

Assim, a dimensão humana da pessoa que se encontra doente passou a ser ignorada e esta, a ser submetida a inúmeras técnicas terapêuticas e abordagens inadequadas, visando unicamente a recuperação do funcionamento bioquímico do corpo, na tentativa de impedir a morte a todo custo (CARVALHO *et al.*, 2012). Tal modelo de abordagem fica aquém das múltiplas dimensões que compõem a vida de um indivíduo, seus desejos, medos, sonhos, e ainda mais considerando-se os novos aspectos e preocupações que surgem nesse momento da vida: a sensação de vulnerabilidade e fragilidade, a angústia, o sofrimento e o medo com relação ao futuro, que vão além da presença de sintomas físicos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e posteriormente médica, ao questionar esse modelo de assistência tecnicista e superficial, introduziu e idealizou, em meados do

século XX, a concepção atual que se tem sobre Cuidados Paliativos (CP) – uma abordagem mais integral dedicada aos pacientes em fase final de vida, focada no alívio da dor e do sofrimento, e nas diversas facetas que permeiam a vida de um indivíduo, intrínsecas à condição humana – (CARVALHO *et al.*, 2012).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou a definição de Cuidados Paliativos, considerando-o uma forma de cuidado integral e multiprofissional, que visa proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, o alívio e prevenção da dor, dos sintomas físicos e do sofrimento - seja ele espiritual, social, psíquico - diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, que tem como foco de cuidado o paciente e também a família, inclusive na fase de luto.

Inicialmente voltados para o cuidado de pacientes com câncer em fase avançada de doença e seus familiares, hoje entende-se que os Cuidados Paliativos sejam benéficos a todos os pacientes que possuam doenças crônicas ameaçadoras à vida, assim, atualmente, essa modalidade de cuidado abraça também outros diagnósticos (SANTOS *et al.*, 2018).

## **2.1 Princípios dos Cuidados Paliativos**

Como dito anteriormente, os Cuidados Paliativos são uma forma diferenciada de ministrar os cuidados a pacientes que se encontrem com doenças que ameacem a continuidade da vida, englobando além dos aspectos físicos, as dimensões espirituais, psicológicas e sociais (RIBEIRO *et al.*, 2019). Esses fatores compõem o indivíduo na sua totalidade e desempenham importante papel na experiência do estar doente, além de repercutirem na forma como a família lida com a finitude da vida de um ente querido (SBP, 2017).

Por esse motivo, pela complexidade dos seres humanos e suas subjetividades, é tão importante integrar todos esses âmbitos no cuidado. Para orientar a conduta em Cuidados Paliativos, e garantir que estes sejam adequadamente colocados em prática, foram estabelecidos os Princípios dos Cuidados Paliativos (CARVALHO *et al.*, 2012):

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis:
  - Utilizar os conhecimentos técnicos e científicos para o melhor manejo farmacológico ou não farmacológico da dor e dos demais sintomas. Além da dor, pacientes em CP frequentemente apresentam outras manifestações clínicas, como cansaço, náusea, vômitos e diarreia, que devem ser adequadamente tratados (RIBEIRO *et al.*, 2019).

2. Afirmar a vida e considerar a morte um processo natural da vida:
  - Retomar a morte como um processo natural e esperado diante de uma doença que ameace a continuidade da vida. A medicina ocidental foi talhada por séculos com a premissa de que o objetivo final da atuação médica era evitar a morte a todo custo. Entendê-la como parte do desenvolvimento normal da vida é fundamental para proporcionar o amparo adequado aos pacientes que se encontrem nesse momento.
3. Não acelerar nem adiar a morte:
  - Conhecer a história natural da doença, os momentos de estabilidade clínica e de agravamento do quadro, entender e respeitar o tempo de cada um e tomar a melhor decisão possível com relação às medidas terapêuticas. Isto é, proporcionar uma morte digna ao paciente, ocorrida no momento certo, com adequado manejo de todos os sintomas e angústias que permeiam a realidade de quem enfrenta a terminalidade da vida (KÓVACS, 2014).
4. Integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente:
  - A experiência do paciente com a doença e as perdas muitas vezes sofridas nesse processo (autonomia, emprego, segurança, respeito) afetam diretamente o curso da doença e a magnitude dos sintomas. Validá-las e dar a devida atenção a essas questões é capaz de tranquilizar o paciente, além de contribuir para seu bem estar.
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte:
  - Proporcionar a assistência necessária para que os pacientes mantenham atividades de lazer ou até alguma ocupação laboral, por exemplo, permite que ele viva da melhor forma possível dentro das possibilidades, e não apenas sobreviva.
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto:
  - Quando uma pessoa adoece, todo o seu núcleo familiar também sofre. Esse sofrimento deve ser validado e acolhido da melhor forma possível, inclusive no momento de luto. Os CP, além de abordarem o paciente de forma holística, também tem a família como foco do cuidado, que deve ser amparada em todos os momentos, inclusive no luto (WHO, 2002).

7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto:
  - Os Cuidados Paliativos exigem essencialmente uma abordagem multiprofissional e cabe a toda a equipe oferecer suporte e conforto ao paciente e aos familiares.
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença:
  - Cuidar do paciente como um todo, composto por processos físicos, químicos, psicológicos e espirituais, honrando suas vontades e necessidades pode prolongar e oferecer maior qualidade de vida a esses pacientes.
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com 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:
  - Preferencialmente, os Cuidados Paliativos devem ser introduzidos no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, junto com a terapêutica curativa. A introdução precoce dos CP parte do pressuposto de que várias questões que surgem no final da vida têm sua origem na fase mais inicial da doença, além de que nesse momento, muitas delas são mais fáceis de manejar (SEPÚLVEDA *et al.*, 2002).

## **2.2 Indicação de Cuidados Paliativos**

Segundo a WHO (2002), os Cuidados Paliativos devem ser abordados no cuidado de todos os pacientes portadores de doenças crônicas e potencialmente fatais, de preferência, desde o diagnóstico. Isso se baseia na hipótese de que muitas das adversidades enfrentadas pelos pacientes na fase final de vida são originadas mais precocemente no curso da doença. Portanto, na ocasião da detecção precoce de um agravo crônico e ameaçador à vida, já se deve iniciar a introdução de Cuidados Paliativos, para melhor assistência tanto do paciente como da família (SBP, 2017).

Todavia, ainda não há, no Brasil, profissionais e serviços treinados para abordagem em Cuidados Paliativos suficientes para suplantarem a necessidade de todos os pacientes que seriam elegíveis para receberem tal cuidado. Baseado nisso, foram desenvolvidos critérios de elegibilidade para indicação de Cuidados Paliativos, em que uma das categorias mais analisadas é a que diz respeito ao prognóstico do tempo de vida do paciente. Para auxiliar

nessa avaliação, foram criadas as Escalas de Performance, com o objetivo de quantificar a perda funcional do indivíduo e estabelecer uma "correlação prognóstica", padronizando a avaliação clínica (CARVALHO *et al.*, 2012).

Algumas das escalas que podem ser utilizadas com essa finalidade são a Escala de Performance de Karnofsky, exemplificada no quadro 1, que foi elaborada em 1940, com o intuito de auxiliar a avaliação de pacientes oncológicos – permitia o registro da evolução clínica destes, e sua capacidade ou não de realizar atividades diárias –; a Escala de Performance Paliativa (PPS), ilustrada no quadro 2, desenvolvida em 1996 e adaptada para o acompanhamento de pacientes em Cuidados Paliativos, que leva em consideração a capacidade de deambular, de realizar autocuidado, o quanto que a doença interfere na realização de atividades diárias, a ingestão e o nível de consciência do paciente (CARVALHO *et al.*, 2012); e a Escala de Performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), mostrada no quadro 3, mais simples que as demais e amplamente utilizada no Brasil, e possui equivalência com a Escala de Karnofsky (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Quadro 1 - Escala de Performance de Karnofsky

<b>Escala de Performance de Karnofsky</b>	
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos.
60%	Necessita de assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria de seus cuidados pessoais.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais. Mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado.
10%	Moribundo, morte iminente.

Fonte: (CARVALHO *et al.*, 2012)

Quadro 2 - Escala de Performance Paliativa

<b>%</b>	<b>Deambulação</b>	<b>Atividade e evidência de doença</b>	<b>Autocuidado</b>	<b>Ingesta</b>	<b>Nível de Consciência</b>
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; com alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapacitado para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: (CARVALHO *et al.*, 2012). Traduzido e adaptado de Victoria Hospice Society. J Pall Care 9 (4): 26-32.

Tradução oficial, com referência no link: [http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps\\_portuguese.pdf](http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese.pdf).

Quadro 3 - Escala de Performance ECOG

Escala de Performance ECOG		
Grau	Descrição	Equivalência Karnofsky
0	Completamente ativo, capaz de realizar todas as suas atividades, sem restrição	90 - 100%
1	Restrição a atividades rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária	70 - 80%
2	Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que está acordado	50 - 60%
3	Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que está acordado	30 - 40%
4	Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira	< 30%

Fonte: (RIBEIRO *et al.*, 2019)

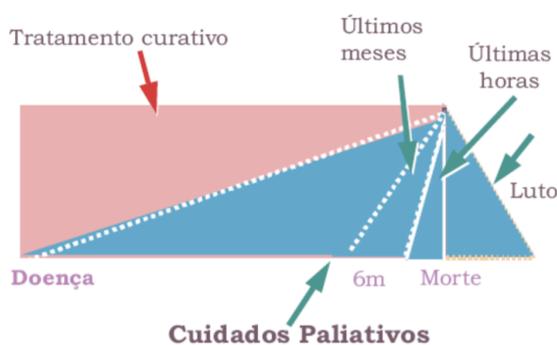
Pela Escala de Performance de Karnofsky, um índice equivalente a 70% apesar de não indicar morte iminente, já caracteriza uma perda funcional importante e, portanto, já se recomenda a introdução precoce de Cuidados Paliativos nesse momento. Um índice de 50% nessa escala indica alta probabilidade de morte em 6 meses, conseqüentemente, ocasião em que os CP são fortemente recomendados; a Escala de Performance Paliativa (PPS), elaborada para avaliação diária de pacientes internados, em cuidado domiciliar e também ambulatorial, permite um melhor acompanhamento da evolução da doença nesses casos, e como resultado, facilita o início da abordagem paliativa no momento adequado (CARVALHO *et al.*, 2012). Pela Escala de Performance ECOG, pacientes com restrição à realização de atividades rigorosas (Grau 1) já teriam indicação de CP precoce, e aqueles que se encontram confinados ao leito mais de 50% do tempo em que estão acordados, teriam alta probabilidade de morte em 3 meses, logo, também seriam elegíveis para CP (RIBEIRO *et al.*, 2019).

### 2.3 Relação entre Cuidados Paliativos e terapêutica curativa/controla dos sintomas

Os Cuidados Paliativos configuram uma forma de cuidado abrangente, que promove o conforto do paciente e alívio dos sintomas e do sofrimento, sejam eles físicos, espirituais, sociais. Contudo, ir além da objetividade do cuidado médico não implica ignorá-la e passar a tratar apenas o sofrimento espiritual, emocional e social. A abordagem ampla dos CP engloba a concomitância com o tratamento curativo em um primeiro momento, o controle dos sintomas físicos dos pacientes, e a promoção de uma melhor qualidade de vida (SBP, 2017).

A figura 1 ilustra como deveria ocorrer a introdução dos Cuidados Paliativos como estratégia de cuidado a um paciente: os CP deveriam ser iniciados na ocasião da detecção precoce de um agravo crônico e ameaçador à vida de forma simultânea à terapêutica curativa. Com a progressão da doença, haveria uma transição gradual do foco do cuidado, em que o conforto e o alívio do sofrimento teriam ênfase cada vez maior em relação ao tratamento curativo. A assistência paliativa se estenderia também para o momento pós morte do paciente, oferecendo o suporte necessário aos familiares também no luto (RIBEIRO et al., 2019). Essa fase do atendimento em Cuidados Paliativos pode acontecer de várias formas, Moraes e Kairalla (2010) apontam três maneiras de oferecer o cuidado à família nestas circunstâncias: chamada telefônica, para expressar os sentimentos e ser um canal de desabafo para a família, ida de um membro da equipe ao velório ou até o envolvimento dos familiares em eventos viabilizados pela equipe de CP.

Figura 1 - Evolução dos Cuidados Paliativos



Fonte: (RIBEIRO et al., 2019)

A adequação do esforço terapêutico, que se faz presente na realidade dos CP diz respeito a uma espécie de "ajuste de conduta". Evita-se a realização de procedimentos obstinados, que prolonguem a existência do paciente em detrimento da qualidade de vida, e

investe-se em tratamentos que melhorem as condições do paciente, aliviem a dor e outros sintomas (SBP, 2017). Entretanto, ao contrário do que se pode pensar, adequar o esforço terapêutico não significa menosprezar os sintomas físicos, eles devem ser manejados para que se proporcione melhor qualidade de vida aos pacientes, em concordância com o primeiro Princípio dos Cuidados Paliativos "Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis" (CARVALHO *et al.*, 2012).

Além disso, Ribeiro *et al.* (2019) colocam que pacientes que estejam em CP podem sim se favorecer de medidas prolongadoras de vida, como administração de antibióticos, correção de distúrbios eletrolíticos, uso de drogas vasoativas, contanto que haja possibilidade de reversão do quadro agudo e a realização de tais intervenções corroborem os anseios e valores do paciente.

Dessa forma, os sintomas dos pacientes devem ser regularmente avaliados, seja na admissão, nas evoluções, nas consultas ou nas visitas domiciliares. Para facilitar essa avaliação, foi desenvolvida a ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - Canadá), exemplificada no quadro 4, que inclui 10 sintomas subjetivos e objetivos mais prevalentes na fase final de vida, aos quais o paciente deve atribuir uma intensidade a cada um deles, variando de zero a dez. Outro sintoma que incomode o paciente e por ventura não esteja na escala, pode ser adicionado ao preenchimento desta (CARVALHO *et al.*, 2012).

Quadro 4 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton-Canadá (ESAS)

<b>Avaliação de sintomas</b>	
Paciente:	Registro:
Preenchido por:	Data:
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)	
Sem DOR =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior dor possível
Sem Cansaço =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior cansaço possível
Sem Náusea =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior náusea possível
Sem Depressão =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior depressão possível
Sem Ansiedade =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior ansiedade possível
Sem Sonolência =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sonolência possível
Muito Bom Apetite =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior apetite possível
Sem Falta de Ar =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior falta de ar possível
Melhor sensação de =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sensação de bem estar possível
Outro problema =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 =

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.  
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

Todas as queixas devem ser adequadamente manejadas de acordo com a melhor evidência possível e o melhor benefício para o paciente, sempre levando-se em consideração a dimensão humana daquele que se encontra doente e também da família, respeitando seus costumes, crenças religiosas, desejos. Isso melhora a comunicação, facilita a abordagem dos sintomas, o estabelecimento de um plano terapêutico que abarque as necessidades específicas daquele paciente e o apoio à família na fase de luto (HARMAN *et al.*, 2020).

Ainda segundo Harman *et al.* (2020), alguns cuidados gerais podem ser realizados em pacientes que se encontram em fase final de vida, como permitir alimentação via oral, se o paciente preservar a capacidade de deglutir sem broncoaspirar, permitir o contato próximo com a família, ainda que o paciente se encontre em leito hospitalar e evitar procedimentos invasivos. Outras condutas também podem incluir a descontinuação de medicamentos não essenciais (ex.: anti-hipertensivos) para aqueles pacientes em processo ativo de morte ou até a mudança da via de administração das medicações (subcutânea, transdérmica, sublingual), para proporcionar maior conforto nessa fase da vida.

Mais especificamente, cada um dos sintomas também deve ser abordado de acordo com a melhor evidência possível e o melhor benefício ao paciente. Para a dor, por exemplo, frequentemente se administra opioides, e para o tratamento apropriado desses pacientes, deve-se fazer adequadamente a rotação de opioides e atentar para a relação de equivalência de um em relação ao outro (HARMAN *et al.*, 2020). A dispneia, pode ser controlada com medidas como oxigenioterapia, mudança de posicionamento no leito ou até com o ajuste da dose do opioide (RIBEIRO *et al.*, 2019). Náuseas, vômitos, constipação, diarreia, *delirium* e ansiedade são outros sintomas bastante comuns em pacientes que se encontram em Cuidados Paliativos. Manejá-los corretamente inclui investigar a causa, administrar o melhor medicamento para aquela ocasião – se houver benefício para o indivíduo –, incentivar a participação da família no cuidado e melhorar o ambiente em que o enfermo se encontra. Tudo isso contribui para a redução do sofrimento físico e do desconforto do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2019).

#### **2.4 Cuidados Paliativos na pediatria**

A pediatria é uma especialidade direcionada ao crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, o que, muitas vezes, faz com que a possibilidade de morte no início da vida pareça antinatural (RINCÓN *et al.*, 2008). Entretanto, a morte é uma realidade também presente na infância – ainda que em menor grau – e, por conseguinte, merece igualmente ser trabalhada nesse contexto.

Pela definição da Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), os Cuidados Paliativos devem ser "direcionados para todos os pacientes portadores de doenças ameaçadoras à vida", não fazendo distinção entre sexo, diagnóstico ou idade. A Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP (2017) coloca que os CP são adequados a "qualquer criança com doença ameaçadora à vida, que apresente ou tenha risco de sofrimento, desde o diagnóstico e devem ser oferecidos independentemente do prognóstico".

Em pediatria, outras doenças além das oncológicas requerem uma abordagem mais holística, voltada para o alívio da dor e do sofrimento dos pacientes e dos familiares, como doenças congênitas e genéticas, doenças neurológicas e neurodegenerativas, sendo, inclusive, os principais agravos relacionados à realização de CP em crianças (SBP, 2017).

Existem algumas condições de elegibilidade para o estabelecimento de Cuidados Paliativos em Pediatria (CPP), são elas: situações em que há possibilidade de cura, mas pode haver falha no tratamento curativo; necessidade de tratamento complexo e prolongado; inexistência de terapêutica curativa; condições graves e incapacitantes, sem evolução (SBP,

2017). Nesses casos, assim como funciona com pacientes adultos/idosos, os CP são iniciados juntamente com a terapêutica curativa, que progressivamente sai de foco, a depender da evolução clínica do paciente, e este se transfere para a melhoria da qualidade de tempo que a criança e a família passam juntos, e para o alívio da dor e do sofrimento de ambas as partes (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para introdução dos CPP, é essencial que haja alinhamento das expectativas da família e da equipe com relação às possibilidades e falhas terapêuticas, o prognóstico e a história natural da doença (SBP, 2017). Manter uma boa comunicação com a família é de fundamental importância no cuidado, e de igual importância é garantir essa comunicação com as crianças, tanto a que se encontra doente, como com os irmãos e outras crianças próximas (RINCÓN *et al.*, 2008).

Assim como os adultos expressam seus medos e inseguranças quando se deparam com a terminalidade da vida, as crianças passam pelo mesmo processo, mas frequentemente, criam fantasias para preencher as lacunas do desconhecido. Dessa forma, a criança enferma pode ficar imaginativa e ansiosa acerca da doença e da possibilidade de morte, e os irmãos, por exemplo, podem se sentir negligenciados pelos pais, ou culpados por sobreviverem (RINCÓN *et al.*, 2008). Acolher os sentimentos das crianças, permitir que elas exponham suas fantasias e preocupações e explicar sem floreios o que está acontecendo, utilizando linguagem adequada que garanta a compreensão delas, lhes dá segurança e oferece recursos para que elas lidem da melhor forma possível com a situação (RINCÓN *et al.*, 2008).

Investir no diálogo com a família é de suma importância para se definir os objetivos do cuidado, as possíveis intervenções a que o paciente poderá ser submetido, além de garantir que as necessidades dos pacientes e dos familiares sejam respeitadas em cada momento da doença, tendo em vista os valores e crenças dos indivíduos (SBP, 2017).

## **2.5 Aspectos legais**

Muitas vezes, no imaginário popular, as condutas no âmbito dos Cuidados Paliativos se confundem com "perda de esperança" ou com a crença de que "não há mais nada a ser feito pelo paciente", ou ainda, que "os aparelhos de seu ente querido serão desligados e ele ou ela morrerá" (SBP, 2017). No entanto, estar em Cuidados Paliativos significa, mais do que tudo, uma mudança no foco do cuidado, onde a atenção dada aos pacientes abrange todas as dimensões do que é Ser Humano, e vai além do mero controle dos sintomas físicos.

Três conceitos são de suma importância na compreensão da abordagem do paciente em CP, no manejo dos sintomas e no que é, de fato uma conduta de Cuidados Paliativos para pacientes em fase final de vida, são eles: eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia significa "boa morte", é quando se pratica uma ação com o intuito de abreviar a morte de uma pessoa e assim, cessar o sofrimento (FERREIRA, 1986). No Brasil, essa conduta é proibida pela legislação penal, pois entende-se que, no momento em que se realiza uma ação que culmina na morte de alguém – ainda que seja com a finalidade de aliviar o sofrimento –, isso configura homicídio (CARVALHO *et al.*, 2012).

A distanásia acontece quando se prolonga o processo de morrer com tratamentos inúteis, que adiam a morte e trazem consigo mais sofrimento que alívio dos sintomas. Privilegia-se a quantidade de vida em detrimento da qualidade, infringindo assim, a dignidade humana (CARVALHO *et al.*, 2012).

Já ortotanásia, significa uma morte digna, ocorrida no momento certo, com adequado manejo dos sintomas físicos, psíquicos, espirituais, sociais (KÓVACS, 2014). É dar o amparo necessário ao paciente, mas deixá-lo morrer, em condições em que há impossibilidade de cura, irreversibilidade do quadro ou inevitabilidade da morte. Ou seja, situações em que o auxílio médico nada mais faria além de prolongar uma existência sem vida (CARVALHO *et al.*, 2012).

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 1805/200616, que foi a primeira a legitimar a prática da ortotanásia "É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal."

Três anos mais tarde, em 2009, o CFM atualizou o Código de Ética Médica (CEM), acrescentando tal deliberação acerca da ortotanásia, desaprovando a distanásia e também a eutanásia (CARVALHO *et al.*, 2012). No Capítulo I, que dispõe sobre os Princípios Fundamentais, o CEM traz a seguinte resolução legitimando a ortotanásia (BRASIL, 2009)

Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (BRASIL, 2009, p.31)

Já o Capítulo V do CEM versa sobre a relação com pacientes e familiares e proíbe a prática da eutanásia, quando discorre no artigo 41: "É vedado ao médico - Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal". O CEM coloca ainda, em

continuidade a esse raciocínio, a seguinte proposição vetando a prática da distanásia (BRASIL, 2009)

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (BRASIL, 2009, p.39)

Assim sendo, nota-se que atualmente o Conselho Federal de Medicina condena as práticas da eutanásia e da distanásia, e valida a ortotanásia, em consonância com a Constituição Federal. Tais deliberações, realizadas pela versão do CEM de mais de uma década atrás, permanecem em vigor nas últimas atualizações desse documento.

## **2.6 Diretivas antecipadas de vontade (DAV)**

É comum que no atendimento em saúde os profissionais se deparem com vários dilemas éticos, que acabam por se tornar grandes desafios na prática clínica. Como exemplo, existe a clássica questão de realizar ou não transfusão sanguínea em um paciente que necessita, mas a religião não permite; ou seguir a vontade do paciente – quando este já não responde por si –, mesmo que isso signifique ir contra os desejos dos familiares. Com a finalidade de guiar as condutas em saúde à luz da ética, surgiram os princípios da bioética (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Esses preceitos consistem em quatro conceitos básicos. A beneficência, que significa promover o bem ao mesmo tempo em que se tenta reduzir da melhor forma possível os riscos aos quais o paciente será submetido (SILVA FILHO, 2017); a não maleficência, que seria evitar ao máximo expor o paciente a riscos, diminuindo assim, os possíveis danos à saúde; a autonomia, que diz respeito à soberania de cada um sobre si, ao direito que se tem de decidir o que é bom para si próprio (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005) e a justiça, caracterizada pela equidade. Por esse princípio, medidas diferentes devem ser adotadas para a abordagem de pessoas diferentes, uma vez que cada uma tem as próprias necessidades (SILVA FILHO, 2017).

As condutas preconizadas em CP conversam com os princípios da bioética em diversos momentos. Ao se estimular a ortotanásia, por exemplo, permite-se que a morte ocorra em seu devido tempo, oferecendo todo o amparo necessário ao paciente e o manejo adequado de todas as suas demandas (KÓVACS, 2014), dessa forma, proporciona-se o melhor para o paciente naquele momento, promove-se o bem, fazendo valer o princípio da beneficência. Ao se realizar a distanásia, posterga-se a morte do paciente, muitas vezes,

utilizando-se para isso, de procedimentos terapêuticos obstinados, o que acaba por prolongar o sofrimento (CARVALHO et al., 2012). Portanto, repudiá-la seria minimizar os danos a que o paciente é submetido, o que se enquadraria no princípio da não maleficência. Ao se oferecer os Cuidados Paliativos apropriados aos pacientes que já não se beneficiam da terapêutica curativa, aplica-se a justiça, uma vez que, como dito anteriormente, esse pilar se baseia em tratar os iguais como iguais e os diferentes como diferentes, ou seja, viabilizar que o manejo de cada paciente seja voltado para as possibilidades e necessidades individuais. Onde se encaixaria então o princípio da autonomia, quando se diz respeito a pacientes que perderam a capacidade de expressar suas vontades?

Como forma de solucionar essa demanda pela preservação da autonomia do paciente, surgiu, nos EUA, em meados do século XX, a ideia das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que tinham como objetivo validar o direito do paciente de decidir sobre procedimentos a que desejava ou não ser submetido em fase final de vida (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019). As DAV consistem em um instrumento elaborado pelo paciente maior de idade – quando em total domínio de suas condições mentais – que contém o registro escrito de suas vontades, princípios e tratamentos que deseja ou não receber em situações de fim de vida, além da nomeação de um procurador para cuidados de saúde (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

O principal objetivo desse documento é orientar a conduta médica quando o paciente não puder mais se comunicar e, portanto, estiver incapaz de participar das decisões acerca das medidas terapêuticas a que será submetido. Dessa forma, a ideia é que o fato de deixar os desejos da pessoa registrados possibilite que estes sejam respeitados o máximo possível durante a vida (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Como as DAV são a manifestação das vontades do paciente, elas podem ser alteradas a qualquer momento por este, para que a correspondência entre o registro escrito e os desejos do enfermo seja mantida. Porém, caso isso não ocorra, as Diretivas entram em vigor no momento em que o paciente perde a capacidade de responder por si próprio (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019).

Em 2012, o CFM publicou a Resolução nº 1995/2012, que deliberava sobre as DAV, ressaltando a importância de registrá-las em prontuário e respaldando o médico a seguir a conduta expressa pelo paciente, quando este não for mais capaz de decidir sobre seu plano de cuidados. Destacava também, que as DAV podem nortear a conduta médica ainda que o desejo dos familiares seja diferente do expresso pelo paciente, contanto que não fira os princípios que regem o Código de Ética Médica.

Segundo Monteiro e Silva Junior (2019), até então não há, no Brasil, legislação que valide a implementação das Diretivas Antecipadas de Vontade. Isso dificulta a efetivação da prática, pois a população pode contestar a legalidade do documento e os médicos podem não se sentir seguros em cumprir a vontade do paciente por falta de amparo legal (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Sendo assim, se as DAV são formuladas, mas as orientações que nelas constam não são seguidas, a produção de tal documento não tem eficácia alguma, não cumpriu com seu propósito. Para fazer valer a autonomia do paciente, sem o amparo da legislação, seria preciso garantir que os desejos descritos neste instrumento fossem cumpridos, através, por exemplo, da formalização do documento em um cartório de notas (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

## **2.7 Âmbitos dos Cuidados Paliativos**

Os Cuidados Paliativos podem ocorrer em vários modelos de atenção à saúde, seja hospitalar, ambulatorial ou domiciliar (SOUZA *et al.*, 2015). Independentemente do local em que forem prestados, os CP seguem os mesmos princípios que os fundamentam: proporcionar ao paciente alívio da dor e do sofrimento, seja ele físico, psíquico, social ou existencial, dar o devido apoio aos familiares, inclusive no momento de luto, e contar com uma equipe multiprofissional, para adequado manejo do paciente e de suas necessidades nessa fase da vida (CARVALHO *et al.*, 2012).

Várias modalidades de assistência podem comportar o atendimento em CP. No âmbito hospitalar, por exemplo, o atendimento em CP pode ocorrer na forma de Grupo Consultor, que seria uma equipe especializada que oferece consultoria em CP a outras especialidades do hospital, ou na forma de uma enfermaria própria de Cuidados Paliativos, que funcionaria como clínica de uma especialidade dentro do hospital, mas capaz de proporcionar maior conforto aos familiares e ao doente e maior tolerância com relação às regras hospitalares (CARVALHO *et al.*, 2012).

Contudo, os CP não ficam restritos à ala hospitalar destinada a enfermaria. Ribeiro *et al.* (2019) colocam que no departamento de emergência vários pacientes também poderiam se beneficiar de cuidados paliativos, como aqueles com doença grave e incurável, aqueles cuja morte não seria surpreendente se ocorresse dentro de um ano, doentes que apresentassem perda importante da funcionalidade, intolerância alimentar, esgotamento do cuidador, ou até pacientes pediátricos com pouca probabilidade de chegar à idade adulta. É importante ressaltar, como já foi dito anteriormente, que esses pacientes podem receber tratamentos de

quadros agudos, como uma infecção ou um distúrbio eletrolítico, desde que haja possibilidade de melhora clínica e que essa conduta esteja em conformidade com os desejos do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Já o atendimento ambulatorial, seria voltado para pacientes com quadros leves, estáveis clinicamente e com menor dependência funcional e de cuidados de enfermagem. Para essas pessoas, o foco do cuidado seria, além do adequado controle dos sintomas, garantir a comunicação efetiva quanto ao prognóstico e a evolução da enfermidade, e acompanhá-las desde uma fase mais inicial da doença (CARVALHO *et al.*, 2012).

No âmbito domiciliar, o atendimento é direcionado principalmente a pacientes portadores de doença avançada que necessitam de acompanhamento constante. Médicos e enfermeiros especializados em CP são os responsáveis por fazer visitas regulares e prestar assistência adequada ao paciente. Essa modalidade permite que o enfermo desfrute de maior tempo com a família, realize suas atividades diárias ou até de lazer, além de se encontrar em seu local de maior conforto (CARVALHO *et al.*, 2012). Em vários países, a equipe de atenção primária é a principal responsável por prestar esse atendimento em domicílio e é tida como ponto fundamental nessa modalidade de assistência (SILVA, 2014).

Para que esse atendimento residencial seja viável, é importante que algumas exigências sejam cumpridas: o diagnóstico e o plano terapêutico do paciente devem estar bem especificados, a casa deve ter condições mínimas para garantir o bem estar do paciente e o cuidador responsável deve atuar de forma coesa com a equipe, além de estar preparado para lidar com qualquer eventualidade médica que por ventura surja, e contactar a equipe de saúde. É necessário, também, que a família esteja preparada para o momento da morte, que nessa modalidade de cuidado, tem maior probabilidade de acontecer em casa (CARVALHO *et al.*, 2012).

Em ambos os modelos de assistência, ambulatorial e domiciliar, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem um privilégio colossal na abordagem em Cuidados Paliativos em termos de abrangência e atributos do cuidado na atenção primária (SILVA, 2014). As características da APS permitem a construção do vínculo entre profissionais e usuários do sistema de saúde, o que facilita a comunicação e a relação de confiança entre ambas as partes (SOUZA *et al.*, 2015); a coordenação do cuidado possibilita que o paciente em CP que esteja sendo acompanhado em domicílio ou ambulatorialmente, receba tratamento em outros níveis de atenção em saúde e volte a ser acompanhado pela APS, que assume papel de mediadora entre os serviços de saúde e os familiares, enquanto a integralidade e a longitudinalidade facilitam a visão holística do paciente, a compreensão de seus medos e desejos, os diversos tipos de

sofrimento e preocupações que permeiam esse momento da vida, tão importantes no contexto dos CP (SILVA, 2014).

No Brasil, entretanto, ainda existem muitos entraves com relação à abordagem em CP pela APS, a falta de treinamento das equipes para trabalharem com CP, a dificuldade de manter uma comunicação eficaz com os pacientes e seus familiares e a própria omissão da verdade quando se diz respeito a uma doença incurável ou a um prognóstico ruim (SOUZA *et al.*, 2015). Além disso, o excesso de trabalho e a existência de uma rede de referência e contrarreferência deficiente, também dificultam a execução de CP na atenção primária (SILVA, 2014).

Outros dois modelos de assistência que abraçam a prática dos CP são as Hospedarias e as Unidades de Cuidados Paliativos. As Hospedarias são centros especializados em CP, onde o paciente ficaria internado por tempo variável, em geral, cerca de seis meses. Normalmente, esses centros assumem pacientes que poderiam ter atendimento domiciliar, mas que por algum motivo, não o conseguem, como por exemplo, por falta de cuidador capacitado, dificuldade de deslocamento até o centro de tratamento ou condições da residência (CARVALHO *et al.*, 2012). Já as Unidades de Cuidados Paliativos têm como foco proporcionar suporte aos pacientes que têm atendimento domiciliar. Além do apoio de profissionais de várias áreas diferentes, como fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional e nutrição, essas unidades também promovem a troca de experiências entre pacientes e familiares em situações semelhantes. Outra vantagem também é permitir que no momento em que o paciente esteja recebendo atendimento de saúde de alguma especialidade, o cuidador tenha um momento de descanso (CARVALHO *et al.*, 2012).

Segundo Carvalho *et al.* (2012), os níveis de atenção em CP podem ser divididos em quatro categorias:

- Ação Paliativa: realizada pela própria equipe de Saúde da Família. Segundo Silva (2014), os atributos da APS (integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado) e os princípios dos CP se complementam. Idealmente, a equipe da APS deveria se encarregar dessa modalidade de assistência dos pacientes que se encontrem sob sua área de abrangência.
- Cuidados Paliativos Grau I: equipe especializada em CP que atua em hospitais, ambulatórios ou em domicílio, mas que não tem leito próprio; é a equipe de interconsulta, que dá assessoria a outras equipes de saúde quando necessário.

- Cuidados Paliativos Grau II: equipe especializada em CP que atua em hospitais, ambulatórios ou em domicílio, com leito próprio; seriam, por exemplo, as enfermarias de CP.
- Cuidados Paliativos Grau III: além das características do grau II, possui a capacidade de formar profissionais em Cuidados Paliativos.

No Brasil, a maioria das equipes especializadas em CP atua na modalidade de Grupo Consultor. Essa categoria de atuação em CP tem a vantagem de oferecer um atendimento rápido e especializado em CP, independentemente da ala hospitalar em que o doente se encontra. Porém, é comum que os profissionais de outras especialidades não se sintam confortáveis com a mudança no foco do cuidado preconizada pelos CP, o que dificulta a adesão aos novos princípios de tratamento (CARVALHO *et al.*, 2012).

## **2.8 Espiritualidade na prática médica**

A grande proposição dos Cuidados Paliativos é entender e cuidar do paciente como um ser complexo, repleto de processos físicos e químicos, mas também portador de uma história de vida única, dotado de valores, desejos, medos e crenças.

Embora seja sempre frisado que as crenças do paciente em CP devem ser integradas ao cuidado e que isso faz parte do que é ter uma abordagem holística do ser humano, muitas vezes o desconhecimento quanto à religiosidade e à espiritualidade, ou mesmo a pouca capacitação dos trabalhadores da saúde para lidar com esses temas de forma profissional, dificultam a compreensão das necessidades espirituais/religiosas dos pacientes (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Para esclarecer um pouco esses conceitos, a religiosidade diz respeito ao conjunto de rituais e símbolos embasados por uma doutrina e compartilhados por um grupo de pessoas. Para alguns, a religiosidade é essencial para fazer a ponte entre a realidade que nós conhecemos e o universo transcendental (EVANGELISTA *et al.*, 2016). Já a espiritualidade refere-se à forma como o indivíduo entende e significa a vida e se relaciona com o transcendente, à maneira como ele/ela se situa no mundo e se posiciona com relação aos outros, à si próprio, à vida e à natureza. Sendo, portanto, um conceito mais amplo que o anterior (STEINHORN; DIN; JOHNSON, 2017).

É bastante comum que as pessoas, ao se depararem com momentos difíceis, como a finitude da vida, experimentem diversos medos e indagações. Além da dor física e emocional,

surtem as questões existenciais e espirituais. A busca de um significado para a vida e para a morte, por exemplo, a apreensão com relação ao momento pós-morte e a repercussão de suas atitudes em vida são fatores que levam pacientes e familiares a procurar na espiritualidade explicação e consolo diante de tais angústias (ARRIEIRA *et al.*, 2018).

Arrieira *et al.* (2018) ainda argumentam que a prática da espiritualidade aumenta a esperança do indivíduo e a percepção de estar no domínio de si mesmo e auxilia na atenuação das emoções e na redução da ansiedade e da depressão. Segundo Nawawi, Balboni e Balboni (2012), alguns trabalhos mostraram que a fé dos pacientes é fator importantíssimo na tomada de decisões médicas, proporciona maior bem estar, bem como alento diante do enfrentamento da morte.

Embora muitos profissionais de saúde não se sintam confortáveis para envolver a espiritualidade do paciente no cuidado, alguns estudos mostram que vários desses pacientes, principalmente aqueles em fase avançada de doença, gostariam que seus médicos incluíssem essa temática durante a assistência (NAWAWI; BALBONI; BALBONI, 2012). Mais do que se pode pensar, é frequente que os pacientes se sintam acolhidos ao discutir temas e ensinamentos religiosos, principalmente nos períodos mais críticos da vida (STEINHORN; DIN; JOHNSON, 2017).

A falta de familiaridade de vários profissionais da saúde com a abordagem espiritual relaciona-se diretamente com a organização da formação acadêmica em saúde no Brasil. Valoriza-se o aspecto objetivo da doença e seu respectivo tratamento, e ignora-se a dimensão humana que se encontra por trás de cada enfermidade. Pouco se fala acerca da terminalidade da vida e do processo de morte, e muito menos, acerca das estratégias de enfrentamento que surgem nesse momento (ARRIEIRA *et al.*, 2018).

A realidade da morte é omitida e os estudantes em formação não são ensinados a lidar com pacientes em fim de vida, nem em como abordar suas necessidades espirituais (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Dessa forma, surgem o receio de falar sobre espiritualidade/religiosidade com os pacientes e ser desrespeitoso de alguma maneira, e a crença de que o acolhimento espiritual não cabe ao atendimento em saúde, que, somados à falta de preparo dos profissionais, culminam por tornar essa abordagem incômoda e, conseqüentemente, deficitária (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Uma técnica que pode ser usada para abordar a espiritualidade do paciente é realizar uma anamnese espiritual, recurso que facilita a entender que dimensão essa parte da vida tem para aquele indivíduo, o quanto é importante para ele, quais as crenças que o regem (PUCHALSKI, 2002). Para auxiliar nesse processo, Puchalski (2002), apresenta o acrônimo

FICA, que tem como intuito nortear o início da abordagem espiritual dos pacientes, e não ser um protocolo rígido a ser cumprido.

**F - *Faith and Belief*** (Fé e Crença): busca-se entender se o paciente se considera uma pessoa religiosa/espiritualizada, quais as crenças que ele têm, o que ele acredita que dê significado à sua vida.

**I - *Importance*** (Importância): interroga-se o quanto a fé do paciente influencia em sua vida e no processo de doença, bem como nos tratamentos realizados e na esperança de melhora.

**C - *Community*** (Comunidade): questiona-se sobre a participação do paciente em grupos religiosos, como igrejas e templos, o suporte que essa comunidade o oferece.

**A - *Address in Care*** ("Administração do cuidado"): procura-se compreender como o paciente gostaria que sua espiritualidade fosse inserida em seus cuidados de saúde.

A espiritualidade é um campo muito grande e muito importante na vida de várias pessoas. Incluí-la na assistência em saúde é importante tanto para os pacientes, que se sentem mais respeitados e valorizados quando essa dimensão é levada em consideração no cuidado (PUCHALSKI, 2002), como para os profissionais, que muitas vezes, encontram na espiritualidade uma fonte de tranquilidade e um meio de dar significado ao atendimento em saúde (ARRIEIRA et al., 2018).

Nawawi, Balboni e Balboni (2012) colocam que se a espiritualidade fosse mais abordada na prática clínica, não só vários pacientes se descobririam espiritualizados, como também isso influenciaria a tomada de decisão com relação a inúmeros tratamentos na fase final de vida.

## **2.9 A formação médica e os Cuidados Paliativos**

Há uma propensão cultural no ocidente de negar a morte. O perecimento e suas nuances são tidos como tabu deste lado do globo e, por conseguinte, são temas historicamente evitados em discussões cotidianas, seja no âmbito familiar, seja na esfera acadêmica. Em consonância com essa cultura de esquivar-se frente à terminalidade da vida, as instituições de ensino médico negligenciaram, por muito tempo, a preparação dos estudantes com relação ao processo de morte e morrer (MEIRELES *et al.*, 2019).

Isso, somado ao avançar da tecnologia diagnóstica e principalmente terapêutica ocorrido no decorrer do último século, permitiu o desenvolvimento de uma medicina capaz de curar doenças que antes levavam à morte, criando uma ideia, ainda que subconsciente, de que a morte poderia ser postergada a tal ponto, que chegaria a ser quase extingível (CAMARGO

*et al.*, 2015). Assim, desenvolveu-se uma espécie de crença subjetiva de que haveria uma onipotência diante da finitude da vida, como se por dispor de inúmeras técnicas e recursos terapêuticos, o médico pudesse ser capaz de gerenciar o tempo em que a morte poderia ou não ocorrer (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; BATISTA, 2019).

Logo, estabeleceu-se um cenário onde a morte não tem vez, não pode ser pensada ou falada na sociedade ou no meio médico. Deixou de ser um desfecho possível diante do desenrolar das enfermidades, esvaeceu-se como possibilidade de contiguidade natural da vida. Assim sendo, quando apesar de todas as tentativas (em geral, obstinadas), a morte se faz presente, ela acaba por causar desencantamento, desapontamento, frustração, direcionados a si próprio, à profissão, aos conhecimentos técnicos adquiridos ao longo da formação, ou ao próprio sistema de Saúde (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; COSTA; ROCHA, 2017). Tais sentimentos carregam consigo um enorme fardo que, na ausência de recursos próprios para serem enfrentados de maneira saudável, geram uma fragilidade significativa, capaz de provocar até Síndrome de Burnout, condição de extremo desgaste físico e emocional, que decorre, principalmente, do estresse gerado pelo trabalho (MARTA *et al.*, 2009).

Uma maneira de trabalhar questões referentes à finitude da vida e orientar os futuros profissionais da saúde quanto a estratégias para lidar com a delicadeza dessas situações é a implementação de disciplinas que abordem Cuidados Paliativos na graduação médica (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Os Cuidados Paliativos chegaram ao Brasil na década de 1980, por intermédio da Dra. Mirian Marteleite (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Até então, a formação e os cuidados médicos no país eram voltados unicamente para o saber tecnológico e para a cura das doenças, muitas vezes, deixando de lado o cuidado com o doente. No entanto, a tendência a uma medicina mais técnica e fragmentada prevaleceu mesmo após a introdução dos preceitos dos CP na escola médica (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Oliveira, Ferreira e Rezende (2013) apontam a incongruência de manter o ensino médico nos mesmos moldes de antigamente: em um contexto de aumento da expectativa de vida há, intrinsecamente, um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, que tem como curso natural uma progressiva limitação de atividades de vida cotidiana, e que culminarão, posteriormente, em morte. Ou seja, um cenário em que promover melhor qualidade de vida e também de morte se faz essencial.

Essa constatação, de que os Cuidados Paliativos se fazem cada vez mais importantes e que, futuramente, serão indispensáveis para uma boa prática clínica, parece ascender de forma

bastante paulatina no cenário nacional. Apesar de os CP terem sido introduzidos no país na década de 80, foi apenas em 2011 que o Conselho Federal de Medicina oficializou, através da Resolução do CFM nº 1973, de 14 de julho de 2011, a Medicina Paliativa como subespecialização de seis áreas de atuação médicas (pediatria, clínica geral, oncologia, anestesiologia, medicina de família e comunidade, geriatria). Hoje, quase 40 anos depois que os CP entraram em cena pela primeira vez no Brasil, e apesar da importância crescente atribuída ao tema, Correia et al. (2018) afirmam que, ainda assim, a formação em cuidados paliativos no país é deficitária se considerado o tempo e a relevância do assunto.

É fato que implantar disciplinas referentes ao ensino da tanatologia e dos Cuidados Paliativos na formação acadêmica é difícil. Bifulco e Iochida (2009) colocam que aspectos pessoais, espirituais, e a própria cultura ocidental na qual estamos inseridos, além do direcionamento do ensino médico para uma formação técnica, cientificista e fragmentada são entraves importantes na implementação da disciplina nas escolas médicas.

Outras questões complicadoras são listadas por Figueiredo e Stano (2013), sendo algumas delas:

- As turmas de medicina são grandes e a carga horária é limitada para trabalhar assuntos tão complexos;
- A ideia difundida entre os discentes de medicina de que apenas algumas especialidades são importantes, em geral, as que trazem mais dinheiro ou apreço dentro da sociedade;
- O encanto pela tecnologia médica e a convicção de que a ciência é uma, e capaz de solucionar todas as questões;
- A negação diante da morte, a percepção da morte como fracasso e a pretensão de vencê-la a todo custo.

Além desses, Toledo e Priolli (2012), ainda elencam outros aspectos que podem contribuir para esse cenário: a escassez de médicos especializados na área que estejam aptos e disponíveis a ensinar e a falta de interesse dos discentes de medicina em aprender sobre a temática. Há ainda, a inexistência de uma política nacional de Cuidados Paliativos, a dificuldade de obtenção de opioides, a pouca quantidade de serviços especializados em CP, que prejudicam tanto a prática paliativista como o estabelecimento dos CP como disciplina (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Em contraponto, Oliveira, Ferreira e Rezende (2013) trazem que existem sim iniciativas bem sucedidas de ensino de CP nas Escolas Médicas Brasileiras (EMB), e citam a experiência exitosa da Faculdade de Medicina de Itajubá, MG. Em 2010 foi criada a matéria

de Cuidados Paliativos e Tanatologia na faculdade mencionada, não devido à políticas de incorporação de CP na escola médica, mas pelo interesse pessoal que os então coordenadores da faculdade tinham de que os estudantes tivessem contato com a área desde a graduação (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Embora a introdução da matéria de tanatologia e CP nessa instituição tenha sido decorrente da vontade e mobilização pessoal dos responsáveis pelo ensino, a inovação trouxe resultados. Alguns anos após, Costa e Rocha (2017) realizaram estudo relativo à percepção da morte pelos residentes de medicina do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (MG), e constataram que, a maioria dos médicos recém-formados participantes da pesquisa consideraram ter sido bem capacitados na graduação para atender a situações de morte/morrer na prática clínica, ainda que reconhecessem falhas nesse processo de formação. Isso é um claro reflexo de algo evidenciado na mesma pesquisa: quase metade dos residentes avaliados teve na base curricular da faculdade uma disciplina que tinha como foco a tanatologia, notabilizando a importância da existência de um eixo voltado para o ensino da terminalidade humana e suas particularidades.

### 3 RESULTADOS

A presente pesquisa utilizou como fonte de dados o questionário elaborado e disponibilizado por meio do Google Forms. O formulário foi dividido em seções, correspondentes a dados sociodemográficos, noções sobre Cuidados Paliativos, formação médica e cuidados paliativos e percepção pessoal acerca da morte e dos CP. Responderam voluntariamente à pesquisa 52 estudantes de medicina do CEUB, porém, uma pessoa não respondeu à pergunta "em qual ano do curso você se encontra" e, por isso, suas respostas foram desconsideradas. Desse total, 23,5% cursavam o 1º ano da faculdade, 31,4% o 3º ano e 45% o 6º ano. A tabela 1 mostra a distribuição dos dados sociodemográficos coletados na pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição dos dados Sociodemográficos

Dado	Número	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	40	78,4%
Masculino	10	19,6%
Outro	1	1,9%
<b>Faixa etária</b>		
18 - 25 anos	36	70,6%
26 - 30 anos	11	21,6%
31 - 35 anos	3	5,9%
36 - 40 anos	1	1,9%
≥ 41 anos	-	-
<b>Ano do curso</b>		
1º ano	12	23,5%
3º ano	16	31,4%
6º ano	23	45%
<b>Religião</b>		
Possui	38	74,5%
Não possui	12	23,5%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

Nota-se que a maioria dos participantes (78,4%) eram do sexo feminino e uma minoria (19,6%) do sexo masculino. Apenas um participante se identificou como sendo de outro sexo (1,9%). A maioria dos alunos (70,6%) se encontrava na faixa etária de 18 a 25 anos, seguida pela faixa de idade entre 26 e 30 anos (21,6%). A maior parte dos estudantes relatou possuir religião (74,5%), sendo que desse total, 43,1% se identificam como católicos, 25,5% como evangélicos e 3,9% como espíritas, 5,9% relataram possuir outra religião. Uma pessoa não respondeu a essa pergunta.

Nas questões referentes às noções sobre Cuidados Paliativos, a primeira pergunta se referia ao conceito de CP. Nesse tópico, quase todos os estudantes (98%) referiram conhecer o conceito, e apenas 1 estudante do 1º ano (1,9%) relatou já ter ouvido falar, mas não saber do que se trata.

O item seguinte solicitava que os estudantes descrevessem com as próprias palavras a definição de CP. A OMS 2002 caracterizou Cuidados Paliativos como um cuidado integral e multiprofissional, direcionado a pacientes e também ao cuidado com a família, diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, capaz de oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes, reduzir a dor, aliviar os sintomas físicos e o sofrimento, seja ele físico, psíquico, social ou espiritual. Ou seja, abordando ao máximo todas as dimensões da vida do indivíduo. Aqui, os itens: cuidado integral, multiprofissional, qualidade de vida, alívio da dor, sintomas físicos, sofrimento, ameaça à continuidade da vida, cuidado com a família e luto foram considerados "itens chave" na definição de CP.

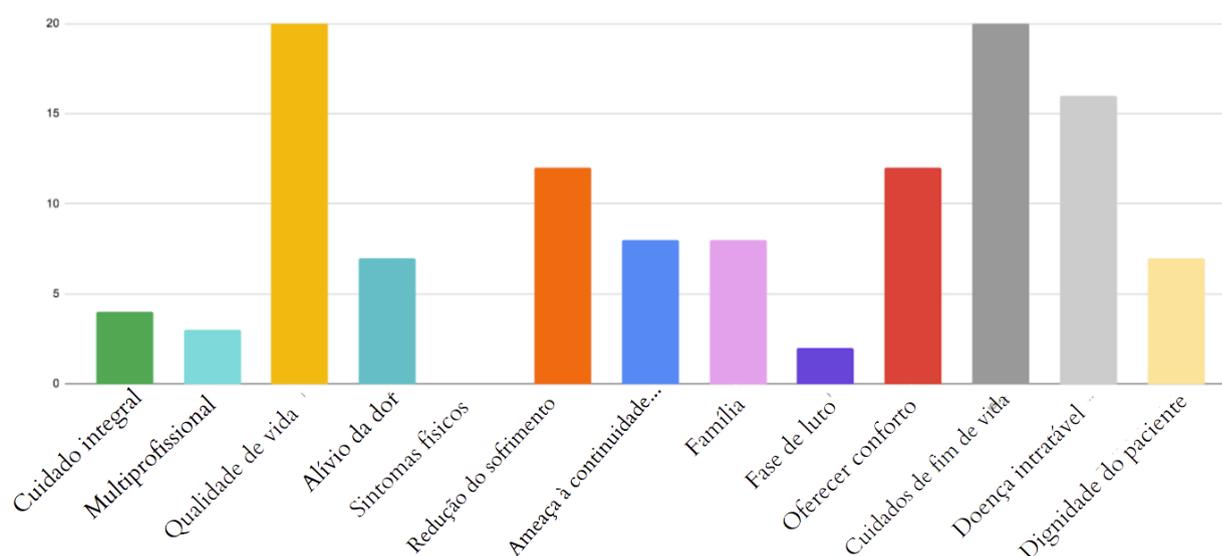
Nesta pesquisa, o termo "sofrimento" foi avaliado globalmente, sem especificar sua natureza, uma vez que o objetivo era ter uma noção ampla da compreensão dos discentes sobre CP, e não fazer uma avaliação minuciosa. Apesar de o termo "dignidade do paciente" não estar explícito na descrição da OMS, nesta avaliação, ele também foi considerado um "item chave" da definição. A tabela 2 elenca a frequência de aparecimento dos "itens chave" nas definições dos alunos conforme o ano do curso. Já o gráfico 1, mostra as expressões mais utilizadas pelos acadêmicos para caracterizar os Cuidados Paliativos.

Tabela 2 - Frequência de aparecimento dos "itens chave" da definição de CP nas respostas dos alunos conforme o ano de graduação

Itens chave	Ano do curso		
	1º ano	3º ano	6º ano
Cuidado integral	8,3%	18,75%	-
Abordagem multiprofissional	16,7%	-	4,3%
Promover qualidade de vida	41,6%	31,25%	43,5%
Alívio da dor	16,7%	18,75%	8,7%
Sintomas físicos	-	-	-
Redução do sofrimento	16,7%	18,75%	30,4%
Ameaça à continuidade da vida	8,3%	25%	13%
Família	16,7%	25%	8,7%
Fase de luto	8,3%	6,25%	-
Oferecer conforto	16,7%	12,5%	34,8%
Dignidade do paciente	16,7%	12,5%	13%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

Gráfico 1 - Conceitos mais frequentes utilizados pelos alunos para definir CP



Em uma análise global – considerando todos os anos do curso avaliados – observou-se que os conceitos mais utilizados pelos estudantes para descrever Cuidados Paliativos, foram: "melhorar a qualidade de vida dos pacientes", mencionado 20 vezes (correspondendo a 16,5%

de todos os termos utilizados para caracterizar CP); "redução do sofrimento", presente 12 vezes (9,9%); "oferecer conforto", citado também 12 vezes (9,9%).

Já os itens chave "cuidado com familiares" e "cuidado com doenças de mau prognóstico, que ameaçam a continuidade da vida" apareceram oito vezes cada um, ou seja, com uma proporção de 6,6% cada. Os itens "minimizar a dor" e "manter a dignidade do indivíduo, durante o tratamento ou no processo de morte", apareceram ambos sete vezes, totalizando um percentual de 5,8% cada.

Outros tópicos desse conceito que apareceram em menor proporção foram: "cuidado integral", presente quatro vezes (3,3%) e "abordagem multiprofissional", mencionado três vezes (2,5%), enquanto "cuidado na fase de luto" foi citado duas vezes (1,7%).

É válido constatar, também, que dois conceitos que não foram considerados "itens chave" na caracterização de Cuidados Paliativos, tanto por não estarem na definição da OMS, quanto por não contemplarem a abrangência dessa modalidade de cuidado foram citados diversas vezes pelos acadêmicos, sendo eles: "cuidados de fim de vida/oferecidos a pacientes terminais", mencionado 20 vezes (16,5%) e "cuidados diante de uma doença intratável", citado 16 vezes (13,2%), ambos representados no gráfico de barras na coloração cinza.

As questões 8 a 10 e 16 do questionário se referiam a termos práticos relacionadas à aplicação dos CP, como grupo de pacientes a que os CP são recomendados, momento para introduzir CP no cuidado com o paciente, relação dos CP com a terapêutica curativa e as esferas de atuação dos Cuidados Paliativos. Já as questões 11 a 15 se referiam ao conhecimento de conceitos teóricos que integram a realidade dos CP, como Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), Escalas de Performance, distanásia, eutanásia e ortotanásia. Foram consideradas respostas corretas as respostas mais alinhadas com as definições atuais de CP. As tabelas 3 e 4 ilustram esses resultados, de acordo com o ano de curso.

Tabela 3 - Termos práticos relacionados à aplicação de CP conforme o ano da graduação

<b>Respostas alinhadas com a definição de CP</b>			
<b>Itens</b>	<b>1º ano</b>	<b>3º ano</b>	<b>6º ano</b>
Grupo de pacientes elegíveis para CP	83,3%	87,5%	86,9%
Momento ideal para introdução de CP	91,6%	87,5%	78,2%
Relação CP e terapêutica curativa	33,3%	75%	52,1%
Âmbitos da atuação em CP	91,6%	87,5%	100%

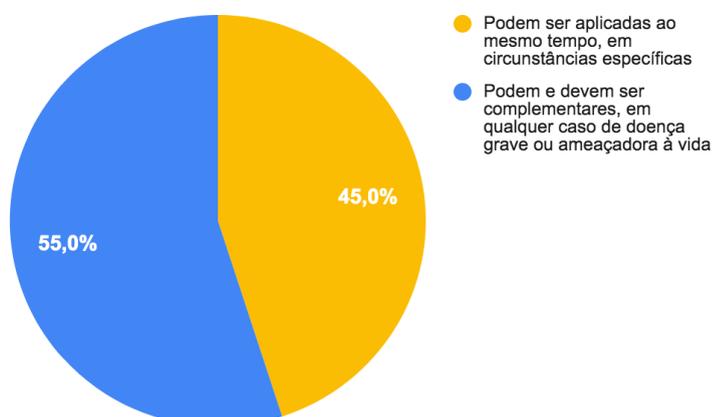
Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

Quando questionados acerca do grupo de pacientes elegíveis para entrarem em CP, 86,5% dos estudantes responderam corretamente "Qualquer paciente com doença ameaçadora à vida, independentemente da faixa etária e do diagnóstico". O segundo item mais marcado foi "Principalmente idosos, na fase final de vida e com doenças incuráveis", com 11,5% das respostas. Apenas uma pessoa do 1º ano (1,9%) marcou a opção "Pacientes com câncer, independentemente da faixa etária".

Na questão referente ao momento ideal para a introdução de CP no tratamento de um paciente, a maioria dos alunos (84,3%) respondeu que seria no momento do diagnóstico de uma doença grave ou de mau prognóstico. Uma minoria dos estudantes (11,7%) respondeu que o momento ideal seria na fase final da doença, quando todos os outros tratamentos já tivessem sido testados. Apenas dois alunos (3,4%) não souberam opinar sobre isso.

A relação entre CP e a terapêutica curativa teve a disputa mais acirrada. Quase metade do total de acadêmicos participantes da pesquisa (45%) referiu que essas modalidades de cuidado podem ser aplicadas ao mesmo tempo em algumas circunstâncias específicas e 55% dos participantes relatou acreditar que ambas as estratégias de cuidado podem e devem ser complementares, em qualquer caso de doença grave ou ameaçadora à vida, ilustrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Relação entre CP e terapêutica curativa

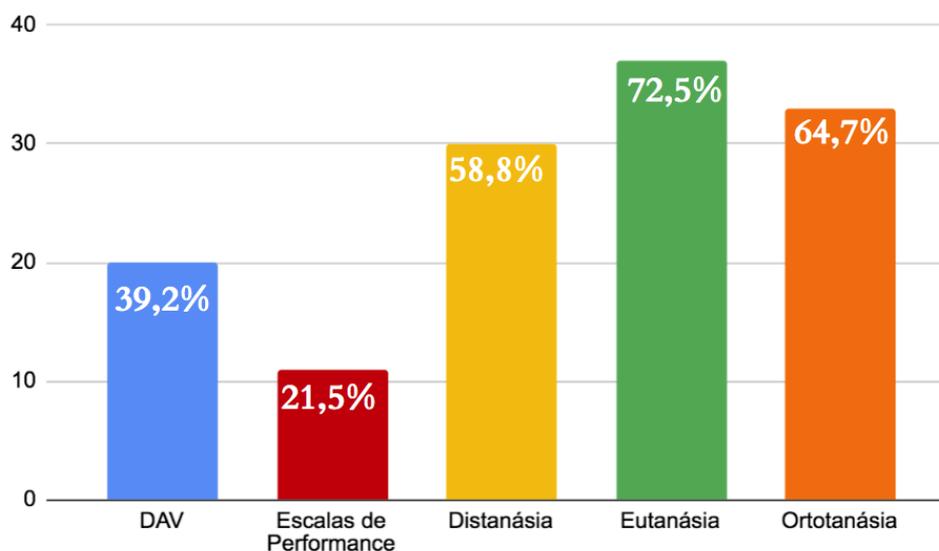


Quando comparado entre os anos da graduação, no entanto, observou-se que todos os anos selecionaram, com proporções semelhantes, as respostas mais adequadas nas perguntas referentes ao grupo de pacientes que seriam elegíveis para CP, momento ideal para introdução de CP e âmbitos da atuação em CP. O único item que teve os menores índices de respostas alinhadas com a definição de CP foi a relação entre essa modalidade de cuidado e a terapêutica curativa.

No que diz respeito aos âmbitos em que os Cuidados Paliativos podem ser realizados, a maioria dos participantes (94,1%) acredita que os CP vão além dos setores hospitalares de internação e cuidado intensivo, podendo ocorrer também na APS ou na emergência, por exemplo. Da amostra estudada, apenas três estudantes (5,8%) referiram acreditar que os CP são mais restritos a pacientes em internação hospitalar intensiva e prolongada.

Quanto ao conhecimento de conceitos teóricos que integram a atuação em CP, nota-se, que de todos os discentes que responderam ao questionário, 41,2% nunca ouviram falar nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), 19,6% já ouviram falar mas não sabem do que se trata e 39,2% conhecem o conceito. Já as Escalas de Performance são ainda menos conhecidas, 56,9% dos estudantes relataram nunca ter ouvido falar, 21,6% já ouviram falar, mas não sabem do que se trata e uma proporção igual de acadêmicos conhece o conceito (21,6%). A distanásia foi definida corretamente por 30 participantes, totalizando 58,8% de definições corretas, e a ortotanásia por 33 estudantes (64,7%). Já a eutanásia foi o conceito que teve o maior número de definições corretas, totalizando 37 (72,5%) das respostas. O gráfico 3 mostra quais desses termos são os mais conhecidos pelos estudantes, sem considerar os anos do curso.

Gráfico 3 - Conceitos teóricos de CP mais conhecidos pelos estudantes, considerando todos os anos de curso



Entre os anos da graduação, o conceito de eutanásia foi o mais conhecido pelos estudantes do 1º ano (75% das respostas foram corretas), já os alunos do 3º ano demonstraram conhecer bem os conceitos de eutanásia e ortotanásia (75% de definições corretas em cada um) e os do 6º ano tiveram melhores desempenhos nas definições de distanásia (78,3%), eutanásia (69,6%) e ortotanásia, também com 69,6%. De forma geral, os conceitos mais conhecidos foram, em ordem decrescente: eutanásia (28,2% dos participantes responderam corretamente), ortotanásia (25,2%), distanásia (22,9%), DAV (15,3%), Escalas de Performance (8,4%). A tabela 4 exemplifica o conhecimento desses conceitos teóricos da realidade de CP conforme o ano de curso.

Tabela 4 - Conhecimento de conceitos teóricos compreendidos na realidade dos CP, de acordo com o ano do curso

Ano do curso			
Conceito	1º ano	3º ano	6º ano
<b>DAV</b>			
conhecem	16,7%	43,75%	47,8%
ouviram falar	16,7%	12,5%	26%
nunca ouviram falar	66,7%	43,75%	26%
<b>Escalas de Performance</b>			
conhecem	-	25%	30,4%
ouviram falar	16,6%	25%	21,7%
nunca ouviram falar	83,3%	50%	47,8%
<b>Distanásia</b>			
conhecem	33,3%	50%	78,3%
confundiram conceito	25%	25%	17,4%
não conhecem	41,7%	25%	4,3%
<b>Eutanásia</b>			
conhecem	75%	75%	69,6%
confundiram conceito	25%	25%	30,4%
não conhecem	-	-	-
<b>Ortotanásia</b>			
conhecem	41,7%	75%	69,6%
confundiram conceito	8,3%	12,5%	21,7%
não conhecem	50%	12,5%	4,3%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

Quando questionados acerca do contato com o tema de CP durante a graduação, apenas 13,7% relataram não ter tido contato de maneira alguma durante a faculdade. A pergunta seguinte questionava acerca da forma que se deu esse contato, se através de aulas regulares ou de atividades extracurriculares, como congressos/palestras ou ligas acadêmicas. Um total de 44 alunos respondeu a essa questão, pois sete acadêmicos relataram não terem tido contato com o tema durante o período de formação. Desses últimos, 4 eram do 1º ano e 3 do 6º ano. Dos que referiram ter tido alguma proximidade com o assunto, um pouco mais da metade (56,8%) referiu que essa proximidade se deu através de aulas regulares e 43,2%, relatou que esse contato aconteceu de forma extracurricular. A tabela 5 ilustra a forma de contato que os estudantes tiveram com o tema, conforme o ano da graduação.

Tabela 5 - Forma de contato com o tema de CP

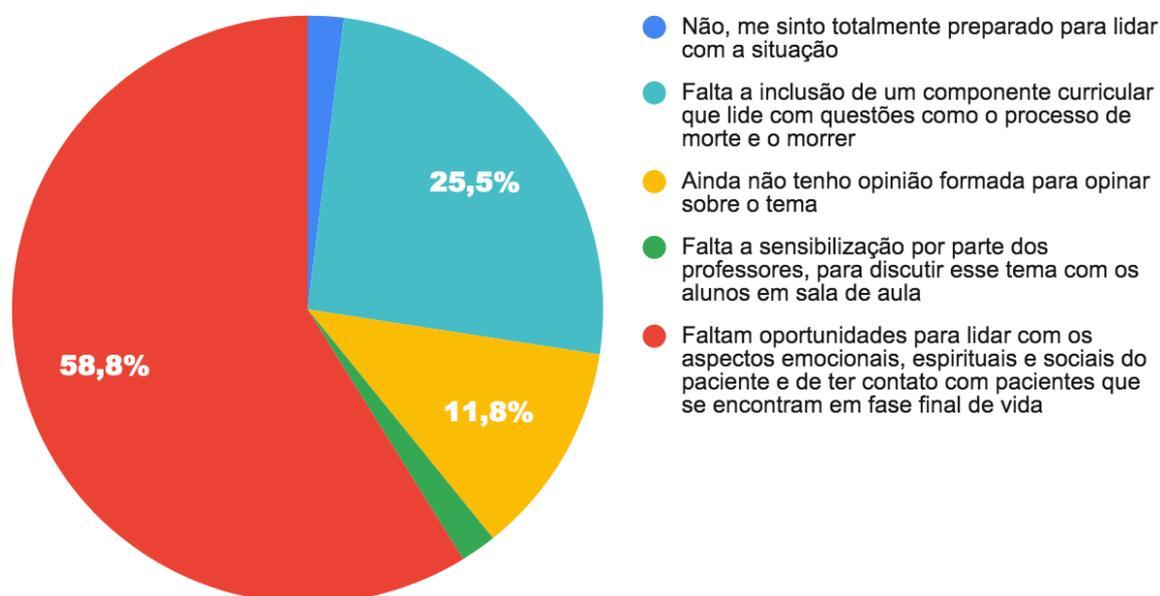
Forma de contato	Ano do curso		
	1º ano	3º ano	6º ano
<b>Aulas regulares</b>	41,7%	75%	34,8%
<b>Atividades extracurriculares</b>			
Ligas acadêmicas	16,7%	18,7%	17,4%
Congressos/palestras	8,3%	6,2%	34,8%
	(total: 25%)	(total: 24,9%)	(total: 52,2%)
<b>Não tiveram contato</b>	33,3%	-	13%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

Posteriormente, os participantes foram questionados acerca do interesse pessoal, enquanto acadêmicos de medicina, em Cuidados Paliativos e a maioria (82,3%) relatou ter interesse e considerar o tema importante para ser abordado na formação médica. Outra alternativa era "não tem interesse, mas considera o tema importante para ser abordado na formação médica", que contou com 15,7% das respostas. Uma pessoa do 1º ano (1,9%) relatou ter interesse, mas não acreditar que o tema seja relevante para a formação do médico generalista.

Quando questionados sobre se faltava algo na formação médica que proporcionasse o preparo adequado dos acadêmicos para lidar com pacientes e familiares no contexto da proximidade da morte, a maior parte dos estudantes (58,8%) relatou que "Faltam oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do paciente e de ter contato com pacientes que se encontram em fase final de vida", seguido da alternativa "Falta a inclusão de um componente curricular que lide com questões como o processo de morte e o morrer" (25,5%). Uma menor quantidade de alunos (11,8%) referiu ainda não ter opinião formada sobre o assunto, sendo a maioria (66,7%) do 1º ano. Um estudante (1,9%) referiu sentir falta da sensibilização por parte dos professores, para discutir esse tema com os alunos em sala de aula e outro estudante (1,9%) alegou ter sido bem preparado na graduação e não sentir falta de algo que pudesse melhorar. Esses resultados são ilustrados no gráfico 4 .

Gráfico 4 - Opinião dos estudantes quanto às falhas na formação médica em relação à CP



Em relação aos anos da graduação, o que se pode notar foi que nos ciclos clínico e internato, a maioria dos participantes apontou a "falta de oportunidades para lidar com pacientes em fase final de vida" como a principal lacuna na formação. Já os alunos do ciclo básico, consideraram os itens "falta de oportunidades para lidar com pacientes em fase final de vida", "inclusão de um componente curricular" e "não sei opinar" na mesma proporção.

Tabela 6 - Opinião dos estudantes quanto às falhas na formação médica em relação ao ensino de CP, conforme o ano da graduação

Falhas apontadas pelos estudantes	Ano do curso		
	1º ano	3º ano	6º ano
Oportunidades para lidar com pacientes em fase final de vida	33,3%	56,25%	73,9%
Inclusão de um componente curricular	33,3%	25%	21,73%
Ainda não tem opinião	33,3%	12,5%	-
Sensibilização por parte dos docentes para discutir o tema com os alunos	-	-	4,3%
Nenhuma	-	6,25%	-

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

A questão seguinte interrogava quanto ao preparo dos estudantes para exercer CP na própria conduta médica. Do universo de participantes da pesquisa, 53% não se consideravam preparados, 23,5% sentem que foram preparados, mas ainda não tem confiança, 13,7% ainda não sabiam opinar sobre isso e uma menor parte, 9,8% se sentia preparada e confiante. A tabela 7 mostra a relação das respostas com o ano do curso.

Tabela 7 - Preparo para exercer CP na conduta médica conforme o ano da graduação

<b>Preparo para exercer CP na conduta médica</b>	<b>Ano do curso</b>		
	<b>1º ano</b>	<b>3º ano</b>	<b>6º ano</b>
Não se sentiam preparados	50%	50%	56,5%
Foram preparados, mas ainda não tem confiança	16,7%	31,2%	21,7%
Não sabiam opinar	33,3%	6,25%	8,7%
Se sentem preparados e confiantes	-	12,5%	13%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

O último conjunto de questões tratava da percepção pessoal acerca da morte e da abordagem em CP. A maioria dos estudantes (96%) afirmou que, caso se encontrassem em uma situação elegível para a abordagem de CP, gostariam que essa modalidade de cuidado fosse abordada com eles e que suas famílias apoiariam o processo. Apenas dois alunos responderam de forma diferente, um (1,9%) relatou que gostaria de tal abordagem, mas que a família não aprovaria e outro (1,9%) alegou que não gostaria de entrar em Cuidados Paliativos.

Quando ampliado para a esfera familiar, foi questionado se caso um familiar próximo se encontrasse em uma situação que necessitasse de CP, se eles gostariam que essa abordagem fosse feita, a maioria (94,1%) respondeu que sim, o que segue a tendência da questão anterior. Apenas 1 aluno (1,9%) não gostaria, porque associa CP com perda de esperança e 2 (3,9%) alunos afirmaram que gostariam, mas que a família não aceitaria.

No quesito preparo para lidar com a morte dos pacientes e posteriormente com o luto dos familiares, mais da metade dos estudantes (52,9%) não se consideravam preparados, mas relataram não associar a morte à perda/frustração; 37,2% se consideravam preparados e uma minoria (9,8%) não se consideravam preparados e referiram relacionar a morte à perda e

frustração. O gráfico 5 ilustra essas proporções sem distinguir os anos da graduação, e a tabela 8 mostra as proporções de cada uma das respostas com relação ao ano do curso.

Gráfico 5 - Preparo para lidar com a morte de um paciente e luto dos familiares



Tabela 8 - Preparo para lidar com a morte de um paciente e luto dos familiares, conforme o ano da graduação

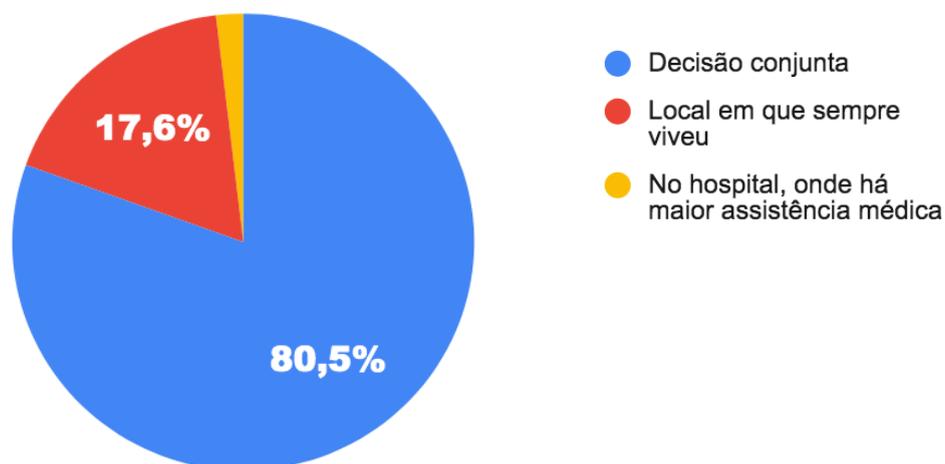
Preparo para lidar com a morte de um paciente e luto dos familiares	Ano do curso		
	1º ano	3º ano	6º ano
Se considera preparado	25%	43,7%	39,1%
Não, mas não associa a morte com perda/frustração	58,3%	50%	52,2%
Não, e associa a morte com perda/frustração	16,7%	6,25%	8,7%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

As três questões seguintes perguntavam sobre o que os estudantes acreditavam quanto ao local ideal para que o paciente passe seus momentos finais de vida, quem deveria ser o responsável pela escolha de tratamento de um paciente nessas circunstâncias e caso ele (participante) fosse o paciente que se encontrasse em uma situação de terminalidade da vida, quem deveria ser o responsável pela decisão terapêutica. Nesses tópicos, 80,4% dos estudantes consideraram que a decisão sobre o local mais adequado para a ocorrência da morte de um paciente deveria ser tomada conjuntamente (paciente, equipe médica e familiares); 17,6% acreditam que a morte deve ocorrer no local onde o paciente sempre viveu

e, portanto, onde se sente mais confortável. Apenas um acadêmico (1,9%) considerou que diante desse cenário, o paciente deveria ser mantido no hospital, onde possui mais assistência médica. O gráfico 6 ilustra esses resultados.

Gráfico 6 - Decisão quanto ao local mais adequado para que o paciente passe seus momentos finais de vida



Quanto à forma de tratamento de um paciente em fase terminal, a maioria (82,3%) acredita que deve ser decidida conjuntamente (paciente, equipe médica e familiares), 9,8% acredita que essa decisão é unicamente do paciente, 5,9% que é do paciente e da equipe médica e 1,9% do paciente e dos familiares. Essa porcentagem muda um pouco quando questionados acerca da situação hipotética de eles serem o paciente em questão: 68,6% afirma que uma decisão conjunta seria ideal, 15,6% gostariam de uma decisão baseada apenas nas opiniões de paciente e equipe médica, 11,8% apenas paciente e uma menor parte, 3,9% paciente e família.

As duas últimas questões tinham como tema a espiritualidade. Todos os participantes consideraram importante abordar a espiritualidade na prática médica, sendo que 76,4% se considera preparada para abordar a espiritualidade do paciente na prática e uma menor parte 23,5%, ainda não se sente confortável com isso. A tabela 9 ilustra a relação do preparo para lidar com a espiritualidade do paciente conforme o ano de curso.

Tabela 9 - Preparação para abordar espiritualidade na prática médica, conforme o ano da graduação

<b>Ano do curso</b>			
	<b>1º ano</b>	<b>3º ano</b>	<b>6º ano</b>
Se sentem preparados	75%	81,25%	73,4%
Não se sentem preparados	25%	18,75%	26%

Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria.

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como propósito fazer um panorama do conhecimento dos alunos de medicina de cada um dos ciclos que compõem a graduação (básico, clínico e internato) do CEUB acerca de Cuidados Paliativos e a evolução da aquisição de tais conhecimentos durante a formação médica.

Nota-se, nesse trabalho, uma predominância dos participantes do sexo feminino, observada também em outros estudos, como o de Orth *et al.* (2019), e o de Fiorotti, Rossoni e Miranda (2009), que evidenciam uma maior participação feminina no meio acadêmico-profissional.

A maior parte dos estudantes (70,6%) se encontrava na idade de 18 - 25 anos, que corresponde a adultos jovens (BRASIL, 2007), faixa etária em que é comum o estágio psicológico de luta por propósitos heroicos (FIGUEIREDO; STANO, 2013), o que pode estar relacionado à escolha pela faculdade de medicina, na intenção primária de salvar vidas.

No que tange à religiosidade, um pouco mais de 76% dos participantes da pesquisa referiram possuir religião e 24% relataram não seguir um credo específico. Apesar disso, todos os estudantes consideraram importante incluir a espiritualidade do paciente no cuidado médico. A última pergunta do formulário questionava se o estudante se considerava preparado para abordar a espiritualidade na sua prática clínica, e as proporções foram praticamente as mesmas da pergunta "Você possui alguma religião?". Aproximadamente 76,5% dos acadêmicos referiram estar preparados para encarar o tema e abordá-lo junto ao paciente e 23,5% referiram não se sentir preparados. Os gráficos 4 e 5 ilustram essa semelhança.

Gráfico 4 - Alunos que declararam possuir alguma religião

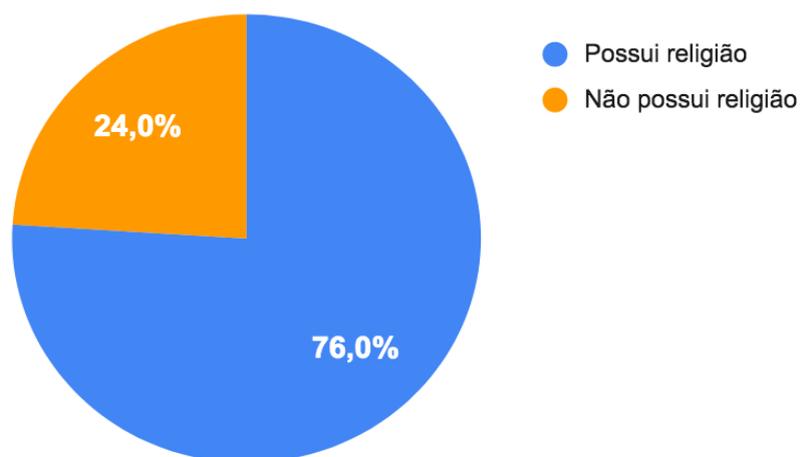
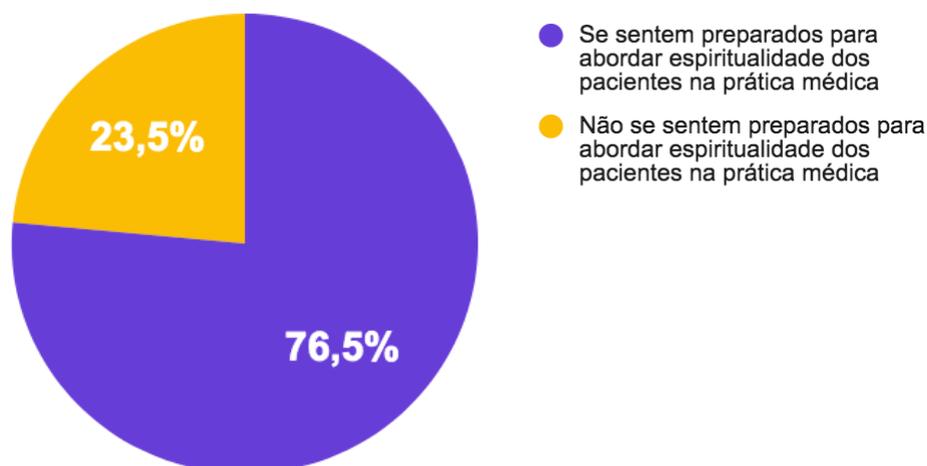


Gráfico 5 - Alunos que se sentem preparados para abordar espiritualidade na prática médica



Esclarecendo melhor, a maioria (79%) dos participantes que referiu possuir alguma religião se sentia preparada para abordar a espiritualidade do paciente na prática clínica, sugerindo que a espiritualidade do profissional influencia na sua capacidade de lidar com essa dimensão da vida do paciente. Esse dado corrobora com o estudo de La Longuiniere, Yarid e Silva (2017) que visava avaliar o quanto a espiritualidade/religiosidade dos profissionais da saúde influenciava na importância dada por eles à espiritualidade do paciente, e o que foi constatado, foi que profissionais mais espiritualizados tendiam a valorizar mais essa esfera da vida dos pacientes.

Quanto ao conceito de Cuidados Paliativos, apenas 1 aluno (1,9%) do 1º ano referiu já ter ouvido falar, mas não saber do que se trata, todos os outros alegaram conhecer essa definição. Assim, conclui-se que, na amostra estudada, quase todos os acadêmicos já haviam entrado em contato com o tema de alguma maneira, mesmo que superficialmente.

A questão seguinte solicitava que os discentes descrevessem com as próprias palavras o que eles entendiam sobre CP. Essa questão foi analisada de duas maneiras: foi avaliada a frequência com que cada "item chave" apareceu nas respostas dos participantes, o que deu uma noção acerca dos conceitos que os acadêmicos de medicina mais associam à Cuidados Paliativos, e depois, foi avaliada a média de itens chave utilizado na descrição de CP em cada ano. A ideia era averiguar quantos conceitos chave em média cada ano utilizou para caracterizar CP e, conseqüentemente, verificar qual deles deu as respostas mais completas.

A partir daí, o que se pode perceber, foi que, do conceito elaborado pela OMS acerca de CP, a maioria dos estudantes tem sim alguma noção da amplitude de tal abordagem, sendo que a maioria associa corretamente a cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos

pacientes, promover o conforto dos mesmos e reduzir o sofrimento. Uma grande quantidade de respostas (39,2%), no entanto, também trazia a associação de CP com cuidados oferecidos a pacientes em fase final de vida e 31,4% das definições associava a cuidados diante de uma doença intratável.

Nesse ponto, surgem duas reflexões: uma referente a cuidados terminais e outra, que diz respeito à concepção do que é, de fato, uma doença intratável.

Apesar de o cuidado com pacientes em fase final de vida ser uma abordagem essencial dos Cuidados Paliativos, Sepúlveda *et al.*, (2002) coloca que, idealmente, eles devem ser introduzidos na fase mais inicial de uma doença ameaçadora à vida, e portanto, antes que o paciente se encontre em fase terminal. Os CP estão sim bastante presentes no momento final de vida dos pacientes, mas não se limitam a isso. Essa associação pode ser reflexo de uma concepção arraigada no imaginário popular e fortemente influenciada pela cultura de ensinar futuros médicos que a cura das doenças é o único objetivo do cuidado (BIFULCO; IOCHIDA, 2009). Da mesma forma, para a maioria dos estudantes, os CP entrariam em cena apenas na fase final de vida, quando as outras alternativas terapêuticas já não fossem suficientes, o que corrobora com os textos de diversos trabalhos avaliados nessa pesquisa, como por exemplo, de Carvalho *et al.* (2012) e Figueiredo e Stano (2013), que afirmam que na escola de medicina os estudantes ainda são ensinados a esforçar-se obstinadamente pela cura das doenças, nem sempre sendo orientados a lidar com a dimensão humana que compõe o corpo doente.

É interessante notar que em nenhuma definição o termo "sintomas físicos" apareceu. Duas explicações vêm à tona com essa constatação: pode ser que, para esses estudantes, outros termos, como cuidado integral e redução da dor, já englobem o conceito de sintomas físicos, dispensando maiores explicações; contudo, isso também pode se tratar de um equívoco ingênuo, pois, muitas vezes, as pessoas esquecem que está na alçada dos Cuidados Paliativos o manejo de outros sintomas físicos além da dor, e bastante comuns nesses pacientes, como náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dispneia e sonolência (RIBEIRO *et al.*, 2019). Sintomas esses, que devem ser manejados com maestria, para que se proporcione a melhor qualidade de vida ao paciente (CARVALHO *et al.*, 2012).

Já com relação ao número de conceitos chave presente em cada resposta, observou-se que a média de "itens-chave" utilizados nas definições dos alunos do 1º ano foi de 2,5, nas do 3º no foi de 2,4 itens chave por resposta, assim como nas do 6º ano (média de 2,4). Ou seja, em todos os anos avaliados, os estudantes usaram cerca de 2 "itens chave" para definir CP,

fazendo-se notar que não houve uma evolução significativa na elaboração desse conceito ao longo dos anos da graduação.

Aqui, foi possível observar que, apesar de a maioria dos estudantes terem tido contato com o tema de alguma forma, em todos os anos, a média de "itens chave" utilizada para caracterizar CP foi semelhante, sugerindo que, o contato com a temática existe, porém ainda de forma pontual, insuficiente para sedimentar toda a abrangência do conceito (CASTRO; TAQUETTE; MARQUES, 2021).

Dois pontos curiosos surgiram nas questões que diziam respeito aos termos da prática de CP: primeiro, que os estudantes de todos os anos da graduação tiveram índices de acerto similares nas mesmas questões, sugerindo que em todos os ciclos, os estudantes teriam percepções parecidas com relação ao grupo de pacientes elegíveis para CP, momento ideal para introduzir essa abordagem no cuidado e âmbitos de atuação em que CP podem ser aplicados, o que pode ser um reflexo da falta de uma matéria destinada a CP no currículo.

Outro aspecto interessante foi que, apesar de, na questão discursiva, a maioria dos alunos ter caracterizado os Cuidados Paliativos como cuidados de fim de vida oferecidos a doentes terminais, poucos foram os que mencionaram a introdução dos CP no momento do diagnóstico ou direcionados a pacientes que estivessem com alguma doença de mau prognóstico, embora não se encontrassem em fase terminal. Já nas questões objetivas com espectro semelhante, grande parte dos acadêmicos considerou que os Cuidados Paliativos, na verdade, são recomendados a "Qualquer paciente com uma doença ameaçadora à vida, independentemente da faixa etária e do diagnóstico", evidenciando uma divergência entre as questões discursiva e objetiva.

O que pode ter acontecido aqui é que, como a maioria dos acadêmicos já teve algum contato com o tema, ainda que de forma rasa, as próprias opções de resposta do questionário podem ter dado um direcionamento aos estudantes acerca da alternativa mais adequada.

Já quanto aos conceitos de distanásia, eutanásia e ortotanásia, o primeiro foi definido corretamente por 58,8% dos participantes do estudo, a eutanásia foi o que teve o maior número de definições corretas, totalizando 72,5% das respostas – o que pode estar relacionado com o fato de ser, entre os conceitos citados, o mais presente na mídia –, e a ortotanásia foi descrita corretamente por 64,7% dos estudantes.

O que pode-se observar, foi que a proporção de alunos que conhece cada conceito foi crescente ao longo dos anos da graduação, o que fala a favor de os estudantes estarem sim tendo algum contato com o tema de CP durante a formação. Em cada ano, no entanto, os significados mais conhecidos foram, respectivamente, os de eutanásia, distanásia e

ortotanásia. As DAV e as Escalas de Performance eram menos conhecidas em todos ciclos acadêmicos avaliados.

É interessante constatar também que todos os estudantes que confundiram o conceito de eutanásia, o colocaram como sendo o "Tratamento realizado pelos Cuidados Paliativos nos momentos finais de vida de um paciente com respaldo jurídico". Isso mostra como esses conceitos ainda estão mal definidos para algumas pessoas, inclusive futuros profissionais da saúde. Esse desconhecimento a respeito de CP é um dos principais fatores que podem contribuir para a pouca aceitação ou para a dificuldade de difusão da área no meio médico (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018).

Quanto à forma de contato dos acadêmicos com a temática de CP, observou-se que tanto no 1º quanto no 3º ano de curso, a maioria dos participantes relatou ter tido acesso ao tema através de aulas regulares, enquanto que, no 6º ano, a proporção de estudantes que teve esse contato de forma extracurricular foi maior (52,2%) que a porcentagem de estudantes que o tiveram de forma regular.

Esse resultado gera algumas reflexões: como a presente pesquisa abarcou os anos da graduação e a faculdade tem um fluxo de estudantes que é semestral, os acadêmicos que foram avaliados juntos como parte de um ano, na verdade, podem fazer parte de turmas diferentes e, portanto, com vivências diferentes na faculdade. Os alunos do primeiro ano foram os que menos tiveram contato com o tema, provavelmente devido ao ingresso recente na escola de medicina. Ainda assim, a percentagem de discentes do 1º ano que tiveram acesso a esse conteúdo através de aulas regulares foi maior que dos que o tiveram de forma extracurricular. O mesmo foi observado com os participantes do terceiro ano. Contudo, essa tendência muda quando analisada as respostas do sexto ano. A maioria desses estudantes referiu que sua maior proximidade com Cuidados Paliativos ocorreu de forma extracurricular.

Esse achado referente aos estudantes do último ano de curso corrobora com um estudo realizado por Costa, Poles e Silva (2016), que, ao realizarem entrevistas com estudantes da saúde participantes de um projeto extracurricular dedicado à abordagem em CP – realizado pela Universidade Federal de São João Del Rei – observaram que, para os entrevistados, as atividades extracurriculares foram essenciais para o aprendizado teórico e prático sobre CP, sendo o ensino puramente teórico advindo de aulas regulares insuficiente para a consolidação desse aprendizado.

No que diz respeito à forma de contato dos estudantes com CP ao longo da graduação, cabem mais duas colocações: os temas que fazem parte do espectro de CP, como morte, morrer e o cuidado com a esfera biopsicossocial dos pacientes são abordados de forma

pontual em diversos momentos dos ciclos básico e clínico, como nos objetivos de algumas tutorias, e em algumas aulas do eixo de Profissionalismo. No entanto, como o internato ainda não conta com um direcionamento nesse sentido, pode ser que o conteúdo de CP tenha ficado mais distante dos acadêmicos do sexto ano, de forma semelhante ao relatado por Lemos *et al.* (2017). Outra hipótese é que, nos anos que se sucederam à passagem dos então integrantes do internato pelos ciclos básico e clínico, algumas disciplinas podem estar abordando com maior ênfase os Cuidados Paliativos.

Quanto ao interesse dos discentes em CP, a presente pesquisa evidenciou que a maioria dos estudantes (82,3%) referiu ter interesse no assunto. Esse resultado diverge do encontrado no estudo de Toledo e Priolli (2012), que realizaram uma pesquisa com docentes/coordenadores de medicina sobre a inclusão da matéria de CP em uma faculdade. No estudo citado, constatou-se que grande parte dos docentes (77,6%) consideravam os alunos pouco ou apenas moderadamente interessados em aprender sobre como prover essa modalidade de cuidados. Entretanto, Correia *et al.* (2018) realizaram um trabalho cujos resultados convergem com o da presente pesquisa: quando questionado aos próprios estudantes acerca da inclusão da matéria de tanatologia e CP no currículo da graduação, a maioria revela ter interesse na inserção desses temas na grade curricular.

Todavia, é sempre bom lembrar que, qualquer ensino, para que seja efetivo, deve despertar a curiosidade dos estudantes. Uma das experiências bem sucedidas na implementação da disciplina de Tanatologia e CP foi da faculdade de medicina de Itajubá, e o grande diferencial dessa escola foi ministrar aulas menos ortodoxas para estimular a curiosidade dos estudantes acerca do tema, e permitir que eles participassem da construção do conhecimento de uma forma mais lúdica (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Isso alivia a carga de uma matéria administrada de forma convencional e estimula os alunos de forma mais eficiente. Pereira, Andrade e Theobald (2022) colocam ainda que o ensino ideal em Cuidados Paliativos e tanatologia deve ir além do convencional, deve viabilizar um preparo também psicológico e emocional, para que os estudantes sejam capacitados a oferecer um cuidado mais digno e genuíno a todos os pacientes.

No que diz respeito às falhas na formação em CP, a falta de oportunidades para lidar com pacientes que se encontram em fase final de vida foi detectada como a principal lacuna por mais da metade dos participantes, sendo 33,3% do 1º ano, 56,25% do 3º ano e 73,9% do 6º ano, mostrando que, apesar da evolução que trouxeram as novas metodologias ativas, de permitir que os estudantes tenham contato com o paciente desde o início da graduação, ao longo do curso, é notório aos estudantes a escassez de oportunidades para lidar com pacientes

no cenário prático que se encontrem no processo de morte/morrer. O segundo item mais votado foi a falta da inclusão de um componente curricular, o que pode estar relacionado a ausência de uma disciplina dedicada primariamente ao ensino de CP.

Bifulco e Iochida (2009) apontam que a inclusão de CP como disciplina obrigatória na grade curricular do curso de medicina passa por inúmeras dificuldades, os aspectos pessoais, espirituais, a cultura ocidental, o ensino médico ainda tecnicista e fragmentado, além do aumento evidente da quantidade de alunos nas turmas de medicina, a carga horária limitada para trabalhar esses assuntos, e a ideia de que algumas especialidades são mais importantes que outras (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Entre os três anos avaliados, as proporções foram bastante semelhantes no que diz respeito aos alunos que não se sentiam preparados para abordar CP na prática médica. Nenhum dos alunos do 1º ano se considerou preparado e confiante para exercer CP na prática clínica, mas tanto os alunos do 3º como os do 6º ano tiveram resultados semelhantes nessa questão. Entretanto, é interessante comentar que, os alunos do 3º ano foram os que mais se sentiram preparados pela faculdade para exercer CP, apesar de ainda não terem muita confiança. Isso corrobora com o encontrado na análise do item que questionava a forma de contato dos acadêmicos com a tanatologia e os CP, em que os alunos dos anos iniciais demonstraram ter tido maior proximidade com a temática através de aulas da faculdade, e os do último ano, de forma extracurricular, sinalizando, mais uma vez, que pode ter havido alguma mudança recente nos ciclos básico ou clínico, e algumas disciplinas estarem dando maior destaque ao ensino de CP.

Esse fato faz emergir uma nova concepção: de que mais recentemente teria aumentado o papel da faculdade na divulgação e no incentivo de discussões sobre Cuidados Paliativos, corroborando com os textos de Castro, Taquette e Marques (2021) e Fonseca e Geovanini (2013), que defendem que há uma nova tendência que surge no ensino médico, de introduzir uma perspectiva mais humanista do cuidado, o que traduziria uma franca expansão dos CP no Brasil, ainda que de forma vagarosa.

De maneira geral, mais da metade dos participantes (62,7%) da pesquisa não se considerou preparada para lidar com a morte de um paciente e com o luto dos familiares posteriormente. Desse total, uma pequena parte (6,1%) referiu que além de não se sentir preparada, associa a morte com perda/frustração. De fato, apesar de a morte ser uma certeza inexorável da vida, nem sempre se ensina aos futuros profissionais da saúde que as doenças têm uma história natural e que a morte às vezes se faz presente mesmo com as melhores alternativas terapêuticas (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Logo, é comum que as emoções ruins que surgem diante da morte de um paciente, se não tratadas, gerem em sofrimento emocional e físico intensos, compatível até com Síndrome de Burnout (MARTA *et al.*, 2009). Daí a importância de exercitar ferramentas junto aos estudantes, durante os anos da graduação, que os auxiliem a lidar melhor com a finitude da vida de um paciente e com as particularidades envolvidas nesse processo, para que os sentimentos de desapontamento, vulnerabilidade e angústia dêem lugar à tranquilidade e à confiança frente a essas situações (PEREIRA; ANDRADE; THEOBALD, 2022).

No que diz respeito ao local de ocorrência da morte, não há uma determinação formal em CP do lugar ideal para o acontecimento desse fenômeno. O que se propõe é, como referido pela maioria dos alunos dessa pesquisa, que as decisões sejam tomadas conjuntamente com a família e o paciente, sem, no entanto, transferir toda a responsabilidade para o eixo familiar (SBP, 2017). Alguns podem acreditar que o ambiente domiciliar é o mais adequado para abrigar a ocasião da morte. No entanto, uma série de questões devem ser levadas em consideração nessa decisão, como por exemplo, o preparo físico e psicológico tanto do paciente como dos familiares para enfrentar esse processo em casa (HARMAN *et al.*, 2020). Quando a morte ocorre em leito de hospital ou UTI, o que a conduta em CP recomenda é que o paciente seja transferido para um local mais reservado, onde as visitas domiciliares sejam permitidas por mais tempo e onde haja maior conforto (HARMAN *et al.*, 2020).

As últimas questões tinham um cunho mais pessoal, pois abarcavam as percepções individuais acerca da morte e dos Cuidados Paliativos, e o que se pode notar, foi que os discentes participantes da pesquisa se mostram, em geral, mais receptivos a aceitar CP como modalidade de tratamento de si mesmo ou até de parentes próximos. Isso é curioso pois não faz parte da cultura ocidental que a morte e os cuidados de fim de vida sejam discutidos no contexto familiar (CAMARGO *et al.*, 2015). No entanto, mais de 90% dos participantes relatou que gostaria de entrar em CP caso se encontrasse em uma situação de terminalidade da vida e uma proporção bastante semelhante referiu que gostaria que um familiar que se encontrasse em uma circunstância parecida entrasse em CP, e em ambos os casos, os estudantes afirmaram que a família apoiaria essa decisão.

Quanto aos sujeitos da escolha da modalidade de tratamento de um paciente, a maioria dos acadêmicos (82,3%), enquanto médicos, julgaram que o ideal era envolver família, paciente e equipe nessa decisão, apenas 8 participantes (15,6%) não consideraram envolver a família na decisão da forma de tratamento de um paciente em fase final de vida. Enquanto pacientes em fase final de vida, 68,6% acredita que envolver os três eixos na definição da modalidade cuidado é interessante, mas o número de estudantes que não desejaria envolver a

própria família nessas decisões subiu para 14 (27,4%). Contudo, esse é um achado que pode estar relacionado a aspectos pessoais e à construção familiar de cada um.

## 5 CONCLUSÃO

As instituições de ensino médico, principalmente no meio ocidental, desconsideraram, por muitos anos, o ensino da tanatologia e o preparo acadêmico para lidar com a terminalidade da vida, as angústias e o sofrimento que esse momento traz, e as estratégias possíveis para auxiliar paciente e familiares a enfrentar essas situações. Retomando o entendimento de Meireles *et al.* (2019), essa realidade tem relação direta com a cultura ocidental de negação frente à terminalidade da vida.

Apesar disso, Fonseca e Geovanini (2013) defendem que, ao longo dos anos, vêm ocorrendo uma tímida expansão dos CP no Brasil. Em 2012, o Brasil tinha apenas três escolas que ofereciam a disciplina de CP na grade curricular (CASTRO; TAQUETTE; MARQUES, 2021). Oliveira, Ferreira e Rezende (2013) já detectaram algumas outras iniciativas bem sucedidas – ainda que bastante pontuais – de ensino de CP nas Escolas Médicas Brasileiras (EMB), e Batista (2019), expôs que, três anos atrás, esse número havia subido um pouco mais. Na época, 11 das melhores escolas médicas do país ofereciam disciplinas que abordavam tanatologia e CP, de forma obrigatória ou optativa. Apesar de serem pouquíssimas escolas, é um número que vem crescendo – ainda que paulatinamente –.

Neste trabalho, pôde-se perceber que a faculdade de medicina analisada teve alguma contribuição no conhecimento dos estudantes acerca de CP, podendo fazer parte de um novo contexto que emerge lentamente no ensino médico, que seria a introdução de um ensino que incentiva uma forma de cuidado mais ampla, que leva em consideração todas as dimensões que compõem o ser humano, muito além da doença.

O que se pode notar, nessa pesquisa, foi que os alunos do 1º e 3º ano, relataram ter tido acesso à temática dos CP principalmente por meio de aulas regulares e, foi possível observar algum ganho de conhecimento dos alunos ao longo dos anos de formação, ainda que de forma pouco significativa. Contudo, apesar de a escola de medicina ter uma participação no aprimoramento da compreensão dos estudantes, essa evolução não foi muito expressiva durante os anos de curso, achado que corrobora com o encontrado por Lemos *et al.* (2017), em um trabalho que possuía um esboço semelhante: apesar de ocorrer uma aquisição de conhecimento acerca de CP durante a faculdade de medicina, esse progresso é bastante pequeno.

Dessa forma, fica evidente que existe sim uma disseminação do ensino de CP no Brasil, mas que esse processo ainda ocorre lentamente, e até o momento, o conhecimento de CP oferecido pelas faculdades se mostra incapaz de proporcionar, de forma solo, uma

capacitação adequada aos futuros profissionais de saúde, que os permita realizar uma conduta médica mais humanizada, compreender o intuito dos Cuidados Paliativos, e saber encaminhar e orientar os pacientes e familiares quanto a importância e indicação de tal cuidado.

Assim, conclui-se que apesar de haver algum nível de envolvimento da instituição de ensino em disseminar o conhecimento sobre Cuidados Paliativos, isso ainda ocorre de forma bastante discreta. Conseqüentemente, os profissionais se graduam com uma noção limitada de Cuidados Paliativos. Isso é um fato importante e deve ser aprimorado no ensino, pois, como o mencionado anteriormente neste trabalho, o aumento da expectativa de vida da população e o inevitável aumento das doenças crônico-degenerativas que acompanham o avançar da idade humana tornam imprescindível o manejo de pacientes que, gradualmente, vão se aproximando do momento de se encontrarem frente a frente com a finitude da vida.

Em vista disso, capacitar os acadêmicos para lidar melhor com a fase final de vida de um paciente, ou pelo menos, oferecer artifícios que norteiem esses profissionais diante desse cenário, pode dar-lhes maior segurança para enfrentar essas situações e prevenir sentimentos de frustração e desgaste emocional que surgem quando encarar a realidade se mostra uma tarefa mais complexa e árdua do que o esperado, e ajuda a evitar, inclusive, a já citada Síndrome de Burnout.

Isso posto, fica clara a importância de se investir mais na inclusão de uma disciplina que aborde o conteúdo de Cuidados Paliativos e tanatologia na faculdade de medicina e que isso seja feito de forma a engajar melhor os estudantes no tema. Aplicá-lo de forma menos dispersa ao longo da graduação e de maneira menos rígida, envolvendo mais os próprios alunos na construção desse conhecimento são alternativas que podem tornar mais efetiva a dispersão dos CP no meio médico e propiciar aos futuros profissionais ferramentas que os auxiliem a encarar os aspectos mais difíceis e delicados da medicina.

Por fim, é sempre importante lembrar, e difundir nas escolas médicas, que o cuidado vai muito além da cura. Por mais que não seja possível livrar o paciente da doença, cuidar é sempre possível. Sempre há como manejar algum sintoma, para que se ofereça melhor qualidade de vida ao paciente, dar suporte emocional e espiritual, proporcionar um cuidado digno ao indivíduo. Essas medidas, ainda que não curem, fazem parte do cuidar. Cicely Saunders tem uma frase bastante conhecida que diz "curar sempre que possível e cuidar quando a cura não acontece".

## REFERÊNCIAS

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar\*. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, p. 1-8. 2018.

AZEREDO, Nára Selaimen G.; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Revista de Educação Médica**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 37-43, jan. 2011.

BATISTA, George Felipe de Moura. Análise do ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira. **Revista Brasileira de Bioética**, Natal, p. 1-13, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/23286/23299>. Acesso em: 7 fev. 2022.

BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Christina. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 92-100. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1805/200616, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre a prática da ortotanásia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil/D.O.U.**, Brasília, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1973/2011, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM Nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil/D.O.U.**, Brasília, 1 ago 2011. Disponível em: [https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res\\_CFM\\_1973\\_14.07\\_.pdf](https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res_CFM_1973_14.07_.pdf). Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1995/2012, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil/D.O.U.**, Brasília, 31 ago 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CALDAS, Gustavo Henrique de Oliveira; MOREIRA, Simone de Nóbrega Tomaz; VILAR, Maria José. Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 269-280, abr 2018.

CAMARGO, Alison Pereira de *et al.* **O ensino da morte e do morrer na educação médica brasileira**: artigo de revisão. *Revista Uningá*, Maringá, v. 45, n. 1, p. 44-51, set. 2015.

CASTRO, Andrea Augusta; TAQUETTE, Stella Regina; MARQUES, Natan Iório. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 1-7, fev. 2021.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: **resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009** (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CORREIA, Divanise Suruagy *et al.* Cuidados Paliativos: importância do tema para discentes de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 78-86, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170105.r1>.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 1041-1052, 3 maio 2016. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>.

COSTA, Iolanda Cristina da; ROCHA, Ana Cristina D' Oliveira. Percepções da morte e do morrer para residentes de medicina em um hospital terciário. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 7, n. 4, p. 7-14, 23 nov. 2017. Disponível em:  
[http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/705/408](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/705/408). Acesso em: 7 fev. 2022.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista de Bioética**, Belo Horizonte, v. 3, n. 21, p. 463-476, 2013.

EVANGELISTA, Carla Braz *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, João Pessoa, v. 3, n. 69, p. 554-563, jun. 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0591.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Eutanásia. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira Sa, 1986. p. 735.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia M. T.. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Itajubá, Mg, v. 37, n. 2, p. 298-307, fev. 2013.

FIOROTTI, Karoline Pedroti; ROSSONI, Renzo Roldi; MIRANDA, Angélica Espinosa. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l], v. 34, n. 3, p. 355-362, nov. 2009.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fátima. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013.

FRIZZO, Karla *et al.* Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. **Revista Bioéticos**, São Camilo, v. 7, n. 4, p. 367-375, set. 2013.

HARMAN, Stephanie M. *et al.* **Palliative Care: the last hours and days of life**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life#:~:text=Patients%20in%20the%20last%20hours,and%20coaching%20as%20death%20approaches>. Acesso em: 05 ago. 2020.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. ÉTICA E BIOÉTICA: PARA DAR INÍCIO À REFLEXÃO. **Texto Contexto Enferm**, São José, Sc, v. 1, n. 14, p. 106-110, mar. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

KÓVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista de Bioética**, São Paulo, v. 1, n. 22, p. 94-104, 2014.

LALONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes de; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2510-2517, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23418/19096#:~:text=Ao%20correlacionar%20o%20grau%20de,para%20a%20sa%C3%BAde%20do%20paciente..> Acesso em: 25 jul. 2022.

MAIELLO, Ana Paula Mirarchi Vieira *et al.*, **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

MARTA, Gustavo Nader *et al.* O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 416-427, mar. 2009.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho *et al.* Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. **Revista Bioética**, Ponte Nova, MG, v. 27, n. 3, p. 500-509, set. 2019.

MELLO, Aline Andressa Martinez; SILVA, Lucia Cecilia da. A Estranheza do Médico Frente à Morte: Lidando com a Angústia da Condição Humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Maringá, v. 1, n. 23, p. 52-60, jun. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf). Acesso em: 17 fev. 2022.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista de Bioética**, Niterói, RJ, v. 27, n. 1, p. 86-97. 2019.

MORAES, Sandra Alamino Felix de; KAIRALLA, Maisa Carla. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. **Einstein**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 162-167, abr. 2010.

NAWAWI, Nora M. El; BALBONI, Michael J.; BALBONI, Tracy A.. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. **Current Opinion**, Boston, v. 2, n. 6, p. 269-274, jun. 2012.

OLIVEIRA, Dayana Silva de. **Percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer**. 2017. Monografia (Graduação) - Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

OLIVEIRA, José Ricardo de; FERREIRA, Amauri Carlos; REZENDE, Nilton Alves de. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p. 285-290, maio 2013.

ORTH, Larissa Chaiane *et al.* Conhecimento do Acadêmico de Medicina sobre Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, v. 43, n. 1, p. 286-295, jun. 2019.

PEREIRA, Lariane Marques; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de; THEOBALD, Melina Raquel. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 149-161, mar. 2022.

PUCHALSKI, Christina M.. Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. **Journal Of Palliative Medicine**, Washington, v. 5, n. 2, p. 289-294, nov. 2002.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa *et al.* Cuidado paliativo na emergência. In: VELASCO, Irineu Tadeu. **Medicina de Emergência: abordagem prática**. Barueri: Manole, 2019. p. 1240-1252.

RICARDO TAVARES DE CARVALHO (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Grupo Mais e Instituto Paliar, 2012.

RINCÓN, Carola del *et al.* **Cuidados Paliativos Pediátricos: el afrontamiento de la muerte en el niño oncológico**. *Psicooncología*, Madrid, v. 5, n. 2-3, p. 425-437. 2008.

SANTOS, Cledy Eliana dos *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. In: GUSSO, Gustavo. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2018. Cap. 106. p. 899-907.

SBP. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. **Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos**. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf). Acesso em: 29 set. 2021.

SEPÚLVEDA, Cecilia *et al.* Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. **Journal Of Pain And Symptom Management**. Geneva, Switzerland, p. 91-96. ago. 2002.

SILVA FILHO, Carlindo de Souza Machado e. Os princípios bioéticos. **Residência Pediátrica**, Nova Iguaçu, Rj, v. 1, n. 7, p. 39-41, jan. 2017.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 45-53, 2014. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718/595>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SOUZA, Hieda Ludugério de *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista de Bioética**, São Paulo, v. 2, n. 23, p. 349-359, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pL4wBmn56Nn5S9KZtBQYGSz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

STEINHORN, David M.; DIN, Jana; JOHNSON, Angela. Healing, spirituality and integrative medicine. **Ann Palliat Med**, [s. l], v. 1, n. 1, p. 237-247, jun. 2017.

TOLEDO, Andréia Padilha de; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 1, n. 36, p. 109-117, fev. 2012.

UGARTE, Olívia. **Contexto normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014. 45 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2nd ed. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em 20 mar. 2022

**APÊNDICE A****Formulário Concepção dos estudantes de medicina acerca de Cuidados Paliativos****Questões de cunho sociodemográfico**

1. Qual o seu sexo?

- feminino
- masculino
- outro

2. Em que faixa etária você se encontra?

- 18 - 25 anos
- 26 - 30 anos
- 31 - 35 anos
- 36 - 40 anos
- $\geq$  41 anos

3. Em qual ano do curso você se encontra?

- 1º ano (1º e 2º semestres)
- 3º ano (5º e 6º semestres)
- 6º ano (11º e 12º semestres)

4. Você tem alguma religião?

- Sim
- Não
- Prefiro não opinar

5. Se sim, qual?

- Católico
- Evangélico
- Espírita
- Outro

**Noções sobre Cuidados Paliativos**

6. Você conhece o conceito de Cuidados Paliativos?

- Sim, conheço
- Já ouvi falar, mas não sei do que se trata
- Não conheço

7. Se você respondeu sim à questão anterior, descreva em poucas palavras o que você entende sobre Cuidados Paliativos

8. Para qual grupo de pacientes você entende que a abordagem de cuidados paliativos seria recomendada?

- Principalmente idosos, na fase final de vida e com doenças incuráveis
- Qualquer paciente com doença ameaçadora à vida, independentemente da faixa etária e do diagnóstico
- Pacientes com câncer, independentemente da faixa etária

9. Para você, qual o melhor momento para se introduzir os Cuidados Paliativos no tratamento de um paciente?

- Na fase final da doença, quando todos os outros tratamentos já foram testados
- No momento do diagnóstico de uma doença grave, ou de mau prognóstico
- Não considero uma boa estratégia de tratamento
- Não sei opinar sobre isso

10. Como você entende que se relacionam os Cuidados Paliativos com a terapêutica curativa?

- Acredito que sejam tendências opostas e que a aplicação de uma exclua a aplicação da outra
- Acredito que são estratégias que podem ser aplicadas ao mesmo tempo, em algumas circunstâncias específicas
- Acredito que podem e devem ser complementares, em qualquer caso de doença grave ou ameaçadora da vida

11. Você conhece o conceito das Diretivas Antecipadas de Vontade?

- Sim

- Não, nunca ouvi falar
- Já ouvi falar, mas não sei do que se trata

12. Você conhece o conceito das Escalas de Performance?

- Sim
- Não, nunca ouvi falar
- Já ouvi falar, mas não sei do que se trata

13. O que você entende quanto ao conceito de distanásia?

- É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, prestada aos pacientes nos momentos finais de vida que estão sob cuidados paliativos
- São ações diagnósticas e terapêuticas obstinadas, que levam ao prolongamento exagerado do processo de morte
- É a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista
- Não conheço esse conceito

14. O que você entende quanto ao conceito de eutanásia?

- Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento
- Provocar a morte prematura de um paciente, sob justificativa de este estar sofrendo demasiadamente
- Tratamento realizado pelos Cuidados Paliativos nos momentos finais da vida de um paciente com respaldo jurídico
- Não conheço esse conceito

15. O que você entende quanto ao conceito de ortotanásia?

- É a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista
- É a abordagem na qual o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte, evitando o prolongamento do morrer
- Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento
- Não conheço esse conceito

16. Você acredita que os Cuidados Paliativos possam ser realizados em outros âmbitos, como na Emergência ou na Atenção Básica?

- Sim, acredito que os Cuidados Paliativos possam ser realizados em vários desses âmbitos
- Não, acredito que os Cuidados Paliativos sejam mais restritos a pacientes em internação hospitalar intensiva e prolongada

### **Formação médica e Cuidados Paliativos**

17. Durante a graduação, você teve contato com o tema de Cuidados Paliativos?

- Sim
- Não

18. Se você respondeu sim à questão anterior, como se deu esse contato?

- Aulas regulares
- Através de Ligas Acadêmicas
- Congressos/palestras
- Outros

19. Como acadêmico de medicina, o tema de Cuidados Paliativos te desperta algum interesse?

- Sim, e considero o tema importante para ser discutido e abordado na formação médica
- Não tenho interesse, apesar de considerar o tema pertinente para ser discutido na formação médica
- Sim, mas não considero importante para a formação do generalista
- Não tenho interesse, e não considero o tema pertinente para ser abordado na formação médica generalista

20. Você sente que falta algo na formação médica para propiciar o preparo adequado dos acadêmicos no momento de lidar com pacientes e familiares no contexto da morte?

- Não, me sinto totalmente preparado para lidar com a situação
- Falta a inclusão de um componente curricular que lide com questões como o processo de morte e o morrer
- Falta a sensibilização por parte dos professores, para discutir esse tema com os alunos em sala de aula
- Faltam oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do paciente e de ter contato com pacientes que se encontram em fase final de vida

( ) Ainda não tenho opinião formada para opinar sobre o tema

21. Você se sente preparado para exercer os Cuidados Paliativos na sua conduta médica após a graduação?

( ) Sim, sinto que fui preparado na graduação e me sinto confiante para exercer essa abordagem

( ) Não, não me sinto preparado para exercer Cuidados Paliativos na minha conduta

( ) Sinto que fui preparado na graduação, mas ainda não me sinto confiante para realizar tal abordagem

( ) Não sei opinar sobre isso

### **Percepção da morte e da abordagem em Cuidados Paliativos**

22. Se você fosse um paciente com doença grave/incurável, gostaria que fossem abordados Cuidados Paliativos com você?

( ) Sim, mas acredito que minha família não gostaria

( ) Sim, eu me sentiria mais confortável com esse tipo de abordagem, e saberia que minha família também seria amparada

( ) Não, caso me encontre em uma situação assim, não gostaria de entrar em cuidados paliativos

23. Se um familiar próximo a você estivesse gravemente doente, você gostaria que ele recebesse Cuidados Paliativos?

( ) Sim, acredito que assim tanto meu familiar quanto os demais membros da família ficariam melhor amparados e todos nós lidaríamos melhor com o enfrentamento desse momento delicado

( ) Sim, mas acredito que os demais membros da família não concordariam com essa abordagem

( ) Não, associo cuidados paliativos a cuidados de fim de vida, quando "não se pode fazer mais nada pelo paciente" e, portanto, não me sentiria confortável tendo um familiar em tais condições

24. Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente e posteriormente com a fase de luto dos familiares?

( ) Não, associo a morte com derrota, perda, frustração

- Sim, entendo a morte como um processo natural da vida
- Não, mas não associo a morte com derrota, perda, frustração

25. Você considera importante um paciente em fase final de vida morrer em casa, junto com sua família e entes queridos?

- Sim, o paciente deve morrer no lugar em que sempre viveu, onde se sente mais confortável
- Não, pois mesmo nesse cenário, o paciente necessitaria de assistência médica
- Essa decisão deve ser tomada conjuntamente, levando em consideração a opinião do paciente, dos familiares e da equipe médica

26. Como médico de um paciente em fase final de vida, quem você gostaria que escolhesse a forma de tratamento desse paciente?

- Equipe médica
- Paciente
- Familiares
- Paciente e familiar
- Paciente e equipe médica
- Paciente, familiar e equipe médica

27. Se você fosse um paciente com doença terminal, quem você gostaria que escolhesse sua forma de tratamento?

- Equipe médica
- Paciente
- Familiares
- Paciente e familiar
- Paciente e equipe médica
- Paciente, familiar e equipe médica

28. Para você, como acadêmico de medicina, abordar a espiritualidade de um paciente é uma conduta válida?

- Sim, a espiritualidade faz parte do ser humano assim como a dor e o sofrimento físico e deve ser validada e abordada no cuidado

( ) Não, a espiritualidade e religiosidade são tratadas por áreas diferentes e não cabe à medicina entrar nesse aspecto da vida do paciente

29. Você se sente preparado para incluir a espiritualidade de um paciente na sua abordagem médica?

( ) Sim, me sinto preparado para encarar o tema e abordá-lo junto ao paciente

( ) Não, não me sinto confortável conversando com as pessoas acerca de sua espiritualidade

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina dos ciclos básico, clínico e internato do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) sobre Cuidados Paliativos e a evolução da compreensão dos acadêmicos acerca do tema no decorrer da graduação médica. Sua participação é importante para que seja traçado um panorama acerca da compreensão dos estudantes de medicina sobre Cuidados Paliativos e o papel da instituição de ensino na aquisição de tais conhecimentos, além de possibilitar que a universidade seja estimulada a abordar tal tema na graduação médica, formando profissionais cada vez mais completos.

Sua participação consiste em responder um questionário simples, que conta com 28 questões objetivas e uma aberta, que contempla questões de cunho sociodemográfico, percepção da morte e do morrer como acadêmico e como paciente e como familiar, noções de cuidados paliativos e participação da faculdade de medicina em viabilizar e incentivar a discussões acerca do tema durante a graduação médica.

Este estudo possui riscos mínimos para os participantes, resumidos ao risco de quebra de sigilo das informações e de identificação acidental de algum dos participantes. Para minimizá-los, as informações colhidas de forma anônima e apenas as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados. Contudo, devido aos riscos inerentes ao ambiente virtual, as pesquisadoras possuem limitações para assegurar total confidencialidade das informações e existe um risco potencial de violação.

Com sua participação nesta pesquisa você poderá motivar professores a fortalecer a temática no ensino, descobrir uma área de interesse diferente na medicina e ser estimulado a buscar mais informações na área-tema.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Também poderá deixar perguntas que não te deixem confortáveis em branco.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade de Tayana Augusta de Carvalho Neves e Júlia Coelho Nappo (pesquisadoras) com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma dúvida referente aos objetivos, procedimentos e métodos utilizados nesta pesquisa, entre em contato com os pesquisadores responsáveis pelo e-mail [tayana.vasques@ceub.edu.br](mailto:tayana.vasques@ceub.edu.br) ou [julia.nappo@sempreceub.com](mailto:julia.nappo@sempreceub.com). Também, se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP-UniCEUB), que aprovou esta pesquisa, pelo telefone **3966-1511** ou pelo e-mail **cep.uniceub@uniceub.br**. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.