



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

GABRIEL MIRANDA DOS SANTOS SANTANA

**GRAU DE CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Salvador

2021

GABRIEL MIRANDA DOS SANTOS SANTANA

**GRAU DE CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública como requisito parcial
para aprovação do 4º ano de medicina.

Salvador

2021

GABRIEL MIRANDA DOS SANTOS SANTANA

**GRAU DE CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública como requisito parcial
para aprovação do 4º ano de medicina.

Salvador, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Silber Rodrigues Alves
Orientador
Medicina - EBMSP

Nome do Examinador
Medicina - EBMSP

Nome do Examinador
Medicina - EBMSP

AGRADECIMENTOS

Grato, primeiramente à minha espiritualidade, guias e sustento de fé para chegar até aqui. Aos meus pais pelo suporte na caminhada e amigos fiéis que dividiram comigo cada etapa dessa experiência e estenderam a mão em todos os momentos.

Ao meu orientador Dr. Silber Rodrigues Alves que me proporcionou um contato maior com o universo dos cuidados paliativos e sua importância perante o paciente e seus familiares e, principalmente à minha querida professora de metodologia da pesquisa Dra. Carolina Aguiar que me orientou e conduziu todas as etapas do meu trabalho de conclusão de curso. Gratidão por esse ciclo e por todos que de algum modo fizeram parte dele.

Finalizo com Carl Jung que diz muito sobre as nuances de meu trabalho e minha essência: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas. Mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

RESUMO

Introdução: Atualmente os cuidados paliativos vêm ganhando espaço nas formas de cuidado do paciente e de seus familiares. Entretanto, há uma notória ausência desse componente nos currículos de graduação médica. É fundamental que os centros acadêmicos valorizem o contato dos estudantes de medicina com essa área que visa a percepção e o olhar para a vida humana nas suas diversas esferas, que são: mental, espiritual, física e social. **Objetivos:** Descrever o grau de conhecimento dos estudantes de medicina da EBMSP sobre cuidados paliativos e analisar a percepção dos estudantes de medicina da EBMSP sobre cuidados paliativos. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de caráter transversal, prospectivo e analítico. O instrumento de pesquisa foi composto por três seções: Ficha de caracterização pessoal; Escala de autoavaliação sobre cuidados paliativos e Questionário sobre conhecimentos a respeito de cuidados paliativos. Para realizar a comparação entre os grupos, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. **Resultados:** O presente estudo foi aplicado em uma amostra de 249 estudantes de medicina da EBMSP. A escala de autoavaliação e o questionário sobre conhecimentos específicos em cuidados paliativos evidenciaram, na maioria das suas variáveis, valores estatisticamente significantes com ($p < 0,05$), demonstrando maior grau de conhecimento entre aqueles que cursaram o componente curricular de cuidados paliativos. **Conclusão:** Os instrumentos de avaliação utilizados para comparar o grau de conhecimento dos estudantes de medicina da EBMSP foram capazes de demonstrar maior conhecimento entre alunos do internato, sugerindo que o contato com o componente curricular de cuidados paliativos no 8º semestre consolida de forma essencial tais conhecimentos fundamentais à prática médica.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Formação acadêmica. Estudantes de medicina.

ABSTRACT

Introduction: Currently, palliative care has been gaining ground in the forms of care for patients and their families. However, there is a notable absence of this component in the undergraduate medical curriculum. It is essential that academic centers value the contact of medical students with this area that aims at perception and looking at human life in its various spheres that are: mental, spiritual, physical and social. **Aims:** Describe the state of knowledge of medical students at EBMSp about palliative care and analyze the perception of medical students at EBMSp about palliative care. **Methodology:** A cross-sectional, prospective and analytical study was carried out. The research instrument was composed of three sections: Personal characterization form; Self-assessment scale on palliative care and Questionnaire on knowledge about palliative care. To perform the comparison between the groups, Pearson's χ^2 test was used. **Results:** The self-assessment scale and the questionnaire on specific knowledge in palliative care showed, for the most part, statistically significant values with ($p < 0.05$). The present study was applied to a sample of 249 medical students from the EBMSp who demonstrated a greater degree of knowledge among those who attended the curricular component of palliative care. **Conclusion:** The assessment instruments used to compare the level of knowledge of medical students at EBMSp were able to demonstrate greater knowledge among students at the boarding school, suggesting that contact with the curricular component of palliative care in the 8th semester essentially consolidates such fundamental knowledge to the medical practice.

Keywords: Palliative care. Academic training. Medical students.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo Primário	9
2.2	Objetivo Secundário	9
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
4	METODOLOGIA	14
4.1	Desenho do estudo	14
4.2	Local do estudo	14
4.3	Participantes	14
4.4	Instrumento de pesquisa	14
4.5	Procedimentos de coleta de dados	15
4.6	Procedimentos de análise	15
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	19
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	24
8	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma especialidade médica interdisciplinar que se concentra na prevenção e no alívio do sofrimento e no apoio à melhor qualidade de vida possível para pacientes que enfrentam uma doença grave e/ou com risco de vida, bem como para suas famílias(1). É uma abordagem que requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e problemas de natureza física e espiritual, baseando-se em princípios e não em protocolos(2). Entretanto, por ser uma prática relativamente recente, reconhecida pela OMS em 1990, muitos profissionais de saúde não sabem lidar com esse pilar, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil(3).

Com os avanços na área da saúde do século XX e as novas possibilidades de tratamento e cura das doenças, os médicos passaram a ter maiores dificuldades em lidar com a inexorável existência da morte(4). Em 2006, faleceram 1.031.691 pessoas no Brasil, 725 mil decorrentes de doenças crônicas ou degenerativas e neoplasias, que causam limitação para as atividades diárias e nas quais, ao contrário do que se espera, a intensificação dos cuidados diagnósticos e terapêuticos compromete a qualidade de vida e morte desses pacientes(5). Nesse sentido, diante da transição demográfica e epidemiológica brasileira, é necessário pensar em cuidados paliativos, pois, além de ser um acompanhamento direcionado ao alívio de sintomas, percepção integral de pacientes e seus familiares, essa forma de cuidar reduz o uso de serviços hospitalares e procedimentos médicos desproporcionais, contribui para uso dos serviços domiciliares que favorecem um final de vida e morte mais dignos e naturais, evitando onerar o sistema de saúde de maneira irracional(2).

Há rica literatura e práxis, sedimentada internacionalmente, sobre a bioética e o CP. Entretanto, no Brasil, convive-se com dilemas éticos relativos ao tema, tanto no modelo do ensino médico, quanto na qualidade de assistência ao processo de morrer com dignidade(6). Os médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais(7), denunciando um olhar pedagógico descompromissado das Escolas Médicas (EM) sobre esta questão(8). Essa realidade do ensino de CP nas EM coincide com os dados de trabalhos no campo da assistência deficitária de CP oncológicos no Brasil(9). A revisão do estudo intitulado “A Qualidade da Morte”, na revista *The Economist*, publicada em 2015, mostra que, em um ranking de 80 países, no quesito “assistência na fase final de vida”, o Brasil ocupa o 42º lugar. Diferentemente de países como Reino Unido e Austrália que apresentam melhor índice de qualidade de morte e técnica em cuidados paliativos consolidada, o Brasil não dispunha, até novembro de 2018, de nenhuma política que estruturasse ou orientasse especificamente o

desenvolvimento da área(3). Entre as poucas normas que mencionam Cuidados Paliativos estão as portarias nº 741, de 19 de dezembro de 2005, sua atualização, a portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, e a portaria nº 483, de 1º de abril de 2014(10).

Além disso, no que tange às práticas de ensino dos cuidados paliativos nas Escolas Médicas do Brasil, constatou-se que, embora a maioria dos coordenadores do curso de medicina participantes do estudo de Toledo e Priolli considerassem importante tal ensino, 73% apontaram uma carga horária insuficiente dedicada a essa área, ratificando a pouca prioridade curricular dada a este tema no país(11).

Dessa forma, baseando-se no cenário epidemiológico e demográfico do Brasil e na realidade precária do ensino de cuidados paliativos durante a formação acadêmica, conclui-se a importância de inserir cuidados paliativos na graduação das Escolas Médicas, a fim de possibilitar que os estudantes ampliem a sua experiência, enquanto futuros profissionais, nos cuidados que vão além da prática semiológica, exame físico, hipóteses diagnósticas e prescrição de tratamentos, promovendo um cuidado integral, baseado em evidências científicas, que engloba o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, não somente aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida, mas também aos seus familiares.

Essa inserção tão imprescindível de cuidados paliativos na formação acadêmica já é realidade concreta em grades como a da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, fazendo parte do currículo do 8º semestre, em que são trabalhados os mais diversos conteúdos referentes à palição, que vão desde conceitos e princípios à diretivas antecipadas de vida, processo de comunicação difícil e espiritualidade. Além disso, são realizadas práticas, nas quais os estudantes acompanham atendimentos de pacientes em cuidados paliativos, tendo contato com seus familiares e com todo o processo relacionado àquele manejo. Isso promove a construção de uma bagagem estudantil sólida, que, certamente, será diferencial no olhar para com o outro e no exercício da profissão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Descrever o grau de conhecimento dos estudantes de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sobre cuidados paliativos.

2.2 Objetivo Secundário

Analisar a percepção dos estudantes de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sobre cuidados paliativos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A filosofia paliativista começou na antiguidade, com as primeiras definições sobre o cuidar. Na Idade Média, era comum encontrar hospices (hospedarias), que abrigavam não só os doentes, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres e órfãos. Essa forma de hospitalidade tinha como característica o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Na década de 1960, surge oficialmente os Cuidados Paliativos, como prática distinta na área de atenção em saúde, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. O trabalho dessa médica inicia o movimento da palição, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa, com a criação do St. Christopher's Hospice em Londres, em 1967, sendo um marco nesta trajetória. Esse movimento foi ganhando espaço, chegando à América através de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders e fundou um hospice na cidade de Connecticut nos Estados Unidos. A partir daí, o movimento dissemina-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora da possibilidade de cura, em diversos países(3).

Com a busca incessante pela cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde, a morte passou a ser negada e encarada como fracasso pelos médicos, que deixavam em segundo plano as intervenções promotoras de um final de vida digno aos seus pacientes(4). Para Rego e Palácios (2006), a morte é uma questão implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde. Há, todavia, uma tendência desses profissionais de restringir sua discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública. Vale salientar que somado a essa atuação, a maioria das unidades hospitalares brasileiras não possuem uma diretriz sobre como cuidar dos pacientes que estejam com um quadro de final de vida e não há informações sistematizadas sobre como esses últimos momentos são vividos, seja pelos próprios pacientes ou pelos seus familiares(3).

Com esse retrato complexo e desafiador, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência e vêm ganhando espaço gradual no Brasil na última década. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Consta desses registros que metade dos serviços localizados atuam no estado de São Paulo (50%) sendo o modelo de atendimento mais prevalente do tipo ambulatorial (53%), com a população típica mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalecendo a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%). Em 2018, o Brasil já contava com 177 serviços de Cuidados Paliativos, como mostra o documento Análise

Situacional e Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil, e, em 2019, são mais de 190(10). Esse aumento de quase 8% merece destaque, mas ainda é insuficiente para colocar o país no grupo de nações com melhor nível de cobertura nesse serviço(10).

Um estudo nos EUA focou em um programa de cuidados paliativos baseado em hospital. Os custos foram calculados para todos os serviços de saúde utilizados dentro de 6 meses após a alta do índice de hospitalização (por exemplo, ambulatório hospitalar, visitas domiciliares, readmissões hospitalares e internações especializadas em instalações de enfermagem). A análise univariada constatou que os custos médios totais de saúde por paciente para o grupo de intervenção em cuidados paliativos foram significativamente inferiores ao grupo controle de cuidados habituais (US \$ 14.486 versus US \$ 21.252, $p = 0,001$, ano não declarado, embora os dados tenham sido coletados entre 2002 e 2003)(12).

Outro estudo de custo-efetividade do Reino Unido de um novo serviço de cuidados paliativos para pessoas com esclerose múltipla constatou que os custos totais de atendimento, incluindo internação aguda, ambulatório, outros cuidados sociais/comunitários e custos informais de assistência foram £ 1789 (preços de 2005) mais baixos para o grupo de intervenção em cuidados paliativos durante um período de acompanhamento de 12 semanas (*bootstrapped* 95 % CI = - 5224 £ a 1902). Excluindo cuidados hospitalares agudos e informais, os custos médios de serviço foram £ 1195 mais baixos para o grupo de intervenção (IC inicializado de 95% = - £ 2916 a £ 178)(12).

Onze estudos, incluindo cinco ensaios clínicos randomizados e 2.939 pacientes com câncer, publicados entre 2001 e 2014, foram identificados, observando melhoria na QVRS (qualidade de vida relacionada à saúde) em pacientes com câncer após cuidados paliativos, especialmente em sintomas como dor, náusea e fadiga, além de melhoria da funcionalidade física e psicológica. Em geral, estudos de pacientes internados mostraram um benefício maior do cuidado paliativo especializado (CPE) do que estudos de pacientes ambulatoriais(13). Os estudos recentes de Fisch e cols. e Breuer e cols. destacam que os médicos oncologistas ainda carecem da experiência essencial para proporcionar um bom manejo da dor a seus pacientes. Em ambos os casos, comparações podem ser feitas com estudos anteriores com metodologia semelhante, realizados há quase 20 anos, o estudo de Cleeland et al., que relataram manejo inadequado da dor por oncologistas, e o estudo de von Roenn et al., que relataram oncologistas deficientes de conhecimentos relacionados ao manejo da dor(14).

Primeiro, o manejo inadequado da dor é devido a um desequilíbrio no atendimento prestado atualmente aos pacientes, concentrando-se predominantemente na terapia direcionada à doença e negligenciando o tratamento das consequências físicas, psicológicas, sociais e espirituais da doença e seu tratamento. Isso levou uma recente declaração da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) a sugerir que o atendimento a pacientes com doença avançada deve incluir uma avaliação individualizada das necessidades, objetivos e preferências do paciente durante toda a doença e que, além da terapia dirigida à doença, existem atenção ao gerenciamento de sintomas e atenção à qualidade de vida(13). Segundo, o manejo inadequado da dor pode ser devido à eficácia limitada dos métodos educacionais teóricos/didáticos existentes nos currículos de graduação e pós-graduação. Acredita-se que o processo de treinamento deve ser um procedimento de duas etapas: primeiro, adquirir o conhecimento teórico; e segundo, adquirir a experiência prática, sob supervisão e orientação de médicos experientes em cuidados paliativos(14).

O estudo de Toledo e Priolli descreveu atitudes e práticas de ensino dos cuidados paliativos no Brasil, conforme relato de 58 coordenadores das Escolas médicas brasileiras (EMB) participantes da pesquisa (32,4% de 179 coordenadores). Constatou-se que “a maioria (96,6%) considerou muito importante o ensino dos cuidados no fim da vida” (p. 109); entretanto, 73% acreditam que a carga horária é insuficiente. Embora os coordenadores confirmem sua importância, “ainda é dada pouca prioridade ao ensino deste tema no Brasil” (p. 109)(11).

O relato contundente de que “Não existe ensino de cuidados paliativos no Brasil. Médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais” (p. 19, tradução do autor) (7) enfatiza o olhar pedagógico descompromissado das EMB. As iniciativas, ora pontuais, mas exitosas, no ensino de cuidados paliativos nas EMB seriam: Pinheiro et al. (FM ABC-SP) (7), Fripp et al. (UFP-RS) (15), Figueiredo (Unifesp-SP) (16), Figueiredo e Figueiredo (FMIIt-MG) (8), entre outras.

O estudante de Medicina, ao longo de sua formação, recebe treinamento para lidar com situações cotidianas e mesmo conflituosas, em modalidade curricular real e oculta. Estudos qualitativos exploratórios foram propostos para avaliar o efeito da prática no campo de estágio em dois hospitais-escola. No hospital universitário da FM-UERJ (RJ), pesquisadores avaliaram 128 estudantes do internato, enfatizando a perspectiva da percepção dos mesmos quanto aos conflitos e dilemas morais, e confirmaram um grau de defasagem no conteúdo curricular e nas estratégias pedagógicas(17). Do mesmo modo, no Hospital das Clínicas da UFRS (RS), estudiosos entrevistaram cinco alunos do estágio prático do internato quanto ao “sentir-se

preparado frente à morte e ao morrer” (p. 39) e identificaram uma lacuna na formação acadêmica(18). A criação de Ligas Acadêmicas de Medicina Paliativa nas EMB ou grupos de CP em hospitais-escola, por sua vez, configura a grade do currículo oculto ou paralelo, o que também possibilita uma complementação de ensino-aprendizagem e experiência clínica interdisciplinar com certo número de alunos(16).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e analítico.

4.2 Local do estudo

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

4.3 Participantes

Foram convidados a participar do estudo uma amostra de 1000 estudantes de medicina da EBMSP. Os estudantes foram divididos em dois grupos: um grupo exposição e um grupo comparação. No grupo exposição foram alocados aqueles estudantes que já haviam cursado a disciplina de cuidados paliativos (ou seja, estudantes do internato médico). Já no grupo comparação, foram alocados todos os estudantes que ainda não haviam cursado a referida disciplina (ou seja, alunos até o 7º semestre).

Foram incluídos no grupo exposição estudantes acima de 18 anos, regularmente matriculados e que haviam cumprido a disciplina de cuidados paliativos. Excluídos os estudantes que eliminaram a matéria por já terem cursado algum componente semelhante em outra instituição e, ainda, aqueles com formação prévia, especialização ou curso direcionado em cuidados paliativos.

4.4 Instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa foi composto por três seções:

1. Ficha de caracterização pessoal do participante (ex.: gênero, idade, religião e semestre letivo).
2. Escala de autoavaliação sobre cuidados paliativos: trata-se de medida originalmente proposta e validada na Colômbia (19), e previamente utilizada em outros dois estudos no Brasil (11) (20). Na presente pesquisa foi utilizada uma versão modificada composta por 5 perguntas objetivas contendo duas opções de resposta: sim ou não.
3. Questionário sobre conhecimentos a respeito de cuidados paliativos: trata-se de um instrumento criado pelo pesquisador principal em que são abordadas perguntas com foco na vivência teórico-prática dos estudantes sobre os principais temas trabalhados na disciplina na graduação da EBMSP: (1) conceito e princípios dos cuidados paliativos, a

contribuição de Dame Cicely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross; (2) espiritualidade, religiosidade e ritos de passagem; (3) comunicação difícil em saúde e luto; (4) bioética e legislação, diretivas antecipadas de vontade (DAV); (5) autocuidado, autoconhecimento, compaixão; (6) controle de sintomas. Foi composto por 28 questões, contendo três opções de resposta: verdadeiro, falso ou não sei.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os estudantes foram convidados a participar do atual estudo através de um link divulgado via e-mail institucional e WhatsApp para possibilitar uma maior visibilidade e alcance dos questionários. Em caso de aceite, o participante acessou um link da plataforma GoogleForms, no qual estavam disponibilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de pesquisa.

4.6 Procedimentos de análise

Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 22.0 para teste com licença para uso durante 15 dias.

Inicialmente, as variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão atendendo o pressuposto de normalidade. Para as variáveis quantitativas que não atenderam a tal pressuposto foi utilizado mediana e primeiro e terceiro quartis. Para as variáveis categóricas foi utilizado frequência simples e percentagem.

Para realizar a comparação entre o grupo exposição e o grupo comparação, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

No total, 248 alunos responderam à pesquisa, sendo que 155 (62,5%) ainda não haviam cursado a disciplina de cuidados paliativos e 93 (37,5%) já haviam cursado a disciplina em questão. A caracterização geral dos participantes está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização geral dos participantes (N = 248)

	N (%)
Sexo	
Feminino	191 (77,0)
Masculino	57 (23,0)
Ciclos	
Básico	39 (15,7)
Clínico	128 (51,6)
Internato	81 (32,7)
Realizou curso prévio em CP	
Não	234 (94,4)
Sim	14 (5,6)
Cursou a disciplina CP	
Não	155 (62,5)
Sim	93 (37,5)
Idade	
Média (\pm DP)	23 (\pm 3,14)

Fonte: Produção do autor.

A partir da comparação dos conhecimentos relacionados a cuidados paliativos, nota-se que, em geral, aqueles alunos que cursaram a disciplina demonstraram maior domínio sobre o tema do que aqueles que ainda não tiveram contato com tal componente curricular. Foram identificadas diferenças significativas ($p < 0,05$) em 15 itens do questionário (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação dos conhecimentos específicos em cuidados paliativos entre alunos que cursaram e que não cursaram a disciplina de cuidados paliativos (N = 248)

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS Conceito e Princípios	Alunos que não cursaram CP (N = 155)	Alunos que cursaram CP (N = 93)	p
	% de acerto	% de acerto	
Cuidados paliativos são uma abordagem multiprofissional, precoce no tratamento de pacientes com doenças ameaçadoras da vida.	60	82,8	0,001
Aliviar e prevenir sintomas é prescindível em uma estratégia paliativa de cuidado.	63,9	67,7	0,535
Estratégias diagnósticas e terapêuticas não devem ser realizadas simultaneamente aos cuidados paliativos.	76,8	91,4	0,004
Cuidados paliativos valorizam a vida, sem negar a morte.	96,8	98,9	0,286

(conclusão)

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS			
Espiritualidade, religiosidade e ritos de passagem	Alunos que não cursaram CP (N = 155)	Alunos que cursaram CP (N = 93)	P
	% de acerto	% de acerto	
Espiritualidade é uma das dimensões humanas e tem a ver com sentido e propósito na vida.	92,9	100	0,009
Espiritualidade pode ser trabalhada dissociada de religião	95,5	97,8	0,335
O sofrimento espiritual é uma questão médica que deve ser abordada como qualquer outra.	69	87,1	0,001
As equipes de saúde possuem o hábito de abordar a espiritualidade dos seus pacientes.	69,7	84,9	0,007
Ter a espiritualidade/religiosidade desenvolvidas auxilia nos processos de adoecimento e sofrimento.	89	92,5	0,375
Comunicação difícil em saúde e luto			
A escuta é fundamental no acompanhamento de pacientes e familiares.	100	98,9	0,196
As equipes de saúde são treinadas desde a formação básica para comunicação de más notícias.	62,6	89,2	0,001
Habilidades de comunicação podem ser desenvolvidas e aprimoradas pelo profissional da saúde.	100	98,9	0,196
O luto é um processo de elaboração linear, ora na perda, ora na reestruturação.	45,8	57	0,088
A comunicação não verbal é a mais valorizada pela equipe de saúde.	68,4	78,5	0,086
Bioética e legislação, diretivas antecipadas de vontades (DAV)			
Cuidados paliativos são direito do paciente e dever do médico.	91	96,8	0,080
Diretivas antecipadas de vontades são elaboradas pela família do paciente.	25,2	94,6	0,001
A tomada de decisão pode ser consentida ou compartilhada.	83,2	91,4	0,070
Apenas para pacientes em estado final de vida, deve-se oferecer todo o tratamento paliativo disponível.	83,9	95,7	0,005
O paciente com oclusão intestinal pode escolher ficar sem sonda nasogástrica.	51,6	78,5	0,001
Autocuidado, autoconhecimento e compaixão			
O estresse do cuidador não justifica internamento hospitalar do paciente.	31,6	53,8	0,001
O estresse moral do profissional de saúde está associado à incidência de depressão.	78,1	89,2	0,026
Cuidar do sofrimento do outro implica em cuidar do próprio sofrimento	85,2	81,7	0,476
Expressões de compaixão na relação com o paciente evidenciam que ele é parte importante de um conjunto.	89,7	98,9	0,005
Controle de sintomas			
Os opióides são fundamentais no controle da dispneia e da dor	56,8	68,8	0,059
O controle do delirium depende de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.	78,7	89,2	0,034
A obstipação é incomum em pacientes em cuidados paliativos.	61,9	89,2	0,001
Náuseas e vômitos possuem múltiplos gatilhos cerebrais	82,6	89,2	0,154
A sede pode ser aliviada mastigando gelo.	34,8	57	0,001

Fonte: Produção do autor.

A Tabela 3 apresenta os resultados da autoavaliação sobre cuidados paliativos. Foi possível observar que, em todos os itens, aqueles alunos que cursaram previamente a disciplina apresentaram avaliação mais positiva sobre o curso do que aqueles que ainda não estiveram na disciplina ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Comparação da autoavaliação sobre cuidados paliativos entre alunos que cursaram e que não cursaram a disciplina de cuidados paliativos (N= 248).

AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	Alunos que não cursaram CP (N = 155)	Alunos que cursaram CP (N = 93)	P
	%	%	
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal?	3,2	22,6	0,001
Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?	27,7	78,5	0,001
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor?	16,1	38,7	0,001
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos?	6,5	17,2	0,007
Você aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?	85,8	95,7	0,014

Fonte: Produção do autor.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por dois instrumentos de avaliação a respeito do conhecimento sobre cuidados paliativos. O primeiro foi relacionado a conhecimentos específicos, no qual foi dividido em temas abordados no componente curricular do 8º semestre da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. São eles: (1) conceito e princípios dos cuidados paliativos; (2) espiritualidade, religiosidade e ritos de passagem; (3) comunicação difícil em saúde e luto; (4) bioética e legislação, diretivas antecipadas de vontades (DAV); (5) autocuidado, autoconhecimento, compaixão; (6) controle de sintomas. O segundo instrumento da pesquisa tratou de uma autoavaliação sobre cuidados paliativos, composto por cinco perguntas das quais todas apresentaram resultados estatisticamente significantes.

Na abordagem de conceito e princípios, as perguntas relacionadas à inserção precoce de cuidados paliativos no tratamento dos pacientes e a não realização de estratégias diagnósticas e terapêuticas simultâneas à palição resultaram em significância estatística entre os dois grupos avaliados, sendo que alunos que cursaram a disciplina de CP demonstraram maior conhecimento. Isso sugere que o contato com o componente curricular permite que os estudantes desconstruam paradigmas que incluem essa forma de cuidado como última opção dada ao tratamento dos pacientes, sendo que se trata de uma especialidade médica interdisciplinar que se concentra na prevenção, no alívio do sofrimento e no apoio à melhor qualidade de vida possível para pacientes que enfrentam uma doença grave e/ou com risco de vida, bem como para suas famílias(1). Além disso, amplia a percepção dos graduandos de que as estratégias diagnósticas e terapêuticas devem ser feitas de forma hierarquizada, considerando benefícios e malefícios ao paciente e que a presença simultânea dos cuidados paliativos auxilia em todas as fases da doença, desde o diagnóstico de doenças ameaçadoras até os últimos meses de vida.

No que diz respeito ao assunto espiritualidade, religiosidade e ritos de passagem, três dos cinco itens obtiveram significância estatística, com destaque para os questionamentos que relacionam sofrimento espiritual como sendo uma questão médica e a abordagem da espiritualidade dos pacientes pelas equipes de saúde, os quais, apesar de terem demonstrado significância estatística entre os grupos, tiveram menores índices de acertos comparativos. Isso corrobora para o fato de que esse é um tema pouco discutido ao longo da formação acadêmica do médico generalista e que o contato com cuidados paliativos na grade curricular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública promove uma expansão no conhecimento a respeito do conceito de espiritualidade e da existência desse pilar na vida dos pacientes e de seus familiares. Trata-se

de um amplo domínio da subjetividade humana, refletindo nos valores e ideais mais preciosos das pessoas, assim como o senso de quem são, as suas crenças, o significado e o propósito de suas vidas, junto à conexão que elas estabelecem com os outros e com o mundo em que vivem(21).

Uma Resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999 da Organização Mundial da Saúde propõe incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde, que agrega, ainda, aspectos físicos, psíquicos e sociais. No Brasil, a Universidade Federal do Ceará oferece em sua matriz curricular uma disciplina optativa no curso de Medicina denominada Medicina e Espiritualidade, assim como a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Saúde e Espiritualidade), e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Medicina, Saúde e Espiritualidade)(21). Essa inserção nas escolas médicas é de extrema importância haja vista que o Brasil é um país formado por diferentes etnias, culturas e religiões. Como afirma Pessotti, a formação humanística implica a necessidade do autoconhecimento e envolve a consciência do outro e de seus valores no que tange aos significados que atribui à vida(21). Nesse sentido, apresentar esses conceitos ao longo da formação acadêmica torna-se um diferencial aos estudantes de medicina.

O processo de comunicar notícias difíceis ao paciente e seus familiares foi um dos eixos abordados no instrumento de avaliação, no qual, nas perguntas relacionadas à importância da escuta no acompanhamento de pacientes e familiares e a possibilidade de desenvolver e aprimorar habilidades de comunicação entre os profissionais da saúde, não demonstraram significância estatística entre os grupos, mas apresentaram alto índice de acerto pelos estudantes da pesquisa. A habilidade da comunicação de más notícias está relacionada a transmitir algo que irá modificar negativamente a vida do paciente. Nesse sentido, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina propõem a associação da teoria e da prática e o desenvolvimento de habilidades com a capacidade de transformar a realidade(22). Isso corrobora para o bom resultado visto na aplicação desse questionário, haja vista o trabalho realizado pela instituição de ensino submetida a essa pesquisa, que enfatiza, desde o ciclo básico, matérias como psicologia médica, saúde mental e desenvolvimento dos ciclos de vida. Além disso, contrapõe um estudo realizado em 2010 na Índia com 16 alunos do último ano de Medicina, que mostrou que os temas mais citados como deficitários pelos acadêmicos foram habilidades de comunicação, em especial escuta empática e comunicação da má notícia(22).

Com relação ao luto, não houve significância no item que trata esse processo como uma elaboração linear, ora na perda, ora na reestruturação. Inclusive, demonstrou baixo índice de

acerto entre ambos os grupos participantes. Esse fato dialoga diretamente com Schliemann, que enfatizou que a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado inapropriada para lidar com a situação da morte e do morrer. Ele diz que, do ponto de vista técnico, o tema não é discutido na graduação e, no trabalho prático, em geral, é desqualificado. Por isso, o contato desde a graduação com as bases de domínio psicológico, sociológico, espiritual e cultural é de extrema importância para lidar com a morte, terminalidade e o luto.

Ao abordar bioética e diretivas antecipadas de vontade (DAV) na aplicação do questionário, foi possível perceber significância estatística nos resultados relacionados às DAV, mostrando que a abordagem feita na matéria influencia na comparação do conhecimento entre estudantes que cursaram o componente e os que ainda não passaram pela experiência. No que tange aos princípios bioéticos, a maior parte dos questionamentos demonstrou significância ou alto índice de acertos entre ambos os grupos, exceto na pergunta relacionada à livre escolha do paciente com relação ao uso de sonda nasogástrica na condição de obstipação intestinal. Isso porque, apesar de os princípios éticos serem trabalhados de forma mais horizontal na grade curricular do curso de medicina, distinguir atuação médica da autonomia do paciente ainda é um dos grandes desafios do estudante e futuro profissional da área de saúde. A prática da medicina pressupõe o respeito a valores e ao indivíduo em todos os seus aspectos. Sendo assim, o desconsiderar o outro, seja por ignorá-lo, seja por não valorizar suas demandas, caracteriza uma prática que merece uma análise ética(17). Essa problemática dialoga com os inúmeros procedimentos e condutas realizadas em pacientes em situação de terminalidade que não resultarão em cura e em muitas ocasiões acabam por prolongar o sofrimento, consolidando a distanásia como prática cotidiana. Nesse sentido, é de suma importância tornar o debate consistente entre Medicina Legal e Deontologia, cuidados paliativos e princípios bioéticos a fim de vencer as estatísticas que mostram que mais de 10% do perfil de médicos no Brasil desconhece o Código de Ética Médica, atribuindo a esse desconhecimento a causa dos problemas éticos que eles observam no exercício profissional(17).

Sobre autocuidado, autoconhecimento e compaixão, a pergunta relacionada ao estresse do cuidador como justificativa para o internamento hospitalar do paciente obteve significância estatística, ainda que a porcentagem de acertos tenha sido regular entre os estudantes que cursaram o componente curricular de cuidados paliativos. Esse é um tópico que precisa ser discutido: a saúde do cuidador. Os primeiros estudos relacionados aos cuidadores surgiram após o trabalho de Grad et al., no qual chamaram atenção para as consequências da doença mental na vida dos familiares. No entanto, a preocupação efetiva com os cuidadores teve início ao final

dos anos 80, em decorrência de mudanças no perfil sociodemográfico e econômico, em especial nos países desenvolvidos, o que promoveu o aumento do número de pacientes com doenças crônicas necessitando de cuidados no ambiente domiciliar.

Alguns autores consideram os cuidadores como “pacientes ocultos”, necessitando de diagnóstico e intervenção precoce. Esta “síndrome do cuidador” se caracteriza pela existência de um quadro plurissintomático, que afeta todas as esferas da vida do cuidador, com repercussões fisiológicas, sociais, econômicas e psicológicas que podem gerar no indivíduo um grau de tamanha insatisfação e frustração que o torne incapaz de prestar os cuidados ao doente(23). Vale salientar que esses cuidadores podem ser familiares ou profissionais contratados e que o estresse apresentado pelo cuidador deve ser prevenido e tratado pela equipe de cuidados paliativos, visando evitar repercussões como a depressão, transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade e luto complicado. Isso endossa a necessidade de falar sobre tal problemática, tal como é feito na abordagem do componente curricular de cuidados paliativos, a fim de que seja desenvolvido um olhar amplo para o paciente, mas também para os seus familiares e cuidadores, que possuem demandas objetivas e subjetivas do sujeito.

No que tange ao controle de sintomas, foi possível perceber resultados estatisticamente significantes entre os dois grupos. Aqueles que obtiveram contato com o componente teórico prático de cuidados paliativos alcançaram melhor desempenho. Entretanto, os resultados do estudo intitulado: *Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps* demonstraram que os alunos percebem a falta de conhecimento teórico sobre o assunto, uma vez que não receberam informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal (89,4%) e nem sobre o controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes sob cuidados paliativos (80,9%). Tais resultados são semelhantes aos de estudo realizado na Escola de Medicina de Alpert, nos Estados Unidos, onde foi demonstrado que menos da metade dos estudantes havia trabalhado com pacientes em estado terminal e, quase um quarto dos estudantes de medicina não se sentia preparado para palição de sintomas comuns, incluindo dor, náuseas, falta de ar e ansiedade(24). Dessa forma, consoante com o estudo de Hermes e Lamarca, é necessário reformular os currículos das escolas médicas em função da carência de disciplinas que envolvam controle dos sintomas mais prevalentes dos pacientes em cuidados paliativos.

Diante do segundo instrumento de autoavaliação sobre cuidados paliativos, as cinco perguntas presentes revelaram resultados estatisticamente significantes, endossando que trabalhar essa especialidade médica ao longo da formação acadêmica permite que os alunos conheçam a

definição sobre cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde e permitem, ainda que de forma introdutória, que esses alunos passem a conhecer a respeito do manejo de sintomas, ferramentas de comunicação, postura médica e informações sobre pacientes em situação de terminalidade.

Isso ratifica que o tema cuidados paliativos não deve se limitar à programas de residência médica, como oncologia e geriatria, mas sim ter sua inserção desde a graduação, visto que fomenta conceitos essenciais para a construção mais completa de um médico generalista. Entretanto, apesar disso, o estudo de Toledo e Priolli demonstrou um panorama em que “ainda é dada pouca prioridade ao ensino deste tema no Brasil”(11).

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

É possível identificar determinadas limitações no presente estudo, sendo uma dessas, o fato de o instrumento ter sido aplicado somente em uma escola médica do Estado da Bahia. Além disso, a amostra em análise não foi equivalente em número entre os grupos de estudantes comparados. Obteve-se uma maior quantidade de alunos do ciclo básico e clínico, comparado ao internato.

Destaca-se também o fato de o estudo ter sido realizado no momento de pandemia pela Covid-19, que influenciou, principalmente, as bases práticas do componente curricular. Isso pode ter impactado em respostas a conceitos do instrumento da pesquisa que estão intimamente associados à vivência prática. Em tempos normais, o rendimento alcançado pelos internos poderia ter sido ainda maior.

Sendo um trabalho inovador, ao tratar de um tema pouco explorado no universo acadêmico, novas pesquisas e análises a respeito da inserção de cuidados paliativos na graduação, o grau de conhecimento dos estudantes diante dessa especialidade fundamental na formação do médico generalista, bem como o aperfeiçoamento das bases curriculares da formação médica podem ser incentivadas com o estudo vigente.

8 CONCLUSÃO

Os instrumentos de avaliação utilizados para comparar o grau de conhecimento dos estudantes de medicina da EBMSp foram capazes de demonstrar maior conhecimento entre alunos do internato, sugerindo que o contato com o componente curricular de cuidados paliativos no 8º semestre consolida de forma essencial tais conhecimentos fundamentais à prática médica.

REFERÊNCIAS

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The world health organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–6.
2. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. Acad Nac Cuid Paliativos. 2012;1–592.
3. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Avancados*. 2016;30(88):155–66.
4. Santos MA dos, Hormanez M. The attitude among nursing professionals and students when facing death: A review of the scientific literature of the last decade. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013;18(9):2757–68.
5. Oliveira JR de, Ferreira AC, Rezende NA de, Castro LP de. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):364–73.
6. Andrade CG de, Costa SFG da, Vasconcelos MF de, Zaccara AAL, Duarte MCS, Evangelista CB. Bioética, Cuidados Paliativos e Terminalidade: Revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UFPE Line*. 2013;7(esp):888–97.
7. Pinheiro T, Blasco P, Auxiliadora M, Levites M, Del A, Monaco C. Teaching Palliative Care in a Free Clinic: A Brazilian Experience. *Contemp Innov Pract Palliat Care*. 2012;
8. I JRDO, Carlos A, Ii F. *Escolas Médicas do Brasil*. 37(2):285–90.
9. Ewing SA, Panciera RJ, Mathew JS, Novelli FZ, Biológica R, Bocas D, et al. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2013;4(1):1–7. Available from: <http://www.mendeley.com/research/geology-volcanic-history-eruptive-style-yakedake-volcano-group-central-japan/%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.02.002%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.actatropica.2018.07.028%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ijppaw.201>
10. Santos AFJ dos, Ferreira EAL, Guirro ÚB do PG. *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019*. 2020. 1–52 p.
11. Toledo AP de, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):109–17.
12. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2014;28(2):130–50.
13. Kassianos AP, Ioannou M, Koutsantoni M, Charalambous H. The impact of specialized palliative care on cancer patients' health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2018;26(1):61–79.

14. Charalambous H, Silbermann M. Clinically based palliative care training is needed urgently for all oncologists. *J Clin Oncol*. 2012;30(32):4042–3.
15. Fripp JC, Facchini LA, Silva SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012;21(1):69–78.
16. Parte 00 Cuidados Paliativos Capítulo 00.PM6 - livro_cuidado paliativo.pdf [Internet]. Available from: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado_paliativo.pdf%0Ainternal-pdf://0.0.0.79/livro_cuidado_paliativo.html
17. Medicina DE. Artigo Original SITUAÇÕES ETICAMENTE CONFLITUOSAS VIVENCIADAS POR ESTUDANTES ANTES DE MEDICINA.
18. Roberto P, Carvalho A. Formação de Acadêmicos de Medicina. 35(1):37–43.
19. Lemos CFP de, Barros G de S, Melo NC V., Amorim FF, Santana ANC. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):278–82.
20. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(3):320–6.
21. Propositions M. Proposições Metodológicas. 34(4):587–97.
22. Sombra Neto LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HT de M, Gonçalves ALM, Pires APB, et al. Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):260–8.
23. Silva AT. Qualidade de vida de cuidadores e pacientes com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. *Rev Neurociencias*. 2012;20(2):185–6.
24. Dalpai D, Mendes FF, Asmar JAVN, Carvalho PL, Loro FL, Branco A. Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps. *Rev Dor*. 2017;18(4):307–10.