

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Letícia Campos Barros

**Percepção dos estudantes de Medicina sobre os problemas bioéticos relacionados  
ao fim de vida na Atenção Primária à Saúde**

Rio de Janeiro

2021

Letícia Campos Barros

**Percepção dos estudantes de Medicina sobre os problemas bioéticos relacionados  
ao fim de vida na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréia Patrícia Gomes.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Perception of medical students about bioethical problems related to the end of life in primary health care.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

B277p Barros, Letícia Campos.  
Percepção dos estudantes de medicina sobre os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na atenção primária à saúde/ Letícia Campos Barros. -- 2021.  
153 f. : il. color.

Orientadora: Andréia Patrícia Gomes.  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Bioética. 2. Cuidados Paliativos. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação Médica. 5. Coleta de Dados. 6. Análise de Dados. 7. Morte.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.175

Letícia Campos Barros

**Percepção dos estudantes de Medicina sobre os problemas bioéticos relacionados  
ao fim de vida na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28 de janeiro de 2021

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selma Vaz Vidal  
Fundação Educacional Serra dos Órgãos

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista  
Universidade Federal de Viçosa  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréia Patrícia Gomes (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Universidade Federal de Viçosa

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho às minhas avós, Anidéa e Nilza, figuras muito importantes em minha vida, e hoje, pacientes em cuidados paliativos.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha avó Anidéa, a minha mãe Suzana e a minha irmã Clarissa, que sempre acreditaram em mim e possibilitaram a realização de toda a minha trajetória acadêmica até aqui;

À professora Maria Angélica, encorajadora do meu ingresso neste programa de pós-graduação;

À minha orientadora Andréia, por toda a paciência, estímulo e generosidade durante esse período tão enriquecedor em minha trajetória;

Ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, por ampliar meus horizontes;

À banca avaliadora, por suas preciosas contribuições para a qualificação e finalização deste trabalho.

## RESUMO

O Brasil vivencia uma transição demográfica e epidemiológica, com envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. A formação em medicina deve contemplar aspectos de bioética e de cuidados paliativos, de modo que o formando esteja apto para cuidar de todas as dimensões que esses atendimentos requerem. A Atenção Primária à Saúde, devido aos seus atributos essenciais e secundários, é considerada como o melhor nível de atenção para a prestação dos cuidados paliativos. Porém, a APS enfrenta problemas como carência de medicamentos e insumos, dificuldades na articulação com outros níveis da rede e déficit de profissionais qualificados para os cuidados paliativos. Para a resolução deste último, aposta-se na formação continuada dos profissionais e na integração de disciplinas relacionadas nos currículos de graduação e pós-graduação. A inclusão desses temas de forma transversal na matriz curricular pode proporcionar uma aprendizagem significativa por meio de metodologias ativas, em alinhamento com a filosofia dos afetos de Spinoza. Dessa forma, tenciona-se chegar mais próximo do modelo de egresso proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN): um profissional com competências críticas, reflexivas, éticas e humanísticas. Assim, os objetivos deste estudo foram investigar a abordagem das questões bioéticas atinentes aos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde em uma escola médica do estado do Rio de Janeiro, identificar o grau de conhecimento dos discentes sobre os conceitos de Bioética relacionados ao fim de vida e descrever os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida identificados pelos discentes quando em prática na atenção primária à saúde. Quanto à metodologia, fez-se um estudo de natureza quanti-qualitativa por meio da aplicação de um questionário, cujas respostas foram analisadas pela Técnica de Análise de Temática de Conteúdo de Bardin; também se analisou o Projeto Político Pedagógico do curso. Alguns resultados obtidos foram: o eixo integrador de Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social possui uma carga horária muito baixa em comparação com os outros eixos; as teorias bioéticas não parecem ser abordadas de forma transversal ao longo do curso; a análise do desenvolvimento de tais competências encontra-se disposta de forma vaga no PP do curso; os conceitos de ética, bioética e cuidados paliativos não foram unânimes entre os alunos. É preciso fomentar a discussão dos aspectos bioéticos na prestação dos cuidados paliativos na APS, entendendo que este é um problema crescente e muitas vezes invisível até para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: bioética; cuidados paliativos; atenção primária à saúde; educação médica.

## **ABSTRACT**

Brazil is going through a demographic and epidemiological transition, with an aging population and an increase in chronic non-communicable diseases. Medical training should include aspects of bioethics and palliative care, so that the trainee is able to take care of all the dimensions that these services require. Primary Health Care, due to its essential and secondary attributes, is considered as the best level of care for the provision of palliative care. However, PHC faces problems such as a lack of medicines and supplies, difficulties in articulating with other levels of the network and a shortage of qualified professionals for palliative care. For the resolution of the latter, we bet on the continued training of professionals and the integration of disciplines on the subject in the undergraduate and graduate curricula. The inclusion of these themes across the curriculum can provide meaningful learning through active methodologies, in line with Espinosa's philosophy of affections. Thus, we intend to get closer to the egress model proposed by the National Curriculum Guidelines (DCN): a professional with critical, reflective, ethical and humanistic skills. Thus, the objectives of this study were to investigate the approach to bioethical issues related to palliative care in Primary Health Care at a medical school in the state of Rio de Janeiro, identify the degree of knowledge of students about the concepts of Bioethics related to the end of life and describe the bioethical problems related to the end of life identified by the students when in practice in primary health care. As for the methodology, it was a study of a quantitative and qualitative nature, which was carried out through the application of a questionnaire that had its responses analyzed by the Bardin Content Thematic Analysis Technique. The Political Pedagogical Project of the course was also analyzed. The results obtained were: the integrating axis of Ethical, Humanistic and Social Development has a very low workload compared to the other axes; bioethical theories do not seem to be approached across the course; there is no workload at the boarding school for disciplines related to the topic; the analysis of the development of such competencies is found in a vague way in the PP of the course; the concept of palliative care is still poorly understood, as well as for whom it is intended. It is necessary to encourage the discussion of bioethical aspects in the provision of palliative care in PHC, understanding that this is a growing problem and often invisible even to health professionals.

**Keywords:** bioethics; palliative care; primary health care; medical education.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAV	Diretivas Antecipadas da Vontade
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DNTC	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAD	Educação à Distância
EM	Escolas Médicas
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FM-ABC	Faculdade de Medicina do ABC
FM-Univali	Faculdade de Medicina do Vale do Itajaí
FM-USP	Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo
HCCP	Programa Inúite de Cuidados Domiciliares e da Comunidade
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
IES	Instituição de Ensino Superior
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Intersexo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NECPAL	Necessidades Paliativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCEP-G	Program in Palliative Care Education and Practice Questionnaire
PCST	Palliative Care Screening Toll
PIG	Prognostic Indicator Guidance

PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PP	Projeto Pedagógico
PrECEPt	Palliative Carers Education Package
Prouni	Programa Universidade para Todos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUBMED	U. S. National Library of Medicine
RADPAC	RADboud indicators for PAlliative Care Needs
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCGP	Royal Society of Medicine e o Royal College of General Practitioners
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library
SPICT	Supportive & Palliative Care Indicators Tool
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFP	Universidade de Passo Fundo
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPP	Unidade de Prática Profissional
WPCA	World Palliative Care Alliance

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	13
2.1	TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BRASILEIRA.....	13
2.2	OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO DEMANDA A SER RESPONDIDA.....	14
2.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO.....	16
2.4	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS PROBLEMAS.....	17
2.4.1	<b>A identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde</b> .....	23
2.4.2	<b>Influências do modelo de saúde biomédico na prestação dos cuidados paliativos</b> .....	25
2.4.3	<b>A atenção ao cuidador formal e informal e à família</b> .....	28
2.4.4	<b>O papel da equipe interdisciplinar</b> .....	35
2.4.5	<b>O problema da qualificação em cuidados paliativos</b> .....	39
2.4.6	<b>As questões da assistência domiciliar e da morte em domicílio</b> .....	44
2.4.7	<b>Cuidados paliativos para populações especiais na Atenção Primária à Saúde</b> .....	48
2.5	OS PROBLEMAS BIOÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	52
2.6	O ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	54
2.7	INTERFACE DA BIOÉTICA COM O ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	65

2.8	O DIÁLOGO DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO- APRENDIZAGEM COM O ENSINO DOS AFETOS DE ESPINOSA.....	89
3	<b>QUESTÃO NORTEADORA.....</b>	92
4	<b>OBJETIVOS.....</b>	93
4.1	OBJETIVO GERAL.....	93
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	93
5	<b>MÉTODOS.....</b>	94
5.1	ASPECTOS TEÓRICOS / REVISÃO DA LITERATURA.....	94
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO.....	95
5.3	DESENHO DO ESTUDO.....	97
5.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	98
5.5	COLETA DE DADOS.....	99
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	99
6	<b>ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....</b>	101
7	<b>RESULTADOS.....</b>	103
7.1	ANÁLISE DA INSERÇÃO DO CAMPO NA MATRIZ CURRICULAR E PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO.....	103
7.2	ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS AOS QUESTIONÁRIOS.....	112
8	<b>DISCUSSÃO.....</b>	125
9	<b>CONCLUSÕES.....</b>	133
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	135
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....</b>	145
	<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	150

## 1 INTRODUÇÃO

A minha trajetória dentro da Medicina se iniciou na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde me graduei em 2016, seguindo diretamente para a realização da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, sempre inspirada por professores que despertaram meu interesse nessa especialidade.

Ao término da residência e já ingressando como médica preceptora em uma instituição de ensino superior privada, senti necessidade de me aprofundar nos meandros da educação médica e por isso fiz o concurso para o Mestrado Acadêmico em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, em muito entusiasmada pela convivência com professores e preceptores da residência que me aconselharam a seguir tal caminho.

A escolha por fazer a interseção desta temática com os cuidados paliativos veio por meio de experiências pessoais da prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde, que muitas vezes me trouxeram angústias e inquietações, mas também uma imensa satisfação.

Tendo em vista o progressivo aumento da sobrevivência dos idosos e dos usuários com enfermidades crônicas, é cada vez maior o desafio de propiciar assistência de qualidade a tal gama indivíduos, nos diversos níveis da rede de atenção produzindo no cotidiano do trabalho vivo a integralidade do cuidado. Assim, explorar o tema “cuidados paliativos” e “finitude” na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de menos evidente inicialmente, se torna relevante, a fim de refletir acerca das lacunas existentes na prestação desses cuidados: na formação dos estudantes da área da saúde, na capacitação dos médicos de família e comunidade e dos outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, no respeito à autonomia do enfermo, na dignidade do processo de morrer ou no acesso aos analgésicos opioides.

Apesar da amplitude do tema, a questão que norteou esse trabalho foi: qual é a percepção dos problemas bioéticos pelos estudantes de medicina acerca dos cuidados paliativos no contexto da APS? O estudo buscou relacionar os seus achados com a formação médica, e entender como esta, influencia tal percepção.

Para isso, em primeiro lugar, a partir de uma revisão da literatura e do estado da arte no Brasil acerca do tema dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, objetivou-se verificar como vem sendo abordada a questão, aprofundando-se em conceitos essenciais para a realização da reflexão *a posteriori* sobre a relação entre cuidados paliativos, ensino de bioética e sua aplicação na atenção primária à saúde (APS).

Em seguida, no trabalho empírico de pesquisa, buscou-se através da observação e

compreensão do olhar dos estudantes de medicina de uma instituição de ensino superior (IES) privada aprofundar a visão sobre a percepção dos estudantes, indivíduos em formação e protagonistas quando na futura atuação das ações de cuidado na comunidade.

Por fim, após o aprofundamento teórico e da leitura compreensiva do trabalho empírico com a visão dos estudantes, intencionou-se buscar uma discussão / reflexão sobre os resultados, tendo sempre como ponto de partida os parâmetros das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, que apontam para a formação de um profissional que alia a competência ética à técnica, buscando, além disso, um diálogo com a filosofia espinosista e sua fundamentação do aprendizado ético-afetivo.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA BRASILEIRA

Em fevereiro de 2019, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) publicou o documento intitulado “Indicadores Básicos de Saúde das Américas”, no qual apresentou dados agrupados nas seguintes categorias: demográficos e socioeconômicos, *status* de saúde, fatores de risco, cobertura dos serviços e sistemas de saúde.

Em relação ao Brasil, verificou-se que o país apresenta uma população total de 210.868.000 pessoas, observando-se uma taxa de 9% de pessoas com idade igual ou acima de 65 anos. Em 2018, a média de expectativa de vida ao nascimento do brasileiro foi de 75,9 anos, sendo de 72,3 anos para homens e de 79,5 para mulheres. Já a taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), para cada 100.000 pessoas, foi de 550,6 para homens e 365,9 para mulheres. Dentro desta amostra de óbitos por DCNT, a cada 100.000 pessoas, as taxas de mortalidade foram de 13,5 para câncer de pulmão, 18,4 para câncer de próstata, 14,2 para câncer de mama (não foram considerados casos em homens), 8,7 para câncer colorretal, 57,3 para doenças cardíacas isquêmicas, 50,7 para doenças cerebrovasculares, 30,3 para diabetes mellitus e 9,2 para suicídio. Para a tuberculose e o HIV, em 2017, as taxas de incidência e de diagnóstico foram de 35,2 e de 18,2 a cada 100.000 pessoas, respectivamente (OPAS, 2018).

Além disso, em relação aos fatores de risco para doenças, verificou-se que as taxas de sobrepeso e obesidade para adultos, em 2016, foram de 57,6% para homens e 55,4% para mulheres; de sedentarismo, em 2016, foram de 47% no total, pertencendo às mulheres uma taxa maior (53,3%); de tabagismo nos adultos, em 2015, foi de 14%, cabendo aos homens uma maior taxa (17,9%); de consumo de álcool em adultos, em 2015, foi de 7,8 litros/pessoa/ano; de hipertensão arterial sistêmica, em 2015, foi de 26,7% em homens e de 19,9% em mulheres; de glicemia de jejum alterada, em 2014, foi de 7,8% em homens e 8,7% em mulheres; a proporção da população usando água potável, em 2015, foi de 97% (não foram apresentados dados quanto à zona rural); a proporção da população com acesso a saneamento básico no ano de 2015 foi de 40% na zona urbana (não foram apresentados dados quanto à zona rural); para cada 10.000 pessoas, a proporção de médicos e enfermeiros, no Brasil, no ano de 2017, foi de 22 e 99,4, respectivamente, e a de dentistas foi de 14,8 no ano de 2016; a porcentagem dos gastos com a saúde, em relação ao produto

interno bruto, no ano de 2015, foi de 3,8% para o setor público e 5,0% para o setor privado no país (OPAS, 2018).

Os dados supracitados ratificam o consenso na literatura nacional quanto ao momento de transição demográfica e epidemiológica pelo qual passa o Brasil, com predomínio das DCNT, além da ampliação dos índices de algumas doenças transmissíveis e que podem cronicar como a tuberculose e o HIV (AZEVEDO, C., 2017). No Brasil, segundo Mendes (2010), essa transição epidemiológica é caracterizada pela tripla carga de doença (doenças infecciosas, materno-infantis, doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, comorbidades secundárias à violência e aos comportamentos de risco). De acordo com dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), as doenças crônicas representam, atualmente, mais de 50% dos óbitos e, aproximadamente, 80% da carga de doença (CONASS, 2015).

Os óbitos por DCNT são, em geral, precedidos pelo decréscimo gradativo das condições físicas, nutricionais e cognitivas, por trauma emocional, pela agudização de sintomas, pela realização de procedimentos ou mesmo negação destes; pela maior utilização de recursos materiais e financeiros, além de desgaste emocional para os familiares. Por conta disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha a inserção e a ampliação do suporte aos cuidados paliativos nas Políticas Públicas de Saúde, considerando-o um direito humano básico (MARCUCCI et al; 2016).

Percebeu-se, portanto, que a demanda por cuidados de pacientes com DCNT no sistema de saúde vem aumentando gradativamente, trazendo a necessidade de cuidados contínuos por tempo prolongado, com perda gradativa da autonomia da pessoa e sobrecarga dos cuidadores. Faz-se, então, necessário refletir sobre modelos de atenção e políticas de saúde que assegurem amparo a essas pessoas até o fim da vida.

Nesse contexto, destaca-se a APS pelo seu protagonismo nas Políticas Públicas de Saúde nacionais, na influência sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde e na coordenação do cuidado nos diversos ciclos de vida da população (MARCUCCI et al, 2016).

## 2.2 OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO DEMANDA A SER RESPONDIDA

Os Cuidados Paliativos, segundo a nova definição elaborada pela *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) no final de 2018 e traduzida para o português pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP):



São cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores. (ANCP, 2018, p. 1)

Para Santos, Teixeira e Mattos (2012), os cuidados paliativos apresentam-se como uma estratégia de assistência, visando oferecer respostas às pessoas que apresentam moléstias crônicas e/ou incuráveis em qualquer fase do adoecimento.

Contudo, Carvalho et al (2018) apontam certa imprecisão no conceito de cuidados paliativos pelo uso ambíguo do termo “paliativo”, utilizado tanto para doentes terminais quanto para pessoas que possuem doenças incuráveis, mas não estão em situação de terminalidade. Como consequência, há uma diversidade de pacientes elegíveis e pouco consenso entre as doenças que necessitam de palição. Mechelen et al (2012) sugerem ainda adicionar à esta definição o *status* de saúde do paciente, o tipo de cuidado prestado, a aceitação dos cuidados pelo paciente e o compartilhamento de ideias entre a equipe e o paciente. Segundo Rocker, Downar e Morrison (2016), nem todos os pacientes em cuidados paliativos enfrentam uma morte iminente: muitos estão no último estágio de uma falência de um órgão e estão em terapia de manutenção da sobrevivência (exemplos: ventilação não invasiva para estágios avançados de DPOC ou uso de inotrópicos para falência cardíaca).

De acordo com o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, a taxa de adultos necessitando de cuidados paliativos nas Américas vai de 353 a 365 pessoas a cada 100.000. Segundo esse mesmo atlas, para um país ser considerado como de alto padrão para cuidados paliativos, ele necessita de um engajamento social, de provisão por vários níveis de atenção, de ampla conscientização dos profissionais e da sociedade, de acesso irrestrito a analgésicos potentes, de políticas específicas para a área, em especial na saúde pública, de estrutura acadêmica e educacional voltada para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e pela existência de uma associação nacional (MARCUCCI et al, 2016).

Num estudo que visou comparar o *status* dos cuidados paliativos nos 19 países da América Latina a partir de indicadores da Associação Latino Americana de Cuidados Paliativos (a saber: políticas voltadas para a área, educação, serviços ofertados e medicamentos), feito em 2012, o Brasil, em relação ao estado de desenvolvimento em cuidados paliativos, situou-se no nível intermediário, em um patamar semelhante ao de

Cuba. O número de serviços de cuidados paliativos para cada 1 milhão de habitantes foi de 0,48, enquanto países como Chile e Costa Rica apresentaram 16,06 e 14,65, respectivamente. Quanto ao número de médicos especialistas em cuidados paliativos para cada 1 milhão de habitantes, o Brasil obteve o número zero. O Chile obteve 4,10 neste quesito. Em relação à existência de um programa nacional de cuidados paliativos, o Brasil obteve o número 1, relativo à presença do programa. Quanto à proporção de escolas médicas que incluem os cuidados paliativos no currículo de graduação, o número brasileiro foi de 1,11. Países como Cuba e Uruguai obtiveram o número 100. Acerca do número de programas de especialização para médicos, o resultado foi de 1, enquanto México e Argentina obtiveram 7 e 4, respectivamente. Já no que diz respeito ao consumo de opioides em miligramas (mg) por morte causada por câncer, os números do Brasil foram 11138,79mg a frente de todos os países pesquisados. No que tange ao consumo de opioides em miligramas per capita, o número do Brasil foi de 11,16mg, abaixo apenas da Argentina, que obteve 12,88mg (PASTRANA; TORRES-VIGIL; DE LIMA, 2014).

Segundo Corrêa et al (2017), o Brasil investe 8% do PIB na saúde e cerca de 70% das pessoas que vêm a óbito poderiam ser beneficiadas por cuidados paliativos, sendo que para a maioria delas, esses cuidados poderiam ser prestados pela atenção primária. No entanto, segundo as estimativas, apenas 0,3% das pessoas que morrem no país recebem cuidados paliativos. A Assembleia Mundial de Saúde preconizou junto aos governos que os cuidados paliativos fossem iniciados o mais precocemente possível, com ênfase nos centros comunitários, pois no Brasil, eles ainda se concentram nos níveis mais complexos de atenção à saúde. De acordo com os autores, 80% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos estão nos países em desenvolvimento. Os autores assinalam que é requerida uma análise do Brasil que relacione problemas sociais e econômicos com necessidades e sofrimento, considerando que, no país, 18% da população vive em situação de pobreza.

### 2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Entendendo a necessidade de mitigar o aumento da prevalência das doenças crônicas, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) no Brasil. O documento objetivava a vigilância epidemiológica e o monitoramento das DCNT até 2022, destacando as principais políticas públicas adotadas para este fim até o momento, como: a Política

Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Academia da Saúde, a Política Antitabaco, o Programa de Alimentação, a expansão da Atenção Básica, a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e a ampliação dos exames preventivos para cânceres de mama e colo de útero. Além disso, ainda propunha metas a serem alcançadas para barrar o incremento das DCNT. Assim, segundo o Plano, o foco dessas ações é a prevenção de fatores de risco modificáveis e que estas objetivam a promoção da saúde, o cuidado integral e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde através da APS. Dessa forma, esse Plano inclui os cuidados paliativos como parte do plano de controle do câncer, integrando os cuidados paliativos aos cuidados das pessoas com doenças crônicas (CORRÊA et al, 2017).

Segundo a OPAS (2019), a APS é definida como o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde. Tem como objetivos oferecer um atendimento abrangente, podendo resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Baseia-se na atenção integral, procurando enxergar o indivíduo no contexto em que está inserido. Por tal fato, possui a capacidade de impactar os determinantes de saúde da população, bem como de empoderar os usuários para o autocuidado e para a defesa de políticas públicas que interfiram na saúde das populações. No seu espectro de serviços, incluem-se a prevenção e promoção da saúde, o tratamento de doenças, a reabilitação e os cuidados paliativos. Além disso, o fortalecimento da APS contribui para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável relacionados à Cobertura Universal da Saúde (OPAS, 2019).

Combinato e Martin (2012), em seu trabalho, assinalam esse nível de atenção como o de base, o fundamental, e os cuidados primários como primeiros e principais. No entanto, eles afirmam que é preciso considerar que as questões relacionadas ao processo saúde-doença ultrapassam as atribuições do profissional de saúde, conectando-se a elementos que exigem empenhos intersetoriais para responder às necessidades dos pacientes na terminalidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como proposta de reestruturação da atenção primária no Brasil, pode oferecer um cuidado mais próximo do paciente e sua família, estreitando vínculos e viabilizando a assistência humanizada no processo de adoecimento e morte (MENEQUIN; RIBEIRO; FERREIRA, 2016).

#### 2.4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS PROBLEMAS DE INTEGRAÇÃO

Para Combinato e Martin (2017), tanto nas políticas nacionais quanto nas internacionais, não se discriminam bem as atribuições da APS em relação aos cuidados no final da vida. No entanto, é usual a demanda por acompanhamento assistencial desde o diagnóstico até o luto da família, o que requer um *feedback* do profissional. Os autores explicam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os países que apresentam Cuidados Paliativos sob a ótica da Saúde Pública têm de integrar os níveis de atenção para garantir o acesso a toda a população. Para a OMS, esses serviços devem estar aptos a assegurar o manejo das complicações no tratamento e enfermidade; o manejo de dor e outros sintomas; a atenção psicossocial e espiritual aos pacientes e prestadores de assistência sanitária; o cuidado ao moribundo e a atenção diante do luto.

A integração dos cuidados paliativos à Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo ampliar a assistência a indivíduos que necessitam desses cuidados, já que, atualmente, menos de 8% dos que precisam de cuidados paliativos têm acesso a eles (CARVALHO et al, 2018). A definição para as RAS, dada pelo Ministério da Saúde, é de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). No documento “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS”, as principais características da RAS são:

A formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2014, p. 9)

Em relação à Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas, público contemplado pela RAS, os constituintes dessa rede seriam a APS, a atenção especializada, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos e de regulação (BRASIL, 2014).

A RAS é constituída por dispositivos que se relacionam com os cuidados paliativos, como os hospitais terciários, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Programa Melhor em Casa, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Atenção Primária à Saúde (APS). Esta última, assinalada como responsável por coordenar o cuidado e estabelecer ações territoriais, teria o potencial de intervir com vistas à manutenção da qualidade de vida, à continuidade dos cuidados e à assistência domiciliar, evitando hospitalizações e riscos de infecções hospitalares (CARVALHO et al, 2018).

A inserção dos cuidados paliativos nos serviços de saúde ainda é restrita no país, sendo importante que se elaborem políticas para sua ampliação e difusão entre os profissionais de saúde (MARCUCCI et al, 2016). O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a integralidade como um dos seus princípios. Em conformidade com o SUS, segundo Combinato e Martin (2012), a APS se norteia para além da integralidade, concentrando ainda outros princípios: a coordenação do cuidado, a continuidade da assistência, o vínculo, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Esses princípios também estão alinhados com a Política Nacional de Humanização, que recomenda a identificação das necessidades sociais de saúde da população. A aplicação de todos esses preceitos dialoga diretamente com a inclusão dos cuidados paliativos na APS (COMBINATO; MARTIN, 2012) e contribuem para uma morte digna (COMBINATO; MARTIN, 2017).

Por tudo isso, a APS é considerada como o melhor nível de assistência para a prestação dos cuidados paliativos (CARVALHO et. al, 2018). A possibilidade de continuidade dos cuidados, por meio da atenção domiciliar, seria uma ferramenta de capilaridade do sistema de saúde (SOUZA et al, 2015, p.357). Saito e Zoboli (2015) ressaltam a importância de dar assistência às DCNTs quando ainda forem silenciosas, com o intuito de modificar a qualidade de vida futura. Para isso, entendem que os cuidados paliativos devem ser implantados em todos os pontos da RAS e que todos os profissionais que a compõe devem estar capacitados para responder a todas as dimensões desses atendimentos, consistindo nisso o desafio a ser enfrentado pelos cuidados paliativos.

Segundo Combinato e Martin (2012), os cuidados paliativos podem ser viabilizados em domicílio, na internação hospitalar, no ambulatório ou em emergências. A indicação de cada local dependerá da situação clínica e social em que o doente se encontre e das características da doença. No entanto, conforme os autores, a literatura vem apontando a assistência ambulatorial e a domiciliar como locais de assistência com um grande potencial de responder às necessidades desses pacientes, promover o uso mais consciente dos recursos financeiros da saúde e promover a autonomia do paciente. Além disso, também foi assinalado a sua maior relação com a integralidade e com a superação do atual modelo de saúde hegemônico, o tecnoassistencial.

Para Combinato e Martin (2012), a APS pode auxiliar no retorno do paciente sem proposta de tratamento curativo para casa, dando apoio a ele, a sua família e a seu cuidador tanto no manejo dos sintomas clínicos quando nos processos de morte e luto. Para que isso se concretize, os autores defendem que haja uma rede de atenção aos cuidados paliativos e

uma rede intersetorial articuladas para atender a essas complexas necessidades, priorizando a continuidade desses cuidados.

Azevedo et al (2017) abordam que, apesar de as equipes de saúde da família considerarem os cuidados paliativos como uma das competências das quais são responsáveis por desenvolver, há alguns entraves relacionados à sua inserção na APS. Por exemplo, avaliação clínica e diagnóstica insuficientes, qualidade inadequada nos serviços ofertados e dificuldades no manejo dos sintomas. Isso acaba por prejudicar a resolubilidade da APS.

Conforme mencionado por Carvalho et al (2018), o acesso aos cuidados paliativos no Brasil ainda é restrito. Segundo o artigo de Queiroz et al (2013), a ESF vem atuando na assistência à terminalidade ainda de forma limitada, na articulação de internações e procedimentos para o bem-estar do doente; no planejamento do transporte do paciente para serviços mais complexos; na identificação de necessidades, no fornecimento de medicamentos, sondas e colchões d'água; na orientação e conforto dos familiares e no fornecimento do atestado de óbito.

No Brasil, nas grandes cidades, de acordo Queiroz et al (2013), há robustos programas de cuidados paliativos hospitalares, estando ligados a eles a assistência domiciliar, o serviço ambulatorial e a internação hospitalar. No entanto, o artigo comenta que, conforme há o aumento da distância das grandes cidades, nos municípios menores, os pacientes sofrem com a descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar. Apresentaram-se então como desafios: o estabelecimento de uma parceria com a família, a concretização do trabalho em equipe, o fortalecimento das redes de apoio e a retaguarda dos serviços mais complexos. Nesse sentido, a ESF tem muito a contribuir para a continuidade dessa assistência.

Na pesquisa de Carvalho et al (2018), onde foram entrevistados profissionais que atuam na APS, listaram-se problemas que interferem no seu pleno funcionamento: desarticulação da rede, falta de insumos fundamentais como medicamentos e materiais, ausência de capacitação dos profissionais, influências da cultura hospitalocêntrica e do modelo biomédico curativista na APS. Segundo abordado por Queiroz et al (2013), para exercer adequadamente a coordenação do cuidado, a APS requer, além de profissionais com maior competência para procedimentos no domicílio, ser abastecida com materiais básicos: medicamentos e outros insumos necessários à melhoria do conforto do doente. Foi falado que a ausência desses fatores interfere nos processos de trabalho e vem servindo

como justificativa da restrição da continuidade do cuidado ao paciente terminal.

Enfermeiras entrevistadas por Baliza et al (2012) ressaltaram a importância do envolvimento dos familiares nos cuidados, uma vez que a equipe não é capaz de sanar todas as necessidades do paciente, tendo em vista a alta demanda da APS. A falta de tempo dos profissionais, o horário de funcionamento restrito da ESF e o fato de não abrirem nos finais de semana são fatores relatados que restringem o trabalho da ESF.

A integralidade da assistência, tendo como pano de fundo os cuidados paliativos na APS, depende também do perfeito funcionamento dos processos de referência e contrarreferência, engajando todos os níveis de atenção no cuidado a esse tipo de paciente (COMBINATO; MARTIN, 2012). A desarticulação da rede é o denominador comum da grande dificuldade de encaminhamentos para especialistas e da descontinuidade dos cuidados.

Na prática, há uma dificuldade no trânsito dos pacientes pelo fluxo de ações programadas entre os serviços e, do mesmo modo, a rede não está suficientemente capilarizada para que ocorra o diálogo entre os profissionais e o intercâmbio de informações (CARVALHO et al, 2018). A dificuldade de encaminhamento dos pacientes a outros serviços e a ausência de interlocução com o hospital foi também mencionada no trabalho de Queiroz et al (2013). Houve melhoras com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no entanto, os serviços ainda são construídos com base na hierarquia entre os níveis de atenção à saúde (CARVALHO et al, 2018). Além disso, a melhoria dessas condições e o provimento de todo aparato de fármacos e utensílios, igualmente em falta, é algo que demanda o entendimento e o comprometimento dos gestores na concretização da integralidade e da equidade. Naturalmente, para isso se materializar, é fundamental que haja apoio dos Estados e do Governo Federal (CARVALHO et al, 2018).

Segundo Saito e Zoboli (2015), é fundamental que, para a inserção dos Cuidados Paliativos na APS, seja revista a população adscrita a cada unidade de saúde e que o processo de trabalho seja reorganizado, tendo em vista que o tempo de consulta dos pacientes em cuidados paliativos é mais prolongado (CORRÊA et al, 2017). Isso porque a equipe que atua nas unidades de saúde da família já é comprometida com a assistência a várias linhas de cuidados diferentes: hipertensos, diabéticos, puericultura, pré-natal, Programa Saúde na Escola, vigilância epidemiológica de doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase entre outras, vacinação e demandas espontâneas. Esta perspectiva é compartilhada por Meneguim e Ribeiro (2016), no intuito de que a APS seja mais atuante e que o cuidado prestado no contexto da terminalidade seja mais presente, fortalecendo a

confiança para com a equipe e a disponibilidade deste apoio.

Em outubro de 2018, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O que essa resolução traz de novo é a inclusão dos Cuidados Paliativos dentro dos cuidados integrados a serem fornecidos no âmbito da RAS. A resolução busca fomentar o trabalho em equipe interdisciplinar, considerando como elegíveis para os cuidados paliativos todas as pessoas acometidas por uma doença ameaçadora da vida, seja ela aguda ou crônica, já devendo ser iniciado no momento do diagnóstico.

Dentre os objetivos da organização dos cuidados paliativos, ressaltam-se no documento:

o estímulo à oferta de disciplinas e conteúdos programáticos em cuidados paliativos para a graduação e especialização para os profissionais de saúde; o incentivo a estratégias de educação permanente em cuidados paliativos para todos os trabalhadores da saúde do SUS; a oferta de medicamentos para controle dos sintomas; o acesso abrangente em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar, embora com integração aos serviços especializados; promoção da qualidade de vida através da melhora do curso da doença; integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferta de um sistema de suporte que permita ao paciente viver da forma mais autônoma e ativa possível até o momento de sua morte; oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto; comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; respeito à autodeterminação do indivíduo; promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV); e esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV (BRASIL, 2018, p. 276).

A resolução mantém a APS com a prerrogativa de ordenar a rede e coordenar esse cuidado, estando entre suas atribuições o acompanhamento desses usuários na sua área de abrangência, buscando fortalecer o cuidado longitudinal, num esforço conjunto com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e dos demais pontos da rede de atenção se assim preciso for.

Em relação à Atenção Domiciliar, segundo a resolução, a modalidade das equipes será determinada de acordo com a intensidade do cuidado, levando em conta o Plano Terapêutico Singular, buscando perceber se o domicílio está em condições de integrar esses cuidados se assim for desejado e oportuno. Foram feitas ainda considerações sobre as urgências e emergências, a atenção hospitalar e a atenção ambulatorial. Já no que diz respeito ao acesso aos medicamentos opioides, sua dispensação deverá ser orientada pelas



normas sanitárias vigentes e as pactuações já realizadas entre as instâncias de gestão do SUS.

É preciso ressaltar que, entretanto, pacientes com câncer avançado vem encontrando dificuldades no acesso aos opioides e outros medicamentos. No artigo de Portela e Modena (2018), foi evidenciado que, em que pese o SUS garanta essa dispensação, há uma demora nesse acesso. Além disso, as autoras demonstraram também que, em municípios menores, às vezes, há indisponibilidade dos medicamentos, a comercialização dos mesmos é alvo de uma fiscalização e burocratização rigorosa, o que leva as farmácias a preferirem não comercializarem esses fármacos. Um outro problema apontado pelo artigo foi que como a gestão dos recursos voltados a esses medicamentos é descentralizada, ela depende da estrutura sanitária dos Estados e municípios e que, em grande parte das vezes, o gestor não possui um registro dos usuários que fazem uso do medicamento, dificultando a distribuição.

Retornando à resolução, apesar de ela ter um significado muito positivo – agora os cuidados paliativos passam oficialmente a fazer parte de toda a RAS –, é preciso refletir sobre alguns pontos obscuros para os quais ela ainda não traz respostas: como será feita a educação permanente no tema para os profissionais da rede? A APS passará a integrar a rede de dispensação de medicamentos mais específicos dos quais os necessitados desses cuidados precisam? Não poder-se-ia pensar numa equipe específica de cuidados paliativos comunitários para compor o quadro de apoio à APS? Se sim, quais profissões farão parte desta equipe? Os cuidados paliativos, de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017, serão considerados como um serviço essencial ou ampliado?

Essas perguntas passam a ganhar mais pertinência no atual contexto de contingenciamento de gastos públicos após a Emenda Constitucional nº 95/2016, denominada de “Teto dos gastos”. A referida emenda limita por 20 anos a concessão de recursos para inúmeras políticas públicas, inclusive o financiamento do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), e por isso mesmo, toda essa discussão materializa-se como um problema bioético.

#### **2.4.1 A Identificação de Pacientes Elegíveis para Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde**

A assistência integral, para ser efetivada, requer que, primeiramente, sejam

implementadas melhorias na identificação de pessoas elegíveis para esses cuidados (MARCUCCI, 2016). No Brasil, segundo Corrêa e seu grupo de trabalho (2017), não há estratégia para identificação de pacientes que necessitem de cuidados paliativos. Entretanto, na busca realizada para o presente trabalho, foram encontradas menções do desenvolvimento de instrumentos como o SPICT (CORRÊA et al, 2017); o Guia de Prognósticos e Indicadores (PIG) na Inglaterra, o Necessidades Paliativas (NECPAL), na Espanha e os Indicadores Radboud para os Cuidados Paliativos (RADPAC), na Holanda (THOSEN et al, 2015). Essas são ferramentas, que além de auxiliarem na identificação de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, avaliam o risco de deterioração do estado geral e de morte.

Segundo Thoosen et al (2015), a identificação de pacientes que podem ser beneficiados pelos cuidados paliativos iniciais, tanto em concomitância, quanto em substituição de terapias direcionadas para doenças é desafiadora, principalmente em casos de doenças difíceis de se prever o curso, como a doença pulmonar obstrutiva crônica ou a insuficiência cardíaca crônica. Além disso, de acordo com os autores, os pacientes com essas enfermidades podem não perceber que possuem uma expectativa de vida limitada.

No estudo exploratório feito por Marcucci et al (2016) em uma Unidade Básica de Saúde de Londrina (PR), ficou demonstrado que a identificação de pacientes elegíveis para os Cuidados Paliativos se constitui num obstáculo dada a pouca quantidade de informações sobre o assunto. Não há dados sobre a quantidade desses pacientes, suas condições sociais, as doenças de que são portadores e o seu grau de dependência. Neste estudo, uma das ferramentas aplicadas foi o *Palliative Care Screening Toll* (PCST), que faz a avaliação funcional e associa com as comorbidades do paciente que indiquem os cuidados paliativos. Em seus resultados, houve maior frequência de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), seguido de câncer e síndromes demenciais. Segundo o estudo, a maioria dos pacientes e cuidadores buscou na Unidade Básica a orientação técnica, medicações e materiais médicos. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi o profissional mais presente em visitas domiciliares, seguido de médicos e enfermeiros. Houve poucos relatos sobre visitas de outros profissionais e a maioria não recebeu visitas do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que possui, em suas diretrizes, o atendimento a pacientes em cuidados paliativos. Pacientes e cuidadores também apontaram que os maiores problemas relacionados à unidade básica de saúde eram a demora no atendimento, as dificuldades para agendamento de consultas; a falta de visita domiciliar, materiais ou medicamentos específicos e a falta de profissionais para atendimento.

No estudo de Meneguín, Ribeiro e Ferreira (2016), embora tenha sido realizado apenas em uma única unidade de saúde, foram identificadas algumas características dos pacientes: 80% deles era do sexo masculino, com idade média de 49 anos, tendo como doença de base neurológica em 60% da amostra, neoplasias em 24%, doenças cardíacas em 10% e renais em 6%. Já na pesquisa de Marchi et al (2016), em que participaram 17 pacientes oncológicos, os sítios de câncer mais encontrados foram: intestino (5), estômago (4), orofaringe (2), encéfalo (1), pulmão (1), útero (1), próstata (1), bexiga (1) e mamas (1), quase todos com metástases. Segundo apontado pela investigação de Corrêa et al (2017), menos da metade dos pacientes identificados para cuidados paliativos foram diagnosticados com câncer, mas também foram comuns as síndromes demenciais, as síndromes de fragilidade e as doenças cardiovasculares. A multimorbidade foi mais prevalente em pessoas com 65 anos ou mais, sendo encontrada uma média de quatro doenças por pessoa. Dentre as condições mais prevalentes entre as condições de multimorbidade estavam a doença cardiovascular (73,7%), a doença psiquiátrica (65,8%), o câncer (50%), a fragilidade (39,5%), a diabetes mellitus (31,6%) e as doenças respiratórias (23,7%). Destaca-se que, quando há identificação de multimorbidade, exigem-se cuidados específicos, coordenação e gestão, necessitando de uma avaliação contínua dos riscos e benefícios para a implementação de novos tratamentos.

Em acréscimo, os dados encontrados no trabalho de Corrêa et al (2017) foram compatíveis com a literatura: uma maior proporção de pacientes com necessidade de cuidados paliativos estão entre pacientes com mais de 65 anos; as mulheres configuraram a maioria entre os identificados, o que está concernente com a distribuição de gênero no país; houve grande prevalência de DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares. Dessa forma, o artigo assinala que pacientes com doença cardíaca avançada podem se beneficiar de cuidados paliativos precoces, apesar de as estratégias brasileiras para os cuidados paliativos ainda enfocarem o câncer. Também foi ressaltado que precisam ser desenvolvidas medidas para os cuidados paliativos em doenças psiquiátricas em nível mundial. Segundo Rocker, Downar e Morrison (2016), o início precoce desses cuidados é importante pois no Canadá, por exemplo, de 20 a 30% das pessoas referenciadas para os cuidados paliativos não são portadores de câncer. Segundo os autores, quando esses pacientes são admitidos em unidades de cuidados paliativos, eles tipicamente estão com a doença avançada e o *status* funcional mais deteriorado do que aqueles com câncer.

Como exemplo de antecipação dos cuidados paliativos pela atenção primária, pode-se citar o exemplo da Escócia, que fez um plano para estender os cuidados paliativos gerais

a todos os escoceses que podem ser beneficiados e para aqueles com doença avançada, iniciando os cuidados precocemente. Criou-se um sistema eletrônico e compartilhado, onde são gravadas as informações mais importantes do cuidado ao paciente, disponibilizado às equipes comunitárias, aos especialistas, generalistas *out-of-hours*, os serviços de ambulância, farmácias hospitalares e alguns *hospices*. Esta estratégia permitiu não só a identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos como o planejamento dos cuidados avançados (ROCKER; DOWNAR; MORRISON, 2016).

No Brasil, o Projeto Estar ao seu lado – Cuidados paliativos na atenção primária, destaca-se como pioneiro. Desde 2011, oferece assistência paliativa a um centro comunitário no Brasil, cuja equipe é constituída por seis Agentes Comunitários da Saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico. A área de abrangência compreende cerca de 3.000 pessoas cadastradas em 3 distritos, com diferentes características socioeconômicas no município de Rio Grande (RS) (CORRÊA et al, 2017).

#### **2.4.2 Influências do Modelo de Saúde Biomédico na Prestação dos Cuidados Paliativos**

O modelo de saúde biomédico é derivado da Biomedicina, a racionalidade médica ocidental contemporânea que se baseia em três caracteres: o generalizante, no qual sugere modelos e leis universais, deixando de lado casos individuais; o mecanicista, em que passa a enxergar o “Universo” como uma máquina que opera por mecanismos; e o analítico, no qual se pauta no isolamento das partes para explicar o funcionamento do todo (CAMARGO JR., 2005).

O termo “racionalidade médica” foi inicialmente pensado pela professora Madel Luz, do Instituto de Medicina Social da UERJ, e definido como “um sistema lógica e teoricamente estruturado” (1992), conforme citado no trabalho de Camargo (2005), o qual faz parte do Projeto Racionalidades Médicas coordenado por aquela professora.

Segundo esse autor, a assimilação e a integração deste modelo se deram paulatinamente, na medida em que foi emergindo o campo da anátomo-clínica como nova episteme a partir do surgimento da anatomia-patológica como arsenal da técnica na medicina, conforme abordado por Foucault no livro “O Nascimento da Clínica” (FOUCAULT, 1977).

Camargo Jr (2005) demonstra que, derivada da concepção acima apresentada, a medicina que daí desponta é a medicina do corpo, das lesões e das doenças. Segundo o

autor, isso trouxe mudanças tanto para a prática quanto para o ensino da Medicina, onde ganhou espaço o hospital por agrupar tanto a possibilidade de se realizarem as observações e descrições anatomopatológicas quanto as necrópsias.

Nesse sentido, todo o aparato daí desenvolvido, como o sistema de diagnóstico e a terapêutica, é dedicado, respectivamente, a identificar essas doenças, por meio da tipificação de suas lesões, e da capacidade de alcançar suas causas, conforme demonstrado pelo autor. Daí surge a concepção de saúde como ausência de doenças.

Para Camargo Jr (2005) esta racionalidade enxerga o corpo humano como um agrupado de sistemas isolados, porém articulados, numa divisão tanto morfológica quanto funcional, mas cujos mecanismos regulatórios se retroalimentam. De acordo com o autor, dessa divisão de sistemas deriva a divisão em especialidades do saber médico.

Acerca das influências da cultura e do modelo de assistência hospitalocêntrica, cujo enfoque é a cura, segundo abordado por Carvalho et al (2018), muitas vezes são os próprios profissionais que não reconhecem o domicílio como um lugar de prestação dos cuidados paliativos. Em seu artigo, abordam que há uma ideia no senso comum de que no hospital, os pacientes serão melhor assistidos o que resulta na quebra da continuidade dos cuidados e minimiza o papel da APS. Também foi destacado que alguns profissionais ainda pautam suas atitudes e práticas no paradigma curativista, o que acaba por desconsiderar o paciente e a família como peças centrais do cuidado. Dessa forma, para os autores, a capacitação dos profissionais poderia atuar também promovendo essa mudança de paradigma para o cuidado centrado na pessoa, em que a equipe seria multiplicadora da filosofia de que é possível implantar os cuidados paliativos na APS.

Segundo Santos Teixeira e Mattos (2012), a medicina vem abordando com propriedade o prognóstico biológico das enfermidades, contudo, ignora o prognóstico biográfico daqueles que adoecem. Os autores acrescentam que o enfoque biomédico é feito em cima de um órgão ou aparelho disfuncional, ignorando-se tudo aquilo que está adjacente a esse órgão ou aparelho: uma pessoa com projetos, crenças, angústias, temores, entre outras dimensões. Nota-se, assim, que há necessidade de uma mudança de paradigma para um modelo contra-hegemônico, que priorize o alívio dos sintomas e a qualidade de vida tirando o enfoque do tratamento curativo, com apoio de uma equipe multiprofissional. Isso requer a desconstrução de uma rede de saúde hierárquica e a construção de uma rede mais capilarizada e que dialogue entre si, compartilhando informações, compromissos e resultados (CARVALHO et al, 2018). Novos modelos de cuidados paliativos, como os comunitários, são formados por equipes voltadas para o gerenciamento de sintomas e são

considerados eficazes, devendo ser ampliados (ROCKER; DOWNAR; MORRISON, 2016).

Para Combinato e Martin (2017), uma abordagem que preze a integralidade também deve englobar as relações sociais, familiares e comunitárias na percepção e interferência no processo de adoecimento. Ou seja, para os autores, devem ser apreciadas também as relações dinâmico-causais da realidade de cada um: as condições de moradia e de transporte; o acesso ao trabalho e à educação; as condições de alimentação. A conclusão a que se chega, segundo o artigo, é que muitas vezes o denominador comum dessas condições é a exclusão social. Com isso, dizem os autores, percebe-se que o modelo tecnicista hegemônico não é capaz de dar respostas a todas essas dimensões da saúde, mas, por outro lado, a ingerência no processo saúde-doença ultrapassa as competências da ESF. Assim, para os autores, a análise socioeconômica tem grande relevância na determinação do instante e da forma como se morre, pois, uma vez que as estruturas sociais e econômicas imponham condições de vida e de saúde à população, também acabam por designar as condições da morte. Dessa forma, é defendido que o profissional precisa reconhecer isso como algo além da sua atuação para evitar sentir-se desiludido ou frustrado, mas sem normalizar ou tolerar as situações de vulnerabilidade social. Para isso, a inserção dos cuidados paliativos na APS deve ter como norteadoras as necessidades da vida como direito.

### **2.4.3 A Atenção ao Cuidador Formal e Informal e à Família**

O artigo de Baliza et al (2012) ressalta que, frequentemente, o foco das intervenções tem sido as questões biológicas em detrimento das questões familiares, sociais, emocionais e espirituais. Isso é reforçado por Santos, Teixeira e Mattos (2012, p. 816). Para doenças que necessitam de cuidados continuados por longo período de tempo, como a demência e a síndrome da fragilidade, é preciso considerar auxílio aos cuidadores no gerenciamento de problemas psicológicos, sociais e econômicos que podem ocorrer no curso da doença (CORRÊA et al, 2017).

Para Meneguim, Ribeiro e Ferreira (2016), além de se considerar o binômio paciente-família como centro do cuidado, deve-se ainda considerar o cuidador, seja ele formal (por meio de contratação, quando o cuidador possui formação específica) ou informal (geralmente provido por familiares). Segundo os autores, o cuidador informal muitas vezes acaba assumindo tarefas sem a devida qualificação, o que os leva a dificuldades emocionais, físicas, sociais, materiais, financeiras e a necessidades de suporte e informação, em

especial quando a doença é avançada e de curso prolongado. Assim, de acordo com o artigo, o Brasil tem sido insuficiente no que tange ao desenvolvimento de infraestruturas que apoiem pacientes e cuidadores nessa situação. Corrêa et al (2017) apontaram, em seu estudo, que 28,9% da amostra de pacientes analisados relatou problemas financeiros, sendo necessário suporte para aquisição de medicamentos, suprimentos, alimentos e para a realização de exames. Por isso, essas pessoas devem ser consideradas como prioridade.

No estudo feito por Meneguim e Ribeiro (2016), entrevistou-se cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família do município de Botucatu (SP). Os cinquenta entrevistados elencaram as principais dificuldades encontradas por eles nesse processo de cuidar e estas foram divididas em quatro temas centrais: dificuldades no contexto da assistência paliativa, dificuldades no cuidar em domicílio, contribuições para aprimorar a assistência paliativa no domicílio e rede de apoio a que recorrem quando necessário. Sobre as dificuldades no processo de cuidar, foram relatados: luto antecipatório; sobrecarga emocional; despreparo para lidar com o sofrimento; controle da dor; dificuldades financeiras; falta de suporte da rede de apoio do município. Quanto às dificuldades no cuidado em domicílio, referiram o tempo dispensado para cuidar do outro; comprometimento das tarefas domésticas; despreparo para cuidar do paciente acamado; sobrecarga física do cuidador; falta de materiais adequados; falta de estrutura física no domicílio; falta de suporte da equipe de ESF; abdicação da própria vida pelo outro. Em relação ao que acham que poderia melhorar a assistência paliativa no domicílio, declararam a necessidade de apoio da família; materiais adequados; adequação das instalações; auxílio financeiro; suporte técnico; apoio emocional. Já no que diz respeito a que entidades procuram para obter apoio, revelaram ser os serviços públicos; operadora de saúde; amigos e vizinhos.

Atualmente, segundo Marchi et al (2016), há uma tendência ao estímulo da assistência domiciliar para pacientes com câncer, que alinhada ao aumento da sobrevida, faz com que a família precise determinar um cuidador principal. Comumente, dizem os autores, ele faz parte da própria família e por conta disso, acumula diversas funções que podem sobrecarregá-lo objetiva e subjetivamente. A primeira diz respeito às tarefas do cuidado e ao tempo dispensado para realizá-las. A segunda, diz respeito aos sentimentos envolvidos na experiência do ato de cuidar.

Segundo Marchi et al (2016), a sobrecarga do cuidador é exacerbada com o avançar da doença. Nesse ponto, seu artigo aponta a APS como detentora de um protagonismo

especial por responsabilizar-se pelo cuidado das pessoas em sua área de abrangência, distinguindo as carências tanto do paciente em cuidados paliativos, quanto de sua família e de seu cuidador. Como consequência, isso favoreceria a elaboração de um plano de cuidados direcionado para essa tríade, e mais do que isso, traria o benefício de estimular a elaboração das ações e programas de saúde, que os atendessem.

De acordo com Hudson et al (2015), já foram relatadas na literatura taxas de depressão entre 12 e 59% e de ansiedade entre 30 e 50% entre os cuidadores. Ainda assim, pontuam que o apoio que recebem dos serviços de saúde não é suficiente e isso se agrava mais ainda nas áreas rurais. Assim, o mote desse estudo foi verificar se haveria diminuição do sofrimento psicológico nos cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado recebendo cuidados paliativos domiciliares por meio de uma atividade psicoeducacional. A conclusão foi que tal intervenção psicoeducacional sob medida, visando qualificar a informação e promover o bem-estar teve efeito protetor contra o aumento do sofrimento associado à morte de um parente, sendo constatado que esse efeito ainda estava presente 8 semanas após a morte do paciente.

Segundo Forbat et al (2016), há uma lacuna no fornecimento de suporte informativo e emocional aos cuidadores, dessa forma, intervenções educacionais para este público precisam levar em conta a sua experiência emocional e o papel que podem desempenhar. Em seu artigo, comentam que estratégias educacionais aumentam as habilidades, melhoram as competências do cuidado e atendem às necessidades de informação. Assim, foi verificado que estratégias combinadas de multimídia como DVDs educacionais, filmes e programas de internet são relevantes como instrumentos educativos. Falam a favor delas o fato de poderem ser implantadas em nível nacional, buscando reduzir as disparidades regionais; o fato de não necessitarem que o cuidador se dirija a um serviço especializado e não possuam a rigidez de um horário de aula. Em seu escopo teórico, o artigo defende que a autoeficácia dos cuidadores aumentará por meio do acesso à informação e aprimoramento de habilidades e confiança, impactando positivamente o cuidado. Assim, esse estudo buscará desenvolver um programa de ensino à distância chamado (PrECEPt: PalliativE Carers Education Package). Para isso, determinará os conteúdos de aprendizagem e as preferências de metodologias de aprendizagem dos cuidadores através de entrevistas que também tem como objetivo verificar a aceitação e viabilidade dessa proposta. O PrECEPt consistirá de duas unidades contendo prioridades identificadas na literatura como necessidades dos cuidadores: controle da dor, nutrição e hidratação. Com foco na



aprendizagem de adultos, a estratégia de ensino considerará a experiência prévia do cuidador e procurará engajá-lo na própria educação.

Saito e Zoboli (2015) igualmente reforçam que um dos aspectos fundamentais para a inserção dos Cuidados Paliativos na APS é que o cuidador tenha acesso a ações educativas direcionadas ao cuidado integral do paciente e que identifique um profissional de referência na equipe. Essa questão da instrumentalização do cuidador para o ato de cuidar também é destacada no estudo de Marchi et al (2016).

Em relação aos cuidados com a família, no trabalho de Baliza et al (2012) as enfermeiras participantes enxergaram como importante considerar a família como sujeita de cuidados e acreditam que esta deve estar apta a cuidar dele na ausência da ESF. Assim, para os autores, um dos papéis da ESF seria dar o suporte requerido para manter essa família estruturada pois isso influenciaria no cuidado para com o paciente em terminalidade. Ressaltou-se que as visitas domiciliares são importantes mecanismos de percepção do ambiente doméstico e da dinâmica familiar, onde já se pode detectar as necessidades da família e individualizar o cuidado.

No tocante ao vínculo com o paciente e sua família, as enfermeiras entrevistadas por Corrêa et al (2017) destacaram o carinho, o respeito e a atenção como primordiais na provisão dos cuidados paliativos. As visitas domiciliares também foram apontadas como fortalecedoras do vínculo com o binômio paciente-família.

Para a Medicina de Família e Comunidade, a abordagem familiar permite uma leitura sistêmica e relacional da família, facilitando a adesão do tratamento pois as intervenções decorrentes dessa abordagem podem mobilizar recursos internos da família, diminuir o estresse e ajudar a solucionar problemas (DIAS, 2012). Algumas ferramentas que auxiliam o médico de família nesse sentido são o ciclo de vida familiar, o genograma, o ecomapa e a entrevista familiar, particularmente os modelos FIRO (Orientações Fundamentais das Relações Interpessoais) e PRACTICE (problema apresentado; papéis e estrutura; afeto; comunicação; fase do ciclo de vida familiar; doenças da família; enfrentamento do estresse; rede de apoio). A abordagem familiar busca estabelecer novas formas de relação entre os componentes da família, o entendimento do problema e a construção conjunta de soluções (FERNANDES; CURRA, 2006). No cenário dos Cuidados Paliativos, essas ferramentas podem ser úteis para o auxílio da família em lidar com esta situação.

Segundo Salles e D'Artibale, na visão dos cuidados paliativos, a família desperta

para o processo de luto antes mesmo do falecimento do familiar. Na experiência dos autores, os cuidadores familiares apresentam dificuldades em exprimir seus sentimentos ante ao fato de terem de cuidar de uma pessoa em situação de terminalidade. Em seu trabalho, conduziram duas entrevistas para averiguar a percepção desses cuidadores após o falecimento do familiar. Foi observado que as entrevistadas entendiam o adoecimento como uma situação normal da existência humana. Apesar disso, relataram sentimentos de angústia, tensão, medo e sobrecarga quando experimentaram a função de cuidadoras de suas mães. Semelhantes resultados foram encontrados no estudo de Marchi et al (2016), onde apontou-se ainda o papel da enfermagem na desconstrução do que se chamou de conhecimento coloquial a respeito do câncer, desmitificando-o. Além disso, ressaltou-se a função dos profissionais de saúde no compartilhamento de dúvidas e orientações ao cuidador. Campanhas para aumentar a conscientização pública e dos profissionais são necessárias para orientar pesquisas e para a formulações de políticas que abordem as percepções equivocadas que possa haver sobre os cuidados paliativos (ROCKER; DOWNAR; MORRISON, 2016).

O relato de caso apresentado por Richman et al (2015) mostra o curso dos cuidados paliativos prestados para um paciente de 26 anos num pequeno vilarejo druso, nas Colinas de Golan, diagnosticado com um câncer terminal (astrocitoma maligno). O paciente, desde sua infância, apresentou sintomas que com o passar do tempo se tornaram mais graves e o hospital onde ele foi tratado estimou cerca de 18 meses de vida. É preciso ressaltar que o povo druso<sup>1</sup> segue alguns preceitos do islamismo. Eles acreditam e aceitam a predestinação dada por Deus, acreditam fielmente na fé, na empatia e na ajuda mútua. Nesse caso, o pai, com medo de possíveis infecções adquiridas no hospital e com receio de o filho estar longe de seu ambiente familiar, decidiu levá-lo para casa e cuidar dele. Médicos drusos locais prestaram assistência ao pai do paciente e o ajudaram a se preparar para ajudar o filho nos cuidados paliativos, ensinando-o técnicas médicas específicas, como administrar oxigênio. O seguro médico israelita auxiliou no pagamento das despesas médicas e dos cuidados paliativos, como medicamentos e auxílio de médicos. A visita médica e de enfermeiros auxiliou no aspecto psicológico da família. Com o passar do tempo, a ajuda do pai se tornou muito eficaz e foi capaz de suprir tanto as necessidades físicas, quanto espirituais do

---

<sup>1</sup> O povo druso corresponde à minoria da população em países como Síria, Líbano, Israel e Jordânia. Por conta dessa situação, sua posição política foi sempre prudente ao longo da história. Apesar disso, são marginalizados na Síria e também se opõem ao status do Estado de Israel como pertencente ao povo judeu.

filho. No entanto, toda a família também contribuiu de certa forma para os cuidados do paciente. Depois de 10 meses nessas condições, o paciente faleceu deixando essa rede de cuidados paliativos marcada na história do pequeno vilarejo nas Colinas de Golan. A família disse estar muito grata por esse tempo com o paciente e sentia-se confortada, pois haviam oferecido todo cuidado e amor que jamais teriam se o paciente ficasse apenas internado no hospital.

No trabalho supracitado, foi apontado que a distância da casa do paciente até ao centro de saúde era um dos principais problemas analisados que causam obstáculos logísticos. Apesar de os custos dos cuidados paliativos em casa, em comparação aos que acontecem no hospital, serem menores, a saúde focada em cuidados paliativos ainda demanda bastantes investimentos públicos para ocorrer de forma eficiente. Famílias que possuem apoio financeiro e social, seja da sua comunidade ou do Estado, acabam optando por renunciar aos cuidados paliativos realizados em casa. Uma alternativa a isso seria oferecer compensações (financeiras ou não) para essas famílias que se propõem a realizar esses cuidados em casa. Isso pode ser uma forma eficaz de valorizar, apoiar e incentivar essa atitude. Como retratado nesse caso, a sólida relação da família e da comunidade ao redor deles, assim como o apoio do Estado e das instituições médicas facilitaram o cuidado paliativo do paciente (RICHMAN, et al, 2015).

Segundo Salles e D`Artibale, o luto traz intenso sofrimento psíquico para a pessoa enlutada, pois o aceitar dessa realidade vem acompanhado de desespero e dor. Em seu artigo, pontuam que a perda de um ente querido ocasiona a sensação de dano pessoal, podendo levar quem o sofre a sentir-se destruído, angustiado e desorientado. Assim, orientam que, diante da vulnerabilidade do cuidador familiar, convém que as intervenções destinadas a ele sejam iniciadas já no início da palição, através de medidas de orientação, suporte e apoio. Marchi et al (2016) abordam em seu trabalho que o estigma do familiar estar recebendo um tratamento paliativo traz à tona o senso comum de não haver nada mais a ser feito, o que pode ser assustador.

Na pesquisa de Meneguim, Ribeiro e Ferreira (2016), foi relatado que o conforto dos cuidadores que davam assistência a pacientes em cuidados paliativos foi relativamente bom, embora houvesse a expectativa de que essa percepção fosse negativa. Os maiores níveis de conforto foram apresentados pelas cuidadoras mulheres, que possuíam companheiro, e que praticavam alguma religião, com nível fundamental incompleto ou sem educação formal. Porém, verificou-se que o conforto teve conexão com obstáculos encontrados para o cuidado em domicílio. Segundo os autores, é preciso que o profissional

da ESF acolha e estabeleça vínculos de confiança com o paciente e sua família, a partir do conhecimento da dinâmica familiar, estendendo isso ao cuidador.

Apesar de todos esses sentimentos negativos relatados, a literatura demonstra que pacientes que vivenciam com maior proximidade a morte de um familiar com doença crônica tendem, mais adiante, a sentir uma sensação de satisfação por terem acompanhado o paciente em todo esse processo de morte. O tempo é a tecnologia e a escuta e a palavra são os aparatos mais importantes para esse trabalho por parte dos profissionais (SALLES; D'ARTIBALE, 2011).

Segundo Meneguín e Ribeiro (2016), a alta hospitalar do paciente em cuidados paliativos nem sempre é precedida do contato dos profissionais do cenário hospitalar com os da APS. No artigo de Baliza et al (2012), foi exposto que os familiares e o paciente dificilmente são informados adequadamente sobre a doença, sobre orientações para o cuidado em domicílio e sobre serviços de referência que os apoiem após a alta.

No artigo de Corrêa et al (2012), a carência de informações adequadas sobre a doença e seu prognóstico, a precarização da situação financeira, os conflitos de sentimentos entre o cuidador e o paciente são obstáculos vivenciados pela família no cuidado a pacientes em situação de terminalidade. Eles indicam que informações básicas fornecidas antecipadamente sobre o cuidado e sobre as possíveis situações pelas quais o paciente pode passar podem minimizar esses entraves.

A ausência de uma cultura colaborativa e compartilhada do cuidado representa uma barreira ao melhoramento das práticas em cuidados paliativos, dificultando, inclusive, o mapeamento de casos (MENEGUÍN; RIBEIRO, 2016). Para Casado-Mejia e Ruiz-Arias (2013), o cuidado informal é o pilar invisível do sistema de atenção à saúde. Eles apontam que, em sua maioria, esse trabalho é feito por mulheres da família, como se fosse uma condição natural do gênero feminino. Foi assinalado que, majoritariamente, são donas de casa com baixa escolaridade, mas há aquelas que trabalham fora tendo de conciliar este trabalho com o de cuidadoras.

Essas mulheres passam a assumir múltiplas funções e a abdicar da própria vida para se dedicar ao cuidado, sem receber, muitas vezes, auxílio do restante da família (MENEGUÍN; RIBEIRO, 2016). Isso gera repercussões negativas em sua saúde, pois é comum o adoecimento por problemas de ordem física e emocional, além de dificuldades em sua vida social. Este recorte de gênero demonstra que essa adversidade é decorrente do desbalanço entre a entrada da mulher no mundo do trabalho sem que houvesse entrada do homem no mundo doméstico na mesma proporção (CASADO-MEJIA; RUIZ-ARIAS,

2013). No caso do Sistema Nacional de Saúde espanhol, criou-se medidas como a Lei da Dependência, que dá o direito de as pessoas que não podem cuidar de si próprias receberem atendimento do Estado, e o Decreto de Apoio às Famílias Andaluzas, que estabelece um conjunto de medidas, serviços e apoio à instituição familiar numa perspectiva global (CASADO-MEJIA; RUIZ-ARIAS, 2013).

Segundo os enfermeiros entrevistados no estudo de Casado-Mejia e Ruiz-Arias (2013), por mais que haja as iniciativas governamentais já citadas, elas são insuficientes para atender à demanda. De acordo com o artigo, os homens cuidadores são os primeiros a solicitar e a obter as ajudas institucionais, ao passo que as cuidadoras mulheres demoram mais a delegar a outrem as funções que desempenham no cuidado, e quando solicitam o auxílio institucional é para obter ajuda no trabalho doméstico. Apesar disso, foi assinalado que há um movimento crescente de homens integrando-se à função de cuidadores, sendo inclusive, contratados para tal.

Para os cuidadores entrevistados nesse mesmo estudo, o trabalho como cuidador depende do projeto de vida de cada um, das possibilidades econômicas e do que o artigo chamou de mandato de gênero, no caso o feminino. Foram apontadas diferenças entre homens e mulheres no cuidado: apesar de o cuidado a um familiar ocasionar uma sobrecarga de diversos matizes, ressaltou-se que os homens conseguem proteger-se disso, já as cuidadoras mulheres não. Foi assinalado que os homens, com muita frequência, não assumem o cuidado totalmente, sendo muitas vezes ajudados por mulheres da família, ou, caso tenham possibilidade, contratam um profissional para prestar auxílio. Todos os cuidadores entrevistados relataram que o ato de cuidar vem acompanhado de custos à sua saúde e às suas vidas, reconhecendo que esses custos não são iguais para homens e para mulheres (CASADO-MEJIA; RUIZ-ARIAS, 2013).

Dessa forma, os autores defenderam que o cuidador também seja sujeito de cuidados nas estratégias de saúde, havendo um movimento positivo nesse sentido por meio do Plano de Apoio às Famílias Andaluzas feito pelo governo espanhol. Mas além disso, é preciso criar estratégias de empoderamento das mulheres no sentido de que elas possam gerar mudanças em suas famílias e na sociedade, valorizando a igualdade e o respeito, para que os homens passem a ser parceiros nas responsabilidades familiares (CASADO-MEJIA; RUIZ-ARIAS, 2013).

#### **2.4.4 O Papel da Equipe Interdisciplinar**

É preciso ressaltar a complexidade que a assistência paliativa pode adquirir: recrudescimento das dores, agravamento e complicações da doença de base, pessimismo, justaposição dos prejuízos em relação aos benefícios do tratamento (SANTOS; TEIXEIRA; MATTOS, 2012, p. 816). Nesse âmbito, a equipe de saúde que prestará a palição precisa prestar um cuidado integral, visando a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas, alívio desses sofrimentos, o respeito à autonomia e a preservação da dignidade. Em suma, a equipe precisa estar apta a lidar com essas situações de finitude (VIEIRA et al, 2016).

Interdisciplinaridade, neste trabalho, deve ser entendida conforme abordado por Andrade:

campo em que é possível a atuação de vários profissionais com objetivos comuns, no qual a busca do uno não desconsidera a multiplicidade de formas de ver e analisar determinado fenômeno, mas requer primeiramente tal postura, em que o respeito e o acatamento às contribuições de cada área específica são uma constante. A postura interdisciplinar requer também um espaço onde os saberes técnico-científicos não se sobreponham e sim se complementem na busca de um objetivo comum (...). (ANDRADE, 2010, p. 11)

A autora ainda sinaliza que para que se chegue o mais próximo deste ideal, os profissionais necessitam saber ouvir e conversar sobre suas práticas e teorias de base, assim como dos fundamentos ético-filosóficos em que ancoram suas decisões. Com isso, percebe-se que o trabalho interdisciplinar permite uma visão mais ampla do paciente e de sua realidade. Reuniões interdisciplinares, estudos de casos, prontuários coletivos, atendimentos em conjunto e reuniões de família foram ferramentas citadas pela autora e que podem facilitar a atuação em equipe.

No trabalho de Baliza et al (2012), as enfermeiras entrevistadas manifestaram a relevância da integração entre os saberes e ações dos diversos profissionais que compõem a ESF com o fim de assistir o paciente em sua casa. Ressaltaram a grande valia do profissional da psicologia no atendimento das demandas emocionais do paciente e sua família, mas muitas vezes incumbem-se desta tarefa, principalmente onde a ESF não possui psicólogos.

No Brasil, o suporte multiprofissional à APS é dado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas, por enquanto, sem especificar quais ações são voltadas para os Cuidados Paliativos em suas diretrizes (MARCUCCI et al, 2016, p. 150). Nesse mesmo trabalho, os autores citam intervenções que poderiam ser realizadas: o suporte psicológico para os envolvidos; a inclusão da assistência social para planejar adaptações no período da

doenças; o suporte após o óbito para os familiares; a provisão de esclarecimentos e a preparação prévia para as decisões éticas envolvidas no processo de óbito; o controle de sintomas e a prevenção de complicações e efeitos colaterais oriundos de procedimentos invasivos e tratamentos medicamentosos; o favorecimento da autonomia e da possibilidade de escolha do local de cuidado no fim da vida, entre outras ações.

Santos, Teixeira e Mattos (2012, p. 815) ressaltam que uma equipe que incorpore os cuidados paliativos deve priorizar a abordagem terapêutica das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e sua família; garantir que seja passada a informação correta, com respostas claras e verdadeiras para suas questões; que o paciente participe das decisões e seja respeitado em suas crenças e valores; que seja garantida a longitudinalidade do cuidado.

O modo de se proceder nos Cuidados Paliativos, segundo o *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC) deve englobar a empatia, a sensibilidade, a compaixão, a demonstração de interesse pela pessoa, a preocupação com todos os aspectos do seu sofrimento, o não-julgamento e o respeito aos aspectos socioculturais, entendendo que eles fazem parte da construção da identidade da pessoa e influenciarão a forma como ela enfrenta a doença (COMBINATO; MARTIN, 2012).

A essência da relação da equipe com o paciente e sua família, segundo Combinato e Martin (2017), é o vínculo estabelecido, compondo as chamadas tecnologias leves do trabalho em saúde. O vínculo ajuda a compreender e a responder as dúvidas e angústias dos pacientes. Assim, para os autores, essa característica da APS de acompanhar o paciente e sua família ao longo do tempo, a longitudinalidade, auxilia no fortalecimento desse vínculo e no entendimento empático dos desejos e necessidades do paciente e sua família no fim de vida pois permite conhecer a organização familiar e sua relação com a estrutura social.

De acordo com o trabalho de Marchi e cols (2016), as habilidades de comunicação e de escuta pelos profissionais da ESF são essenciais a esse processo e contribuem para uma assistência paliativa eficaz. Para os autores, sucesso dessas ações está em compreender o contexto do paciente e sua família, mas também passa por superar a carência deste tópico na formação em cuidados paliativos.

No trabalho de Vieira et al (2016), relatou-se uma experiência dos médicos de família no cuidado de uma paciente com doença maligna avançada numa unidade básica de saúde de São Paulo. Ficou claro que a assistência em cuidados paliativos deve ser multidimensional, resgatando o conceito de dor total de Cicely Saunders ao se considerar seus

aspectos físicos, psicológicos, sociais, familiares e espirituais. Destacou-se que a espiritualidade, neste cenário, assume um significado de transcendência, conexão, conforto e paz, estando associada, dessa forma, não somente à religiosidade, mas às artes, à natureza, aos princípios pessoais ou mesmo científicos.

No caso exposto, percebeu-se que o respeito às crenças e aos valores da paciente, os benefícios de uma conversa honesta e clara com a paciente e sua família, a mobilização da rede de apoio social e o fornecimento de suporte espiritual fizeram com que a paciente pudesse ressignificar seu enfrentamento da doença, reaproximar-se do filho distante e estar junto aos seus em suas últimas semanas de vida. A aplicação de ferramentas como a abordagem biopsicossocial-espiritual, a comunicação centrada na pessoa, a abordagem familiar e espiritual, as diretivas antecipadas e o apoio ao luto puderam minimizar os sentimentos de angústia e impotência percebidos inicialmente pela equipe e se mostraram como um diferencial para a família (VIEIRA et al, 2016).

No estudo de Azevedo et al (2017), encontrou-se que a maioria dos pacientes idosos estudados apresentavam sintomas depressivos e que esses sintomas se relacionavam com menores graus de qualidade de vida e de apoio social. Ficou demonstrada a relação entre uma rede de apoio fraca com a presença de transtornos psiquiátricos, com a maior prevalência de dor, com a redução das capacidades funcionais e relacionais dos pacientes, tendo como consequência a deterioração de sua qualidade de vida. No trabalho de Baliza et al (2012), também foi destacado que os cuidados paliativos em ambiente domiciliar permitem não só a presença e convivência com a família como com os amigos, com sua comunidade religiosa, se professar uma fé, e com os vizinhos no enfrentamento da terminalidade da vida. Isso expõe a importância do fortalecimento da rede de apoio e o papel que a equipe multidisciplinar possui nesta esfera.

Portanto, de acordo com Thoosen e cols (2016), percebe-se que esses cuidados não se centram apenas no alívio dos sintomas orgânicos e em intervenções nas crises, mas também em tornar possível a participação do paciente, da família e do profissional de saúde em antecipar desejos, problemas futuros e situações relativas à terminalidade. Para os autores, eles podem aumentar a qualidade de vida, reduzir a depressão e as intervenções agressivas nos últimos meses de vida.

Segundo a pesquisa de Combinato e Martin (2012), a programação das ações em saúde é feita por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Apesar dessa proposta ter sido desenvolvida para atender a Saúde Mental, houve um aproveitamento da possibilidade



de colocar em prática o cuidado integral do paciente sob a ótica de uma equipe multidisciplinar que pactua metas de curto, médio e longo prazos. Periodicamente, o PTS é reavaliado e as metas retraçadas. O estabelecimento de metas no PTS precisa, necessariamente, envolver o paciente, que é o sujeito de cuidado. Igualmente, a inclusão dos cuidados paliativos na Saúde Pública precisa contar com a participação da comunidade, uma vez que ela é o sujeito de consideração.

O PTS pode ser assim definido:

é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. [...] Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.). (BRASIL, 2007, p. 40)

Conforme abordado por Combinato e Martin (2012), a construção do PTS é feita pelo profissional da equipe que possuir o melhor vínculo com o paciente, portanto, pode ser feito por qualquer profissional. Essa escolha, segundo os autores, seria justificada pelo afeto, considerando os aspectos subjetivos da relação profissional-paciente. Foi ressaltado que o fato de a assistência à tríade paciente-família-cuidador ser descentralizada da figura do médico na APS facilitaria a ação integral da equipe multidisciplinar. No entanto, dizem os autores, para que isso ocorra, é necessário que haja uma ruptura com a visão segmentar do saber na busca pela integração entre os conhecimentos.

Esse planejamento antecipado de ações por meio da identificação das necessidades dos pacientes em estágios terminais parece melhorar a sua qualidade de vida, diminuir o número de intervenções fúteis, reduzir o humor deprimido e até mesmo prolongar a vida em pacientes graves (THOONSEN et al, 2015).

#### **2.4.5 O Problema da Qualificação em Cuidados Paliativos**

Segundo Selman et al (2017), a carga de trabalho relativa aos cuidados de fim de vida no dia a dia dos generalistas é pequena, porém, foi relatada uma dificuldade de se ficar em dia com as políticas e práticas a eles relacionadas. Em seu artigo, foi apontado que

há evidências que mostram que os médicos se sentem despreparados e pouco confiantes na prestação dos cuidados paliativos, mesmo considerando-os de extrema relevância e valorizando essa parte do seu trabalho. O manejo dos sintomas clínicos e psicológicos de pacientes, familiares e cuidadores pode ser particularmente difícil. Nesse sentido, apontam os autores, é urgente o fomento à educação em cuidados paliativos tanto na graduação quanto na pós-graduação.

Sabe-se que a insegurança dos profissionais da atenção primária em prestar os cuidados paliativos pode limitar o mesmo (VIEIRA et al, 2016). Este sentimento pode relacionar-se com a carência na qualificação dos profissionais. O manejo dos fármacos, as dimensões emocionais do cuidado, a assistência domiciliar e a gestão dos casos estão entre os tópicos que mais geram insegurança nos profissionais da atenção primária (LASMARÍAS et al, 2013).

Na pesquisa de Queiroz et al (2013), para além dos aspectos técnicos, os profissionais relataram ainda algumas limitações: a emocional, pela dificuldade de se defrontar com a morte, pouca habilidade na comunicação com o paciente e sua família. Foi colocado que lidar com a morte os leva a refletir sobre a própria finitude, além de despertar frustração e revolta. Alguns fatores como as circunstâncias onde há sofrimento acentuado do doente, quando os pacientes são jovens ou quando há um vínculo forte com o paciente foram assinalados como tendo potenciais de deixar marcas nos profissionais.

No trabalho de Carvalho et al (2018), foi mencionada a pouca conscientização dos gestores em capacitar os profissionais no assunto e a carência de disciplinas relativas a este conteúdo nas graduações. Para os autores, isso faz com que o conhecimento que os profissionais assimilam seja adquirido com base na prática do cotidiano.

O estudo de Combinato e Martín (2012) apontou uma carência de formação específica em cuidados paliativos nos profissionais entrevistados. Tal fato foi corroborado no estudo de Carvalho et al (2018), em que alguns entrevistados comentaram a necessidade de uma qualificação profissional voltada para os cuidados paliativos. Eles aprovam a atuação das equipes de internação domiciliar, mas acreditam que, se tivessem mais capacitações sob a ótica da APS, poderiam somar forças nessa continuidade do cuidado. Para os autores, entre as vantagens de se investir mais nesta qualificação dos profissionais poderia estar o desenvolvimento de atividades de educação em saúde para aconselhar e nortear as famílias dos benefícios dos cuidados paliativos domiciliares.

No estudo de Selman et al (2017), os participantes reconheceram a importância e a

relevância dos cuidados no fim de vida, justificando, inclusive que os generalistas deveriam ser especialistas em cuidados paliativos, pois coordenam o cuidado. Com exceção de um, todos concordaram que é preciso que a educação nessa temática deve ser ampliada ou melhorada. Apresentaram como justificativas: a deterioração de suas habilidades clínicas com o tempo pela falta de exposição a casos concretos; a dificuldade em manter-se atualizado; seu treinamento e sua prática clínica não terem contemplado esse tipo de cuidado, indicando uma carência educacional e prática tendo como consequência a pouca confiança em si mesmos; e a complexidade dos cuidados paliativos, principalmente no que diz respeito às habilidades de comunicação e às decisões éticas. Para um dos generalistas participantes, uma mentoria talvez fosse a melhor forma de resolver o problema da educação dos profissionais em cuidados paliativos.

Nesse mesmo estudo, tendo em consideração a percepção das necessidades educacionais, as falas dos participantes foram categorizadas em nove subtemas: identificação e encaminhamento para os cuidados paliativos; serviços e recursos locais; papéis, responsabilidades e trabalho em equipe; cuidados *out-of-hours*; habilidades de comunicação e aconselhamento; manejo de sintomas e medicamentos; cuidado de pacientes com condições não-malignas; e cuidados paliativos pediátricos (SELMAN et al, 2017).

Relativamente às preferências educacionais, os participantes do estudo de Selman et al (2017) consideraram a experiência prática como padrão-ouro. Experiências em *hospices* e a oportunidade de discutir casos com especialistas foram valorizadas. A presença de um tutor foi tida como importante para o ganho de conhecimento e apoio, assim como reuniões e eventos de treinamento, além de discussões de casos reais com mentores experientes ou especialistas em cuidados paliativos, o que poderia suscitar reflexões eficazes para a aprendizagem. A discussão com familiares de pacientes que passaram por situações de cuidados paliativos também foi considerada importante. Por outro lado, Educação a Distância (EAD) não foi apoiada por acharem difícil de reter todo o conteúdo ao final do curso.

O estudo de Azevedo et al (2014) descreveu que, de 8 enfermeiros entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do Rio Grande do Norte, 64% afirmaram não ter estudado conteúdos sobre feridas oncológicas durante a formação acadêmica de enfermagem, embora 50% tenha relatado possuir alguma formação específica em feridas; 86% participou de curso ou treinamento sobre feridas oncológicas; 43% dos enfermeiros não tiveram a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com lesões tumorais na ESF.

Segundo os autores, especialistas no tratamento de feridas são raros, ao passo que a escassez de profissionais qualificados, bem como as poucas capacitações no âmbito da atenção primária comprometem a assistência a esses pacientes, em especial em locais distantes dos centros especializados. Foi detectado um déficit na descrição das lesões oncológicas pelos enfermeiros, pois vários aspectos das feridas não foram apontados por eles. Como consequência, foi apontado o comprometimento da escolha do tratamento adequado, do tipo de cobertura e do tipo de curativo indicados.

Além disso, alguns enfermeiros referiram utilizar substâncias não indicadas para o tratamento de feridas oncológicas, como a papaína, o óleo de girassol e a fibrinolisa. Foi relatada ausência de um protocolo sistematizador para esse tipo de assistência. Para os autores, é preciso envolver os pacientes, familiares e cuidadores no cuidado às feridas através da educação em saúde, esclarecendo dúvidas, orientando quando trocar o curativo, explicando as complicações possíveis e os cuidados paliativos para quando o profissional estiver ausente. Segundo o artigo, apesar da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, orientar o seguimento de usuários com câncer na APS, inclusive os portadores de feridas malignas, observou-se que há um déficit na capacitação profissional para tal, pelas condições de trabalho inadequadas e pela carência de infraestrutura nas unidades de ESF, que constituem obstáculos à sua plena concretização (AZEVEDO, 2014).

No estudo de Baliza et al (2012), também se falou de formação acadêmica. As enfermeiras entrevistadas relataram ter tido pouco contato com pacientes em cuidados paliativos, sublinhando que é necessário que a formação acadêmica nessa área tenha um componente teórico e prático consistente.

Um exemplo bem-sucedido no quesito formação profissional em cuidados paliativos é a Catalunha, na Espanha. Segundo Lasmarías et al (2013), em todo o território espanhol procurou se desenvolver o cuidado ao paciente com doenças avançadas e terminais, destacando-se a região da Catalunha, cujo programa baseado na atenção integral à saúde é considerado exemplar pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1995. Um dos sustentáculos deste programa é a formação em cuidados paliativos para os profissionais envolvidos, tendo importância especial na atenção primária. Salienta-se o programa de atenção domiciliar (PADES), que são equipes de referência em cuidados paliativos que dão suporte às equipes de atenção primária através da discussão de casos e auxílio à decisão de intervenções adequadas, principalmente em casos complexos.

Segundo o artigo de Lasmarías e cols (2013), desde 2007, a estratégia para os

cuidados paliativos no Sistema Nacional de Saúde espanhol reconhece como recomendações, principalmente para a APS: o estabelecimento de um plano de educação continuada em cuidados paliativos para os profissionais de cada comunidade autônoma e a realização deste plano em qualquer nível de atenção, a partir das necessidades formativas dos profissionais envolvidos. Para os autores, o conhecimento das necessidades formativas dos profissionais e a importância delas é de suma importância para elaborar um projeto de qualificação que garanta a melhoria da qualidade da assistência no final de vida.

Nesse estudo, Lasmarías et al (2013) conduziram entrevistas e um grupo focal realizado com uma amostra composta por profissionais gestores, profissionais da atenção primária, profissionais do PADES e docentes com expertise em cuidados paliativos. Os discursos aludiram à carência na formação dos profissionais da atenção primária para atender às demandas complexas dos pacientes em cuidados paliativos e no treinamento que a equipe do PADES recebe para tornarem-se instrutores; à falta de recursos na atenção primária; e à falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção.

Os profissionais do PADES e os *experts* em cuidados paliativos corroboraram com a questão da necessidade de formação dos profissionais da APS. No entanto, os temas que, para eles, demandam uma maior necessidade formativa são: abordagem integral do paciente e sua família, manejo dos aspectos emocionais, administração de fármacos e o acesso a uma formação que prioriza a técnica em detrimento das habilidades de comunicação e de gestão emocional. Também foi assinalada a desigualdade no acesso a essa formação nas áreas rurais bem como que a formação deve compreender também atividades práticas, inclusive em serviços específicos e que a capacitação dos formadores deve receber atenção especial (LASMARÍAS et al, 2013).

Segundo os autores, para atingir a satisfação tanto de profissionais quanto de pacientes, é vital que o treinamento dos profissionais seja regularizado, adaptando-o a cada nível de atenção e cenário. Com isso, Lasmarías et al (2013) defenderam a elaboração de planos de formação intraequipes, que contemplem os cuidados paliativos, além de integrar este assunto aos currículos de graduação, pós-graduação e em instituições de relevância, que atendam pacientes que possuam demandas paliativas (serviços de cuidados primários, de medicina interna, de pneumologia, de cardiologia, entre outros). Segundo os autores, esse plano de ensino deve ser o mais homogêneo possível, procurando enfatizar o controle dos sintomas, a gestão emocional, as habilidades de comunicação, a ética clínica, o planejamento das decisões antecipadas e a gestão de casos e a formação de formadores, com vistas a uma formação de alta qualidade.

No estudo de Rocker, Downar e Morrison (2016), foram também citadas diversas iniciativas que visam melhorar os conhecimentos dos médicos em treinamento no Canadá e nos Estados Unidos: o *Learning Essential Approaches to Palliative and End-of-Life Care courses* oferecidos pelo *Pallium Canada* ([www.pallium.ca](http://www.pallium.ca)), a *Web-based resources* oferecido por meio do *Canadian Virtual Hospice* ([www.virtualhospice.ca](http://www.virtualhospice.ca)), o *Center to Advance Palliative Care's Web-based* ([www.capc.org](http://www.capc.org)), o *Vital Talk's Curriculum* para treinamento em comunicação ([www.vitaltalk.org](http://www.vitaltalk.org)) e o *End-of-Life Nursing Education Consortium* ([www.aacn.nche.edu/el nec](http://www.aacn.nche.edu/el nec)), disponíveis para médicos e enfermeiros canadenses. No Brasil, alguns cursos de curta duração voltados para os cuidados paliativos são encontrados na plataforma UNA-SUS.

No estudo de Thoosen et al (2016), buscou-se demonstrar quais eram as avaliações de um treinamento do qual os generalistas participaram em um ensaio clínico randomizado prévio. Esse treinamento contemplou temas em cuidados paliativos e a utilização de ferramentas para identificação de pacientes elegíveis. Os participantes do estudo foram os generalistas e os consultores que se especializaram em cuidados paliativos e com quem os generalistas discutiram os planos de cuidado. Excetuando-se um, todos os generalistas consideraram o treinamento como positivo em seu potencial de desencadear mudanças em seu modo de pensar e agir. Eles puderam perceber que muitos dos seus pacientes crônicos não recebiam cuidados paliativos, embora fosse necessário. Foi relatada uma dificuldade em conversar sobre cuidados paliativos com os pacientes portadores das doenças crônicas mencionadas acima pois eles não enxergavam essas doenças como limitantes ou ameaçadoras. Muitos apontaram que ficaram mais atentos a identificar pacientes com doenças crônicas em estágios avançados e que se beneficiariam dos cuidados paliativos. Também foi percebida uma mudança positiva na habilidade de comunicação com esses pacientes: maior proatividade, discussões mais regulares e maior facilidade em conversar sobre futuros problemas.

#### **2.4.6 As Questões da Assistência Domiciliar e da Morte no Domicílio**

Segundo Andrade (2010), para a materialização dos cuidados de fim de vida bem como para o falecimento domiciliar é preciso haver uma confluência de três fatores: quadro clínico do paciente, pois há condições clínicas que não permitem tal situação; a família precisa concordar em assumir tais cuidados, já que nem sempre ela possui condições; e a residência precisa ser adequada para isso. Além disso, a autora ressalta que a

equipe deve estar apta a perceber as relações, os valores e as regras que conduta que permeiam o lar do paciente, bem como os aspectos culturais dessa família, uma vez que disso também depende a assistência domiciliar.

Quanto às questões do espaço físico, a autora ressalta que observar a adequação do ambiente é crucial: se o espaço é adequado para uma cama hospitalar, para a circulação de cadeira de rodas e de banho, por exemplo. Ela destaca ainda que adaptações podem ser necessárias. Queiroz et al (2013) confirmam essas perspectivas, reafirmando a possibilidade de ser preciso adaptar a casa, reconfigurar rotinas e decidir quem serão os cuidadores. Nesse sentido, eles afirmam que o papel da ESF, como equipe, se configura como de observadora das dificuldades da família, organizadora do cuidado e provedora de cuidados.

Em relação aos valores e crenças, Andrade (2010) aponta que é imperativo saber como paciente e família enxergam a morte domiciliar: embora a assistência em domicílio possa trazer bem-estar ao paciente, já que estará em seu ambiente, junto à família, para esta, pode ser angustiante acompanhar o processo de morte e trazer sofrimento. Para a autora, isso também diz respeito a entender o significado da morte para cada paciente e cada família. Esses aspectos estão imediatamente conectados com os conceitos de respeito e alteridade, bem como com o de competência cultural.

Segundo o dicionário Aurélio, respeito significa consideração; sentimento que leva alguém a tratar outra pessoa com grande atenção. Já alteridade, tem como definição o caráter ou estado do que é diferente, distinto, que é outro; que enxerga o outro como um ser distinto, diferente. No que tange à competência cultural, segundo Damasceno e Silva (2018), esta é considerada como um atributo da Atenção Primária à Saúde e é multidimensional, buscando: sensibilizar os profissionais para as crenças, práticas, expectativas e origens dos pacientes e de sua comunidade; favorecer o acesso aos cuidados em saúde e minorando barreiras estruturais para tal (fornecimento de intérpretes se necessário, respeito às particularidades da dieta de alguns grupos, educação em saúde apropriada para cada grupo, por exemplo); e abreviação de entraves organizacionais como o baixo número de pessoas provenientes dos grupos minoritários dentre os profissionais de saúde, administradores e estruturadores de políticas voltadas justamente para esses grupos minoritários. Percebe-se, com isso, que a competência cultural é um conceito potente não apenas para a APS e que, principalmente, objetiva impactar positivamente as relações entre a tríade equipe de saúde-paciente-família.

Para Queiroz et al (2013), o avanço tecnológico provocou uma “medicalização social”, gerada pela intervenção frequente da medicina na rotina de cada um. A morte passou

de condição de normalidade da vida a evento técnico exclusivo dos hospitais. Assim, para os autores, o movimento *hospice* vem em contraposição a isso, defendendo o conceito de “boa morte” para os cuidados no fim de vida.

Segundo abordado por Combinato e Martin (2012), além do conceito de boa morte, entendida como a morte sem dor, com respeito às aspirações do paciente, em casa, com familiares e amigos, é significativo que a equipe seja receptiva aos desejos e valores do paciente e de sua família. Os autores sugerem, inclusive, perguntar se as necessidades foram atendidas. Eles sustentam que uma das diferenças entre a abordagem hospitalar da morte e a abordagem da atenção primária é que, no hospital, a morte é mais frequente e a participação profissional é circunscrita ao momento da morte enquanto que na ESF, a participação no momento da morte é menos frequente, embora haja atuação profissional no processo de adoecimento, morte e luto. Foi apontado também que as particularidades dessas atuações também são diferentes: vivenciar o adoecimento e a morte de um paciente acompanhado dia a dia pela ESF é díspar de acompanhá-lo apenas na ocasião de sua morte.

Segundo Marcucci e cols (2016), o acesso limitado aos cuidados paliativos pode ter como consequência uma baixa qualidade de morte, o que é refletido na posição do Brasil no Índice de Qualidade de Morte publicado pela *The Economist Intelligence Unit*, onde o Brasil ocupou a 42ª posição entre 80 países. Para os autores, a implementação de cuidados paliativos domiciliares relaciona-se com o melhor controle dos sintomas, com a melhora na satisfação do paciente, com menores taxas de internação hospitalar e com a redução dos custos da saúde.

Apesar da preferência pelos cuidados domiciliares ser maior em relação aos cuidados hospitalares, em grande parte das vezes, o processo de morrer é institucionalizado pelas abundantes dificuldades encontradas no ambiente domiciliar (MENEGUIN; RIBEIRO, 2016). Em contrapartida, segundo Marchi et al (2016) há uma tendência atual das políticas públicas de saúde encorajarem a atenção domiciliar em casos de pacientes com neoplasias incuráveis, como forma de minorar os custos com internações hospitalares e com procedimentos desnecessários. Além disso, há um ganho substancial de qualidade de vida para os pacientes, já que, com isso, têm a oportunidade de estarem em seus respectivos ambientes, com sua família. Respeitar a alteridade do outro, considerá-lo como portador de direitos e preferências são passos primordiais para que a tomada de decisão seja centrada no paciente (COMBINATO; MARTIN, 2012).

Segundo Yamaguchi e Oliveira (2010), a morte domiciliar deve ser algo escolhido pelo paciente e a família e pactuada com a equipe ao se levar em conta todo o contexto em



que o paciente está inserido, bem como os imprevistos e contingências, de forma que tenham assegurados o apoio da equipe. Para os autores, quanto ao preparo para o falecimento, é preciso ressaltar que este pode ser um período de pacificação do paciente consigo mesmo e com terceiros, sendo, muitas vezes, necessária ajuda profissional. Nesse momento ressaltam que também se faz necessária a orientação quanto à regularização de documentos, da situação civil, para a emissão da declaração de óbito e para o sepultamento.

Nesse sentido, a Atenção Domiciliar é um dispositivo da RAS que visa promover a saúde, estimular a prevenção e o tratamento de doenças além da reabilitação, em domicílio, tendo assegurada a continuidade dos cuidados (CARVALHO et al, 2018). Ao se abordar as famílias, na verdade se está gerindo e identificando possíveis disfuncionalidades que podem prejudicar o bem-estar dos seus membros. Destaca-se que, além da integração entre os distintos níveis de atenção, se faz necessária a atuação intersetorial e interdisciplinar na construção do projeto terapêutico singular (PTS) também na atenção domiciliar, com vistas a uma melhor gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

O segundo volume do Caderno de Atenção Básica sobre Atenção Domiciliar destaca algumas ferramentas que auxiliam na gestão do cuidado no processo de trabalho nesse ambiente: o acolhimento, que seria o ato de aproximação por meio do “dar crédito”, sendo considerada uma tecnologia leve; a clínica ampliada, que se traduz por uma responsabilização e comprometimento com o paciente, lançando mão da intersetorialidade; o apoio matricial, que seria um arranjo que objetiva assegurar uma retaguarda da atenção especializada na abordagem às complexidades do paciente e sua família; e o projeto terapêutico singular (PTS), já explicado, porém aqui resumido como um conjunto de ações que visam trazer resolutividade às demandas do paciente e sua família, sejam elas clínicas ou não (BRASIL, 2012).

Um problema apresentado que se constitui numa barreira à efetivação tanto da assistência domiciliar quanto da morte em domicílio é que, conforme demonstrado por Queiroz et al (2013), os profissionais entrevistados relataram que, para a assistência domiciliar, acham necessária uma formação técnica da qual não são possuidores, pois pode haver necessidade de realizar procedimentos técnicos com os quais possuem pouca habilidade. Além disso, acham necessário saber reconhecer o que pode ser feito no domicílio e o que deve ser encaminhado para centros especializados, expondo que a escassez de retaguarda dos serviços de maior complexidade agrava esse cenário de precariedade. Os autores acrescentam que o atendimento domiciliar pode aumentar o nível de humanização, ao in-

cluir a família nesse cuidado, ao dar suporte afetivo, ao minorar as complicações decorrentes de internações hospitalares e reduzir os custos com internações.

#### **2.4.7 Cuidados Paliativos para Populações Especiais na Atenção Primária à Saúde**

Dentre as buscas realizadas no presente trabalho, poucos artigos versavam sobre os cuidados paliativos na APS englobando populações especiais. Apenas um estudo discorreu sobre estratégias voltadas para os indígenas e somente um abordou os cuidados paliativos infantis. Não foram encontrados artigos que desenvolvessem esse tema envolvendo os imigrantes, a população LGBTI, a população em situação de rua, a população indígena brasileira, entre outras.

Os cuidados paliativos com foco na população indígena foram abordados pelo artigo de Kelley et al (2018) no contexto do Canadá. Foi frisado o papel que a cultura desempenha na incorporação de práticas e crenças sociais de quaisquer grupos de pessoas. Segundo os autores, há um crescente interesse internacional para melhorar o acesso aos cuidados paliativos para os povos indígenas, sendo desenvolvidas pesquisas na Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Estados Unidos. Os povos indígenas do Canadá incluem as Primeiras Nações, Inuítes (esquimós) e Métis (descendentes de europeus e indígenas).

O artigo se inicia comentando que o envelhecimento das populações das Primeiras Nações Canadenses é acompanhado de taxas crescentes de doenças crônicas e doenças terminais, tornando o fornecimento de cuidados paliativos para essas populações uma obrigação social crescente. Embora haja diversidade entre e dentro das comunidades das Primeiras Nações, há temas comuns relativos ao fim da vida. De acordo com os autores, essas comunidades veem a morte como uma parte natural do ciclo de vida, encarando-a não como algo que deve ser temido, e tendo a sua preparação desenvolvida tanto pela família quanto pela comunidade. Para esses povos, a experiência da morte é sagrada e precisa ser preparada de acordo com suas crenças. Eles também levam em consideração a conexão com a terra, particularmente os territórios tradicionais, onde as pessoas cresceram e têm conexões familiares.

Foi apontado que apesar de terem apoio social, cultural e espiritual, essas comunidades não têm acesso aos programas de cuidados paliativos, especialmente ao manejo da dor e dos sintomas. Algumas barreiras foram identificadas: a carência de serviços de saúde, de pessoal, recursos locais limitados e falta de treinamento em cuidados paliativos. O governo do Canadá financia somente os serviços básicos de cuidados

domiciliares e comunitários (enfermagem e apoio pessoal) por meio do Programa Inuíte de Cuidados Domiciliares e da Comunidade (HCCP). Muitas comunidades não têm serviços de saúde disponíveis à noite e em finais de semana, segundo o artigo.

Com isso, o que ocorre é que para ter acesso a esses serviços, essas pessoas locomovem-se para lugares distantes e culturalmente inseguros devido a diferenças de idioma, valores, crenças e expectativas. Foi destacado que receber cuidados fora da comunidade cria alienação e isolamento social para os indivíduos das Primeiras Nações que são separados de sua língua, cultura, anciãos e familiares. Segundo os autores, embora as pessoas desejem morrer em casa, muitas morrem em hospitais urbanos e em casas de longa permanência.

Ressaltou-se que, quando a morte ocorre fora da comunidade, ela afeta negativamente as famílias e os membros da comunidade. Esse fato pode impedir a transmissão da cultura de uma geração para a seguinte. Além disso, de acordo com o artigo, o período da morte é uma época em que a comunidade se reúne tradicionalmente para apoiar a família, e esses relacionamentos com a comunidade promovem a resiliência coletiva, construindo o capital social e cultural. Foi ressaltado que com o tempo, a falta de cuidados no fim da vida pode ter um efeito de enfraquecimento, minando a confiança coletiva da comunidade para cuidar de seus entes queridos. Também pode interromper a capacidade coletiva da comunidade de sofrer, já que as redes sociais promovem o pertencimento e a cura emocional.

Assim, é cada vez mais consensual que os cuidados paliativos devem ser desenvolvidos em nível local atendendo a essas pessoas. Os autores defendem que os modelos de programas precisam ser localmente relevantes e acessíveis e precisam ser desenvolvidos em conjunto com líderes comunitários, provedores de serviços de saúde indígenas e a comunidade indígena. Assim, as soluções precisam ser específicas para cada comunidade.

De um total de 94 indígenas entrevistados no referido estudo, a maioria (87%) disse preferir receber seus cuidados paliativos na própria casa, nas comunidades das Primeiras Nações, contanto que os serviços locais estivessem disponíveis e fossem adequados às suas necessidades. Os membros da comunidade relataram que é importante que as famílias se envolvam nos cuidados ao seu ente querido que está doente e que os membros da comunidade não morram sozinhos.

Foi apresentado que, na comunidade, uma pessoa com uma doença que limita a vida é normalmente assistida em casa por membros da família, sendo a principal rede de

cuidados. A família é apoiada por membros da comunidade que fornecem apoio direto e indireto à pessoa que está morrendo. Segundo os autores, essa rede interna de cuidados comunitários abrange famílias alargadas, redes de ajuda naturais, idosos e pessoas de sabedoria, prestadores de cuidados de saúde pagos e lideranças (por exemplo, chefe, conselho e administradores locais de serviços de saúde).

Através da pesquisa de Kelley et al (2018), cada comunidade desenvolveu um programa de cuidados paliativos exclusivo e personalizado com a orientação de sua Equipe de Liderança de Cuidados Paliativos local (composta por anciãos, portadores de conhecimento, membros da comunidade e provedores locais de cuidados de saúde). Essa pesquisa expôs a necessidade de criar novas políticas públicas que: apoiem as comunidades das Primeiras Nações a empreender o desenvolvimento de capacitação em cuidados paliativos; aumentem o financiamento e os recursos para implementar serviços; respeitem o controle da comunidade; e requeiram colaboração entre as Primeiras Nações, os sistemas de saúde federais e provinciais. Programas que são desenvolvidos localmente, controlados e incorporados nas redes de suporte social da comunidade existentes são inerentemente e culturalmente apropriados.

Quanto aos cuidados paliativos pediátricos no contexto da APS, a literatura encontrada para este trabalho foi muito escassa, sendo representada pelo artigo de Nogales (2015). No entanto, ele não tem como protagonista o generalista ou o médico de família e comunidade, mas o pediatra que atua na APS.

Cuidados paliativos pediátricos são destinados a crianças e adolescentes com doenças incuráveis, progressivas e incapacitantes. Segundo o artigo, o ambiente da criança faz parte do seu processo de adoecimento, sendo decisivas as presenças dos pais e irmãos e dos seus ambientes sociais.

De acordo com o artigo, o cuidado paliativo pediátrico, assim como o do adulto, também tem como modelo uma assistência integral, tendo papel importante o pediatra da atenção primária no cuidado continuado, na coordenação deste cuidado, no controle da dor e de outros sintomas e no desenvolvimento do plano de cuidados com vistas à qualidade de vida. Além disso, foi apontado que o pediatra da atenção primária teria proximidade com a família, faria o acompanhamento dessa criança desde antes do adoecimento, teria conhecimento sobre seu ambiente social e escolar. Dessa forma, o artigo defendeu que a atenção primária tem papel fundamental no melhor uso dos recursos da saúde, no controle dos sintomas e no seguimento do paciente e sua família.

Foi ressaltado que a assistência a crianças e adolescentes possui particularidades: a

linguagem comunicativa tem de ser acessível e adequada à faixa etária. No entanto, foi também destacado que há sobreposição com o cuidado dos adultos ao propor o exercício da escuta, a respeitar o tempo do paciente para a comunicação e atentar para suas necessidades e medos.

O autor defende que a mesma informação seja transmitida para toda a equipe através de reuniões multidisciplinares e que, aos pais, seja fornecida a verdade, mas com um linguajar que também seja palatável para eles, pois mentir alteraria o vínculo com essa família.

Expôs-se que o desenvolvimento cognitivo e as experiências da criança interferem na conceituação da doença e da morte. Além disso, é esperado que a adaptação a uma doença com prognóstico fatal seja diferente para cada criança, pais e equipe de saúde. O autor demonstrou que o modo como é comunicado o diagnóstico também é de extrema importância e que o local deve ser planejado, a comunicação deve ser empática, deve ser demonstrada confiança e segurança pois estas podem influenciar na assimilação das informações e produzir choque, isolamento ou medo. Também foi assinalado que é natural que o paciente e a família passem pelas fases do luto e a criança deve ser encorajada a expressar seus sentimentos para receber apoio.

O artigo aponta que estudos realizados com diferentes famílias elegeram o domicílio como o melhor lugar para se morrer, embora o hospital dê mais sensação de segurança terapêutica e de controle profissional. Segundo o autor, em casa, o isolamento da criança é menor, o ambiente é conhecido por ela, que tem acesso às suas coisas. Quanto aos recursos financeiros, os gastos também são menores em relação à internação hospitalar. Em relação aos pais, é importante acolhê-los pois temem que o filho sinta dor, podem sentir culpa ou temer não terem tido suficiente cuidado com o filho, desenvolvendo sensação de inutilidade ou perda do controle emocional. Em relação à escola, entendendo-a como o ambiente social da criança, é necessário que sejam fornecidas as informações adequadas para o apoio emocional do professor, bem como para o esclarecimento de dúvidas dos colegas, facilitando a expressão de seus sentimentos.

Ressaltou-se que, ao conversar com a criança, não se pode deixar de lado a sua experiência com a doença e nem as crenças culturais e religiosas da família, já que estas influenciarão no enfrentamento da dor, da tristeza, da morte e do luto. Além disso, o artigo aborda a espiritualidade com algo singular a cada criança, devendo-se aceitar suas dúvidas, crenças e valores e criando um ambiente seguro onde ela possa exteriorizar seu sofrimento, procurando responder às suas necessidades reais.

De acordo com o autor, no luto, é necessário também cuidar dos pais, dos irmãos e dos outros familiares, entendendo que a família está emocionalmente exausta e oferecendo ferramentas para a reorganização familiar. Deve-se dispor de um espaço para expressar a dor, mas sem abandonar as atividades diárias. A qualidade do elo terapêutico entre a família e a equipe será determinada pelas habilidades de comunicação desta e pode ocasionar uma sensação de gratificação ou de insatisfação.

## 2.5 OS PROBLEMAS BIOÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma discussão preliminar é a diferenciação entre o que seria um problema moral e um dilema moral, acrescentados de todas as implicações que essas denominações possam trazer.

Para Junges, é preciso expor a falácia dilemática que muitas vezes está contida na discussão bioética. Segundo o autor, muitas das vezes, os debatedores utilizam-se de metodologias retóricas para persuadir e refutar argumentações, podendo levar a enganos. Uma dessas metodologias retóricas seria a falácia dilemática, quando diante de um problema ético, há uma polarização em torno de dois posicionamentos antagônicos, não permitindo posições intermediárias, com base no maniqueísmo moral. Além disso, o autor defende o uso do termo “problema moral”, tendo em vista que a sua utilização permitiria um maior leque de possíveis caminhos de resolução, ao passo que o uso da expressão “dilema moral” reforçaria tal dicotomia. Dessa forma, um problema moral está associado à capacidade de diálogo, ponderação e deliberação moral. Também são apontadas em seu artigo as influências que as ideologias exercem sobre o debate moral, tanto em nível cognitivo (dogmatismo) quanto em nível emocional (comportamento passional), se contrapondo ao pragmatismo, o qual dispõe-se ao acordo por não se alicerçar em princípios fixos.

Além disso, a inclusão da abordagem hermenêutica, que se coloca como uma crítica da ideologia, para interpretar o contexto do problema, permite que haja um diálogo interdisciplinar e, portanto, auxilia na localização de possíveis respostas para problemas morais.

Antes de analisar os problemas bioéticos encontrados no contexto da APS, é preciso considerar que as demandas bioéticas da APS são distintas das encontradas no ambiente hospitalar e são, frequentemente, negligenciadas (Ferreira et al., 2015). A escassez da investigação bioética é ainda ressaltada no artigo de Vidal et al (2014).

Além disso, é preciso levar em conta as variáveis familiar e comunitária, ambos atributos da APS, as quais carregam a possibilidade de múltiplos desdobramentos no âmbito da ética. O artigo, apesar de trazer as perspectivas da ética do cuidar, do utilitarismo e do princípalismo para análise de um problema, reforça que essas correntes, sozinhas, trazem limitações teóricas que não respondem a todos os aspectos da situação. Entretanto, entende como importante a construção do leque de referenciais teóricos para auxiliar na tomada de decisão em bioética (Ferreira et al., 2015).

O artigo de Vidal et. al (2014) também aponta que os problemas bioéticos vividos na APS são diferentes dos encontrados no hospital e que isso, inclusive, se manifesta como um déficit de formação nos profissionais da APS. Por este motivo, o artigo defende uma formação específica para estes profissionais e propõe uma oficina de bioética na APS que seja capaz de ajuda na identificação dos problemas e na proposição de soluções.

Nesse artigo, os autores defendem a utilização da metodologia da aprendizagem significativa, que valoriza os conhecimentos prévios do sujeito para ancoragem dos novos conhecimentos adquiridos. Além disso, também se utilizam da problematização como metodologia ativa de ensino aprendizagem, a qual se baseia no Arco de Maguerz, assim entendido: observação da realidade, postos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Um aspecto muito importante contido no artigo é a utilização da arte como ferramenta de percepção e reflexão ética e política, principalmente a dramatização, que pressupõe colocar-se no lugar do outro, para assim auxiliar na construção de argumentos e tomada de decisão.

O artigo também defende o trabalho em pequenos grupos, de modo a estimular o debate e as contribuições de profissionais de diferentes áreas e que podem ter diferentes visões. Essa multiplicidade de perspectivas, por meio do diálogo, da troca de ideias e da socialização pode ser muito rica em construir pontes e soluções.

Ainda neste trabalho, foram identificados problemas de três matizes: entre a equipe da ESF e os usuários/famílias, entre os componentes da própria equipe, e problemas relacionados à organização do sistema de saúde. Também foram citados pelos autores problemas de origem ambiental.

Os primeiros dizem respeito às dificuldades na comunicação com usuário, ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade para com o usuário. Já com relação ao segundo tema, foram citados: a falta de compromisso e de companheirismo no desenvolvimento dos trabalhos, o desrespeito, as dificuldades de delimitação nos campos de atuação dos profissionais, omissões relativas ao cuidado em saúde, a falta de sigilo e a não obtenção do

consentimento dos usuários no contexto de uma pesquisa científica. Nesse caso submergiram as correntes bioéticas deontológica e consequencialista determinando as ações dos profissionais. Já o terceiro problema apontado diz respeito, por exemplo, à precariedade das condições físicas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, à precariedade dos vínculos empregatícios, à falta de educação permanente, redes de saúde municipais que não suprem a demanda entre outros. Por fim, no âmbito do quarto problema, de ordem ambiental, destacaram-se doenças como asma, pneumoconioses, doenças infecciosas e intoxicações exógenas.

O artigo também identifica a necessidade de criação de espaços tanto para a educação continuada quanto para o diálogo entre a equipe, com o objetivo de construir relações mais saudáveis. Por outro lado, aponta que as questões bioéticas atinentes ao espaço da ESF não são percebidas mesmo por aqueles que atuam nesses locais. Isso dificulta a proposição de soluções, o que seria auxiliado tanto pela corrente da bioética da proteção quanto a de intervenção para a construção das melhores respostas.

## 2.6 O ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na pesquisa desenvolvida por Borgstrom et al (2016), foi discutido que, atualmente, o ensino dos cuidados paliativos é rotineiro para os alunos de medicina no Reino Unido, apesar de o conteúdo curricular variar nacional e internacionalmente. A Associação de Medicina Paliativa que orienta as ações de tal grupo de países recentemente fez uma revisão curricular onde recomendou o ensino dos princípios básicos, cuidados físicos, cuidados psicossociais, comunicação, relações familiares e sociais; tristeza e luto, questões pessoais e profissionais além de questões ético-legais. No entanto, ficou a critério de cada escola médica escolher o modo de abordar esses conhecimentos e habilidades.

Foi exposto que, ao mesmo tempo em que houve esse aumento no ensino dos cuidados paliativos, também aumentou a ênfase na reflexão dentro da medicina. Para os autores, a prática reflexiva é considerada central na capacidade de refletir sobre a própria performance, sendo vista como crucial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Essa autorreflexão pode ocorrer de muitas formas: mentoria individual, discussões em pequenos grupos e métodos escritos, como diários e portfólios. Segundo eles, a escrita é uma maneira de incorporar a reflexão sobre o ensino médico, embora ela não seja, por si só, adequada para ensinar a reflexão.



Na Escola de Medicina da Universidade de Cambridge, o curso de cuidados paliativos inclui a escrita reflexiva durante o ano final. Antes do último ano, ao longo do curso médico, os alunos tem 10 dias de sessões de cuidados paliativos que englobam o manejo dos sintomas clínicos, os serviços de provisão, as necessidades dos diferentes grupos de pacientes e as questões éticas e de comunicação. No último ano, os alunos têm uma palestra introdutória sobre os textos reflexivos na qual são abordados a identificação e o atendimento aos pacientes, o conteúdo esperado e como deve ser a estrutura do texto. São utilizados como bibliografias os livros “Consciência do morrer” de Glaser e Strauss e “Sobre a morte e o morrer”, de Elizabeth Kubler-Ross, podendo ser utilizadas outras referências.

Durante o estágio na APS, o professor, um generalista, identifica um paciente adequado. É considerado adequado todo paciente que suscita questões relacionadas aos cuidados em fim de vida, mesmo que o próprio paciente ou sua família não tenham levantado esses aspectos. São incluídos pacientes com câncer, doenças torácicas, demências, insuficiência cardíaca ou acidente vascular encefálico. Eles não precisam estar em fase terminal. Os alunos, então, encontram e conversam com o paciente, geralmente na casa deste, e depois há a discussão com o professor para só então os alunos mergulharem na escrita reflexiva. No estágio hospitalar, são os próprios alunos que escolhem os pacientes para entrevistar nas enfermarias. Em seguida, são realizadas pequenas discussões em grupo com os tutores para, a partir daí, iniciarem a escrita reflexiva. Os alunos são convidados a refletir sobre seus pensamentos e sentimentos, sendo ressaltada a natureza confidencial desses relatos, e então, a escrever um texto reflexivo sobre a experiência.

Os alunos, ao descreverem a experiência de se encontrarem com os pacientes, realizarem seminários e os textos reflexivos, consideraram-na valiosa, porém, cansativa. Um dos aspectos mais desafiadores foi o desenvolvimento da sensibilidade para conversar com os pacientes em final de vida. Os estudantes relataram que essa atividade os ajudou a identificar as próprias habilidades e as que eles esperam construir ao longo da carreira.

A experiência de interação com os pacientes de uma forma mais humana também foi considerada preciosa, quando em comparação com outros aspectos do curso, onde os pacientes são vistos como verdadeiros objetos de estudo e em cujo enfoque se dá na doença. A atividade foi uma oportunidade de observar o impacto da doença na vida do paciente e de enxergar o paciente como uma pessoa, o que os levou a desafiar seus próprios preconceitos a respeito dos cuidados paliativos e dos pacientes em terminalidade. Foi relatado que, por meio da atividade, eles puderam visitar o paciente mais de uma vez,

criando vínculo, além de acompanhar a evolução dos pacientes e entender melhor a prática cotidiana do generalista. No hospital, os estudantes puderam exercitar o treinamento clínico ao serem responsáveis pela escolha do paciente com quem iam trabalhar.

Foi mencionado que o exercício lhes deu a noção da amplitude dos elementos do cuidado, como por exemplo, a dinâmica familiar, a abordagem em equipe e a visão holística do paciente. Segundo os autores do artigo, estes são aspectos que não são totalmente compreendidos até a oportunidade de uma experiência prática. Muitos alunos acharam a tarefa de conversar com pacientes graves e suas famílias uma tarefa assustadora. No entanto, ao final do exercício, reconheceram que havia sido útil para desenvolverem habilidades de comunicação com as quais já haviam tido contato, num ambiente seguro e de apoio. Particularmente, também permitiu que os estudantes saíssem da zona de conforto ao discutirem questões complexas.

Também foi relatado pelos discentes a possibilidade de aprenderem sobre si mesmos através da escrita reflexiva. Eles puderam observar o próprio aprendizado, incluindo os limites do próprio conhecimento, a autoconfiança, e entender como reagem em situações desafiadoras. Segundo o artigo, o benefício dessas reflexões está centrado em pensar o próprio desenvolvimento profissional. Nesse sentido, a atividade foi caracterizada como recompensadora.

Embora no geral a atividade tenha sido vista como uma forma de otimizar o aprendizado, alguns estudantes não gostaram de escrever sobre as suas experiências, por questionarem a obrigatoriedade da atividade e por acharem que a análise da vida do paciente foi intrusiva. E apesar de o exercício ter sido projetado para fomentar o conhecimento, as habilidades e as atitudes em cuidados paliativos, foi verificado que o elemento reflexivo incentivou os alunos a pensar no cuidado de forma amplificada, na sua relação com a morte e na sua transição para o status de médicos.

Na pesquisa conduzida por Barclay et al (2015), foi apontado que os últimos anos vem sendo marcados por uma ênfase das escolas médicas em incluir os cuidados paliativos no currículo. Essa inclusão, segundo eles, objetiva quebrar preconceitos e equívocos e desenvolver nos alunos atitudes positivas em relação ao papel dos futuros médicos na provisão dos cuidados paliativos, conscientizando-os quanto às suas próprias atitudes em relação à morte e quanto às necessidades dos pacientes e suas famílias, ao invés de somente focar na parte técnica do controle da dor e manejo dos sintomas.

Demonstrou-se que o aprendizado nos cuidados paliativos envolve conhecimentos, habilidades e atitudes apropriadas. Conhecimentos acerca da abordagem dos sintomas e as

medicações, habilidades em conversar com os pacientes e seus familiares e atitudes daí resultantes. Segundo o artigo, a construção de atitudes do estudante de medicina para a atuação nos cuidados paliativos é muito abrangente, estando além de questões como o uso de opioides, o impacto pessoal dos cuidados paliativos, o medo da morte e a auto eficácia.

No início do curso médico, em sua maioria, os estudantes tiveram atitudes positivas em relação aos cuidados paliativos, com algumas diferenças ao longo dos anos. A maioria dos respondentes (mais de 93%) de cada ano de curso médico concordou que era responsabilidade dos médicos ajudar o paciente a se preparar para o fim de vida. Não houve consenso a respeito da responsabilidade dos médicos em prestar cuidados ao luto. Houve concordância de que os sofrimentos mental e psicológico podem ser igualmente severos. No entanto, houve pouco consenso a respeito de a depressão ser tratável em pacientes terminais e que pacientes podem ser comunicados a respeito do seu mau prognóstico sem destruir sua esperança.

Percebeu-se que o *score* de atitude dos alunos do sexto ano foi maior que os do primeiro ano, no que diz respeito aos aspectos psicológicos e às responsabilidades dos médicos. Entre os estudantes do primeiro e do terceiro ano, houve três mudanças estatísticas significativas nas atitudes ao longo do tempo. Os níveis de concordância diminuíram, no que diz respeito às responsabilidades dos médicos para ajudar pacientes a se prepararem para a morte e, em relação aos médicos serem responsáveis pelos cuidados no luto. Houve uma crescente concordância com a frase “os cuidados paliativos são deprimentes”. Não houve mudanças significativas nas atitudes relacionadas aos aspectos psicológicos, que poderiam refletir o contato limitados dos alunos do ciclo básico com os pacientes.

Durante o ciclo clínico (4º ao 6º ano), quatro mudanças significativas estatisticamente foram identificadas, sendo consideradas positivas. Aumentou a concordância quanto aos médicos serem responsáveis por ajudar os pacientes a se prepararem para a morte, pelo cuidado no luto, por considerarem a depressão tratável naqueles com doenças graves e que dizer a verdade sobre o prognóstico do paciente não destruiria a sua esperança.

Segundo os autores, no ciclo básico, os alunos têm contato limitado com os pacientes e nenhum ensino de cuidados paliativos, resultando em atitudes cada vez mais negativas ao longo do tempo em relação ao papel do médico em ajudar na preparação do paciente para a morte, em fornecer cuidados para o luto e com os cuidados paliativos sendo considerados deprimentes. Por outro lado, os estudantes do ciclo clínico, cujo ensino prevê

mais contato com pacientes, tiveram atitudes cada vez mais positivas, ajudando os pacientes terminais a se prepararem para a morte, a prestarem os cuidados no luto, a terem o entendimento de manter a esperança, quando comunicam maus prognósticos e a acreditar que a depressão nesses pacientes é tratável. Em suma, os estudantes do ciclo básico pareceram nutrir atitudes negativas em relação aos cuidados paliativos, enquanto os do ciclo clínico fizeram justamente o contrário.

Para os autores, o fato de os estudantes do ciclo clínico terem um estágio de 8 semanas no setor de psiquiatria durante o quinto ano pode, em parte, ter influenciado a visão desses dois grupos quanto à possibilidade de a depressão dos pacientes terminais ser tratável. Os autores relatam que o aumento de atitudes positivas durante o ciclo clínico pode refletir, em parte, uma apreciação mais ampla dos aspectos psicossociais dos cuidados médicos, que surge da aprendizagem por meio do convívio com os pacientes, em contraposição ao enfoque dado no ciclo básico, focado predominantemente nos aspectos somáticos e fisiopatológicos.

Dessa forma, percebe-se que médicos recém-formados na Escola de Medicina de Cambridge estão começando suas carreiras com atitudes positivas em relação às suas responsabilidades na provisão de cuidados paliativos e no luto em relação ao início do curso. Não houve diferenças significativas de gênero referentes às atitudes ou mudanças de atitude.

Segundo os autores, estudos mais antigos relataram mais atitudes negativas dos alunos em relação aos cuidados paliativos em comparação com os estudos mais recentes, estando os resultados dessa pesquisa alinhados com estes últimos. Para eles, isso pode demonstrar um crescimento da estima da sociedade ocidental em abordar as necessidades do paciente em fim de vida.

No estudo realizado por Schulz-Quach, Wenzel-Meyburg e Fetz (2018), avaliou-se a aceitação pelos alunos de um curso no formato EAD que abordou noções básicas em cuidados paliativos.

Segundo os autores, na Alemanha, os cuidados paliativos foram incluídos na educação médica em 2009. Evidenciou-se que os alunos relataram pouca segurança em relação ao próprio conhecimento sobre os cuidados paliativos, em relação à comunicação da mudança de tratamento curativo para paliativo e em relação à prestação de cuidados para pacientes terminais. É uma demanda dos alunos uma educação básica mais bem-fundamentada e com mais informações sobre os cuidados paliativos. Também pedem por mais tempo para conhecer o paciente e suas demandas, bem como para aprender a lidar

com suas próprias emoções. Os alunos expressaram o desejo de receber um treinamento em autoconhecimento e a oportunidade de refletir sobre a própria morte.

Assim concluiu-se que há uma necessidade entre os estudantes de mais enfoque nos cuidados paliativos durante a graduação. Por outro lado, há falta de recursos para ensino e de pacientes para aulas práticas. Dessa forma, para os autores, a mídia digital e o EAD podem ser uma resposta a essa questão. O uso de dispositivos eletrônicos na educação médica tem sido amplamente aceito e possuem uma boa avaliação por parte dos estudantes, segundo o artigo.

O curso EAD consistiu no ensino de cinco domínios: manejo dos sintomas, comunicação e interação, interprofissionalismo, aspectos éticos, legais, sociais e autorreflexão. Há também questões múltipla escolha para ajudar o aluno a se preparar para o exame final. As questões reflexivas são incluídas de forma a permitir que o aluno reflita sobre suas atitudes perante a morte e o morrer. O curso é composto de dez unidades de ensino, compreendendo os seguintes temas: fundamentos dos cuidados paliativos, comunicação e aspectos psicossociais, sistema de estadiamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), rotação de opioides, manejo da dispneia, comunicação em cuidados paliativos, cuidados nutricionais e orais, náusea, vômito, constipação, obstrução e diarreia, ansiedade e delirium, membros da equipe de cuidados paliativos, plano avançado de cuidados, aspectos da eutanásia e manejo dos sintomas na fase final. O curso faz parte do currículo obrigatório em cuidados paliativos, sendo ensinado de forma interdisciplinar e interprofissional para estudantes do quarto e quinto ano da Escola Médica Heinrich Heine da Universidade de Dusseldorf, Alemanha.

Outros métodos educacionais utilizados foram palestras virtuais, vinhetas com casos de pacientes e questões de estudo reflexivo com respostas de especialistas. O efeito do curso EAD nos estudantes foi mensurado pela versão revisada do *Program in Palliative Care Education and Practice Questionnaire* (PCEP-G, 16), que foi desenvolvido baseado no Questionário do Programa de Educação e Práticas em Cuidados Paliativos da Escola de Medicina de Harvard, englobando 4 subescalas: preparação para a provisão dos cuidados paliativos, atitudes em relação aos cuidados paliativos, confiança na própria competência em se comunicar com pacientes em terminalidade e seus familiares, confiança no próprio conhecimento e habilidades em cuidados paliativos.

A avaliação final consistiu em um teste múltipla escolha de 20 questões e participaram da pesquisa 670 alunos. Foi disponibilizado um espaço para a escrita livre a fim de que os estudantes pudessem expressar seus desejos e sugestões.

Quanto aos resultados, a aceitação do curso EAD em cuidados paliativos foi alta entre os alunos. A maioria completou o curso para preparar-se para a avaliação final (83,8%) enquanto 7,4% utilizou o livro sugerido na bibliografia. Do total, 35,3% dos estudantes utilizou outros métodos para prepararem-se para a avaliação, enquanto 1,3% não se preparou. Após a conclusão do curso, os alunos relataram terem se sentido preparados para a avaliação e acharam que a inclusão de questões múltipla escolha ao final do curso foi proveitosa. Ressaltaram que o método virtual facilitou a abordagem de temas complicados em cuidados paliativos e apontaram um aumento do interesse nas questões relacionadas à temática. A inclusão de casos clínicos e de vídeos foi tida como útil.

Os resultados obtidos com a pesquisa não responderam às hipóteses formuladas anteriormente. Não foi detectado nenhum efeito do curso EAD sobre autoconfiança dos alunos na comunicação com pacientes e familiares, no próprio conhecimento e habilidades, bem como na preparação para a prestação dos cuidados paliativos. Para os autores, pode ser que o método EAD não seja o mais apropriado para a aquisição de competências práticas e que, na verdade, o contato com pacientes reais promova o aprimoramento dessas habilidades, dado que na sessão de textos livres, os próprios alunos reivindicaram mais encontros e práticas no contato com pacientes.

Já no trabalho realizado por Centeno et al (2017), foi apontado que as escolas médicas tem sido desafiadas a encontrar maneiras de estimular características como a empatia, o cuidado centrado no paciente, humildade e respeito, tendo como pano de fundo o aumento gradativo do cinismo ao longo do curso médico, em parte como resultado do currículo oculto. Segundo os autores, iniciativas de combate a isso já foram implementadas em alguns lugares. Por exemplo, na Universidade de Harvard, em Boston, foi implantado um currículo de graduação desenhado de forma a tentar ampliar o humanitarismo. Para isso, os responsáveis por essa mudança construíram um programa baseado na inclusão das artes para fomentar a afetividade e o componente cognitivo do desenvolvimento da empatia.

Foi dado o exemplo da Universidade de Navarra, em Pamplona, na Espanha, que valoriza predicados como empatia, compaixão e cuidado no aprimoramento da dignidade humana. Também estão buscando dar destaque aos cuidados paliativos no currículo, uma vez que essa é uma prioridade crescente na educação médica além de ter sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que essa temática integrasse os currículos da graduação médica. Segundo os autores, os cuidados paliativos integram o currículo de graduação da Universidade de Navarra desde 2005. Inicialmente, sua inclusão se deu por

meio de um curso opcional para alunos do sexto ano, mas a partir de 2011, passou a ser obrigatório. Em seguida, pensou-se numa complementação introdutória, incluindo competências como a empatia, a centralidade do cuidado no paciente e os aspectos da tomada de decisão a serem implantadas nos anos pré-clínicos.

Para os autores, os cuidados paliativos podem funcionar como um veículo para estimular a empatia, a compaixão, o cuidado centrado no paciente e a integralidade do cuidado. Por sua própria prática, leva-se em conta o lugar do paciente e sua família, bem como a experiência destes com a doença. Além disso, os cuidados paliativos também contribuem para promover o interprofissionalismo, as habilidades de comunicação, a competência cultural e o respeito às diferentes perspectivas religiosas e espirituais.

O artigo descreve um curso piloto desenvolvido na Universidade de Navarra, que busca conectar os cuidados paliativos, a tomada de decisão no fim de vida e as artes, visando o cuidado integral do paciente. Nessa universidade as pesquisas em cuidados paliativos possuem um enfoque das ciências humanas e sociais. A equipe que construiu o currículo pensou nas artes como catalisadoras de alguns objetivos de aprendizado, especialmente aqueles relacionados a manter a mente aberta, a autoconsciência e a contemplação de diferentes perspectivas que singularizam cada experiência e cada vivência dos pacientes. Com isso, decidiu-se que o curso seria ministrado no museu de arte moderna da universidade, que, além de obras de arte, ofereceu uma sala onde seriam feitas as reflexões e discussões com os alunos. Ressaltou-se que a própria arquitetura do museu favorecia olhar um mesmo objeto a partir de diferentes perspectivas.

Cada dia de curso se iniciava com uma introdução de 30 a 40 minutos de uma obra de arte pré-selecionada (pinturas, fotografias, esculturas ou exposições independentes) feita por um curador do museu. Tanto professores quanto alunos eram convidados a refletir e expor os sentimentos que a peça artística despertou neles mesmos. Em seguida, organizaram-se grupos de discussão, em que os professores comentaram experiências da vida real relacionando-as com a discussão. Após as discussões, os alunos foram encaminhados para uma sala, onde as aulas foram ministradas utilizando-se vários métodos.

Foram também utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, incluindo as artes visuais, estudos de caso, histórias narradas pelo corpo docente, vídeos reflexivos, discussões em grupo e um ambiente aberto à interatividade. Foi escolhida uma equipe interprofissional constituída de professores, enfermeiros, sociólogos, psicólogos e bioeticistas, de modo a demonstrar a colaboração entre estes e as diferentes óticas que convergem

para o cuidado integral. Ao mesmo tempo, buscou-se integrar tópicos de farmacologia, anatomia e bioquímica.

Ficou decidido que o curso seria opcional, sendo ministrado para interessados ao final do ciclo básico, porém aceitando estudantes de diversos períodos, no período das 16 às 19h. Esse formato foi preconizado por ser um curso piloto, havendo a necessidade de testar a sua implementação para depois ampliá-la. Esperou-se que isso trouxesse alunos motivados com a temática.

Os métodos de avaliação utilizados foram mistos e consistiram em: um exercício reflexivo onde os alunos teriam que responder 3 questões; um formulário padronizado pela Universidade em que os alunos avaliam os cursos que frequentam; e um grupo focal voluntário com estudantes. Os docentes também fizeram um exercício no qual compartilharam suas impressões.

Após seis meses do fim do curso, os alunos que participaram foram convidados a participar de um grupo focal com duração de 1h, para que fosse explorada a questão de as aulas terem envolvido um museu de artes e que diferenças isso fez no aprendizado de cada um. Essa pesquisa foi realizada por um pesquisador que não estava envolvido com o curso. O grupo focal foi gravado em vídeo e 8 alunos participaram respondendo um questionário.

Um total de 20 alunos participaram do curso, com idades entre 18 e 22 anos. Oito deles estavam no segundo ano, dois no terceiro ano, três no quarto ano, seis no quinto ano e um no sexto ano. Dos 20, 19 eram mulheres e todos completaram o questionário avaliativo do curso. Oito deles aceitaram participar do grupo focal realizado seis meses após o curso. Todos confirmaram a relevância do curso, que foi muito bem avaliado pelos alunos em comparação com outros cursos.

Em relação à descrição interpretativa das respostas escritas pelos alunos e do grupo focal, os alunos mencionaram que, antes do curso, seguiam o senso comum de que os cuidados paliativos envolviam tratamento farmacológico determinado por protocolos. Alguns compararam os cuidados paliativos à eutanásia.

A qualidade de vida foi entendida como um fator importante para os cuidados paliativos, compreendendo a satisfação dos desejos do paciente e sua família, o que deve ser preconizado desde o início do curso da doença. Os alunos passaram a enxergar os cuidados paliativos como uma forma de abordagem também para doenças crônicas e que envolve uma assistência multiprofissional e integral, indo de encontro ao conceito de que não há nada mais a ser feito.

Nesse sentido, compreenderam que não se trata apenas de aliviar sintomas físicos,



mas também sintomas de ordem emocional, social e mesmo espirituais, buscando preservar a dignidade humana. Foi ressaltado que isso também requer a escuta do paciente e sua família, buscando entender sua experiência com aquela situação, fomentando o diálogo. Em alguns depoimentos, os alunos acreditam que a escuta empática é algo capaz de trazer humanidade para a prática médica. Caracterizaram-na como uma intervenção terapêutica em si mesma.

Segundo os discentes, o curso desmitificou o processo de tomada de decisão como algo simples e direto nos cuidados paliativos, principalmente nas questões referentes à hidratação e à nutrição artificiais. Perceberam que circunstâncias particulares devem ter soluções personalizadas em função de valores e desejos que podem variar de paciente para paciente e de família para família. Nessa perspectiva, se faz necessário que o médico se comprometa com o diálogo. Segundo eles, a escuta e o diálogo são ferramentas fundamentais para entender os valores dos pacientes e da família, o que ajuda o médico a tomar melhores decisões. Foi reportada uma ressignificação da relação com o paciente e sua família.

Para os alunos, os ensinamentos do curso não se aplicavam apenas aos cuidados paliativos, mas à medicina em geral. O fato de a equipe de professores ser multiprofissional foi um diferencial na medida em que proporcionou a abordagem de assuntos sob diferentes óticas. Por meio do curso, os discentes também relataram a oportunidade de reavaliar as próprias concepções a respeito da medicina e do papel do médico.

Quanto à experiência de aprendizagem, os alunos relataram que o espaço e a liberdade que o museu oferecia os fez pensar e sentir de maneiras diferentes. O horário das aulas facilitou a dedicação para com o curso. O fato de o curso contemplar estudantes de diferentes tempos de graduação, embora inicialmente intimidante, os fez aprender uns com os outros. Eles também apreciaram a aproximação com os cuidados paliativos já no início do curso médico.

O envolvimento das artes na aprendizagem teve um efeito positivo segundo apontamentos dos mesmos: proporcionou entender a importância da observação e da sensibilidade, a utilidade de dar voz às múltiplas perspectivas, a conexão consigo mesmo, a reflexão sobre a existência humana. Contudo, alguns estudantes não acharam útil a inclusão das artes apesar de as discussões sobre as peças artísticas terem propiciado uma oportunidade de aprendizagem única. Para eles, isso permitiu a empatia e facilitou a abertura a múltiplas perspectivas.

Os discentes também sugeriram medidas para melhorar o curso, que foram: disponibilizar um tempo para os alunos se conhecerem no início do curso e se engajarem em discussões em grupos menores. Apreciaram a experiência de aprendizagem, que ia ao encontro dos cuidados paliativos.

Segundo os autores, a tomada de decisão em cuidados paliativos pode ser qualificada pelo estudo das artes visuais, por meio da abordagem de várias competências necessárias ao currículo médico. Para eles, iniciativas como essa podem ser implantadas de maneira longitudinal no currículo médico.

Por fim, o artigo de McBain e seu grupo de trabalho (2015) afirmou que nos últimos 30 anos o estudo das artes e das humanidades tem sido acrescentado aos estudos médicos a fim de desenvolver atributos necessários aos futuros profissionais fora da área estritamente científica. Os autores destacam que atividades criativas são utilizadas para reduzir o estresse, aumentar o bem-estar, melhorar a comunicação verbal e promover reflexões sobre o mundo e nós mesmos. Podem ainda melhorar as interações com os colegas, aumentar o aproveitamento do estudo e, conseqüentemente, a autoestima, o que resulta em profissionais mais eficazes em sua prática. Foi ressaltado que um número crescente de escolas médicas no mundo apresenta atividades relacionadas às artes.

De acordo com os autores, as áreas médicas nas quais mais comumente se dá a oportunidade de que os estudantes realizem atividades criativas são: a Medicina Interna, a APS e módulos que envolvem a visita de pacientes com doenças crônicas ou que foquem no cuidado da pessoa por inteiro e na reflexão das práticas profissionais. Segundo os autores, não foram encontradas iniciativas deste tipo para o ensino dos cuidados paliativos na pesquisa deles.

Foi explicitado que o objetivo desses programas é estimular o lado criativo dos estudantes, bem como o seu desenvolvimento pessoal. Para os autores, outra tendência importante na educação médica é o foco na reflexão como uma maneira de incentivar os estudantes ou profissionais de saúde a explorarem suas experiências para obter uma nova subavaliação e apreciação.

Segundo o artigo, no treinamento para os cuidados no final da vida, é reconhecido que os estudantes precisam de tempo para refletir e informar sobre suas próprias reações emocionais relativas ao cuidado de pacientes gravemente enfermos e moribundos. Isso é considerado um elemento essencial da experiência de aprendizado em medicina paliativa.

De acordo com a pesquisa, os estudantes, regularmente, abordam essa área da medicina com considerável preocupação e/ou ansiedade, principalmente quando possuem

perdas pessoais anteriores. Foi apontado que as atividades reflexivas nesse cenário podem ser úteis quando focadas em uma interação em tempo real entre aluno e paciente. Para os autores, é necessário, porém, ter cuidado para garantir que a reflexão seja autêntica e significativa, em vez de mecanicista e pragmática. A questão que emerge passa então a ser quais as formas efetivas de facilitar a reflexão necessária, especialmente quando confrontadas com questões existenciais. O uso do trabalho criativo tem potencial para atender a essa necessidade, ressalta o artigo.

Nesse trabalho, buscou-se examinar como os alunos do quarto ano da Universidade de Otago, em Wellington, Nova Zelândia, que responderam positivamente à opção de usar um meio criativo para processar sua experiência de visitar um paciente em fim de vida e refletir sobre o que havia aprendido. Os alunos tiveram a opção de utilizar a expressão artística que melhor lhe aprofundasse: poesia, desenho, pintura, escrita narrativa, fotografia, música, entre outras. A proposta do corpo docente era que os alunos explorassem ao máximo a visita ao paciente e a interação ocorrida entre eles. Os benefícios dessas atividades foram comuns nos discursos dos estudantes, que relataram: melhora na expressão de emoções, engajamento em atividades e discussões, flexibilidade para aprendizagem individual e para suscitar reflexões. Relataram ainda que as atividades tiveram um aspecto terapêutico, a possibilidade de exploração de novas áreas e o estímulo ao pensamento crítico.

Segundo os autores, o uso dessas atividades criativas tem apresentado benefícios nos programas de graduação, tendo como exemplos os programas do Reino Unido e Estados Unidos. Destacou-se que esses benefícios incluem tanto os estudantes quanto os pacientes em cuidados paliativos, pois agregam e consolidam valores pessoais e profissionais.

A introdução dessa alternativa de realizar atividades criativas durante a formação do médico demonstrou benefícios quanto à habilidade de comunicação dos estudantes com os pacientes e suas formações individuais e profissionais, explicitou o artigo. Assim, para os autores, essas atividades tornam a formação profissional mais sensível, empática e consciente, qualidades imprescindíveis para médicos de todas as áreas, em especial os dos cuidados paliativos.

## 2.7 INTERFACE DA BIOÉTICA COM O ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Oliveira, Ferreira e Rezende (2013), em seu artigo, apontam que deveria haver uma

preocupação mais intensa das instituições de ensino em contemplar, na sua matriz curricular, disciplinas que enfatizem a Bioética na terminalidade da vida. Além disso, questionam a ausência de disciplinas obrigatórias e optativas envolvendo essa temática, a falta de transparência nas propostas pedagógicas para implantar essas disciplinas, e se essas duas questões não estariam relacionadas a um temor dos profissionais de saúde em discutir individual e/ou coletivamente a terminalidade da vida humana.

Esses autores apontam a Bioética como lugar de diálogo interdisciplinar, com vistas à reflexão, à discussão e à ação, auxiliando a tomada de decisão. Acrescentam que a forma como a morte é encarada se modificou ao longo tempo na história. Se antes a morte acontecida nos domicílios, hoje ela se apresenta, com muita frequência, nos leitos de terapia intensiva. Com os avanços tecnológicos e a incorporação destes à medicina, também se modificou a cultura que envolve o processo de morte. Foi destacado que, com o surgimento dos Cuidados Paliativos, ganha espaço a discussão sobre a tomada de decisão a respeito do uso de tecnologias que prolongam a vida em detrimento da qualidade desta e sobre a autonomia do paciente. Segundo os autores, isso requer que o profissional de saúde modifique o enfoque terapêutico ao se defrontar com doenças que não respondem positivamente a tratamentos curativos e passe a reconhecer a necessidade de uma abordagem multiprofissional que permita atender às demandas sociais, espirituais e psicológicas que venham a surgir.

Foi exposto que desde 1981, pesquisas foram realizadas para analisar como é o ensino de Ética nas escolas de Medicina. Ao comparar dados dos anos de 1992 e 2001 sobre o ensino de Ética nos cursos de graduação médica, os autores constataram que houve um aumento de 96,6% para 100% da presença da disciplina de Ética Médica no currículo de graduação. Em 2001, houve um incremento de 4% nas escolas que integraram a Ética como disciplina independente no currículo, porém, em 40% delas, manteve-se a nomeação de Deontologia e, em 27,6%, a disciplina passou a se chamar Bioética. A carga horária foi de 10 a 40 horas, sendo que a disciplina de Ética ficava concentrada entre o terceiro e o quinto ano em ambas as pesquisas. Assim, não foi observada uma mudança expressiva apesar de se notar uma propensão à melhora.

Uma outra pesquisa demonstrada pelos autores, realizada no ano de 2008 em 23 faculdades de medicina de São Paulo revelou que a Bioética estava presente na matriz curricular de 92,7% e que os métodos teóricos de ensino funcionavam como fator desestimulante para 72,3% dos entrevistados.

No entanto, também foram constatadas pelos autores iniciativas inovadoras como a

integração curricular transversal do ensino de Ética Médica e Bioética, disponibilizando 135 horas na grade curricular, do primeiro ao oitavo períodos, conforme feito pela FM-Univali em Santa Catarina. Também foram relatadas experiências de inclusão das disciplinas de humanidades médicas como Psicologia Médica, Cidadania, Bioética e Bioética Clínica, com 240 horas diluídas do primeiro ao quinto ano como foi feito pela FM-USP.

Segundo os autores, a literatura nacional é escassa no que tange ao ensino dos cuidados paliativos. Apesar de os coordenadores das escolas médicas considerarem importante o ensino do tema, a maioria acredita que a carga horária é insuficiente, refletindo a pouca prioridade dada ao tema. Apesar de pontuais, as iniciativas são exitosas, citando como exemplos a FM ABC-SP, a UFP-RS, a UNIFESP-SP, FM Itajubá-MG entre outras.

Os autores evidenciaram que, ao se estudar a percepção de conflitos e dilemas morais pelos alunos do internato da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, constatou-se que havia uma defasagem tanto no conteúdo curricular como nas estratégias pedagógicas. Já na faculdade de medicina da UFRS, quando se entrevistou alunos de internato quanto a sentirem-se capacitados a lidar com a terminalidade, observou-se um hiato na formação acadêmica. Destarte, foi ressaltada a contribuição das Ligas Acadêmicas de Medicina Paliativa nas escolas médicas ou grupos de Cuidados Paliativos em hospitais-escola como locais de incorporação do currículo oculto, servindo para complementar o ensino e a experiência clínica interdisciplinar dos discentes.

Como barreiras imediatas à melhoria das condições dos Cuidados Paliativos no país, citou-se a baixa qualidade da formação na área e a restrição no acesso aos analgésicos opioides. Na opinião dos autores, concorrem para essa melhoria, o parecer favorável à criação da especialidade de Medicina Paliativa dado por representantes do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério de Educação e Cultura e o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos, que destaca a necessidade de estruturação do ensino em Cuidados Paliativos na graduação e na pós-graduação. Com essas medidas, visa-se a melhoria na qualidade dos atendimentos tanto para portadores de doenças crônicas incuráveis como para pacientes em fim de vida. A criação de novos programas de residência médica em Medicina Paliativa também está entre as medidas afirmativas, segundo o artigo.

Expôs-se que, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de

Graduação em Medicina, de 2014, as seis competências e habilidades gerais que a formação médica deve contemplar são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gestão em saúde, educação permanente. Isso requer, portanto, um profissional com perfil humanista e que tenha como parâmetro a dignidade humana e a ética, além de compreender os processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte e atuar em equipe multiprofissional.

O artigo ressalta que a sua pesquisa ficou prejudicada pela ausência de um cadastro nacional das escolas médicas, a escassez da bibliografia e as limitações estruturais dos estudos. Pergunta como estaria o tema de Bioética e se Cuidados Paliativos estaria integrado ao currículo das 197 escolas médicas à época.

Em outra pesquisa, Oliveira e auxiliares (2016) buscaram verificar a situação do ensino da bioética e dos cuidados paliativos nas escolas médicas de Minas Gerais, tendo como pano de fundo a tríade escola de medicina - médico – equipe multidisciplinar, entendendo que a capacitação do discente em perspectivas bioéticas e paliativistas são importantes para a qualidade da assistência no fim de vida. Neste trabalho também apontam a pouca preocupação dos formuladores dos currículos de medicina com o tema, os quais desconsideram a transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e redução do número de nascimentos, e epidemiológica, com preponderância das doenças crônico-degenerativas por que passa o Brasil.

Apontou-se que o país vem acompanhando essa tendência mundial, havendo um incentivo à assistência domiciliar em detrimento das internações hospitalares, permitindo àquele modelo ocupar uma relevância estratégica tanto no setor público quanto no privado. Assim, os autores demonstraram que o ensino da bioética e dos cuidados paliativos vem, aos poucos, sendo fortalecido nas escolas médicas com a emersão dos cuidados paliativos como tendência de modelo assistencial em alguns países. Com isso, passam a ganhar contornos as discussões sobre o significado da vida, qual deve ser a finalidade do tratamento médico e a autonomia da pessoa em determinar os tipos de terapia a que deseja ou não se submeter e quando a sua vida deve chegar ao fim.

Segundo os autores, com bases em suas vivências, para a melhoria na qualidade do cuidado prestado ao paciente em terminalidade e na atenção interdisciplinar, é necessário implantar o ensino dos cuidados paliativos nas escolas médicas. A partir disso, os pesquisadores analisaram os currículos das escolas médicas (EMs) de Minas Gerais, realizando um trabalho de campo em duas delas, que consistiu em aplicar questionários aos

discentes e docentes, objetivando investigar como se dá o ensino dos cuidados paliativos na graduação.

Em relação aos resultados, houve uma variação entre as escolas quanto à tipologia da metodologia de ensino: a EM1 possui tipologia tradicional no enfoque teórico, atividades de ética e de bioética pontuais e nenhuma abordagem pedagógica em cuidados paliativos. A EM2 e a EM3 possuem tipologia inovadora no enfoque teórico e disciplinas ou estratégias educacionais curriculares direcionadas para ética, bioética e cuidados paliativos. A EM4 foi considerada de tipologia tradicional quanto ao enfoque teórico, mas apresentava abordagem pedagógica em cuidados paliativos. A EM5 não foi mencionada.

Segundo os autores, de acordo com estudos brasileiros publicados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, o ensino da ética médica permanece desorganizado na matriz curricular, na qual os programas variam, sendo a inserção da ética médica anterior à inserção da bioética. Verificou-se que a carga horária destinada ao ensino de ética era pequena (inferior a 1% da carga horária integral), com poucos docentes formados em Bioética, além dessa inserção curricular ser pontual e não longitudinal.

Foram analisadas as matrizes curriculares das 28 EMs escolas médicas disponíveis na internet, apesar de não se ter tido acesso às ementas das disciplinas. Observou-se que a disciplina de Ética e/ou conteúdo correlato estavam inseridas em outras disciplinas, com níveis e abordagens diversos. A disciplina Ética aparece com nomes já reconhecidos, como Deontologia Médica, Medicina Legal, Ética Médica, Antropologia e Ética, Psicologia Médica e Ética, Filosofia e Ética, Ética e Espiritualidade, Ética e Humanismo, Ética do Início da Vida, Ética e Bioética, e até mesmo neologismos, como a Ontoética. A disciplina Bioética é oferecida por 13 escolas médicas (46,5% das EM pesquisadas), porém com uma carga horária reduzida (cerca de 20 a 40 horas), estando o conteúdo presente nos anos iniciais e intermediários de graduação. Apenas uma das EMs possui a disciplina de Cuidados Paliativos.

Para Rego (2003), citado neste artigo, a existência de um docente competente no campo da Bioética e consciente de suas atribuições no processo de desenvolvimento moral dos discentes é escasso e que isso atrapalha o estabelecimento de ajustes no ensino curricular e transversal de Bioética. Rego pontua que há uma suposição errônea de que a ênfase nos cenários de prática e a promoção da saúde da família sejam capazes, por elas mesmas, de reverter a desumanização encontrada na formação em saúde. Segundo ele, alinhado com o pensamento de Piaget, não se deve apostar na socialização (pelo exemplo) como processo transformador desse quadro e deve-se enxergar o aluno não como uma

tábula-rasa, receptora de conhecimentos e valores, mas sim como ator do próprio processo de ensino-aprendizagem, inclusive o moral, a partir da reflexão que possa desenvolver por si só e assim se comportar autonomamente.

Os dados obtidos na EM1 demonstraram que os alunos do sexto ano qualificaram a EM1 como tradicional e inovadora, ao passo que o professor a classificou como inovadora no aspecto teórico. Em relação à estrutura curricular e a metodologia pedagógica, os alunos classificaram-na como inovadora, porém o professor a classificou como tradicional. A pesquisa expôs resultados balanceados entre discentes e docentes nas abordagens de Ética e Bioética, com a referência da disciplina Medicina Legal e abordagem de Bioética. Essa EM não possui a disciplina de Cuidados Paliativos. Professores e alunos relataram que a divisão entre o ciclo básico e o profissionalizante prejudica o aprendizado de forma crescente e espiralar. Em oposição a isso, a adoção de práticas integrativas pode ser benéfica nesse sentido na opinião dos autores. Em acréscimo, foi exposto pelos alunos que havia pouca abordagem de referenciais teóricos ou estudos aprofundados e que os temas são abordados de forma reflexiva, sem enfoque teórico. Segundo eles, poucos professores tem uma formação consistente nos temas de Ética e Bioética, abordando os referenciais teóricos e desenvolvendo as reflexões.

Na terceira etapa da pesquisa, foi realizada uma entrevista estruturada a um grupo de cinco alunos do último ano da graduação da EM1. Os relatos dos alunos entrevistados apontaram que, apesar da ausência no currículo da Bioética e Cuidados Paliativos, esta não chegou a dificultar as reflexões bioéticas decorrentes do acompanhamento de pacientes com doença avançada. O artigo pontua que discutir um caso não necessariamente implica em uma reflexão bioética, pois esta requer a ponderação de valores morais. Este hiato no currículo é suprido, em parte, pelo acompanhamento dos alunos da equipe de Cuidados Paliativos no hospital-escola. Além disso, um aluno sugeriu a inserção da disciplina Cuidados Paliativos na grade curricular da EM1.

Já os resultados obtidos com a EM2 foram de que, no aspecto teórico, a EM2 foi classificada pelos alunos como tradicional e inovadora. Entretanto, o professor a avaliou como inovadora. Houve divergência entre professor e alunos quanto à análise da abordagem pedagógica e estrutura curricular, uma vez que os alunos a classificaram como inovadora e o professor como tradicional. Houve um equilíbrio entre os resultados das abordagens de ética, bioética e cuidados paliativos na grade curricular.

Nas entrevistas com os alunos, foi possível verificar a sua reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem: houve a fala de que esses temas eram mais abordados e



discutidos nas aulas teóricas do que nas atividades práticas nas enfermarias, porém, que essa discussão não era ancorada nos cuidados paliativos.

Um diagnóstico comparativo dos resultados de questionários aplicados aos alunos da EM1 e EM2 mostrou uma aparente semelhança, embora a EM1 não possua em sua grade curricular uma disciplina voltada aos cuidados paliativos. As entrevistas demonstram a necessidade de uma formação voltada para essa área temática. Além do mais, faz-se necessário refletir sobre um modelo teórico e prático do ensino de bioética e de cuidados paliativos sem deixar de lado o debate com as escolas médicas sobre as competências em bioética e em cuidados paliativos que o docente deve possuir.

Para os autores, o campo das humanidades em saúde (Antropologia e Sociologia) deveria estar presente de forma longitudinal na formação médica, auxiliando na formação de discentes críticos e reflexivos. O mesmo pode-se dizer de habilidades como comunicação, empatia, reflexão ética e bioética. Juntas, todas essas competências concorreriam para qualificar os profissionais tanto técnica quanto humanisticamente.

Ressaltou-se que o modelo hegemônico de ensino médico, no entanto, possui estrutura curricular fragmentada, em sua maioria com aulas expositivas e que não individualiza a abordagem ao paciente. Isso prejudica docentes e discentes frente à educação das questões da terminalidade.

O artigo aborda a necessidade de advertir os alunos de que as estatísticas de consumo de opioides no Brasil são baixas, devido à restrição ao acesso. Destacou-se que o seu consumo per capita é utilizado como parâmetro de qualidade de saúde pública mundial e que, sendo a farmacologia ministrada no ciclo básico do curso médico, ela pode se distanciar do enfoque voltado para a prática médica atual.

Foi defendido que a interdisciplinaridade no domínio das humanidades médicas dá a possibilidade ao profissional de se aprofundar em outras áreas do conhecimento e que isso tem o potencial de tornar a sua prática pedagógica capaz de agregar conhecimentos variados referentes aos ciclos de vida.

Por fim, destacou-se o desinteresse dos professores da área médica em introduzir a disciplina de Cuidados Paliativos na estrutura curricular e a falta de evidência nas propostas pedagógicas para tal disciplina. Não se sabe, porém, se isso reflete algum temor desses profissionais em confrontarem a terminalidade humana. Os resultados ressaltam que os responsáveis pela elaboração dos currículos não têm valorizado em suas matrizes curriculares as áreas de Bioética com ênfase nos Cuidados Paliativos. Isso gera uma lacuna

na formação dos médicos e não atendem às necessidades emergentes na melhoria do cuidado aos pacientes com doenças crônicas e terminais. Assim, tanto a educação formal (disciplinas) quanto a informal (ligas acadêmicas) podem enriquecer os alunos através da aquisição de habilidades e competências éticas desde o início do curso médico. O artigo ressalta ainda a demanda por outros trabalhos acadêmicos relativos ao tema, maior participação da sociedade, e divulgação da mídia sobre o tema.

O trabalho de Pineli et al (2016) aponta que os cuidados paliativos tiveram início com a criação do *Saint Christopher's Hospice* pela médica Cicely Saunders em 1967, objetivando levar um olhar mais sensível aos pacientes em terminalidade da vida e priorizando uma terapêutica que priorizasse o controle de sintomas.

Posteriormente, de acordo com os autores, o conceito de cuidados paliativos veio se modificando, até que em 2014 a *World Palliative Care Alliance* (WPCA) ampliou seu conceito, passando a incluir também pacientes com doenças crônicas e que seria a necessidade do paciente o parâmetro indicador deste tipo de cuidado. Além disso, essa instituição sugeriu que a formação profissional na área deveria ser dividida em três níveis: conceitos gerais para todos os profissionais de saúde, conceitos básicos para os profissionais generalistas da Atenção Primária à Saúde e formação de especialistas para os casos de alta complexidade.

Segundo o Atlas Global dos Cuidados Paliativos no fim de vida, publicado em 2014, estima-se que 66% das pessoas vão morrer por doenças oncológicas e crônico-degenerativas, estando sujeitas a sofrimento por sintomas passíveis de alívio. Daí a necessidade de investir na formação de profissionais que estejam aptos a fornecer uma assistência de qualidade, independentemente do nível de atenção em que estes profissionais atuem.

Os autores ainda fazem considerações sobre a Carta de Praga, segundo a qual a carência da disponibilização de cuidados paliativos àqueles que precisam é considerada um tratamento “cruel, desumano e degradante”. Há um esforço de se reduzir o sofrimento na terminalidade, contendo a adoção de medidas extraordinárias, como corrobora o Conselho Federal de Medicina do Brasil. Essa orientação estende-se aos médicos de todas as especialidades. Considerando essa modificação no perfil das enfermidades, é vital que a formação médica abranja essa temática pois cada vez mais será comum a assistência a pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

O artigo analisou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no período de 2001 a 2014, ressaltando um desprovimento em relação ao aprendizado desse tema, observando

que as abordagens sobre a morte e o fim de vida eram fugazes e superficiais. Isso reflete a dificuldade cultural de tratar do tema morte, embora em grande parte das vezes, durante a prática profissional, seja contumaz se defrontar com esta situação.

A partir dessa exploração, foi possível identificar congruências e lacunas entre as DCN e os Cuidados Paliativos. Em relação às congruências, foram citadas:

- (1) Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- (2) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- (3) Não acelerar nem adiar a morte;
- (4) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- (5) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- (6) Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e ao enfrentar o luto;
- (7) Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto;
- (8) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- (9) Iniciar 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 (PINELI et al, 2016, p. 4).

Foi ressaltado que a grande vulnerabilidade dessas pessoas requer a priorização do atendimento de suas necessidades, no sentido de se tentar reduzir o sofrimento o tanto quanto possível com vistas à manutenção da dignidade humana. Nesse cenário, para a autora, é imperativo deliberar sobre prescrições e condutas relacionadas à terapêutica adotada, buscando respeitar a autonomia do indivíduo que é foco dos cuidados, bem como o respeito à família e ao cuidador. Dessa forma, o debate sobre questões éticas é premente e deve ser embasado e construído desde a graduação, no sentido de propiciar a formação de um médico “humanista, crítico, reflexivo e ético, pautado em aspectos primordiais de cidadania, inclusive no SUS”, conforme as DCN.

Segundo abordado pelos autores, o tratamento dos pacientes deve ter como ponto principal o alívio de todas as dimensões do sofrimento: sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais. É importante valorizar a biografia individual, familiar e comunitária do indivíduo, uma vez que, ao compreendê-lo com toda esta profundidade, é possível entender o que influencia e determina a sua qualidade de vida. Essa abordagem integral, centrada na pessoa, propõe-se a cuidar do indivíduo que está adoecido e não apenas da patologia que o acomete.

Foi destacado que, para que haja sucesso nessa abordagem integral, é preciso que a equipe de Cuidados Paliativos seja multiprofissional para que seja possível cuidar tanto das demandas do indivíduo quanto de sua família e de seu cuidador. Assim, a inserção dos

discentes nesse cenário permite que eles se familiarizem com o trabalho em equipe. Segundo o artigo, essa inserção precoce faz com que o aluno se afaste de individualismos.

O artigo ressalta a importância do respeito à autonomia do paciente como orientação para a tomada de decisões sobre toda a terapia, incluindo familiares e cuidadores quando oportuno. Essa participação ativa do indivíduo foi possível com as Diretivas Antecipadas da Vontade, por uma resolução do Conselho Federal de Medicina, em que ficam estabelecidas em prontuário as suas escolhas sobre as condutas que possam ser instituídas em sua assistência.

Foi abordada superficialmente a questão das habilidades de comunicação, que tem sido o cerne de conflitos nas relações entre o médico e o paciente. No que diz respeito à capacitação teórica, esta é imprescindível para um cuidado adequado e para a qualidade da assistência, devendo-se sopesar os riscos e benefícios de cada decisão terapêutica, individualizando a assistência. Isso requer total atenção aos detalhes e uma reavaliação contínua do estado do paciente.

Por fim, o artigo ressalta a importância do cenário de práticas dos Cuidados Paliativos como local de aquisição de habilidades e competências para estes cuidados, além de ser importante para a formação de outros atributos considerados globais, abrindo espaço para iniciativas nesse sentido. Como consequência, traria um impacto positivo para a qualidade da assistência.

Segundo o trabalho de Ferreira et al (2009), o desenvolvimento da ética na prática profissional se dá por meio da construção desta durante a formação. Com base nisso, os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) já entram em contato com a comunidade deste município nos primeiros períodos do curso, sendo uma proposta deste a busca do desenvolvimento pelos alunos de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas para identificar os problemas de saúde dessa população e criar planos de ação para saná-los. Nesse sentido, devem também desenvolver suas relações interpessoais com bases em princípios éticos.

O artigo aponta que o acesso à uma saúde de qualidade ainda não se faz presente como um direito para grande parte dos brasileiros. Para que isso ocorra é imperativo que a saúde seja considerada em todas as suas dimensões, de forma mais abrangente. Assim, deve-se ponderar não só sobre as condições de vida da população, mas também sobre a mudança de paradigma do modelo de saúde, englobando normas éticas e morais que possam ter como consequência uma melhora na qualidade dos serviços de saúde. Uma das críticas recorrentes é a de que o modelo tradicional de formação não vem suprindo essa

necessidade, havendo, inclusive, críticas associadas a condutas antiéticas. Dessa forma, para os autores, faz-se necessário a elaboração de medidas capazes de sensibilizar e provocar uma mudança de atitude, com o objetivo de estimular uma reflexão crítica das relações de saúde.

Tendo em vista essas considerações, os autores defendem que as instituições de ensino possuem responsabilidade na formação de profissionais com um perfil ético e social, que esteja apto a atuar em equipe, bem relacionar-se com os outros, que seja capaz de aprender a aprender e de tomar decisões na construção de um sistema de saúde que atenda a essas novas demandas.

Eles pontuam que, com o avanço nas tecnologias e sua integração à área da saúde, os profissionais passam a enfrentar demandas da prática médica para as quais a sua formação na ética deontológica não traz respostas satisfatórias. Dessa forma, passa a haver um conflito entre a Ética Deontológica e a Bioética. A formação médica atual, que tem valorizado as capacidades técnicas e se alicerçado no cientificismo e no pragmatismo, acaba por enaltecer que o profissional tenha um comportamento mais objetivo e neutro perante os pacientes. Compõem as críticas a esse paradigma a constatação de que se cultivam valores que não trazem benfeitorias às formas de se conviver em sociedade.

Foi assinalado que as escolas médicas estão falhando na formação dos estudantes ao abordarem os conteúdos éticos como um conjunto de saberes a serem apenas transmitidos, ao invés de encará-los como uma caixa de ferramentas que o estudante deve desenvolver a fim de aperfeiçoar o fazer a partir das relações com o outro. Para isso, os autores defendem a necessidade de uma nova racionalidade. A construção deste novo paradigma ancora-se numa racionalidade crítica e emancipatória dos sujeitos e das instituições formadoras, com vistas a um novo modo de viver a profissão médica.

Foi exposto que o olhar crítico e reflexivo deve ser valorizado em todas as condutas que os estudantes de medicina vierem a empreender. Além disso, espera-se dele a compreensão das circunstâncias em que vivem os seus pacientes, suas necessidades, saber escutar as demandas bem como exercitar a prudência e a razoabilidade para com eles. Por não ser mais o supremo detentor do saber científico, o médico também precisa perceber que os pacientes mudaram e que a sociedade também se modificou, num cenário em que o saber científico não possui mais respostas para todas as perguntas.

Com seu currículo inovador, a FAMEMA propõe ao aluno, desde 2003, a construção de relações interpessoais pautadas em princípios éticos, motivando-os para o trabalho em equipe e preparando-os para responder às demandas do paciente, da família e da comu-

nidade. Isso se dá através da inserção dos discentes no cenário de prática, a Unidade de Prática Profissional (UPP), valorizando a experiência do aluno na reflexão e na resolução das contradições sociais e éticas daquela comunidade. Nas unidades educacionais são incluídos alunos de diversos cursos da área da saúde, já simulando a interdisciplinaridade para estimular o trabalho em equipe. Isso permite a composição de planos de ação conjuntos e discussão de situações reais onde haja conflitos éticos além de oportunizar uma aprendizagem baseada na integralidade.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar, entre os estudantes de medicina do primeiro e segundo períodos, quais as relações éticas envolvidas no cuidado à saúde junto à comunidade, no contexto da UPP. Foram escolhidos aleatoriamente 20 estudantes por meio de sorteio e para a análise de conteúdo, foi utilizada a técnica de Bardin. Em relação aos resultados, os estudantes entrevistados apontaram a importância da assistência à saúde na comunidade, demonstrando que a atenção primária possibilita uma perspectiva profissional diferenciada. Isso ocorre devido ao incentivo à competência cultural, a construção de vínculos de forma respeitosa e a busca pela melhora da qualidade de vida dessa comunidade.

Os autores propõem uma perspectiva construtivista complexa e não-linear, em que, embora os alunos não ignorem a sua própria moral, ao entrarem em contato com o mundo a que pertencem aos pacientes, eles também constroem o próprio conhecimento moral e social. Faz-se então um paralelo com a teoria piagetiana, cuja estrutura é cognitivista e interacionista, para amplificar a discussão do desenvolvimento moral no ensino da ética na formação médica. Esses saberes passam a ser vistos como uma construção cognitiva por meio da convivência com os pacientes em contextos diversos, permitindo o alcance de novos referenciais e conceitos pelos discentes. Ocorre, então, um equilíbrio progressivo, ou seja, o estudante ao tentar compreender as situações que se apresentam a ele, passa do equilíbrio para o desequilíbrio, mas retornando a um equilíbrio superior ao inicial. Segundo Piaget, a conjuntura social atua na construção do conhecimento e do juízo moral. Conviver com as pessoas exigiria uma certa organização cognitiva de si e do mundo, direcionando as pessoas para a sua evolução, incluindo a profissional.

Foi relatado pelos discentes que a vivência permitiu que eles se colocassem no lugar do paciente, buscando entender seu mundo, aprendendo com o ele a se colocar no lugar do outro. Observou-se que os estudantes, na prática da UPP, priorizaram o respeito às biografias dos pacientes, procurando compreender seus valores sem impor os próprios. Essa é uma atitude diferente dos profissionais que optam por tomar decisões unilaterais,

com bases em seu saber técnico e em sua suposta superioridade moral.

Os estudantes do primeiro ano, em especial, apresentaram uma preocupação particular com o sigilo profissional. A preocupação em manter a privacidade das informações referentes à história clínica, definir quando as informações dos pacientes e de suas famílias devem ser conversadas com a equipe de saúde, em específico o ACS, que reside na comunidade. Esse compartilhamento de informações foi questionado principalmente no contexto da escrita do prontuário, aos quais os ACS podem ter acesso, e na ocasião das reuniões de equipe, onde são discutidos os casos mais relevantes.

O direito de privacidade e do sigilo profissional são derivados do princípio da autonomia, que permite ao usuário controlar o uso de suas informações pessoais. Para os autores, essa preocupação ética com a privacidade e o sigilo adquirem contornos importantes na humanização dos serviços de saúde. Os alunos pareceram reconhecer que, não obstante se sentissem responsáveis pelas informações prestadas pelos pacientes, em alguns momentos, havia necessidade de quebrar esse sigilo e compartilhá-las com outros médicos e enfermeiros para o próprio bem do paciente. Com isso, transpareceram a maturidade esperada dos profissionais ao enfrentar essa situação. Os autores do artigo advogam que essa troca de informações na equipe de saúde é necessária, mas que as informações fornecidas a cada profissional devem ser apenas as necessárias para que ele consiga desempenhar o seu trabalho sem expor o paciente.

Em relação à autonomia, os autores discorrem que esta convoca o indivíduo a se responsabilizar por suas ações e a decidir por sua vida. Tendo como pano de fundo a relação médico-paciente, ela ganhou valorização um tanto quanto recente ao colocar o paciente como centro do cuidado e retirando do médico o status de único detentor do conhecimento. Segundo o artigo, procura-se com isso diminuir o olhar paternalista sobre o paciente e ajudá-los a efetuar as próprias escolhas. Assim, médicos e pacientes passam a tomar decisões em parceria, com respeito mútuo, mas com um enfoque nos desejos do paciente. Isso permite também que os pacientes construam essas novas relações com a comunidade e ao mesmo tempo sejam multiplicadores dessas mudanças junto às equipes de saúde.

Segundo os autores, o cenário da APS permite ao estudante a criação do vínculo e a criação de responsabilidade para com as famílias da área de abrangência pela qual são responsáveis. Os alunos aprendem por si mesmos a estabelecer limites na relação com o usuário: a aproximação e o vínculo criados desenham uma linha tênue entre o cuidado clínico e a invasão da dinâmica familiar. Essa aproximação com as famílias fizeram os

discentes questionarem o quanto eles interferem no estilo de vida das famílias ou usuários e vice-versa.

Evidenciou-se que a formação diferenciada, pautada na ética e na consideração dos pontos de vista dos pacientes, é proporcionada pelo contato precoce com a APS quando em comparação com outras escolas médicas em que isso não ocorre e cuja abordagem é a deontológica. A sociedade tem demandado um médico humano e sensível, o que não é possível por meio da ética deontológica, que dá ao médico o destaque de um semideus. Portanto, é preciso buscar modelos de ensino que supram essa necessidade. A estratégia da FAMEMA, através da UPP, é a de formar médicos que tenham seu processo de ensino-aprendizagem fundamentado no fomento à qualidade de vida dos pacientes, no respeito à autonomia deles e na construção de posturas éticas pertinentes. Entende-se que essas vivências são uma reprodução das situações que os discentes viverão em suas profissões no porvir.

Através desse método, busca-se incentivar a reflexão crítica e ética dos alunos, estimulando o processo de aprender a aprender, do trabalho em equipe, do desenvolvimento da habilidade de comunicação, de conviver com o outro de forma ética e reflexiva. Os autores advogam que é essencial a inclusão dos alunos nos cenários de práticas, como o da APS, no início do curso médico, para que desde esse período a formação esteja alinhada com as necessidades de saúde da população. Assim, pretende-se tornar esse cenário de práticas ainda mais responsável por processos de mudanças sociais, culturais e educacionais na formação dos profissionais médicos.

Segundo o artigo de Gaebler e Lehmann (2014) as escolas médicas e os estudantes de medicina podem sentir dificuldades em apreciar o valor da inclusão das humanidades na educação médica. Questiona-se se o envolvimento com as humanidades afetaria os resultados dos estudantes em compreender os mecanismos da doença ou sua capacidade de diagnosticar doenças graves.

O exemplo dado pelo artigo foi um filme passado para uma turma de estudantes de medicina que despertou pouca atenção dos estudantes. A atividade não valia nota, porém, tinha o objetivo de familiarizar os estudantes com o dia a dia de uma pessoa cadeirante, apresentando os desafios logísticos de viver com uma incapacidade, as estruturas de marginalização em nossa sociedade, a hostilidade ou indiferença das outras pessoas, visando despertar a curiosidade e a empatia.

Para os autores, alguns alunos perderam a oportunidade de aprender com os pensamentos dos outros discentes e de aprofundar seu conhecimento sobre as experiências



dos pacientes com deficiências. Esse aprendizado poderia auxiliá-los a formar uma base para se conectar com esses pacientes de maneira significativa e eficaz, no entanto, eles pareceram renunciar a absorver isso e a se abrir para entender a experiência de outra pessoa.

Segundo os autores, há uma preocupação com a seriedade de como os assuntos das ciências sociais e das humanidades médicas são abordados no currículo de graduação. Para a proficiência profissional, o médico deve estar apto não só a interpretar dados técnicos mas também o contexto mais amplo da prática social, buscando entender o que traz o paciente à consulta mas também o que o afasta.

Nesse sentido, há um aumento gradativo no número de escolas médicas que inseriu em seus currículos as Ciências Sociais, a Ética, as Artes e as disciplinas narrativas. No entanto, mesmo assim, há uma certa hesitação referente ao ceticismo de que qualidades como empatia e consideração possam ser ensinadas. As instituições devem levar a sério o formato e o conteúdo destas disciplinas, construindo-as com rigor, o que requer uma análise normativa do valor intrínseco e instrumental das humanidades.

Na literatura disponível, são escassos os dados que provam que a exposição às humanidades tem como efeito médicos mais humanistas, maior profissionalismo ou melhores resultados para os pacientes. Os autores, então, fazem diversos questionamentos: “o estudo das ciências sociais e da história leva a uma maior autoconsciência e humildade? O estudo da ética promove comportamento ético e conforto com a incerteza? Um curso de bioética cultiva a reflexão e o pensamento crítico que podem ser extrapolados para outras áreas da medicina? As histórias ensinam empatia? Os pacientes se sentem mais à vontade com médicos que têm interesses intelectuais e curiosidades amplos?” Pesquisas iniciais insinuam que sim, porém, é necessário um maior financiamento para apoiar este tipo de pesquisa.

Os autores sugerem que há dois papéis para as humanidades na educação médica: a ética e a arte teriam o papel de ampliar as capacidades cognitivas; já disciplinas como as Ciências Sociais, a Literatura, a Poesia, o Cinema e a História poderiam potencializar a empatia e a compaixão. A curiosidade funcionaria como uma conexão entre os argumentos cognitivos e os afetivos. A curiosidade vincula-se tanto com a admiração, a estética e a descoberta quanto com a empatia. Ou seja, a curiosidade para com a experiência de outra pessoa é diretamente proporcional à empatia que direcionamos a ela e também à busca por ajudá-la a melhorar a sua situação de saúde.

Neste ponto, caberia uma breve diferenciação entre empatia e compaixão. A

empatia, segundo conceito apresentado no dicionário Aurélio, deve ser entendida em seu conceito atribuído pela Psicologia, como a identificação de um sujeito com outro; quando alguém, através de suas próprias especulações ou sensações, se coloca no lugar de outra pessoa, tentando entendê-la. Conceito semelhante é encontrado no Dicionário de Filosofia (Abbagnano, 2007, p.325): “união ou fusão emotiva com outros seres ou objetos (considerados animados)”, que poderia se dar por meio de imitação ou projeção de um estado emotivo de terceiros em um indivíduo. Complementando essa definição, cita-se a dada por Schramm (2014), na qual empatia é entendida como uma competência intelectual e emocional para compreender outrem e sua vivência, mesmo que não seja possível experienciar tais situações. Já a palavra compaixão apresenta a acepção de sentimento de pesar, de tristeza causado pela tragédia alheia e que desperta a vontade de ajudar, de confortar quem dela padece. Segundo apresentado no Dicionário Latinoamericano de Bioética (Tealdi, 2008), a palavra compaixão possui conotações diversas que variam de acordo com o período de tempo da história da humanidade. Ressalta-se, porém, a concepção de Descartes, que a caracterizou como piedade ou como “uma tristeza mesclada de amor e boa vontade para com aqueles que sofrem um mal imerecido”. Segundo o autor, a mesma visão possui Spinoza, que a considera uma virtude superior. Ainda é discutida a dimensão moral da compaixão, uma vez que por meio dela pode-se orientar uma maneira de proceder, embora ela, por si só, não deva deixar de lado a racionalidade. Já o conceito encontrado para o termo compaixão em Abbagnano (2007, p. 154) é “a emoção provocada pela dor de outra pessoa pelo sentimento de solidariedade mais ou menos ativa, mas que nada tem a ver com a identidade dos estados emocionais entre quem sente compaixão e quem é comiserado”.

Retornando ao artigo, o primeiro passo, segundo os autores, para os educadores valorizarem as humanidades na educação médica é inclui-las em todos os estágios curriculares. Além disso, foi sugerido manter o diálogo contínuo entre discentes e docentes quanto aos objetivos da integração das ciências humanas no ensino. Isso pode demonstrar seriedade e despertar a curiosidade dos estudantes, em contraposição ao senso comum que atua como um fator desestimulador, ao considerar essas disciplinas como pouco importantes, dizem os autores. Eles sugerem que alunos que gostam de História, de Literatura, de Bioética ou de artes criativas podem atuar como influenciadores em suas comunidades de escolas médicas, por exemplo.

Para os autores, a atribuição de notas não é algo imprescindível pois, na experiência deles, os alunos respondem melhor a desafios do que a notas. Pode-se nutrir o crescimento

pessoal e profissional dos estudantes de medicina estimulando-os a desenvolver a escrita. Ela aperfeiçoa as habilidades necessárias para lidar com a incerteza, impulsiona questionamentos sobre comportamentos e atitudes, orienta a formulação de problemas antes de tentar resolvê-los e auxilia na percepção da pluralidade das experiências dos pacientes. Essa escrita reflexiva, inclusive, é algo que os discentes podem dar prosseguimento ao longo de suas carreiras. Exercícios como os de escrita reflexiva, ao invés de notas, são mais favoráveis ao envolvimento dos alunos com as ciências humanas.

Por fim, foi destacado que é preciso entender que os médicos se deparam com pessoas e comunidades em seus momentos mais vulneráveis. Com isso, além das habilidades e competências técnicas aos quais os médicos devem ter domínio, é fundamental aprimorar a flexibilidade intelectual e emocional deles, uma vez que isso trará benefícios para as próximas gerações de alunos e pacientes de quem eles cuidarão.

Já para Papanikitas et al (2014) a ética da atenção primária é um campo de estudo que vem ganhando novas cores por meio de acenos positivos em relação à relevância da discussão ética nesse cenário de prática. Segundo eles, tenta-se reunir sustentáculos na literatura e demarcar um espaço intelectual para a Bioética dentro da atenção primária. Esse movimento foi fundamentado pela percepção de que os estudos acadêmicos em bioética inclinam-se para a abordagem de dilemas dramáticos com enfoque na tecnologia biomédica e na medicina hospitalar. Para os autores, isso acaba por deixar num segundo plano os dilemas comuns que ocorrem na atenção primária, podendo fazê-los passar por despercebidos. Nesse sentido, expôs-se que a prática do dia a dia tende a ser não problematizada e a ser amparada por valores e normas éticas internalizados que podem precisar ser reavaliados.

De acordo com essas necessidades, um grupo de acadêmicos e educadores em práticas generalistas em associação com o *Royal Society of Medicine* e o *Royal College of General Practitioners* (RCGP) conduziram diversas conferências sobre a ética na atenção primária. Esse trabalho tem como base a 4ª Conferência de Ética na Atenção Primária, realizada na *Royal Society of Medicine*, que reúne conceitos-chave na produção de *insights* de relevância política e prática além de trabalhar a ideia de que a ética é relevante para a atenção primária e vice-versa.

Segundo os autores, a educação ética como prática reflexiva no Reino Unido deve muito ao movimento de educação médica e à Bioética, onde os generalistas ocupam lugar central na educação ética. A questão que se levanta é se isso é um resultado de atributos individuais ou se aspectos da atenção primária (ou de habilidades da prática generalista)

prestam-se a discussões éticas e a práticas reflexivas.

Os autores mencionam uma pesquisa realizada pela RCGP da Escócia com médicos generalistas, estagiários nesse cenário de práticas e pacientes, a prática generalista está inserida em circunstâncias individualistas e economicistas. O profissionalismo acaba comprimido entre o gerencialismo e o comercialismo. Assim, toda a complexidade com a qual o generalista trabalha está envolvida numa cultura de suspeita que é intensificada pelo incentivo ao paternalismo. Para os autores, desde os tempos de Hipócrates, a defesa dos robustos princípios éticos tem sido oferecida como uma maneira de gerar aprovação pública e resistir à pressão para agir com base em incentivos perversos.

Foi argumentado que a prática generalista difere da hospitalar em alguns pontos-chave. Muitos generalistas vivem no território de seus pacientes. Além disso, na atenção primária, considera-se o paciente por inteiro e não como um agregado de partes que eventualmente necessita de reparo. A prática generalista apresenta-se como a única especialidade médica que transcende o dualismo mente-corpo. O profissional generalista concentra-se na história de vida da pessoa, prestando cuidados contínuos, e entende a atenção à saúde como um recurso para viver e não como um fim em si mesmo. Assim, para os autores, o enfrentamento de questões éticas apresenta mais nuances e complexidades do que na medicina hospitalar. Deve-se levar em conta ainda que a conjuntura da atenção primária convive com a alocação restrita de recursos por receber uma pequena proporção do orçamento total da saúde no Reino Unido, apesar de realizar a maior parte dos atendimentos de saúde.

Abordou-se o método de portfólio como método de avaliação dos novos membros do *Royal College of General Practise (MRCGP)*. Observou-se que preocupações éticas graves não foram documentadas no diário, apesar de terem sido compartilhadas com um colega ou um supervisor. Os formandos entenderam a prática reflexiva como importante, mas acharam que o registro de aprendizagem interferiu nessa reflexão significativa por seu enfoque prescritivo e quantitativo. Alguns estagiários, no entanto, utilizaram o diário como um "confidente e consolador" em momentos de dificuldade. Ponderou-se que o uso do portfólio é paradoxal pois representam um registro confidencial de reflexão, mas, por outro lado, também são abertos a averiguação por pessoas que têm o dever de agir onde eles veem evidências de comportamento não profissional ou perigoso.

Foi apresentado um material sobre como as humanidades médicas podem apoiar o raciocínio ético e a aprendizagem clínica. Mencionou-se como a arte pode auxiliar nos processos de observação - descrição - interpretação - reflexão e como a música e a ópera

podem revelar verdades sobre o desenvolvimento emocional e o trabalho colaborativo. Foram distribuídos artigos relacionando a Neurologia, a Arte Visual e o valor da Literatura no ensino médico e aprendizagem para que os participantes lessem e refletissem.

Discutiu-se a tensão existente entre os currículos formais e informais e se a educação ética deve ser formal ou informal. Realçou-se a ética como uma habilidade prática transferível e refletiu-se sobre a necessidade de usar cenários clínicos para despertar o interesse dos alunos e desenvolver a discussão ética a partir daí. Apresentou-se a noção de "subversão construtiva", desafiando construtivamente as coisas em que não se acredita que estão certas. Interação e apoio de pares são importantes na educação ética e no desenvolvimento de habilidades para o pensamento crítico. Construir relacionamentos ajuda a facilitar a reflexão. Lançar mão de grupos Balint foi apontado como uma maneira de conseguir desenvolver um fórum seguro para a reflexão. Também sugeriu-se que houvesse um distanciamento da prescrição dos quatro princípios da Bioética principialista a fim de amplificar a discussão. Entendeu-se que há necessidade de expandir o pensamento para além deles e desenvolver habilidades para aprender a trabalhar com o próximo modelo que aparecerá, "inevitavelmente".

Explorou-se o papel dos modelos de educação ética, apresentando-se bons e maus modelos na discussão. Refletiu-se como tratar o "anti-herói", uma pessoa que pode ser considerada admirável em alguns aspectos, mas repreensível em outros. Concluiu-se que, a menos que os alunos tenham as ferramentas para avaliar quais aspectos de um modelo são admiráveis e quais são repreensíveis; uma situação "tudo ou nada" pode surgir em que os alunos acabam reproduzindo um mau comportamento ou abandonando qualidades admiráveis por uma falha de caráter dos modelos. Esse fenômeno do espelhar-se em um modelo tem conexão com o currículo oculto - aquelas coisas que são aprendidas, mas não são explicitamente ensinadas.

Segundo o artigo de Wiles e seus auxiliares (2016) a ética tem sido um ponto em comum na educação interprofissional dos graduandos de saúde considerando a percepção de que a ética e os valores podem ser compartilhados, embora o conhecimento e as habilidades técnicas não sejam.

Foi construído um caso clínico visando utilizando a narrativa clínica para ilustrar de que forma as questões éticas inquietam os membros da equipe de saúde. Recomenda-se que o caso seja utilizado como um instrumento de aprendizagem para os alunos da área da

saúde em conjunto. O objetivo foi exemplificar como as perspectivas dos diferentes membros da equipe podem levar a uma abordagem mais ponderada dos problemas.

A inovação do caso construído está em envolver diversas profissões e diversas equipes. Os autores discutiram que as ponderações sobre a ética interprofissional, muitas vezes, são marcadas em equipes específicas, em grande parte em equipes cirúrgicas, de terapia intensiva e de saúde mental. Assim, sugere-se a discussão em outros cenários profissionais, em equipes interdisciplinares. Para os autores, permitir essas discussões em uma equipe multiprofissional é importante para incluir os diversos valores e perspectivas daí provenientes. Foi discutida a tomada de decisão em dois eixos. No primeiro foram discutidos: os princípios éticos e os autores exemplificam com os quatro princípios éticos de Beauchamp e Childress (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça); as estruturas de pensamento e comportamento na organização das próprias práticas individuais e coletivas no contexto do trabalho em equipe e os processos que são as atividades reais que acontecem dentro das estruturas. No segundo eixo, a discussão foi sobre o trabalhador individual na saúde, a equipe interprofissional e a organização.

Como princípios, entenderam-se as diferenças qualitativas nos compromissos morais e prioridades de cada profissão que ficam em tensão dentro de uma equipe. Foram citados como exemplos, os médicos que buscam o equilíbrio entre riscos e benefícios, os enfermeiros que valorizam o cuidado e administram situações estressantes e os assistentes sociais que priorizam a justiça social. Quando se fala em estruturas, pensou-se nas diferenças educacionais e culturais dos profissionais de saúde: seus diferentes interesses, o treinamento universitário versus não-universitário, por exemplo. Para os autores, esses fatores podem moldar a natureza do discurso e desencadear o processo de formação da agência moral de cada profissional.

O caso apresentado no artigo propõe-se a investigar como as equipes de saúde lidam com os dilemas éticos. Ressaltou-se que a divisão do caso em etapas pode gerar mais discussões e que o foco das discussões deve ser o paciente, mas sem deixar de lado a equipe. A possibilidade de vários finais foi tida como uma maneira de demonstrar finais diversos que não dependeram do agir ético ou não. Assim, a correção e o erro não são necessariamente determinados pelo resultado real, mas pelas decisões corretas apresentadas pela equipe em um determinado caso.

Observa-se que, na estruturação do caso, cada equipe envolvida pode ter diferentes deveres e preocupações principais e que além disso, lançar mão de outras estruturas sociais existentes podem esclarecer sobre o dever profissional e a segurança do paciente.

Para concluir, os autores comentam que respeitar valores e posições éticas diversas adotadas pelos membros da equipe, negociando-as ou não, é o que contribui para o sucesso dessa equipe. Ressaltaram que a resolução dos conflitos depende da possibilidade de discussão deles. Essa diversidade de valores morais, segundo os autores, pode ser benéfica ao se considerar que membros da equipe podem enxergar questões relevantes que os outros podem deixar passar despercebidas. Por fim, foi apontado que os debates sobre ética devem considerar que diferentes profissões podem apresentar diferentes éticas e que cada membro da equipe possui uma agência moral diferente.

Em seu artigo, Johnston e Haughton (2007) expõem que as discussões relativas ao conteúdo do ensino da ética médica deram lugar ao debate sobre as metodologias de ensino e formas de avaliação. Assim, argumentam que embora esse debate não deva ser necessariamente liderado pelos alunos, é necessário considerar o que é de relevância e do interesse deles nessa construção.

No *King's College of London, School of Medicine*, o ensino inicial de ética é administrado concomitantemente às habilidades de comunicação no que se chamou de Programa de Educação Interprofissional, em que os estudantes de medicina são ensinados em conjunto com outros estudantes da área da saúde.

O ensino da ética se dá de forma transversalizada, ao longo dos cinco anos de graduação, onde, ao final, o aluno teve a oportunidade de envolver-se em 32h de Ética Formal e Direito. No entanto, são também oferecidos módulos especiais de aprofundamento nesses dois assuntos. A Universidade possui ainda um curso de bacharelado em Ética e Direito, cuja equipe, além de fornecer suporte, atua em conjunto com a equipe da escola de medicina sendo os responsáveis pelo ensino e realização de pequenas sessões em grupo.

Dessa forma, os autores investigaram três aspectos: qual era a percepção dos alunos quanto ao valor na ética no seu processo de aprendizagem, o quão engajados eles se sentiram com o assunto e quais eram as suas sugestões para melhorar o conteúdo do curso. Para isso, elaboraram um questionário e o aplicaram em alunos de todos os anos da graduação médica. Os questionários foram diferentes para cada grupo de alunos, exceto para os do terceiro ano, os quais não foram incluídos por não haver tempo de contato dedicado a eles no momento da delimitação dos parâmetros da pesquisa. O formato do questionário foi semelhante para cada grupo, embora algumas perguntas tenham sido similares e outras relacionarem-se às diferentes experiências de aprendizagem nos vários estágios dos estudos dos alunos.

Os questionários foram aplicados em encontros presenciais dos estudantes com os docentes: para os alunos do primeiro e do segundo ano, durante as “*breakout sessions*”; para os do quarto ano, ao final de um simpósio; e para os do quinto ano, em uma sessão de perguntas e repostas ao final de um rodízio de atividade prática. Como o comparecimento não era obrigatório, nem todos os estudantes responderam ao questionário, portanto, os temas que emergiram não podem ser utilizados como representativos da visão dos alunos, em que pese as percepções sejam importantes para a implementação de melhorias no ensino.

Quanto aos resultados, as respostas para a pergunta “Você possui interesse no assunto ética médica e legislação?” foram: de 231 respostas, 115 (50%) foram de estudantes que disseram estar interessados e 101 (44%) de estudantes que disseram estar bastante interessados. Porém, 15 (6,5%) disseram não se interessar pelo assunto por acharem ser um tema difícil e complicado. Houve um total de 0,5% de respostas que ficaram prejudicadas e ressalta-se que nem todos os 238 alunos responderam a todas as perguntas. Percebe-se que os alunos admitiram a importância do assunto, mesmo que não houvesse interesse por ele.

Para a pergunta “O quanto você considera o ensino de ética médica importante para te auxiliar na prática profissional?”, foram apresentadas graduações de resposta: muito importante, importante, pouco importante e desimportante. Das 235 respostas, 122 (52%) consideraram o assunto como muito importante e 82 (35%) consideraram importante. Dos 15 alunos que afirmaram na pergunta anterior que não estavam interessados em Ética Médica, 10 consideraram a educação em Ética Médica importante para ajudá-los na prática profissional. Somente um(a) estudante afirmou que a educação em Ética Médica não tinha importância para a sua prática profissional, dando a entender que só apareceu nas sessões de ensino porque teve a impressão de que tinha se matriculado. Para os autores, ao invés de, no reconhecimento da importância da Ética, os alunos indicarem motivos altruístas ou virtuosos, na verdade isso pode ser um reflexo da preocupação com a possibilidade de serem processados por negligência.

As respostas para a pergunta “Qual o valor que você dá ao entendimento das questões éticas e legais?”, onde podia-se assinalar mais de uma opção foram: de 238, 219 (92%) responderam que o (a) auxiliaria a se tornar um médico melhor; 169 (71%), para prevenir que fosse processado; e 123 (52%) para desenvolver as habilidades em resolução de problemas. Observou-se que os alunos pareceram acreditar que compreender as questões éticas e legais possibilita que sejam melhores médicos, mas pareceram não atentar



para o fato de que o desenvolvimento de habilidades de refletir, criticar e defender seus argumentos lhes darão subsídios para enfrentar os juízos morais reclamados pela prática profissional.

Foi também solicitado aos estudantes que graduassem de 0 (não concordo com a afirmação) a 5 (concordo fortemente com a afirmação) algumas afirmações. No que tange à afirmação "Este tópico não é relevante para mim", um total de 192 (81%) estudantes discordaram fortemente (pontuação 0 ou 1) da afirmação e somente 6 (2,5%) discentes concordaram (pontuação 4 ou 5) com ela.

Quanto à declaração "A ética médica é apenas o senso comum", 25% dos alunos do primeiro e segundo anos discordaram fortemente (pontuação 0 ou 1) desta afirmação em comparação com 34% dos estudantes do quarto e quinto anos. Assim, os autores complementam que a busca por algumas soluções para dilemas éticos deve ser mais estruturada, ponderando-se os valores e princípios em jogo, fazendo a análise dos riscos e benefícios de cada alternativa, até encontrar uma solução que resista a críticas, ainda que nem todos concordem.

Os autores perguntaram aos estudantes do quarto e quinto ano se o ensino da Legislação e da Ética Médica os estava auxiliando a perceber as questões difíceis inerentes à prática médica. Todos os estudantes que responderam a essa pergunta afirmaram que sim. Também foi perguntado se o ensino os tinha ajudado a resolver essas questões difíceis. Dos alunos do quinto ano, 18 responderam que sim e apenas 1 estudante respondeu que não. Em comparação com os do quarto ano, 47 alunos responderam que sim e 11 que não.

Para avaliar se os estudantes queriam que o enfoque das aulas fosse o desenvolvimento de habilidades em resolução de problemas ou o ensino formal de teorias éticas, foi feita a pergunta "Você gostaria de ser apresentado com mais profundidade ao ensino das teorias éticas e às habilidades de resolução de problemas?". Dos estudantes do quarto ano, 54, num total de 62, responderam a questão. Destes, 21 responderam que sim e 17 que não. Dezesesseis alunos fizeram comentários adicionais referindo que não queriam um ensino formal de teorias éticas mas sim uma oportunidade de desenvolver habilidades na resolução de problemas.

Uma parte dos estudantes manifestou frustração pois acharam que o ensino de Ética não produziu respostas aos dilemas clínicos, embora alguns tenham gostado dos desafios da argumentação ética. Segundo os autores, é importante tentar afastar o pensamento de que os assuntos são difíceis ou insistir na existência de respostas certas e

incontestáveis, visto que há uma grande chance de a discussão se tornar contraproducente. Mais do que isso, apontam eles, é preciso deixar claro qual é a finalidade em se inserir a Ética no currículo: conscientizar os alunos da existência dos problemas éticos, permitir que participem do processo de análise e argumentação, e que expressem suas visões para que sejam capazes de explicar e justificar suas decisões para os outros.

Quanto à avaliação do aprendizado, os autores defendem que ela deve refletir a estratégia de ensino e o conteúdo curricular. Avaliações que se resumam a marcar respostas ou uma única resposta são consideradas inapropriadas. Os estudantes demonstraram preferência por estudos de caso com respostas escritas e curtas.

Quanto ao formato do ensino, os dois primeiros anos do ensino da Ética e Legislação é feita por meio de palestras em pequenos grupos. Perguntou-se aos alunos do primeiro e do segundo anos: “Qual formato de ensino você acha que traz mais benefícios para o aprendizado deste assunto?”. Nas respostas encontradas, 60% (77 alunos de 129) respondeu que preferem palestras e sessões de *break-out*; 37% (48 de 129) relatou preferência por sessões em pequenos grupos ao passo que 3% (4 de 129) optou por programas individuais no formato virtual, sem ensino formal. Verificou-se que a preferência dos alunos pelo ensino em pequenos grupos é devida ao estímulo do debate e da discussão. Percebeu-se que alunos no 2º ano tiveram maior preferência (70%) por palestras / sessões de *break-out* do que os do primeiro ano (48%). As sessões de *break-out* foram apontadas pelos alunos como uma estratégia de melhoramento do ensino de Ética e Legislação. Um estudante do segundo ano sugeriu ainda que as sessões de *break-out* fossem obrigatórias.

Para a pergunta “Como você acha que o ensino de Ética e Legislação no *Guy’s King’s ans St. Thomas* pode ser melhorado?” os autores obtiveram como respostas que é necessário criar mecanismos para o envolvimento dos estudantes: pesquisas, debates, dramatizações, sessões de cinema e também o acesso a um orientador para discutir práticas antiéticas a que os estudantes estejam expostos nas atividades do hospital geral (aproximadamente metade dos estudantes (47%) do último ano relataram terem se sentido pressionados a agir de forma antiética em situações clínicas).

Assim, a questão-chave parece ser, em primeiro lugar, o engajamento dos estudantes. Isso não se relaciona somente com o conteúdo ensinado, mas com a forma como é ensinado (JOHNSTON; HAUGHTON, 2007). Essa discussão vem se encorpando cada vez mais, nacional e internacionalmente, ao se propor a formação de um profissional com capacidades técnicas e humanísticas (GOMES; REGO, 2011).

## 2.8 O DIÁLOGO DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM COM O ENSINO DOS AFETOS DE SPINOZA

Segundo destacam Gomes e Rego (2011), o modelo de formação médica atual não encoraja o desenvolvimento da autonomia e nem o raciocínio crítico, além de se ancorar na abordagem biológica e na segmentação do conhecimento, excluindo outros fatores que interferem no processo de adoecimento. Esse modelo é um reflexo do Relatório Flexner, que teve sua importância à época em que foi feito, tendo pretendido melhorar a qualidade técnica do ensino. Hoje, no entanto, compreende-se que este modelo deixa lacunas não respondidas e que resulta na crescente especialização profissional em detrimento do saber generalista (GOMES; REGO, 2011).

Para Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008), educação, bioética e humanização são temas sobrepostos e que podem ser articulados numa perspectiva interdisciplinar e transversal, devendo estar integrados didaticamente em toda formação médica. Os autores defendem que a bioética é muito mais ampla do que apenas apresentar questões prescritivas no âmbito profissional – a ética deontológica-, uma vez que, a partir da inclusão de outros referenciais teóricos que não o principalismo, como a autonomia, a justiça, a proteção e a compaixão, ela expande o processo do saber e do agir racional e autônomo: o humanizar-se.

Conforme as DCN para o curso de medicina, Gomes e Rego (2011) ressaltam que além da formação técnica, o egresso deve possuir competências éticas e humanísticas, além de críticas e reflexivas. Postulam que esse conceito está de acordo com a proposta de formação de recursos humanos com uma concepção ampliada de saúde, que valorize o vínculo com os pacientes e se pautem pela integralidade das condutas. Nesse contexto, apresentam os métodos ativos de ensino e aprendizagem, que se dispõem a aproximar a formação do estudante de medicina das DCN. Essas metodologias, segundo os autores, têm como pressuposto a aprendizagem significativa em contraposição à memorização separada do entendimento e têm sido empregadas nesse contexto de mudanças na formação do profissional da área da saúde. Elas entendem o professor como um facilitador do conhecimento e valorizam os diversos atores envolvidos na construção desse, dando maior liberdade ao processo e favorecendo o trabalho em equipe (GOMES; REGO, 2011).

A questão do significado no processo de ensino-aprendizagem pode ser conectada com o conceito de afeto em Spinoza. Para este, os afetos são imagens ou marcas corporais que compreendem tanto a natureza do corpo afetado como a natureza do corpo afetante.

Essas imagens irão compor o corpo e o espírito afetados, resultando em mais ou menos perfeição quando comparadas ao estado anterior. Dessa forma, percebe-se que há uma variação desses estados de perfeição, os quais são denominados de afetos ou sentimentos. Spinoza, denomina de forma diferente o afeto associado ao corpo (*affectio*) e o afeto associado ao espírito (*affectus*) e discorre sobre as consequências do afeto para ambas as dimensões: uma ampliação ou uma subtração na potência do agir (DELEUZE, 2002, p. 55-57).

Para isso, é preciso apresentar o conceito de potência em Spinoza. Segundo ele, toda potência é “ato, ativa, e em ato”. A potência está ligada a um poder de ser afetado, o qual associa-se e é constituído por afetos que o executem. Quando um modo de existir depara-se com outro ou com uma ideia ou objeto, há duas opções de acontecimentos possíveis: ou esse encontro é bom, o que resulta numa composição, e, portanto, numa perfeição maior - alegria; ou é ruim, tendo como consequência uma decomposição da sua coesão, e dessa forma, uma perfeição menor – tristeza (SPINOZA, 2018, p. 107, p. 141). No primeiro caso, sua potência de agir é facilitada enquanto no segundo, é restringida. Assim, a potência de agir (*conatus*) variará conforme os estímulos exteriores, considerando um mesmo poder de afetação. A aptidão para ser afetado é definida em função dos afetos com os quais o sujeito se depara. No entanto, há uma diferença: quando o indivíduo se defronta com afetos de tristeza, a potência do ser atuará para afastar ou desbaratar o objeto que a causou. Por outro lado, ao encarar afetos de alegria, a potência do indivíduo, ao contrário, integra-se ao objeto de afeto e expande-se (DELEUZE, 2002, p. 103-106)

Spinoza complementa o conceito de *conatus* como “o esforço para aumentar a potência de agir ou experimentar paixões alegres”. Além disso, destaca que a manifestação apropriada do *conatus* se traduz na ação pautada no conhecimento verdadeiro e adequado (racional e intuitivo), por meio dos quais, o ser se esforçaria para encontrar o que convém à sua natureza e o que pode gerar uma composição no seu corpo afetivo ampliando sua potência de agir e pensar e conseqüentemente buscar autonomia e liberdade. Como consequência, o corpo desse ser teria acesso à potência do agir enquanto o seu espírito, a potência de compreender a maneira de agir (DELEUZE, 2002, p. 107-109; GOMES, 2017).

Segundo Abreu (2013), é possível traçar um paralelo entre os escritos pedagógicos de Spinoza e o ensino paidêutico proposto por Sócrates e Platão, na medida em que este empenhou-se em corrigir preconceitos e crenças errôneas, buscando formar cidadãos. Na perspectiva de Spinoza, os métodos pedagógicos tradicionais podem ser passivos e

heterônomos, ao passo que uma educação que promova afetos alegres pode ser libertadora, ativa e autônoma. Mais do que isso, Spinoza defende ainda uma formação de educandos para uma sociedade assentada na cooperação mútua (GOMES, 2017).

Para Merçon (2009) um aprendizado fundamentado nos afetos é destinado a uma ética que engaje criticamente os educandos contra elementos que prejudiquem o livre pensar. Segundo a autora, o aprendizado afetivo deve ser entendido como o cultivo do pensar e do agir que proporcione ao indivíduo se deparar com arranjos vitalizantes e como um processo de ativação do desejo. Desejo este que leva ao interesse pelo conhecimento e pelo seu compartilhamento. E retomando o exposto no parágrafo anterior, a educação deve lançar mão de outras ferramentas além da razão, como por exemplo, de conversas, reflexões, livros entre outros. Para a autora, processos imaginativos também auxiliam no ato de educar ao levar “conteúdos e vivências socioculturais, heranças conceituais e ficções coletivas” (GOMES, 2017).

Percebe-se assim, que as ideias apresentadas por Spinoza estão concernentes com o que é postulado por Rego, Gomes e Siqueira-Batista. Ou seja, as metodologias ativas podem funcionar como instrumentos ou ferramentas de potencialização positiva do afeto dos estudantes em seu aprendizado. Textos literários e filosóficos, vídeos e filmes, discussões de dilemas, entre outros métodos já consagrados como ativos, podem passar a ser vistos como corpos afetivos na tentativa de direcionar os discentes no desenvolvimento das competências críticas, reflexivas, humanísticas e éticas já citadas.

Entretanto, Gomes e Rego (2011) demonstram que essa mudança curricular metodológica, embora essencial, não é suficiente para alcançar as transformações necessárias no perfil do egresso da graduação em medicina. Mais do que isso, são citados ainda outros aspectos a serem acrescentados a essas reflexões: é preciso estar atento a qual método utilizar para abordar cada assunto, promover um ambiente democrático de interação acadêmica, dar espaço ao exercício da autonomia e do diálogo, envolver todos os atores implicados na formação e o comprometimento da instituição com esses ideais (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008; REGO; PALACIOS, 2017).

Por fim, embora este pareça um horizonte utópico, conforme falado por Gomes e Rego (2011), permitir-se à esta utopia é submergir nas palavras de Eduardo Galeano: “A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

### **3 QUESTÃO NORTEADORA**

Como são abordados nas escolas de medicina os problemas bioéticos relacionados aos cuidados paliativos na APS?

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a abordagem das questões bioéticas atinentes aos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde em uma escola médica do estado do Rio de Janeiro, a partir (1) da análise da matriz curricular e do projeto pedagógico institucional, (2) dos conteúdos abordados, (3) dos métodos de ensino-aprendizagem utilizados e (4) da percepção dos estudantes acerca dos problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na APS.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o grau de conhecimento dos discentes sobre os conceitos de Bioética relacionados ao fim de vida;
- Descrever os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida identificados pelos discentes quando em prática na atenção primária à saúde;
- Identificar as competências e o método de ensino empregados no desenvolvimento da construção delas;
- Correlacionar as competências construídas e o momento de inserção no curso.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 ASPECTOS TEÓRICOS / REVISÃO DA LITERATURA

Para este trabalho, primeiramente foi realizada uma busca bibliográfica que demonstrasse como o tema dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde vem sendo abordado na literatura. Assim, consultou-se as bases de dados LILLACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), dentre as quais a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e o Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), além do PUBMED (*U. S. National Library of Medicine*). Para todas as bases utilizou-se descritores consultados no DeCS (Descritores de Ciências da Saúde).

Na consulta à BVS, utilizou-se os seguintes descritores: “Atenção primária à saúde” OR “estratégia de saúde da família” AND “cuidados paliativos”. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos artigos: texto completo disponível, pesquisas com seres humanos, idiomas: inglês, português e espanhol e artigos de 2009 a 2018. Foram selecionados 138 artigos, e destes, 13 manuscritos atenderam aos critérios estabelecidos.

Na consulta ao PUBMED, utilizou-se os seguintes descritores: “Primary health care” OR “Family Health Strategy” AND “Palliative care” AND “Medical education”. Os critérios de inclusão dos artigos seguiram os parâmetros: texto completo disponível, últimos 5 anos, pesquisas com seres humanos, idiomas: inglês, português e espanhol. Da busca emergiram 116 artigos e após análises do atendimento aos critérios inclusivos, foram selecionados para estudo 14 manuscritos foram selecionados para estudo.

Já na consulta ao Scielo, foram utilizados como chaves de busca os descritores “Atenção primária à saúde” AND “Cuidados paliativos”. Com a busca, 9 artigos foram selecionados e todos foram incluídos por atenderem aos critérios de inclusão.

Após o passo acima, uma segunda busca bibliográfica foi realizada, nas mesmas bases de dados, mas com o objetivo de analisar as relações entre o ensino da Bioética e os Cuidados Paliativos no contexto da atenção primária à saúde. Utilizou-se combinações com os descritores subsequentes: “Bioética”, “Cuidados paliativos”, “Metodologias ativas de ensino e aprendizagem” e “Atenção primária à saúde”, em que selecionou-se, ao final, 8 artigos por meio dos seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem propostas de educação em bioética para alunos de graduação em medicina, que tivessem como cenário a APS, que tivessem como idiomas o português, o inglês e o espanhol e que tivessem os textos disponíveis gratuitamente. Ao final, foram selecionados 9 artigos. O detalhamento



dos artigos selecionados nessa busca é mostrado no quadro abaixo:

QUADRO 1 – Resultados encontrados de acordo com os descritores e a base de dados pesquisada

Descritores	Resultado encontrado	Local
Bioética AND Cuidados Paliativos AND Educação médica AND Metodologias ativas de ensino aprendizagem AND Atenção Primária à Saúde	Nenhum resultado encontrado.	BVS
Bioética AND Cuidados Paliativos AND Educação médica AND Atenção Primária à Saúde	Nenhum resultado encontrado.	BVS
Bioética AND Educação médica AND Atenção Primária à Saúde	Nenhum resultado encontrado.	BVS
Bioética AND Cuidados Paliativos AND Educação Médica	OLIVEIRA, J.R. et al. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 364-373, 2016. PINELI, P.P. et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016. OLIVEIRA, J.R.; FERREIRA, A.C.; REZENDE, N.A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.	Scielo
Bioética AND Cuidados Paliativos AND Atenção Primária à Saúde	Nenhum resultado encontrado.	Scielo
Bioética AND Atenção Primária à Saúde AND Educação Médica	Nenhum resultado encontrado.	Scielo
Bioética AND Educação Médica AND Metodologias Ativas	Nenhum resultado encontrado.	Scielo
Bioethics AND Palliative Care AND Medical education AND Active teaching methodologies AND Primary health care	Nenhum resultado encontrado.	Pubmed
Bioethics AND Palliative Care AND Medical education AND Primary health care	Nenhum resultado encontrado.	Pubmed
Bioethics AND Medical education AND Primary health care	GAEBLER, C.; LEHMANN, L.S. Fostering student engagement in medical humanities courses. <i>Virtual Mentor (American Medical Association Journal of Ethics)</i> , v. 16, n. 8, p. 595-598, 2014. PAPANIKITAS, A.; SPICER, J.; MCKENZIE-EDWARDS, E.; MISSELBROOK, D. 4th annual primary care ethics conference: ethics education and lifelong learning. <i>London Journal of Primary Care</i> , Abingdon, v. 6, n. 6, p. 164-168, 2014.	Pubmed

Medical ethics AND Medical education AND Primary health care	WILES, K. et al. Ethics in the interface between multidisciplinary teams: a narrative in stages for inter-professional education. <i>London Journal of Primary Care</i> , Abingdon, v. 8, n. 6, p. 100-104, 2016. GAEBLER, C.; LEHMANN, L.S. Fostering student engagement in medical humanities courses. <i>Virtual Mentor (American Medical Association Journal of Ethics)</i> , v. 16, n. 8, p. 595-598, 2014. PAPANIKITAS, A.; SPICER, J.; MCKENZIE-EDWARDS, E.; MISSELBROOK, D. 4th annual primary care ethics conference: ethics education and lifelong learning. <i>London Journal of Primary Care</i> , Abingdon, v. 6, n. 6, p. 164-168, 2014. FERREIRA, Ricardo Corrêa et al. Ethical relationship in Primary Health Care: the experience of medical students. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v. 14, Supl. 1, p.1533-40, 2009.	Pubmed
Medical ethics AND Medical education AND Undergraduate AND Palliative care AND Primary Health Care	Nenhum resultado encontrado.	Pubmed
Medical ethics AND Medical education AND Undergraduate AND Primary health care	JOHNSTON, C.; HAUGHTON, P. Medical students' perceptions of their ethics teaching. <i>Journal of Medical Ethics</i> , v. 33, n. 7, p. 418-422, 2007.	Pubmed

Fonte: arquivo pessoal da autora após buscas nas bases de dados

Também foram utilizadas literaturas específicas sobre o tema da Bioética, dos Cuidados Paliativos, da atenção primária à saúde e da educação médica, citadas nas referências.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O campo de pesquisa é determinado pela “possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. (CRUZ NETO, 1994, p. 51). Para este autor, este deve ser bem definido e ter uma identificação com o tema estudado, possibilitando o diálogo com a realidade.

O estudo empírico desta pesquisa foi realizado numa instituição de ensino superior (IES), localizada no interior do estado do Rio de Janeiro. A escolha deveu-se à conveniência da pesquisadora, que pode transitar e avaliar os estudantes sem dificuldades, pois atua na referida instituição.

A IES é privada, sendo a faculdade de Medicina criada em 1968 e mantida por uma instituição mantenedora filantrópica e sem fins lucrativos. A faculdade recebe 150 alunos por ano, entrando 100 alunos no primeiro semestre e 50 no segundo. A carga horária do curso é de 7.920 horas e as formas de ingresso são através do Prouni, do ENEM e de

Transferência externa/reingresso. Segundo o site da Instituição, sua estrutura pedagógica busca “superar a segmentação no ensino em ciclos (básico, clínico e profissional), através da elaboração de eixos integradores”. Além disso, o curso se propõe a “inserir o discente precocemente nas redes de serviço de saúde local e regional de forma a estimular a aprendizagem, a troca de experiências e a vivência da profissão”.

De acordo com o site, o curso ainda se propõe a implementar e a avaliar continuamente a oportunização da aprendizagem significativa, a utilização de metodologias ativas, o entendimento do professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem, o comprometimento com o desenvolvimento do sistema de saúde, a flexibilidade curricular com disciplinas eletivas e avaliações baseadas no desenvolvimento de competências.

O projeto pedagógico do curso não é público, no entanto, sua matriz curricular é encontrada no site da instituição. A disciplina de Saúde da Família e Comunidade é obrigatória e é oferecida do 2º ao 5º período, existindo ainda uma outra inserção no 8º período, com um total de 460 horas. Além disso, no 10º período, há o internato supervisionado de Medicina Geral de Família e Comunidade (550 horas).

A disciplina de Bioética é obrigatória e oferecida no 5º período, mas há ainda outras disciplinas da área de humanidades médicas obrigatórias ao longo do currículo, como Educação e Comunicação em Saúde no primeiro período (40 horas) e Cidadania e responsabilidade social (40 horas), ambas no 1º período; Estudos antropológicos e sociológicos (60 horas), no 3º período; e disciplinas eletivas como Teoria psicanalítica (60 horas).

Em relação à abordagem da medicina paliativa, são oferecidas as disciplinas eletivas de Cuidados paliativos e prolongados (60 horas) para o 6º período e Introdução ao estudo da dor (60 horas) para o 7º período de graduação.

### 5.3 DESENHO DE ESTUDO

Este é um estudo de abordagem quanti-qualitativa e utilizou-se, por conta do seu objeto de investigação, o referencial teórico metodológico e instrumental da pesquisa qualitativa.

De acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa em saúde "trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que

não podem ser reduzidos à operacionalização de variável".

Este delineamento viabiliza que a pesquisa permita o aprofundamento relativo aos significados que os participantes atribuem às suas ações e relações humanas, possuindo como cerne de atenção o que é específico e particular de cada participante, de modo que facilite uma abordagem compreensiva dos sujeitos que vivenciam uma dada experiência. Em acréscimo, possibilita um melhor entendimento da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia no esclarecimento dos sentimentos das pessoas, revelando suas ações diante de um problema situacional (MINAYO, 2010).

O objeto de interesse deste estudo foi analisar a matriz curricular e o projeto pedagógico do curso de Medicina à luz das DCN para a bioética e para os cuidados paliativos. Além disso, busca-se também compreender a percepção dos estudantes de graduação em medicina da IES supracitada sobre os problemas bioéticos envolvidos com a assistência do fim de vida na atenção primária à saúde.

Buscou-se analisar se os alunos identificam os problemas bioéticos desse cenário de práticas, como lidam com os mesmos, se acham importante que o assunto seja abordado durante a formação, se havia interesse pela temática, como o assunto foi abordado na graduação e se acham-se preparados para prestar esse tipo de cuidado.

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os estudantes que efetivamente participaram da pesquisa foram os do 1º e do 12º período do curso de graduação em Medicina. Optou-se por realizar a comparação entre os alunos que estão ingressando no curso e os que estão saindo do mesmo, pois a ocorrência da pandemia de COVID-19 tornou impossível a análise dos questionários de todos os estudantes como havia sido programado inicialmente. Em decorrência deste fato, de força maior, optou-se por realizar tal confrontação dos questionários entre os 25 alunos do 1º período e 7 alunos do 12º período, num total de 32 questionários analisados quanto à percepção dos problemas bioéticos do fim de vida no cenário da atenção primária à saúde.

Deve ser ressaltado, porém, que os estudantes do 1º período ainda não cursaram a disciplina de Bioética, disciplina obrigatória, o que só é possível para os estudantes do 5º período da graduação. Além disso, observa-se que a disciplina de Cuidados Paliativos e Prolongados é oferecida aos alunos no 6º período, enquanto a de Introdução ao Estudo da Dor é ofertada no 7º período. Ambas são eletivas. Quanto à disciplina de Saúde da Família e Comunidade, esta é disponibilizada como obrigatória aos discentes no primeiro, no

segundo, no terceiro, no quarto e no quinto ano da graduação em Medicina.

A participação foi voluntária e vinculada à aprovação expressa do participante da pesquisa, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016.

Quanto aos critérios de exclusão, estabeleceu-se que não fossem incluídos alunos que não estiverem cursando os períodos supracitados e os que tiverem idade inferior a 18 anos.

## 5.5 COLETA DE DADOS

Em primeiro lugar, foi explicado aos participantes qual era o objeto, a finalidade e a importância da presente pesquisa. Em seguida, eles foram convidados a responder a um questionário semiestruturado, tanto com dados que refletissem dados demográficos quanto com perguntas abertas para que se obtivessem respostas com significado (COSTA E COSTA, 2011). O questionário foi aplicado objetivando atingir o maior número possível de respondentes e ocupar pouco tempo deles.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, que se comprometeu a garantir aos participantes a confidencialidade e o sigilo dos dados, bem como o anonimato na apresentação dos resultados. Ressaltou-se que seus nomes não seriam incluídos no questionário.

As variáveis quantitativas foram analisadas a fim de obtenção do perfil dos participantes da pesquisa quanto ao gênero, a idade (em anos), o período da faculdade e se havia formação em outra área. Já as questões qualitativas, de ordem subjetiva, foram respondidas de acordo com a percepção dos estudantes e analisadas com a utilização da técnica da análise do discurso de Bardin.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação à análise e tratamento dos dados, se utilizou como referencial teórico a Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin (2011). Essa análise se constitui num conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo obtido possui por propósito a interpretação do material de caráter qualitativo.

Segundo Minayo (2010) e Bardin (2008), a técnica é constituída de algumas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. No presente estudo foi utilizada a Análise Temática, na qual os dados são categorizados de

acordo com a repetição da frequência, das características e das associações dos temas. Assim, foi possível encontrar “núcleos de sentido” entre as comunicações, nas quais a presença ou a frequência dos temas e dos núcleos de sentido sejam significativos para os objetivos estipulados no estudo.

Dessa forma, primeiramente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das respostas das questões com o fim de entender o que o participante desejou transmitir com suas palavras. Em seguida, houve uma seleção temática e por fim a categorização em temas.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo respeitou a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo analisado e emitido um parecer favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e da instituição sede da realização do projeto sob o número do parecer 3.634.072. Os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa através de uma carta de apresentação, que será lida e explicada a cada informante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado e depois de compreendido, foi assinado pelos participantes conforme recomendado. Os respondentes foram orientados que poderiam recusar-se a participar do mesmo em qualquer tempo sem danos ou prejuízo por esta ação.

O representante da instituição teve conhecimento sobre o objeto e o objetivo desse estudo, sendo os dados coletados mediante autorização prévia.

Os riscos desse estudo corresponderam: ao tempo dedicado para a resposta ao questionário, o qual pode alterar a rotina de aulas/estudos do participante da pesquisa; o risco de constrangimento porque o participante era estimulado a refletir sobre o problema-alvo da pesquisa, o que poderia suscitar, pelo seu caráter relacionado à saúde, reflexões e dúvidas acerca do próprio processo de aprendizagem; havia ainda os riscos de identificação e vazamento dos dados obtidos pela pesquisa. A pesquisadora responsável comprometeu-se com a implantação de medidas para reduzir todos os riscos associados à posse e divulgação de dados, garantindo sigilo e confidencialidade dos mesmos.

Como benefício direto do trabalho, foi apontado a todos a importância da participação dos discentes para auxiliar no processo de identificação dos problemas relacionados ao ensino da bioética de fim vida no contexto da atenção primária à saúde. A partir do conhecimento gerado pela pesquisa, poderão ser pensadas e implantadas novas estratégias que permitam a efetividade da aprendizagem, com sua qualificação.

A pesquisadora, a fim de reduzir os riscos possíveis, manteve o controle do tempo a ser utilizado para o preenchimento do questionário, tentando minimizar ao máximo os possíveis atrasos que tragam prejuízo aos participantes. Com o objetivo de minorar qualquer constrangimento gerado pela análise crítica e reflexiva que suas questões possam determinar, a pesquisadora manteve-se a todo o tempo disposta a interromper, ou mesmo a parar definitivamente a aplicação dos instrumentos de pesquisa, acolhendo os participantes em

suas dúvidas, reflexões ou quaisquer outras demandas que pudessem ser trazidas pelo questionário.

Foram tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas pelos participantes: apenas a pesquisadora e sua orientadora, também pesquisadora autorizada, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, tiveram acesso aos dados dos questionários. Além disso, qualquer dado que pudesse identificar os participantes foi omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Em acréscimo, todo material coletado foi armazenado em local seguro. As respostas ao questionário foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, de acesso restrito. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa conforme Resolução 466/12 do CNS e orientações do CEP/ENSP. Depois desse período de tempo, eles serão destruídos. Os resultados da pesquisa estarão à disposição dos participantes quando finalizada. Os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa. O nome ou o material que indique a participação não serão liberados sem a permissão do participante.



## 7. RESULTADOS

Os resultados da investigação serão apresentados abaixo.

### 7.1 ANÁLISE DA INSERÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO NA MATRIZ CURRICULAR E PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO

Neste documento, de 322 páginas, a descrição do modelo pedagógico alinha-se à construção de conhecimentos, habilidades e atitudes por meio da oferta de experiências educacionais variadas entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Já no início do curso, os estudantes são inseridos em cenários de práticas na comunidade, tendo contato com a realidade da saúde pública brasileira e com as demandas em saúde da população. Dessa forma, o curso possui como objetivo geral:

Promover a formação de médicos generalistas, que atuem como profissionais competentes nas suas atribuições técnico-científicas e como corresponsáveis pela assistência integral à saúde da população, demonstrando responsabilidade social e compromisso com a cidadania. (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO, 2017, p. 35)

Convém ainda citar os objetivos específicos da formação médica a qual a IES se propõe:

- Formar médicos com bases e conhecimentos suficientes para atender os problemas básicos de saúde da comunidade regional, dentro de princípios éticos e humanísticos;
- Propiciar formação generalista que torne o futuro profissional apto a utilizar os recursos propedêuticos, semiológicos e terapêuticos, priorizando a relação médico-paciente com senso crítico;
- Desenvolver no aluno a capacidade para atuação em equipes multiprofissionais, com reconhecimento do papel social do médico;
- Desenvolver no aluno o pensamento crítico e o raciocínio científico, possibilitando-lhe a vivência no método científico;
- Ter o desenvolvimento de habilidades médicas como eixo norteador do currículo, desde o início do curso, com graus crescentes de complexidade;
- Considerar as necessidades de saúde da comunidade como direcionador da formação médica;
- Valorizar estratégias de ensino/aprendizagem que estimulem a participação ativa do discente na construção do seu próprio conhecimento;
- Propiciar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e evidenciar contextos variados de organização



III – Desenvolvimento de Habilidades Médicas;

IV – Desenvolvimento Ético Humanístico e Social.

O enfoque deste trabalho será no eixo IV – Desenvolvimento Ético Humanístico e Social, tendo em vista a temática do mesmo:

esse eixo tem objetivo de trabalhar conteúdos referentes às áreas de sociologia, ética, antropologia médica, meio ambiente e saúde, direitos humanos, psicologia social e de saúde pública, além de aspectos relacionados a diversidade étnico-racial, gênero, orientação sexual e demais fatores que compõe a diversidade humana. Essas áreas abrangem conteúdos voltados para a compreensão da sociedade, das relações éticas, humanas e ambientais. Concomitantemente, deve ocorrer uma aproximação progressiva do discente a uma realidade social e ambiental adequada ao estudo de sua prática profissional (“o ser médico”), partindo de uma perspectiva de compreensão da integralidade do ser humano e dos fatores não apenas biológicos, mas relacionados com a história natural da doença. O eixo é composto pela Unidade Curricular: Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal. (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO, 2017, p. 48)

FIGURA 2: Unidade Curricular: Base do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal

<b>Unidade Curricular: Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal</b>	
<b>Período</b>	<b>Disciplina</b>
1º	Cidadania e Responsabilidade Social
2º	Metodologia da Pesquisa
3º	Estudos Antropológicos e Sociológicos
5º	Bioética
5º	Medicina Legal

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

Um outro aspecto do PP para o curso de Medicina da IES são o que se chamou de “Atividades de flexibilização, integração e enriquecimento curricular”. Essas atividades compreendem iniciação científica, disciplinas eletivas, estágios curriculares, atividades complementares, ações de extensão e pesquisa, monitorias e estágios extracurriculares. No que diz respeito às disciplinas eletivas, elas têm o objetivo de trazer para o aluno competências novas e diferentes das ofertadas como obrigatórias pela estrutura do curso. Com isso propõe-se também uma certa autonomia e flexibilização do currículo.

Nas figuras abaixo é possível observar todas as disciplinas ofertadas pelo curso de Medicina da IES, inclusive as eletivas, além das matrizes curriculares dos períodos com

disciplinas de interesse para este trabalho:

FIGURA 3: Matriz curricular

1º Período		2º Período		3º Período		4º Período		5º Período	
DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH
Anatomia Humana I	100	Anatomia Humana II	100	Anatomia Humana III	80	Anatomia Patológica I	60	Anatomia Patológica II	60
Histologia e Embriologia I	80	Histologia e Embriologia II	80	Farmacologia I	80	Farmacologia II	60	Farmacologia Aplicada	60
Biologia Celular e Molecular	40	Fisiologia I	80	Microbiologia I	80	Microbiologia II	80	Saúde da Família e Comunidade IV	100
Bioquímica Médica I	80	Bioquímica Médica II	80	Parasitologia Médica	60	Parasitologia Médica II	60	Diagnóstico por Imagem I	60
Educação e Comunicação em Saúde	40	Genética Médica	60	Fisiologia II	100	Imunologia	60	Diagnóstico por Imagem II	60
Iniciação à Prática Médica I	40	Saúde da Família e Comunidade I	100	Saúde da Família e Comunidade II	100	Saúde da Família e Comunidade III	100	Semiologia Médica II	200
Cidadania e Responsabilidade Social	40	Iniciação à Prática Médica II	80	Epidemiologia e Bioestatística	60	Planejamento e Gestão em Saúde	60	Eletiva I	60
		Metodologia da Pesquisa	60	Saúde Mental I	60	Semiologia Médica I	200	Bioética	40
				Estudos Antropológicos e Sociológicos	60			Medicina Legal	40

6º Período		7º Período		8º Período		9º e 10º Período		11º e 12º Período	
DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH	DISCIPLINA	CH	MÓDULOS	CH	MÓDULOS	CH
Saúde da Criança e do Adolescente I	120	Doenças Infecciosas e Parasitárias	60	Urgência e Emergência	160	Urgência e Emergência	528	Pediatria	320
Saúde do Adulto e do Idoso I	180	Saúde da Criança e do Adolescente II	120	Saúde da Mulher II	80	Clinica Cirúrgica	316	Saúde Mental	316
Diagnóstico por Imagem II	60	Saúde do Adulto e do Idoso II	160	Saúde Mental II	80	Medicina Geral de Família e Comunidade	592	Clinica Médica	316
Técnica Operatória	80	Saúde da Mulher I	80	Saúde do Adulto e do Idoso III	140	Ginecologia e Obstetria	316	Saúde Coletiva	316
Eletiva II	60	Clinica Cirúrgica I	120	Saúde da Família e Comunidade V	60				
		Eletiva III	60	Clinica Cirúrgica II	120				

Resumo do curso		
Do Primeiro ao Oitavo Período		4.600
Unidades Curriculares de Flexibilização – UCF		180
Do Nono ao Décimo Segundo Período (Internato)		3.020
Atividades Complementares		120
<b>TOTAL</b>		<b>7.920</b>

ROL DE ELETIVAS OFERTADAS					
ELETIVAS I	CH	ELETIVAS II	CH	ELETIVAS III	CH
Bases Anatómicas da Semiologia Neurológica	60	Condições Patológicas e Protetoras	60	Anestesiologia	60
Fisiologia do Exercício Físico	60	Teoria Psicanalítica	60	Introdução ao Estudo da Dor	60
Imunologia e Alergia Clínica	60	Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)	60	Neurologia Baseada em Narrativas	60
Instrumentação Linguística	60				

● Eixo 1: Desenvolvimento de Habilidades Médicas  
● Eixo 2: Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social  
● Eixo 3: Integração Básico/Clinico  
● Eixo 4: Integração, Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família  
● Módulos: Estágio supervisionado

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 4: MATRIZ DO 1º PERÍODO

1º PERÍODO					
Eixos	Unidade Curricular	Disciplinas	Teórica	Prática	Total
Integração Básico/Clinico	Bases Morfofisiológicas do Ser Humano	Anatomia Humana I	40	60	100
		Histologia e Embriologia I	40	40	80
	Bases Moleculares e Celulares	Biologia Celular e Molecular	40	0	40
		Bioquímica Médica I	40	40	80
Integração: Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família	Medicina Geral da Família e Comunidade	Educação e Comunicação em Saúde	20	20	40
Desenvolvimento de Habilidades Médicas	Habilidades Práticas	Iniciação à Prática Médica I	20	20	40
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Cidadania e Responsabilidade Social	40	0	40
TIN: caso clínico integrador					
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	TIN: “Direitos Humanos e Educação Ambiental”				
<b>SUB-TOTAL</b>			<b>240</b>	<b>180</b>	<b>420</b>

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 5: Matriz do 2º período

2º PERÍODO					
Eixos	Unidade Curricular	Disciplinas	Teórica	Prática	Total
Integração Básico/Clinico	Bases Morfofisiológicas do Ser Humano	Anatomia Humana II	40	60	100
		Histologia e Embriologia II	40	40	80
		Fisiologia I	60	20	80
	Bases Moleculares e Celulares	Bioquímica Médica II	40	40	80
		Genética Médica	60	0	60
Integração: Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família	Medicina Geral da Família e Comunidade	Saúde da Família e Comunidade I	40	60	100
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Metodologia da Pesquisa	60	0	60
Desenvolvimento de Habilidades Médicas	Habilidades Práticas	Iniciação à Prática Médica II	40	40	80
TIN: caso clínico integrador					
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	TIN: "Direitos Humanos e Educação Ambiental"				
SUB-TOTAL			380	260	640

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 6: Matriz do 3º período

3º PERÍODO					
Eixos	Unidade Curricular	Disciplinas	Teórica	Prática	Total
Integração Básico/Clinico	Fundamentos Fisiopatológicos e Terapêuticos	Farmacologia I	60	20	80
		Microbiologia I	60	20	80
	Mecanismo de Agressão e Defesa	Parasitologia Médica I	40	20	60
		Bases Morfofisiológicas do Ser Humano	Anatomia Humana III	40	40
	Fisiologia II		80	20	100
Integração: Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família	Medicina Geral da Família e Comunidade	Saúde da Família e Comunidade II	40	60	100
		Epidemiologia e Bioestatística	60	0	60
	Atenção Integral ao Paciente e Comunidade	Saúde Mental I	40	20	60
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Estudos Antropológicos e Sociológicos	60	0	60
TIN: caso clínico integrador					
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	TIN: "Direitos Humanos e Educação Ambiental"				
SUB-TOTAL			480	200	680

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 7: Matriz do 5º período

5º PERÍODO					
Eixos	Unidade Curricular	Disciplinas	Teórica	Prática	Total
Integração Básico/Clinico	Fundamentos Fisiopatológicos e Terapêuticos	Anatomia Patológica II	40	20	60
		Farmacologia Aplicada	60	0	60
Integração: Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família	Medicina Geral da Família e Comunidade	Saúde da Família e Comunidade IV	40	60	100
Desenvolvimento de Habilidades Médicas	Habilidades Práticas	Diagnóstico por Imagem I	40	20	60
		Semiologia Médica II	80	120	200
		Eletiva I	60	0	60
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Bioética	40	0	40
		Medicina Legal	40	0	40
TIN: caso clínico integrador					
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	TIN: "Direitos Humanos e Educação Ambiental"				
SUB-TOTAL			400	220	620

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 8: Matriz do 6º período

6º PERÍODO					
Eixos	Unidade Curricular	Disciplinas	Teórica	Prática	Total
Integração: Indivíduo, Comunidade e Medicina de Família	Atenção Integral ao Paciente e Comunidade	Saúde da Criança e do Adolescente I	40	80	120
	Medicina Geral da Família e Comunidade	Saúde do Adulto e do Idoso I	80	100	180
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Eletiva II	60	0	60
Desenvolvimento de Habilidades Médicas	Habilidades Práticas	Diagnóstico por Imagem II	40	20	60
	Bases Cirúrgicas e Procedimentos	Técnica Operatória	40	40	80
TIN: caso clínico integrador					
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	TIN: "Direitos Humanos e Educação Ambiental"				
SUB-TOTAL			260	240	500

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 9: Unidades curriculares de flexibilização – Eletiva II

Unidades Curriculares de Flexibilização			CH
ELETIVA II			
Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social	Bases do Desenvolvimento Pessoal, Ético, Científico e Legal.	Cuidados Paliativos e Prolongados	60 horas
		Teoria Psicanalítica	60 horas
		Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)	60 horas

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 10: Unidades curriculares de flexibilização – Eletiva III

Unidades Curriculares de Flexibilização			CH
ELETIVA III			
Desenvolvimento de Habilidades Médicas	Habilidades Práticas	Anestesiologia	60 horas
		Introdução ao Estudo da Dor	60 horas
		Neurologia Baseada em Narrativas	60 horas

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

Os períodos não apresentados acima não possuem disciplinas obrigatórias ou eletivas em sua matriz. No entanto, no texto do PP do curso de Medicina da IES estudada, entra em cena o que se chamou de Tarefa Integradora (TI), nas quais as dimensões ética e humanística seriam abordadas, além de terem como objetivo também articular os saberes desenvolvidos ao longo de cada período.

As TIs são fundamentadas na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e organizam-se de forma transversal ao longo do curso. Segundo o texto do documento, “Em cada período, uma disciplina que integra o eixo: “Desenvolvimento Ético Humanístico e Social”, desenvolve a temática “Meio Ambiente e Direitos Humanos”.

As situações-problema apresentadas aos alunos são embasadas em casos clínicos que conduzem aos conhecimentos técnicos que se desejam desenvolver nos alunos, “além de abordar aspectos psicológicos, sociais, éticos e legais.”

Com relação à adequação dos conteúdos essenciais das DCN às disciplinas de interesse deste trabalho, tem-se:

FIGURA 11: Conteúdos essenciais I

<p>II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde da Família e Comunidade</li> <li>- Bioética</li> <li>- Educação e Comunicação em Saúde</li> <li>- Planejamento e Gerência em Saúde</li> <li>- Epidemiologia e Bioestatística</li> </ul>
---	--

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

FIGURA 12: Conteúdos essenciais II

<p>IV - compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semiologia Médica</li> <li>- Iniciação a Prática Médica</li> <li>- Saúde da Mulher</li> <li>- Saúde da Criança e do Adolescente</li> <li>- Saúde Geral do Adulto e do Idoso</li> <li>- Técnica Operatória</li> <li>- Urgência e Emergência</li> <li>- Clínica Cirúrgica</li> <li>- Bases Anatômicas da Semiologia Neurológica</li> <li>- Anestesiologia</li> <li>- Introdução ao Estudo da Dor</li> </ul>
--	--

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

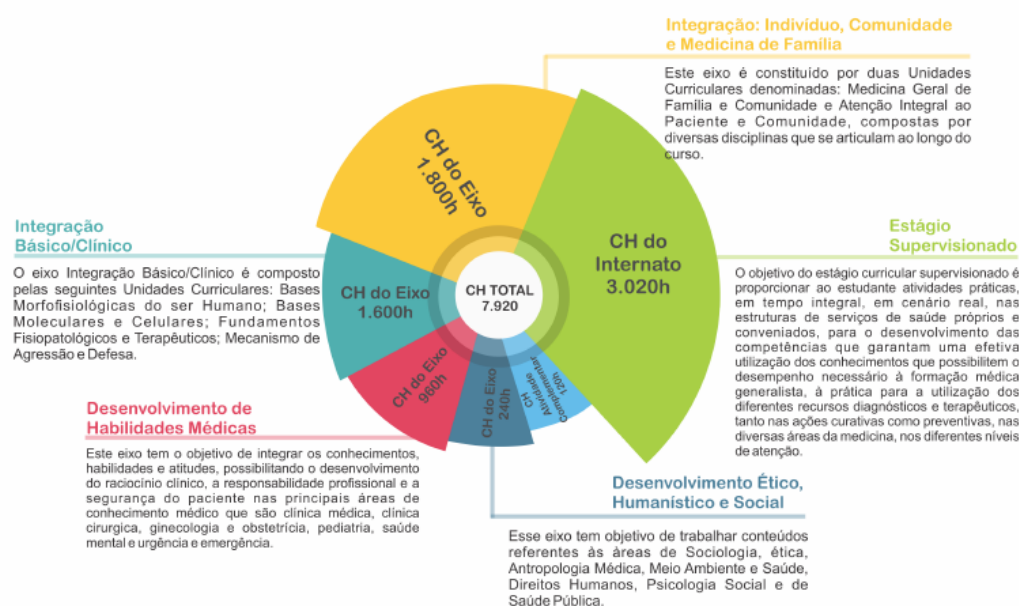
FIGURA 13: Conteúdos essenciais III

<p>VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde da Família e Comunidade</li> <li>- Saúde da Criança e do Adolescente</li> <li>- Saúde do Adulto e do Idoso</li> <li>- Medicina Legal</li> <li>- Cuidados Paliativos e Prolongados</li> <li>- Teoria Psicanalítica</li> <li>- Fisiologia do Exercício Físico</li> <li>- Neurologia Baseada em Narrativas</li> </ul>
---	---

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES



FIGURA 14: Carga horária do curso de Medicina com base na divisão dos eixos citados



Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES

Observa-se, portanto, que o eixo integrador de Desenvolvimento Ético, Humanístico e Social compreende apenas aproximadamente 3% das 7920 horas de carga horária total prevista para o curso de Medicina, o que é pouco.

Uma crítica pertinente seria a de que as teorias bioéticas não parecem abordadas de forma transversal ao longo do curso, conforme proposto por Rego (2003); Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008), o que seria o ideal, além de não utilizar o documento intitulado “Programa de Base de Estudos sobre Bioética”, elaborado pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), em sua bibliografia.

Uma outra crítica que pode ser feita a este modelo curricular, no que diz respeito à abordagem de aspectos éticos ao longo do curso de Medicina é que no tópico “Cenários de práticas”, na tabela referente ao 5º período, no qual está disposta a disciplina de Bioética, a mesma não está incluída como cenário de prática para as atividades curriculares dos alunos, o que traz a inferência de que a mesma seria eminentemente teórica. Esse fato diverge do que é defendido por autores como Borgstrom et al (2016), Pineli et al (2016) e Ferreira et al (2009), que enxergam as atividades práticas como uma oportunidade para o desenvolvimento de habilidades e competências em comunicação, reflexão, empatia e para o entendimento de como a doença pode interferir na vida do paciente e sua família.

Além disso, na carga horária do internato médico, não há nenhuma previsão de horas destinadas a disciplinas relacionadas ao tema, o que traz alguma apreensão, tendo em

vista que é o momento em que os alunos desenvolvem atividades eminentemente práticas e certamente terão contato com problemas éticos que surgem no âmbito do cuidar em saúde. Apesar disso, no texto do PP do curso de Medicina analisado, a IES se propõe a avaliar o desenvolvimento de algumas competências pelos alunos nos diferentes cenários do internato médico, o que pode ser demonstrado nas seguintes frases:

- ter conduta ética e disciplinada junto aos demais participantes do ambiente de trabalho nos cenários de prática;
- preocupar-se com a integridade física e moral dos pacientes;
- desenvolver atitude ética adequada perante a paciente e familiares;
- fazer com que o interno utilize os meios diagnósticos e terapêuticos no atendimento inicial de pacientes na Unidade de Urgência e Emergência, atuando com postura humanística, ética e com resolutividade, comprometendo-se com qualidade no atendimento, tendo excelência de aproveitamento nas habilidades, atitudes e competência das ações deste estágio;
- Atender aos familiares que acompanham a criança de modo digno, paciente e ético;
- Aprimorar as técnicas de exame ginecológico e obstétrico, desenvolver o raciocínio clínico, bem como, ter a noção das implicações de um tratamento do ponto de vista ético, e no enfrentamento de complicações e seus desfechos;
- a compreensão do papel do cirurgião no tratamento de diversas doenças é fundamental para que o médico saiba como indicar um procedimento cirúrgico adequadamente, bem como ter a noção das implicações de um tratamento cirúrgico do ponto de vista ético, e no enfrentamento de complicações e seus desdobramentos. (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO, 2017, p. 79-85)

Percebe-se que na elaboração do PP do curso analisado, atitude/condução ética é uma expressão vaga dentro deste documento, o que leva a pensar que a análise do desenvolvimento dessas competências torna-se assim algo também vago e subjetivo.

## 7.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS AOS QUESTIONÁRIOS

Dentre os 32 estudantes selecionados e participantes da pesquisa, 25 (39,06%) eram do 1º período e 7 (10,94%) eram do 12º período.

Na divisão por sexo biológico, 23 (71,87%) foram do sexo feminino e 9 (28,13%) do sexo masculino, com faixa etária entre 17 e 36 anos, com média de 22,7 anos.

Dentre eles, 28 (87,5%) alunos cursavam a sua primeira graduação e 4 (12,5%) a segunda ou terceira, podendo ser observados estudantes que haviam realizado os cursos de Nutrição, Engenharia do Petróleo, Ciências Biológicas, Biologia e Direito. Um mesmo aluno cursou as duas últimas graduações.

Posteriormente, realizou-se a avaliação das perguntas do questionário. Em relação à pergunta 1, “Descreva em uma palavra o pensamento que vem à sua cabeça quando pensa na prestação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde”, houve diferença nas palavras quando comparadas as citadas pelo primeiro e décimo segundo período. A partir da realização da nuvem de palavras, observou-se como verificado na Figura 15:

FIGURA 15: Nuvem de palavras dos estudantes do primeiro período.



Fonte: arquivos dos questionários

Já para os estudantes do décimo-segundo período, último do curso, verificou-se o seguinte resultado como observado na Figura 16:

FIGURA 16: Nuvem de palavras dos estudantes do décimo-segundo período.



Fonte: arquivos dos questionários

Com relação à questão 2, “O que você entende por ética?”, todos os alunos do 1º e 12º período a responderam.

As respostas obtidas foram categorizadas em quatro grupos, a saber:

- Categoria 1: conjunto de comportamentos, ações ou condutas;
- Categoria 2: ação de acordo com código de ética;
- Categoria 3: conjunto de leis ou ações segundo as leis;
- Categoria 4: conjunto de regras morais, princípios ou valores.

São apresentadas, em seguida falas representativas dos estudantes acerca da questão, segundo as categorias estabelecidas, conforme o período cursado:

Os 25 estudantes do primeiro período responderam à questão, tendo 44% das respostas se concentrado na categoria de análise 1, 8% das respostas na categoria 2, 8 % na categoria 3 e 40% na categoria 4. Assim, 80 % dos entrevistados do primeiro período concentraram suas respostas sobre o que entendem por ética como um conjunto de comportamentos, ações ou condutas ou como um conjunto de regras morais, princípios ou valores.

São descritas abaixo, falas representativas da categoria 1, 2, 3 e 4:

Categoria 1:

Estudante A81: “Agir de forma justa procurando não prejudicar nenhuma das partes envolvidas”

Estudante A102: “Conjunto de condutas para um bom convívio social”.

Categoria 2:

Estudante A87: “Realizar aquilo preconizado pelo código de ética médica”.

Estudante A94: “Respeito, agir conforme o código de ética médica”

Categoria 3:

Estudante A84: “Agir de forma correta segundo os princípios legislativos da nossa sociedade”.

Estudante A93: “É o conceito regulador das atividades humanas, um limitador para os possíveis excessos que poderiam se cometer em prol de algum objetivo científico ou social”.

Categoria 4:

Estudante A86: “É o agir de uma pessoa conforme os princípios de certo ou errado, da moral. É o estudo da moral e dos valores humanos”.

Estudante A89: “Um conceito que abrange questões de caráter e conduta correta de acordo com a situação demonstrada”.

Os estudantes do 12º período estão no final do Curso de Medicina, no período de internato médico. São estudantes com média de idade 26,7 anos, 3 homens e 4 mulheres. Os resultados são apresentados, a seguir, conforme a mesma categorização apresentada acima. Os estudantes responderam com concentração nas categorias 1, 2 e 4 de 85,5%; na categoria 3 houve 14,5%:

Categoria 1:

Estudante A210: “É a forma respeitosa que se deve agir e se portar diante da sociedade.”

Estudante A212: “É o conjunto de ações que definem boas condutas.”

Categoria 2:

Estudante A205: “Conjunto de "leis" na qual o profissional deve se orientar para uma adequada situação”.

Estudante A206: “Respeitar o paciente, suas vontades e as leis que regem a medicina.”

Categoria 3:

Estudante A209: “Atitudes tomadas que não desrespeitam a moral do próximo e esteja dentro dos parâmetros legais.”

Categoria 4:

Estudante A207: “Conjunto de regras que envolvem os princípios morais”.

Estudante A211: “Ética é o conjunto de valores morais, que orienta condutas a ser

seguidas em determinadas ocasiões.”

A questão 3 de nossa investigação era: “O que você entende por bioética?”, todos os alunos participantes responderam à pergunta, excetuando-se um do 1º período e um do 12º período, que disseram não saber. As respostas dos alunos respondentes foram categorizadas em seis grupos: Categoria 1: Não sei; Categoria 2: ética da saúde, dos profissionais de saúde ou da área da saúde; Categoria 3: ética do ambiente, do meio-ambiente; Categoria 4: ética da pesquisa científica ou de suas normas; Categoria 5: respeito à vida e Categoria 6: outros.

No 1º período do curso, um estudante respondeu não sei à questão e outro teve sua resposta incluída na categoria outros, pois ela não se correlacionava com a questão. Os demais estudantes do primeiro período responderam com predomínio das correlações com a categoria ética da saúde e respeito à vida (60%). Duas das respostas são apresentadas, a seguir:

Categoria 2:

Estudante A89: “Uma gama de conceitos que norteiam a profissão do médico a fim de criar harmonia e sabedoria, além de dar boa conduta”.

Estudante A91: “É a ética aplicada às ciências biológicas e da saúde”.

Categoria 3:

Estudante A81: “Agir conscientemente em relação a qualquer procedimento que envolva seres vivos, não prejudicando os animais e o ambiente”

Estudante A104: “São regras aplicáveis às atividades e serviços relacionados à saúde, pesquisa, conservação ambiental e ensino”.

Categoria 4:

Estudante A88: “São implicações morais relacionadas às pesquisas científicas”

Estudante A100 – “Ética nas pesquisas científicas e medicina, respeitando os seres utilizados nos experimentos”

Categoria 5:

Estudante A92: “É respeitar a vida do ser vivo”.

Estudante A105: “Condutas que prezam o respeito para com a vida”

Vale ressaltar que algumas das respostas se enquadravam em mais de uma classificação. Nesse caso, foi escolhida uma das categorias para associação das respostas.

Já os estudantes do 12º período, responderam que não sabiam (14,3%), que era ética da saúde (57,1%) ou que era ética da pesquisa ou do meio-ambiente (14,3%, respectivamente):

Estudante A210: “É a ética que envolve a área da saúde, profissionais e pacientes.”

Estudante A211: “Bioética é o conjunto de princípios morais que regem a área da saúde.”

Estudante A212: “É a ética relacionada ao ambiente.”

Estudante A206: “Ética em um determinado ambiente (não sei), estudo (pesquisa).”

A pergunta 4, “Quais os princípios de bioética você conhece?”, estava relacionada à investigação da profundidade do conhecimento dos estudantes sobre os princípios da ética/bioética. Percebeu-se que apenas um aluno do 1º período não respondeu (4%). As respostas tiveram marcante concentração no grupo englobando os princípios da beneficência, maleficência, autonomia, justiça (72% das respostas).

Exemplo abaixo:

Estudante A95: “Beneficência, Não-maleficência, Autonomia e Justiça”.

Já os estudantes do décimo-segundo período, surpreendentemente responderam desconhecer os princípios ou não conhecer (42,8%). Os demais estudantes apresentaram uma diversidade de respostas:

Estudante A205: “Autonomia, não maleficência, beneficência, sigilo”.

Estudante A206: “Atenção, resiliência, respeito ao paciente”.

Estudante A209: “Negligência, imprudência e imperícia”.

Estudante A210: “Não fazer o mal, procurar fazer sempre o bem, nunca omitir socorro”.

Entrando no campo de interesse central desta investigação perguntou-se o que era entendido por cuidados paliativos?”. Todos os alunos de ambos os períodos de graduação responderam, sendo as respostas categorizadas em cinco grupos: Categoria 1: alívio do sofrimento, melhora da qualidade de vida; Categoria 2: assistência; Categoria 3: cuidado não medicamentoso; Categoria 4: pacientes fora de possibilidade ou sem cura; Categoria 5 – outros.

Assim, observou-se que os estudantes do 1º período focaram suas respostas em duas categorias com 40% das respostas vinculadas à categoria 1 e 40% à categoria 4:

#### Categoria 1:

Estudante A100: “Quando o paciente não tem cura e são utilizados métodos necessários para dá-lo o maior conforto possível”.

Estudante A104: “Ações voltadas a aumentar a qualidade de vida do paciente e que não tem por objetivo cura ou prolongar seu tempo de vida”

#### Categoria 4:

Estudante A86: “São cuidados dados a pessoas em doenças terminais, que não possuem chance de se recuperar. É conceder um resto de vida boa para eles, com o mínimo de dor e sofrimento”.

Estudante A95: “Cuidados com pacientes em fase terminal, sem cura”.

Os alunos do 12º período tiveram respostas dentro da categoria 1:

Estudante A206: “Cuidados com o paciente de forma a dar conforto, amenizar a dor, quando não se tem mais expectativa de vida.”

Estudante A209: “Medidas que visam oferecer melhor qualidade de vida aos indivíduos que se encontram em fase terminal.”

Porém, também foram observadas respostas nas categorias 3 e 4.

Estudante A210: “São cuidados no fim de vida. Evitando a distanásia, porém, bem diferente de eutanásia. Buscando conforto ao fim do paciente.”

Estudante A212: “São cuidados prestados ao final de vida com o objetivo de não prolongar a vida de pacientes de forma iatrogênica ou invasiva, apenas dar conforto.”

Estudante A211: “São atitudes tomadas para não prolongar a vida do paciente terminal com sofrimento e para que ele tenha a melhor qualidade de vida possível até a morte.”

Quando da pergunta 6, “A que tipo de pacientes você acha que se destinam os cuidados paliativos?”, todos os alunos, tanto do 1º quanto do 12º período, responderam que eram pacientes terminais ou incuráveis.

A questão 7 visava compreender o grau de reconhecimento por parte dos estudantes do que seria um problema bioético. Houve uma diversidade muito grande de respostas com dificuldades de agrupamentos em categorias: Categoria 1: Conflitos entre o ponto de vista do médico e do paciente; Categoria 2: Infração da deontologia médica; Categoria 3: Desrespeito à vida; Categoria 4: Conflitos ou desrespeito aos princípios da bioética; Categoria 5: Ações antiéticas em pesquisas científicas; Categoria 6: Ações que desrespeitam as leis; Categoria 7: Conflitos éticos ou morais; Categoria 8: Outros; Categoria 9: Não sei.

Quando se observa o 1º período:

Estudante A82: “Contrapontos que se colapsam no interesse do (a) médico (a) que pensa no melhor do paciente, porém por lógicas próprias”.

Estudante A85: “Conflito de interesse entre médicos e pacientes a exemplo da transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová”.

Estudante A89: “Problema relacionado aos princípios do médico que acabam por nortear e reformar a profissão colocada em questão”



Estudante A104: “É uma questão que envolve avaliar se a conduta do profissional está de acordo com os princípios da bioética”.

Estudante A101: “Um problema bioético é quando a ciência está no limite do respeito à vida”

Estudante A86: “É um problema onde os princípios da bioética são colocados em conflito, e não se sabe o que fazer”

Estudante A97: “Quando os estudos não contam com a verdade, experimentos que não obedecem a lei”

Estudante 83 – “Procedimentos que visam, antes de tudo, o retorno financeiro e não o bem estar e saúde do paciente”

Para o 12º período houve respostas quanto ao código e desrespeito à deontologia e outros;

Estudante A205: “Quando o profissional desrespeita o código de condutas”

Estudante A206: “Problema no meio médico. De contaminação, sigilo.”

Estudante A211: “É um problema relacionado quanto à conduta moral, quanto à saúde do ser humano.”

Com relação à pergunta 8, foco central do trabalho: “Você enxerga algum problema bioético quanto à provisão dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde? Se sim, qual (is)?”, as respostas dos alunos foram classificadas em seis categorias: Categoria 1: não vê problema bioético; Categoria 2: não sei; Categoria 3: princípios de bioética; Categoria 4: eutanásia; Categoria 5: desumanização do cuidado; Categoria 6: outro. Apenas um aluno do 1º período (4%) e um aluno do 12º período (14,3%) não responderam à pergunta.

Com relação ao 1º período:

A categoria que não vê problema bioético foi a resposta em 36% dos casos com mais 8% de não sei, o que dá um total de 44%. Daqueles que observaram problemas, houve diversidade de respostas:

Estudante A104: “Sim. A possibilidade de eutanásia para aqueles pacientes que se encontram em forte sofrimento”.

Estudante A98: “Sim. Muitas vezes não dá o conforto ou não alivia ou tira a dor”

A100: “Sim, não ser empático com o estado clínico do paciente e julgá-lo durante a anamnese”.

Já os alunos do 12º período não veem problemas bioéticos em 57,1% das respostas.

Com relação ao interesse no estudo da área verificou-se com relação aos alunos do 1º período, que dois não responderam à questão; quinze (60%) responderam que tem

interesse; cinco (20%) responderam que não e três (12%) disseram não saber responder. Já os alunos do 12º período, quatro (57,2%) disseram que sim e três (42,8%) que não:

Estudante A82: “Sim, pois eu já tive um contato com uma opinião de um médico que dizia: "medida paliativa é a romantização do fracasso" e achei essa afirmação "problemática”.

Estudante A91: “Sim. Porque o médico pode se deparar com questões conflitantes para as quais terá de tomar decisões que acarretem consequências relacionadas à bioética”

Estudante A89: “Não, pois ainda não presenciei tal atividade”

Estudante A207: “Sim, pelo desconhecimento do tema.”

Estudante A209: “Me interessa, pois é assunto que qualquer médico pode estar sujeito a enfrentar.”

No que tange à questão 10, “Durante a graduação médica, você teve contato com alguma disciplina que abordasse os temas bioética e cuidados paliativos? Qual (is)?”, somente um aluno do 1º período, não respondeu. Dentre os alunos do 1º período, vinte alunos (80%) disseram que sim, enquanto quatro alunos (16%) disseram que não. Já dentre os alunos do 12º período, todos os alunos (100%) disseram que sim.

As disciplinas citadas pelos alunos do 1º período foram: Iniciação à Prática Médica, Cidadania e responsabilidade social, Educação e Comunicação em Saúde. As disciplinas citadas pelos alunos do 12º período foram: Ética e Bioética, Medicina Legal e Cuidados Paliativos.

Com relação à questão 11, “Durante a graduação médica, você teve contato com alguma disciplina que abordasse os temas cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde? Qual (is)?”, apenas dois alunos (8%), do 1º período, não responderam à questão. No que diz respeito a esses alunos, apenas dois (8%) disseram ter tido contato enquanto que vinte e um (84%) relatou ainda não ter tido contato. Dentre os que disseram que sim, as disciplinas citadas foram Iniciação à Prática Médica, Educação e Comunicação em Saúde e Cidadania e responsabilidade social.

Para os alunos do 12º período, duas respostas (28,6%) foram ‘sim’ enquanto que cinco respostas (71,4%) foram ‘não’. Dentre os que disseram que não, dois responderam ter tido contato com o tema, porém, voltado para a atenção secundária. Já as disciplinas citadas pelos alunos que responderam positivamente à questão foram Cuidados Paliativos e Saúde da Família e Comunidade.

No que diz respeito à questão 12, “Que tipos de metodologias de ensino foram utilizadas nas aulas das disciplinas dos tópicos 10 e 11?”, quatro alunos (16%), do 1º

período, não a responderam. Todos os alunos participantes do 12º período responderam-na.

Os alunos do 1º período citaram como metodologias utilizadas nas aulas a Aula expositiva, a Discussão de casos clínicos, os filmes, o PBL, o Brainstorming, o Júri simulado, a Literatura. Um dos alunos do 1º período também citou ‘Outras’, justificando que não teve contato com pacientes.

Já os alunos do 12º período citaram como metodologias utilizadas a Aula expositiva, a Literatura, o PBL, o Brainstorming e a Discussão de casos clínicos.

Com relação à questão 13, “O que você acha que poderia melhorar quanto às metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas nas aulas das disciplinas dos tópicos 10 e 11?”, as respostas foram variadas. Para essa pergunta, seis alunos (24%) do 1º período optaram por não responder. Todos os alunos do 12º período responderam-na. Para essa pergunta, foram estabelecidas cinco categorias: Categoria 1 – Não sei ou não tenho opinião; Categoria 2 – Ainda não tive contato; Categoria 3 – Utilização de metodologia ativas; Categoria 4 – Abordar o tema mais vezes ao longo do curso; Categoria 5 – Outros.

Para o 1º período:

Categoria 1:

Estudante A97 – “Não sei”

Estudante A102 – “Não tenho opinião”

Categoria 2:

Estudante A88: “Ainda não tive”

Estudante A92: “Ainda não tive contato com tais aulas”

Categoria 3:

Estudante A81 – “Sim, métodos mais interativos seriam mais eficientes”

Estudante A89 – “Trabalhar prática com questões dinâmicas e interativas para melhorar o aprendizado”

Para essa categoria, as metodologias mais citadas pelos discentes foram: discussão de casos clínicos, indicação de livros, PBL, filmes e documentários, além de simulações.

Categoria 4:

Estudante A86: “Abordar esse tema mais vezes e discuti-lo mais”

Estudante A94: “Tratar por meio de filmes, documentários e abordar mais na aula”.

Os alunos do 12º período responderam que preferiam (em 28,6%) a utilização de metodologia ativas:

Estudante A209: “Possuir mais metodologia ativa”.

Estudante EA212: “Talvez mais interativas com visitas”.

Também se observou a necessidade de abordagem mais vezes, ao longo do curso:

Estudante A206: “Mais formas de abordagem do assunto.”

Para a pergunta 14, “Quais conteúdos você gostaria de estudar sobre o tema bioética nos cuidados paliativos?”, quatro alunos (16% das respostas) do 1º período não responderam, enquanto que todos os alunos do 12º período responderam. As respostas foram classificadas em quatro categorias: Categoria 1: eutanásia, distanásia e fim de vida; Categoria 2: conflitos; Categoria 3: aspectos emocionais e psicológicos; Categoria 4: não sei.

Assim, as respostas se concentraram para o 1º e 12º períodos na categoria 1:

Estudante A81: “Formas de não prolongar o sofrimento do paciente, prestando os cuidados paliativos e a relação com a família do paciente”

Estudante A104: “A possibilidade de legalização de aborto e eutanásia”.

Assim como verificou-se estudantes que responderam com dúvidas:

Estudante A84: “Como lidar com as dores de transmitir uma má notícia”.

Estudante A90: “Não sei se é um conteúdo desse tema mas gostaria de ver a parte psicológica por trás de todo tratamento e suas influências”.

Para a pergunta 15, “O que você entende por boa morte?”, todos os alunos, tanto do 1º quanto do 12º período, responderam. Todas as respostas classificaram a boa morte como uma morte sem dor, sem sofrimento, que preserve a dignidade da pessoa. Porém, um dos alunos do 1º período (A101) classificou também como eutanásia e um dos alunos do 12º período (A212) incluiu a morte fora do ambiente hospitalar.

A pergunta 16, “O que você entende por obstinação terapêutica?”, sete alunos (25%) do 1º período não responderam, enquanto apenas um aluno (14,3%) do 12º período não respondeu. As categorias formadas com base nas respostas dadas pelos alunos foram: Categoria 1: Não sei ou não conheço; Categoria 2: Alívio do sofrimento ou tratamento não ligado à doença; Categoria 3: Tratamento experimental; Categoria 4: Tratamentos desnecessários ou não ofertar o tratamento necessário.

Os estudantes do 1º período responderam não saber ou não conhecer o termo (28%). Outras respostas foram:

Estudante A83: “O tratamento que não está ligado à doença”.

Estudante A84: “Algo para amenizar o sofrimento do paciente”.

Estudante A91: “Creio que é um tratamento radical, muitas vezes experimental, fornecido a um paciente terminal”

Estudante A92: “Seria uma forma alternativa de tratamento, porém não tenho

conhecimento sobre o assunto”

Estudante A96: “Tratamento fútil/inútil”.

Estudante A98 – “Não usar o máximo de conhecimentos e tratamentos àquela pessoa”

Com relação aos estudantes do 12º período, dois (28,6%) responderam diferentes do “não sei” ou “não conheço”:

Estudante A205: “Processo de condutas”.

Estudante A210: “Distanásia”.

Para a pergunta 17, “Em suas atividades práticas, você já viu ou participou do cuidado de algum paciente em situação de terminalidade no contexto da Atenção Primária à Saúde? Se sim, descreva a situação.”, quatro alunos (24%) do 1º período não responderam enquanto que todos os alunos do 12º período responderam.

Dentre os alunos do 1º período e respondentes, todos (84%) responderam que nunca viram ou participaram do cuidado de um paciente em terminalidade na Atenção Primária à Saúde. Dentre os alunos do 12º período, apenas um (14,3%) relatou já ter participado de tal situação:

Estudante A205 – “Sim, paciente metastático que apresentava alteração de consciência.”

Com relação à pergunta 18, “Em suas atividades práticas, você já vivenciou algum problema bioético relacionado a pacientes em terminalidade na Atenção Primária à Saúde? Se sim, descreva:”, cinco alunos do 1º período (20%) não responderam. Já os do 12º período, todos responderam à questão.

Entre os alunos respondentes do 1º período, todos os vinte (80%), ou seja, disseram ainda não ter vivenciado tal situação. Já entre os alunos do 12º período, apenas dois (28,6%) responderam afirmativamente à questão:

Estudante A206 – “Sim. Quebra de sigilo do prontuário.”

Estudante A212 – “Paciente que quando um paciente, digo, a família de um paciente se recusou a morte em casa e optou pela internação.”

Com relação à pergunta 20, “Se pudesse escolher, optaria por participar deste tipo de cuidado ou não? Por quê?”, dezessete alunos do 1º período (68%) responderam que sim, quatro (16%) que não, três (12%) não responderam e um (4%) respondeu que talvez. As respostas foram diferentes para os alunos do 12º período: quatro (57,2%) responderam que sim e três (42,8%) responderam que não. Todos os alunos do 12º período responderam à questão.

As categorias de respostas que foram criadas para as respostas ‘Sim’ foram: Categoria

1: Confortar paciente e família; Categoria 2: Ter interesse na área, adquirir experiência ou carência profissional na área; Categoria 3: Por ser dever do médico; Categoria 4: Diminuição do sofrimento do médico. Para a resposta “Não”, foram descritas duas categorias: Categoria 1: Sofrimento emocional do médico; Categoria 2: Ausência de interesse na área.

Para o 1º período, com relação às respostas ‘Sim’, a categoria 1 obteve 32% das respostas:

Estudante A84 – “Sim, pois fazemos medicina para tentar deixar as pessoas melhores possíveis e quando se curar já não é uma opção, dar o máximo de conforto e atenção é o mínimo que podemos fazer”

Estudante A99: “Sim, porque eu acho que promove maior cuidado e conforto com o paciente”

Para o 1º período, com relação às respostas ‘Não’, a categoria 1 obteve 12% das respostas:

Estudante A88: “Não. Porque também afeta emocionalmente o médico”

Estudante A91: “Não. Porque é muito triste ver pessoas sofrendo e não poder fazer algo significativo por elas”

Estudante A93: “Não, pois representa um risco emocional forte para o profissional da saúde, logo deve ser exercido somente pelo profissional emocionalmente preparado”

Os estudantes do 12º período, com relação às respostas ‘Sim’:

Estudante A205: “Sim, pela ação e respeito à morte natural.”

Para o 12º período, com relação às respostas ‘Não’:

Estudante A210: “Não optaria, pois considero uma parte melancólica da medicina.”

Estudante A206: “Não. Não me interessa pela área”.

Estudante A212 – “Não, porque não é uma área que me interessa, pois não vê melhora no paciente, digo, sem cura.”

Para a pergunta 22, “Você acha que a Atenção Primária à Saúde é um nível de atenção adequado para a prestação dos cuidados paliativos? Por quê?”. As respostas obtidas foram categorizadas em cinco: Categoria 1: Não sei; Categoria 2: Proximidade do paciente; Categoria 3: Nível de atenção preventivo ou menos complexo; Categoria 4: Atendimento domiciliar; Categoria 5: Necessidade de cuidados mais específicos ou complexos.

Os estudantes do primeiro período têm pouca vivência na prática assim, 28% disse não saber. Muitas respostas foram dispersas, exemplos, a seguir:

Estudante A81: “Sim, pois está mais próxima do paciente”

Estudante A99: “Sim, pois promove maior interação médico/ paciente podendo ter maior atenção caso o paciente precise de cuidados paliativos”

Estudante A98: “Não, pois ela foca mais na prevenção”

Estudante A93: “Sim, pois muitos pacientes terminais prefeririam receber seu atendimento em casa com seus entes queridos do que em um hospital”

Estudante A91: “Não. Porque os cuidados paliativos necessitam de maior cuidado devido à complexidade”

Para o 12º período, os estudantes se dividiram com relação ao sim por questões de proximidade e acesso do paciente ou longitudinalidade (42,8% das respostas):

Estudante A205: “Sim, pois participa diretamente do cuidado continuado.”

Estudante A206: “Sim. Visto que está no território do paciente, atende e conhece a família, podendo dar melhor apoio.”

Estudante A212: “Com certeza, acredito que o mais adequado, pois prestaria os cuidados paliativos em casa e tendo maior proximidade com o paciente, acredito que traria mais conforto para o paciente e sua família.”

Estudante A209: “Acho que pode ser adequado, desde que haja capacitação dos médicos.”

Estudante A210: “Acredito que não, pois os cuidados seriam melhores em um hospital/clínica própria para tal. Para promover controle/ suporte necessário apesar de retirar o paciente do conforto de casa.”

## **8 DISCUSSÃO**

A discussão dos resultados deste trabalho se inicia pela análise das falas dos alunos. A avaliação das respostas dos alunos às perguntas do questionário foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, supracitada.

Percebeu-se, por meio da nuvem de palavras, que os alunos do 1º período associaram os cuidados paliativos à palavra empatia, enquanto que os do 12º período citaram palavras como dignidade, assistência, cuidado, precário, importante, além da empatia. Esse fato pode estar relacionado a estes já terem tido uma oportunidade maior de contato com a temática ou mesmo com casos reais, trazendo à tona uma maior diversidade de conceitos relacionados a este universo.

O conceito de ética não foi unânime entre os alunos, que o associaram, de forma desigual ao conjunto de comportamentos, ações ou condutas; ao conjunto de regras morais, princípios e valores; à ação de acordo com código de ética. Deve-se levar em conta que a

disciplina de Ética médica é ofertada no 5º período, e, portanto, os alunos do 12º período já a cursaram, motivo pelo qual pode-se inferir que algumas das respostas tenham ido ao encontro desta categoria, ao contrário do 1º período, onde apenas 8% das respostas se encaixaram nela.

A vinculação da palavra ética ao conjunto de regras vigentes para evitar conflitos em sociedade é a que é mais compreendida pelo senso comum. Porém, seu significado técnico relaciona-se ao estudo das fundamentações para determinados comportamentos. A associação com o código de ética médica é esperada, tendo em vista que o mesmo dita a atuação profissional no cotidiano da prática médica, com base em valores e princípios que se põem a ser inquestionáveis (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2020).

Para o conceito de bioética, a maior parte das respostas dos alunos do 1º período esteve incluída na categoria respeito à vida (32%), seguida da categoria ética da saúde, dos profissionais de saúde ou da área da saúde (28%), da categoria ética da pesquisa científica ou de suas normas (24%) e da categoria ética do ambiente, do meio-ambiente (8%). Percebe-se, assim, uma predominância dos conceitos de valorização da vida, da deontologia médica e da ética em pesquisa, em detrimento de conceitos mais ampliados de ética, como a ambiental. Já para as respostas dos alunos do 12º período, a maioria das respostas foi dividida entre três categorias: ética da saúde, dos profissionais de saúde ou da área da saúde (57,1%), ética do ambiente, do meio-ambiente (14,3%) e ética da pesquisa científica ou de suas normas (14,3%). Ressalta-se também que 14,3% dos alunos do 12º período e 4% dos alunos do 1º período disseram não saber responder. Embora possa-se ser um pouco mais condescendente com os alunos do 1º período, pois ainda não cursaram a disciplina de Ética, talvez, o que explique o não saber dos alunos do 12º período possa ser a falta de transversalidade do tema ao longo da matriz curricular, tendo em vista que, certamente, os alunos têm acesso ao tema por meio do dito currículo oculto em suas práticas. Além disso, observa-se também o predomínio de associação do conceito com a deontologia médica em ambos os grupos de alunos, talvez pela forma e conteúdo que permeiam a abordagem do tema no decorrer da graduação médica.

De acordo com Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2020), o conceito de bioética não está atrelado apenas à prática em saúde, mas também a uma preocupação com seres humanos, animais e meio ambiente. Com isso, pode-se lançar mão do conceito de bioética elaborado por Potter (1970), em que esta seria uma ponte entre humanidades e ciências da natureza. Ainda para Rego, Palácios e Siqueira-Batista:

Embora ainda haja os que percebem a bioética como mera extensão da



ética médica, ela pode ser definida como o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar. Outra forma de defini-la é dizer que a bioética se preocupa em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidade dos seus ambientes, e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores. (PALÁCIOS; REGOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2020, p. 32)

No entanto, não foram encontradas respostas que possuam essa visão entre os questionários analisados.

Com relação aos conceitos de bioética conhecidos pelos alunos, 12% dos alunos do 1º período disseram não saber. No entanto, a maioria deles (72%) respondeu os quatro princípios elencados por Beauchamp e Childress: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. O mesmo não ocorreu em relação ao 12º período, em que apenas 14,3% das respostas foi enquadrada nesta categoria. Para este grupo, 42,8% dos respondentes disse não saber e 42,9% das respostas se enquadraram na categoria outros. Mais uma vez, essas respostas podem estar relacionadas à ênfase que é dada na discussão do tema no curso, sem apresentar as outras correntes bioéticas que não a principialista, ou mesmo na forma de abordagem, que talvez não desperte o interesse dos alunos.

Em Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2020), são apresentadas variadas correntes bioéticas para além do principialismo, como a ética utilitarista, a ética do cuidar, a bioética da proteção além de uma condensação de outras teorias que se propõem a auxiliar na construção de alicerces argumentativos para a tomada de decisão em saúde. Na análise dos questionários, não foi encontrada nenhuma menção dos alunos a outras teorias bioéticas que não a principialista. Dessa forma, seria interessante avaliar a ementa da disciplina de Ética médica para assim pontuar sugestões que abarcassem essas teorias, tendo em vista a importância delas para a composição da chamada caixa de ferramentas da bioética, conceito proposto por Rachels (1998) (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2020).

Boa parte dos alunos, tanto do 1º (40%) quanto do 12º período (42,8%) relacionou os cuidados paliativos à categoria alívio do sofrimento, melhora da qualidade de vida, o que está condizente com o conceito que hoje é definidor desse tipo de cuidado. Apesar disso, para 40% dos alunos do 1º período e 28,6% dos alunos do 12º período o tema foi associado a categoria pacientes fora de possibilidade ou sem cura, representando como o tema é ainda mal compreendido mesmo dentro da área da saúde e ligado à ideia de ausência de expectativa de qualquer abordagem que não a curativa, conforme exposto por Carvalho et al (2018).

Complementando essa visão, todos os alunos, de ambos os grupos estudados responderam que os cuidados paliativos são destinados a pacientes terminais ou incuráveis, com alguns citando doenças como câncer, Alzheimer e AIDS. Alguns, no entanto, deixaram transparecer em suas respostas a concepção de escassez de disponibilidade de recursos, o que também é uma ideia errônea tendo em vista que, embora possa, de fato não existir mais recursos terapêuticos visando a cura desses pacientes, muito se pode fazer para proporcionar conforto e qualidade de vida nesse contexto.

Já com relação ao que entendem por problema bioético, as respostas dos alunos respondentes foram bem variadas e divididas em 7 categorias. O 1º período teve uma distribuição de respostas entre Conflitos ou desrespeito aos princípios da bioética; Desrespeito à vida; Ações antiéticas em pesquisas científicas; Infração da deontologia médica; Conflitos entre o ponto de vista do médico e do paciente e Problemas éticos ou morais. Já as respostas dos alunos do 12º período foram menos distribuídas entre as categorias, tendo a maioria relacionando à Infração da deontologia médica, Ações que desrespeitam as leis e Problemas éticos ou morais. Pode-se inferir que, pela proximidade com o término do curso, os alunos preocupam-se mais com a possibilidade de serem processados, daí o predomínio das respostas entre as categorias que abrangem a deontologia médica e o descumprimento das leis, deixando um pouco mais de lado outras questões que foram sinalizadas pelos alunos do 1º período. No entanto, essas inferências precisariam ser investigadas mais a fundo.

Com relação a pergunta sobre os problemas bioéticos que os alunos enxergavam na prestação dos cuidados paliativos na APS, vale a pena ressaltar alguns pontos importantes: os do 1º período responderam perceber uma violação dos princípios da bioética (12%), como a justiça e a autonomia; eutanásia (16%); e desumanização do cuidado (16%), quando há predomínio do interesse financeiro em detrimento do paciente e a falha em proporcionar conforto e qualidade de vida. Vale ressaltar que as respostas enquadradas na categoria eutanásia pareciam não ter ciência que procedimentos deste tipo não são permitidos no Brasil. Por outro lado, para 57,1% dos alunos do 12º período, não foi percebido nenhum problema bioético; 14,3% disse enxergar uma violação aos princípios da bioética; e 16% relatou outros problemas, como a falta de infraestrutura da rede pública para absorver e tratar adequadamente esses pacientes.

Conforme já pontuado por Vidal et al (2014), muitos são os problemas bioéticos que podem ser encontrados na APS, como por exemplo a não preservação do sigilo, da confidencialidade e da privacidade do usuário; o desrespeito e falta de companheirismo

entre os profissionais entre outros. Esses problemas também estão presentes quando há necessidade de prestação dos cuidados paliativos na APS e são engrossados por outros: dificuldades no trabalho em equipe, ausência de apoio dos serviços de maior complexidade (QUEIROZ, 2013), rede de saúde desarticulada, escassez de insumos, capacitação inadequada dos profissionais (CARVALHO et al, 2018).

Em relação ao interesse dos alunos pelo tema bioética aplicada aos cuidados paliativos, a maioria dos alunos do 1º período e do 12º período disseram que sim. As justificativas para essas respostas foram variáveis, compreendendo desde interesse pela área de atuação à possibilidade de ter de tratar alguém nessas condições futuramente. Já as respostas negativas relacionaram-se mais à falta de contato com o tema e mesmo falta de interesse. Pode-se perceber que os alunos constatarem que, embora possam não ter interesse pelo tema, inevitavelmente irão ter contato a qualquer momento de suas carreiras profissionais com pacientes elegíveis para cuidados paliativos, e, portanto, precisam estar prontos para atuar. Além disso, destaca-se também que algumas respostas demonstram o interesse dos alunos em conhecer mais os princípios da bioética, ainda que considerem que os mesmos sejam fechados a questionamentos e discussões.

No que tange à formação médica, as disciplinas citadas pelos alunos que abordaram as temáticas Bioética, Cuidados Paliativos e Atenção Primária à Saúde ao longo do curso foram: Iniciação à Prática Médica, Cidadania e responsabilidade social, Educação e Comunicação em Saúde, Ética e Bioética, Medicina Legal e Cuidados Paliativos. No entanto, a pesquisadora não teve acesso à ementa das disciplinas para explorar a abordagem dos temas e as metodologias utilizadas para tal. Apesar disso, os alunos também citaram como metodologias empregadas nessas disciplinas a Aula expositiva, a Discussão de casos clínicos, os filmes, o PBL, o Brainstorming, o Júri simulado e a Literatura. Percebe-se, assim, um predomínio de metodologias de ensino que fogem do tradicional, provavelmente com o intuito de tornar a aprendizagem mais ativa e significativa para o aluno, conforme o que é exposto no PP do curso. Apesar disso, alguns alunos do 1º período (44%) e do 12º período (28,6%), quando perguntados o que achavam que poderia melhorar nessas disciplinas, relataram que desejavam ter mais contato com as metodologias ativas de aprendizagem e que o tema precisava ser abordado mais vezes ao longo do curso (8% dos alunos do 1º período e 28,6% dos alunos do 12º período). Vale enfatizar ainda que uma das respostas de um aluno do 12º período (A211) sinalizou a necessidade de aumentar os créditos das disciplinas, o que obrigaria os alunos a estudarem mais.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem vêm revolucionando o ensino da medicina no Brasil. Seu mote é tornar os alunos protagonistas de seu aprendizado, além de também permitir, por exemplo, a criação de situações-problema comuns à prática médica e que trazem a possibilidade de simulações, inclusive, integrando diversas disciplinas, com base no modelo construtivista de ensino (BEZERRA et al, 2020).

O saber construtivista requer respeito aos saberes dos educandos, conceito proposto por Freire (2019), que propõe o estabelecimento de uma “intimidade entre a experiência social dos alunos e os saberes curriculares fundamentais”. O autor ainda desconstrói a concepção de que ensinar é transferir conhecimento, mas traz a crítica de que precisa ser vivido e experienciado, o que vai ao encontro da discussão na literatura sobre a importância das atividades práticas precoces no ensino da medicina.

Nesse ínterim, Novikoff e Cavalcanti (2015) trazem luz à reflexão sobre a aprendizagem significativa, sob o referencial teórico de Spinoza. Para este autor, a potência para a ação pode ser aumentada ou diminuída a partir do encontro entre dois corpos – neste trabalho, o encontro entre o professor e o aluno, afetando a ambos mutuamente. Quando o afeto atua positivamente sobre o indivíduo, haveria a possibilidade de expandi-lo, na medida de sua racionalidade, pois, por meio de atitudes racionais, o ser humano pode priorizar a busca por encontros alegres.

Com isso, o desafio que se apresenta quanto ao ensino da medicina e que pode ser suprimido por meio das metodologias ativas de ensino-aprendizagem é o de possibilitar o encontro do aluno com os conteúdos programáticos que gere um afeto positivo e, portanto, alegria, emancipação e satisfação, conforme postulado por Novikoff e Cavalcanti (2015).

Quanto aos conteúdos que os alunos disseram ter vontade de estudar relacionados ao tema bioética em cuidados paliativos, 44% dos alunos do 1º período disseram ser eutanásia, distanásia e fim de vida; 12% aspectos emocionais e psicológicos; 8% conflitos. Já para os do 12º período, 71% das respostas foram eutanásia, distanásia e fim de vida; 28,6% disseram não saber. Percebe-se, portanto, que há uma curiosidade sobre conteúdos relacionados ao final de vida, mas que também há, principalmente entre os alunos do 1º período, curiosidade quanto à dimensão emocional desse tipo de cuidado, o que não foi encontrado nas respostas dos alunos do 12º período.

O conceito de boa morte foi uma unanimidade entre os alunos quanto à preservação da dignidade e da ausência de sofrimento. No entanto, um dos alunos relacionou-a com a eutanásia, demonstrando mais uma vez que não ficou claro que esse procedimento não é permitido no país. Além disso, houve também associação com uma morte extramuros do

hospital, que é um conceito que vem sendo construído lentamente, principalmente no Brasil. Quanto à eutanásia, a mesma é vedada não apenas legalmente como no Código de Ética Médica (2019), em seu Capítulo 5: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

Quanto ao conceito de obstinação terapêutica, houve uma confusão dos alunos, tanto do 1º quanto do 12º período, quanto ao seu significado, sendo as respostas categorizadas por: Alívio do sofrimento ou tratamento não ligado à doença; Tratamento experimental ou eutanásia; Tratamentos desnecessários ou não ofertar o tratamento necessário; e com muitos alunos respondendo não saber do que se trata. Para a primeira categoria, “Alívio do sofrimento”, pode-se estabelecer um paralelo com o escrito no Capítulo I – Princípios Fundamentais:

Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade” (p. 15) e “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 (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2019, p. 17)

E no Capítulo 5 – Relação com pacientes e familiares:

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 (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2019, p. 27)

Percebe-se, dessa forma, que de fato é necessária uma abordagem mais transversal e que seja significativa para os temas supracitados. Isso inclui, também, a inserção dos alunos nos cenários de prática adequados, tendo em vista que apenas um aluno do 12º período disse ter participado de tais cuidados no contexto da APS. Além disso, é importante frisar apenas dois alunos do 12º período identificaram algum problema bioético relacionados a pacientes em terminalidade na APS, sendo uma resposta sobre quebra de sigilo do prontuário e outra sobre a negação pela família, da morte domiciliar de um paciente, o que levou a sua internação hospitalar.

Com relação ao interesse em participar deste tipo de cuidado, houve justificativas variadas tanto para o sim quanto para o não. O sim precedeu a vontade de confortar o paciente e sua família; ter interesse, adquirir experiência na área ou mesmo pela carência de profissionais capacitados na área; por encararem como dever profissional; para diminuir o sofrimento do médico. Já o não veio sucedido por respostas como o sofrimento

emocional do médico e a ausência de interesse. Mais uma vez, percebe-se que a dimensão emocional se faz presente nas respostas dos alunos, demonstrando a preocupação dos mesmos com o sofrimento psíquico que a profissão pode trazer. Além disso, reforça-se a vontade de poder atuar confortando e dando atenção ao paciente e sua família nesses momentos de sofrimento.

Dentre as respostas dos alunos do 1º período, 44% acha que os médicos de família e comunidade são competentes para fornecer os cuidados paliativos. Desses, 12% devido à proximidade com a população e seu contexto; 8% porque acompanha todos os ciclos de vida; 8% porque realiza atendimento domiciliar; 16% porque possuem formação adequada. Dentre os alunos do 12º período, as respostas foram mais distribuídas. Os que responderam sim justificaram da seguinte forma: 14,3% pela proximidade com a população e seu contexto; 14,3% porque acompanha todos os ciclos de vida; 14,3% porque realiza atendimento domiciliar; 14,3% porque é um dever profissional (deontologia médica); 28,5% porque possuem formação adequada. Para esse grupo de alunos, 14,3% disse achar que os médicos de família não são os mais habilitados para esse tipo de cuidado pois não possuem uma formação adequada. Essa é uma ideia que é bastante presente até mesmo no meio médico, pois, de uma forma geral, os médicos de família são vistos como profissionais não especialistas e que apenas poderiam atuar em cuidados básicos. Contribuem para essa concepção a não exigência de título de especialista/residência médica para atuar na área, o não investimento dos gestores em capacitação profissional adequada e mesmo a deficiência de abordagem do assunto nas graduações e pós-graduações (CARVALHO et al, 2018).

Outrossim, essa mesma visão é estendida à APS, como um nível de atenção para o qual a inserção dos cuidados paliativos seria inadequada. Com relação às respostas dos alunos, elas se alternaram: devido à proximidade e acesso do paciente ou longitudinalidade; por ser um nível de atenção preventivo ou menos complexo – essa justificativa tanto para respostas sim como para não; atendimento domiciliar ou necessidade em todos os níveis de atenção – aqui também para ambas as respostas; pela necessidade de cuidados mais específicos ou complexos. Interessa apontar que fica claro, também para os alunos, da importância que a APS pode ter na prestação dos cuidados paliativos, que os cuidados paliativos devem ser inseridos em todos os níveis de atenção à saúde, que a longitudinalidade e a visita domiciliar são ferramentas importantes nesse contexto e que é preciso que haja capacitação profissional e investimento em recursos para que a APS exerça esse papel com maior segurança e resolutividade.

## 9 CONCLUSÕES

O ensino da bioética e dos cuidados paliativos é cada vez mais uma necessidade da escola médica. No entanto, a formação em bioética é uma discussão corrente desde as DCN de 2001. Apesar de terem se passado 20 anos, percebe-se que os estudantes, embora inseridos em currículos que não se dizem tradicionais, têm pouco contato com a abordagem dialógica e democrática para a construção de competências morais para a prática médica.

A caixa de ferramentas da bioética precisa ser fortalecida em termos de continuidade e longitudinalidade, a fim de aproximar os estudantes do campo da bioética, e assim, permitir que identifiquem, descrevam e busquem posteriormente a solução dos problemas complexos que envolvem o cuidado dos pacientes na APS, sobretudo àqueles que necessitam de cuidados paliativos. Neste trabalho, esses pontos foram levantados pela observação da dificuldade dos alunos em definir e explicar conceitos pertinentes à ética, à bioética e aos cuidados paliativos, em compreender a quem os cuidados paliativos se destinam e em perceber os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na APS.

A mitigação desses impasses pode se dar por meio da conscientização das instituições e dos responsáveis pelas disciplinas, entendendo o tema como transversal a todas as cadeiras médicas e não como uma disciplina isolada e pontual inserida em um único período. Isso ficou claro pela própria reivindicação dos alunos em propor que a temática fosse mais abordada ao longo do curso e que valesse mais créditos dentro do currículo.

O ensino da bioética e a complexidade de suas interações no campo da APS são ainda um grande desafio para todos que desejamos oferecer um cuidado de fim de vida digno para os pacientes. Portanto, espaços de discussão dos desafios encontrados nessa jornada devem ser estabelecidos e incentivados para trocas de experiências e, porque não, para a elaboração de estratégias de enfrentamento da invisibilidade desta temática na área da saúde.

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem são uma ferramenta de auxílio no desenvolvimento de práticas pedagógicas mais democráticas e que valorizem a alteridade e a criticidade, suscitando a reflexão dos estudantes e a estruturação de conhecimentos sólidos e significativos. Neste trabalho, observa-se que a utilização de metodologias ativas é algo demandado pelos próprios alunos, que reconhecem sua importância como experiência pedagógica.

Conforme demonstrado por este trabalho, é importante a iniciativa de fomentar a

educação permanente em Bioética para os profissionais de saúde, também como forma de alicerçar o aprendizado e embasar a prática em saúde. Na APS, isso pode se dar por meio de oficinas ou capacitações periódicas. Nesse sentido, igualmente significativa é a compreensão dos gestores e responsáveis técnicos da relevância do tema, bem como da sensibilização dos profissionais para tais questões.

Por fim, apesar das limitações deste trabalho, que avaliou uma escola médica, retratando um estudo de caso, que pode ser particular, levanta-se a possibilidade hipotética, a partir das respostas dos estudantes, da necessidade de ampliação da discussão dos cuidados paliativos, mas mais ainda, dos aspectos bioéticos dos cuidados paliativos, problema crescente e tão invisível para muitos profissionais de saúde em formação e já formados.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. 5ª edição – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABREU, L. M. **O lugar da Pedagogia em Spinoza**. In: Filosofia e Educação. Uberlândia, MG, v. 5, n. 1, p. 8-24, 2013.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP realiza pesquisa sobre a nova definição de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/ancp-realiza-pesquisa-sobre-sobre-a-nova-definicao-de-cuidados-paliativos/>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2019.

ANDRADE, L. **Interdisciplinaridade como modelo efetivo de intervenção**. In: YAMAGUCHI, A.M. et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010, p.11-26.

\_\_\_\_\_. **Residência: morada da vida e da morte**. In: YAMAGUCHI, A.M. et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010, p. 307-317.

AZEVEDO, I.C. de et al. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 119-127, 2014.

AZEVEDO, C. et al. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51. São Paulo, 2017.

BALIZA, M.F. et al. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, Número Especial 2, p. 13-18, 2012.

BARCLAY, S. et al. An Important But Stressful Part of Their Future Work: Medical Students' Attitudes to Palliative Care Throughout Their Course. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 49, n. 2, p. 231-42, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2008.

\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229

BEZERRA, Kévia Katiúcia Santos; MACHADO FILHO, João Ananias; AZEVEDO, Livia Maria Costa; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares; BEZERRA, Anne Milane Formiga; LEITE, Eliane de Sousa; BATISTA, Hermes Melo Teixeira. Metodologias Ativas no Contexto do Ensino Médico no Brasil. **Revista Multidisciplinar & Psicologia**, vol.14, n.51, p. 393-407. ISSN: 1981-1179.

BORGSTROM, E. et al. Learning to care: medical students' reported value and evaluation of palliative care teaching involving meeting patients and reflective writing. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v. 2, p. 9-16, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v. 2, p. 15-16, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**, p.127. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 225, 23 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 2217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, 2019.

CAMARGO JR, K. R. de. A Biomedicina. **PHYSIS**, v. 15, Suplemento, p. 177-201, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARVALHO, G. A. F. de L. et al. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da Atenção Primária. **Texto contexto**, v. 27, n. 2., 2018.

CASADO-MEJÍA, R.; RUIZ-ARIAS, E. Estrategias de provisión de cuidados familiares a personas mayores dependientes. **Index de Enfermería**, v. 22, n. 3, p. 142-146, 2013.

CENTENO, C. et al. Palliative care and the arts: vehicles to introduce medical students to patient-centred decision-making and the art of caring. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 257, p. 1-10, 2017.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VALENÇA. **Medicina**. Disponível em: <<https://cesva.edu.br/cursos/medicina>>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019/Conselho Federal de Medicina, 2019.

COMBINATO, D.S.; MARTINS, S.T.F. Necessidades da vida na morte. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 869-880, 2017.

\_\_\_\_\_. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 433-441, 2012.

CORRÊA, S. R. et al. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-8, 2017

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. **Projeto de Pesquisa – entenda e faça**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2011, p.19-58.

CUPELLO, M. P. Faculdades em Valença. **Revista Chafariz**, ed. Especial, Valença, RJ, p. 5.

DAMASCENO, R. F.; SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 9, p. 1-8, 2018.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, p. 55-57; 103-109, 2002.

DIAS, L.C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 221-232.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de abordagem familiar. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade / Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.)**. Porto Alegre: Artmed. Panamericana editora, 2006, p. 11-41.

FERREIRA, R. C. et al. Ethical relationship in Primary Health Care: the experience of medical students. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p.1533-40, 2009.

FERREIRA, DC et. al. A bioética na tomada de decisão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 3, p. 479-485, 2015.

FORBAT, L. et al. Supporting the provision of palliative care in the home environment: a proof-of-concept single-arm trial of a Palliative Care Education Package (PrECEPt). **BMJ Open**, v. 6, n. 10, p. 1-9, 2016.

FOUCAULT, M. O Nascimento da clínica. 1ª edição brasileira. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 59ª edição.

Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GAEBLER, C.; LEHMANN, L.S. Fostering student engagement in medical humanities courses. **Virtual Mentor (American Medical Association Journal of Ethics)**, v. 16, n. 8, p. 595-598, 2014.

GOMES, A.P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

GOMES, C.W.B. O ensino ético dos afetos em Benedictus de Spinoza. **Revista Ideação**, v. 1, n. 35, p. 450-480, 2017.

HUDSON, P. et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. **Psycho-Oncology**, v. 24, n. 1, p. 19–24, 2015.

JOHNSTON, C.; HAUGHTON, P. Medical students' perceptions of their ethics teaching. **Journal of Medical Ethics**, v. 33, n. 7, p. 418-422, 2007.

JUNGES, J. R. Falácia dilemática nas discussões da bioética. **Revista Bioética**, v. 27, n.2, p.196-203, 2019.

KELLEY, M.L. et al. Developing palliative care programs in Indigenous communities using participatory action research: a Canadian application of the public health approach to palliative care. **Annals of Palliative Medicine**, v. 7, Suppl. 2, p. 52-72, 2018.

LASMARIAS, C. et al. Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. **Revista FEM - Revista de la Fundación Educación Médica**, v. 16, n. 3, p. 159-165, 2013.

LUZ, M. T. Introdução. In: LUZ, M. T. et al. (Org.). **Primeiro seminário – Projeto Racionalidades Médicas**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1992.

MARCHI, J.A. et al. Significado de ser cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto contexto**, v. 25, n. 1, 2016.

MARCUCCI, F.C.I. et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24,

n. 2, p. 145-152, 2016.

MARCUCCI, F.C.I. e cols. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 51, 2016.

MCBAIN, L. et al. "I wanted to communicate my feelings freely": a descriptive study of creative responses to enhance reflection in palliative medicine education. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 180, p. 1-8, 2015.

MECHELEN, W.V. et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 2, p. 197-208, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENEGUIN, S; RIBEIRO, R; FERREIRA, MLSM. Conforto de cuidadores formais e informais de pacientes em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, v. 17, n. 6, p. 797-803, 2016.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto**, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2016.

MERÇON, J. **Aprendizado ético-afetivo**: uma leitura spinozana da educação. Campinas, SP: Alínea, 2009.

\_\_\_\_\_. O desejo como essência da educação. **Filosofia e Educação**, v. 5, n. 1, p. 25-51, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S.

(Org.). **Pesquisa Social** – Teoria, Método e Criatividade. 23ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66.

NOGALES, J. V. Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. **Revista Pediatría Atención Primaria**, v. 17, n. 66, p. 171-183, 2015.

NOVIKOFF, C; CAVALCANTI, M. A. P; Pensar a potência dos afetos na e para a educação. **Conjectura: Filosofia e Educação**, v. 20, n. 3, p. 88-107, 2015.

OLIVEIRA, J.R.; FERREIRA, A.C.; REZENDE, N.A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

OLIVEIRA, J.R. et al. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 364-373, 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa**: Atenção primária de saúde. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843)>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, EVIDENCE AND INTELLIGENCE FOR ACTION IN HEALTH DEPARTMENT; HEALTH ANALYSIS, METRICS AND EVIDENCE. **Health Situation in the Americas: Core Indicators 2018**. Washington, D.C., United States of America, 2018.

PAPANIKITAS, A.; SPICER, J.; MCKENZIE-EDWARDS, E.; MISSELBROOK, D. 4th annual primary care ethics conference: ethics education and lifelong learning. **London Journal of Primary Care**, v. 6, n. 6, p. 164-168, 2014.

PASTRANA, T.; TORRES-VIGIL, I.; DE LIMA, L. Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 10, p. 1231–1238, 2014.

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

PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO/FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA: Resolução/CEPE nº 33 de 01 de setembro de 2017, Valença, 2017.

QUEIROZ, A.H.A.B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013.

REGO, S. Reflexão sobre o processo de formação ética dos médicos. **Cadernos da ABEM**, v. 1, n. 1, p. 28-9, 2003.

REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

REGO, S.; PALACIOS, M. Contribuições para planejamento e avaliação do ensino da bioética. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 234-43, 2017.

RICHMAN, E. Family as the primary caregiver: palliative care in the Golan Heights. **BMJ Case Reports**, 2015.

ROCKER, G.; DOWNAR, J.; MORRISON, S. Palliative care for chronic illness: driving change. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188, p.17-18, 2016.

SAITO, D.Y.T.; ZOBOLI, E.L.C.P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: *scoping review*. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 593-607, 2015.

SALLES, C.A.; D'ARTIBALE, E.F. O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 666-673, 2011.

SANTOS, C.E.; TEIXEIRA, F.M.; MATTOS, L.F. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, G. (Org.); LOPES, J.M.C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 810-816.

SCHULZ-QUACH, C.; WENZEL-MEYBURG, U.; FETZ, K. Can elearning be used to teach palliative care? – medical students' acceptance, knowledge, and self-estimation of



competence in palliative care after learning. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 82, p. 1-9, 2018.

SCHRAMM, F. R. Diálogo entre o agnosticismo e o universo das religiões: o caso da empatia. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 22, n. 3, p. 407-415, 2014.

SELMAN, L. et al. Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end-of-life care: A focus group study in the UK. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 17, p. 1-9, 2017.

DE SOUZA, H.L. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 349-359, 2015.

SPINOZA, B. **Ética**. 2ª edição, 8. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 95-152.

TAVARES, M. Fundação Educacional D. André Arcoverde. **Revista Chafariz**, v. 1, n. 3, 1992.

TEALDI, J. C. Dicionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

THOONSEN, B. et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 126, 2015.

THOONSEN, B. et al. Timely identification of palliative patients and anticipatory care planning by GPs: practical application of tools and a training programme. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 39, 2016.

VIDAL, SV et. al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**. v. 22, n. 2, p. 347-57, 2014.

VIDAL, SV et. al. A bioética e o trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.38, n. 3, p. 372-380, 2014.

VIEIRA, R.R. et al. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. **Revista Brasileira de**

**Medicina de Família e Comunidade.** v. 11, n. 38, p. 1-7, 2016.

WILES, K. et al. Ethics in the interface between multidisciplinary teams: a narrative in stages for inter-professional education. **London Journal of Primary Care**, Abingdon, v. 8, n. 6, p. 100-104, 2016.

YAMAGUCHI, A.M.; OLIVEIRA, I.B. **Visita pré-óbito:** preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: YAMAGUCHI, A.M. et al. *Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2010, p. 492-509.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO:**

Número do questionário: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Questionário da pesquisa: “PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE OS PROBLEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS AO FIM DE VIDA VIVENCIADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.”

A. Perfil dos participantes
1. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
2. Idade: _____ anos
3. Período da faculdade:
4. Possui outra formação? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

**B. Questionário:**

1. Descreva em uma palavra o pensamento que vem à sua cabeça quando pensa na prestação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde:

---

2. O que você entende por ética?

---



---



---

3. O que você entende por bioética?

---



---

---

4. Quais os princípios de bioética que você conhece?

---

---

5. O que você entende por cuidados paliativos?

---

---

6. A que tipo de pacientes você acha que se destinam os cuidados paliativos?

---

---

7. O que você entende por problema bioético?

---

---

8. Você enxerga algum problema bioético quanto à provisão dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde? Se sim, cite, qual (is)?

---

---

9. O tema bioética aplicada aos cuidados paliativos é um assunto pelo qual você se interessa? Por quê?

---

---

10. Durante a graduação médica, você teve contato com alguma disciplina que abordasse os temas bioética e cuidados paliativos? Qual? (is)?

---

---

---

11. Durante a graduação médica, você teve contato com alguma disciplina que abordasse os temas cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde? Qual? (is)?

---

---

12. Que tipos de metodologias de ensino foram utilizadas nas aulas das disciplinas dos tópicos 10 e 11?

- Aula expositiva                       PBL – Problem Based Learning  
 Portfólios                                 Brainstorming (“tempestade de ideias”)  
 Filmes                                       Júri simulado  
 Literatura                                  Discussão de casos clínicos  
 Outras: \_\_\_\_\_

13. O que você acha que poderia melhorar quanto às metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas nas aulas das disciplinas dos tópicos 10 e 11?

---

---

14. Quais conteúdos você gostaria de estudar sobre o tema bioética nos cuidados paliativos?

---

---

15. O que você entende por boa morte?

---

---

16. O que você entende por obstinação terapêutica?

---

---

17. Em suas atividades práticas, você já viu ou participou do cuidado de algum paciente em situação de terminalidade no contexto da Atenção Primária à Saúde? Se sim, descreva a situação.

---

---

---

18. Em suas atividades práticas, você já vivenciou algum problema bioético relacionado a pacientes em terminalidade na atenção primária à saúde? Se sim, descreva.

---

---

---

19. Houve solução para o problema do item 18? Se sim, descreva:

---

---

---

20. Se pudesse escolher, optaria por participar deste tipo de cuidado ou não? Por quê?

---

---

---

21. Você acha que o médico de família é competente para a provisão dos cuidados paliativos? Por quê?

---

---

---

22. Você acha que a atenção primária à saúde é um nível de atenção adequado para a prestação dos cuidados paliativos? Por quê?

---

---

---

23. Como você se sente ao pensar em ter que lidar com a morte de um paciente terminal?

---

---

---

24. Como você se sente ao pensar em ter que dar notícias ruins a um paciente terminal e/ou sua família?

---

---

---

25. Você se sente preparado para realizar esse tipo de cuidado? Por quê?

---

---

---

26. O que você acredita que deve ser aprendido para cuidar adequadamente desses pacientes?

---

---

---

27. Você acha que cuidar da família, no contexto dos cuidados paliativos, é atribuição do médico? Por quê?

---

---

---

28. Você acha que cuidar da família, no momento de luto, é atribuição do médico? Por quê?

---

---

---

29. O quanto você considera importante para sua prática médica futura o ensino de aspectos bioéticos do fim de vida no contexto da atenção primária à saúde? Por quê?

---

---

---

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE OS PROBLEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS AO FIM DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** desenvolvida por Letícia Campos Barros, discente do Programa de Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Andréia Patrícia Gomes, docente do Programa de Pós-graduação em Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central desta pesquisa é avaliar a percepção dos alunos de medicina desta IES, acerca dos problemas bioéticos relacionados à assistência ao fim de vida na atenção primária à saúde. O convite à sua participação se deve ao fato de o (a) Sr(a) integrar a população-alvo para a pesquisa: alunos do 1º, 6º, 8º e 12º períodos do curso de graduação em Medicina da referida instituição. Sua participação é voluntária, ou seja, ela não é obrigatória, e o (a) Sr(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação. Seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, por simples comunicação verbal – telefone (21) 9673-18109 – ou, se preferir, por e-mail (cb.leticia@yahoo.com.br), sem que sua decisão de não mais participar do estudo implique em qualquer dano ou penalização para sua pessoa. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Para esta pesquisa, a pesquisadora aplicará um questionário aos alunos de períodos selecionados do curso de Medicina desta IES. A sua participação consistirá em responder as perguntas do questionário. Será necessário, no máximo, 30 minutos do tempo dos participantes para responde-lo e será garantido o sigilo e a confidencialidade das informações que estiverem sob a guarda da pesquisadora.

Os riscos relacionados a esse estudo correspondem: ao tempo dedicado para responder ao questionário, o qual pode alterar a rotina de aulas/estudos do participante da pesquisa; ao risco de constrangimento, uma vez que o participante, ao pensar sobre o



problema-alvo da pesquisa, pelo seu caráter relacionado às atitudes e vivências próprias na área da saúde, poderá gerar reflexões e dúvidas acerca do próprio processo de aprendizado.

A pesquisadora, a fim de reduzir os riscos possíveis, manterá o controle do tempo a ser utilizado para o preenchimento do questionário, tentando minimizar ao máximo os possíveis atrasos que tragam prejuízo aos participantes. Com o objetivo de minorar qualquer constrangimento gerado pela análise crítica e reflexiva que suas questões possam determinar, manter-se-á todo o tempo disposta a interromper, ou mesmo a parar definitivamente a aplicação dos instrumentos de pesquisa, acolhendo os participantes em suas dúvidas, reflexões ou quaisquer outras demandas que possam ser trazidas pelo questionário.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas pelo (a) Sr (a): apenas a pesquisadora do projeto, que compromete-se com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso aos seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Em acréscimo, todo material coletado será armazenado em local seguro. As respostas ao questionário serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP. Depois desse período de tempo, eles serão destruídos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O (A) Sr.(a), não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem sua permissão.

Como benefício direto do trabalho, a pesquisadora apontará a todos a importância da participação dos discentes para auxiliar no processo de identificação dos problemas relacionados ao ensino da bioética de fim vida no contexto da atenção primária à saúde. A partir do conhecimento gerado pela pesquisa, poderá haver progresso na compreensão do problema e, por conseguinte, o aprimoramento da grade curricular com vistas ao aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem dos temas abordados, contribuindo para o aprimoramento desta importante dimensão do aprendizado e do trabalho em saúde.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização, pelas vias judiciais, conforme disposto pelo Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão apresentados aos discentes participantes em palestras dirigidas aos mesmos e por meio de relatórios individuais enviados para os mesmos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável e pelo participante no campo destinado a isto, com ambas as assinaturas devendo ser realizadas na última página.

Qualquer dúvida, pergunta ou necessidade de esclarecimento, além destas aqui realizadas, poderão ser sanadas com a pesquisadora responsável, Letícia Campos Barros, pelo telefone (21) 96731-8109, ou ainda com o CEP/ENSP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA pelo telefone (21) 2598-2863 ou pelo e-mail [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br).

Assim, tendo sido esclarecido acerca da pesquisa, seus objetivos, riscos e propósitos é de minha livre e voluntária participação,

Eu, \_\_\_\_\_

Contato telefônico \_\_\_\_\_ ratifico que fui informado dos objetivos, procedimentos e fins da pesquisa “PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE OS PROBLEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS AO FIM DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, de maneira clara e detalhada e que esclareci todas as minhas dúvidas acerca de minha participação. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim desejar, sem qualquer ônus.

Dessa forma, declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE OS PROBLEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS AO FIM DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” e concordo em participar da mesma. Declaro ainda que recebi

uma via original desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual me foi dada a oportunidade de ler, além de ter esclarecidas as minhas dúvidas.

**Pesquisadora Responsável:** Letícia Campos Barros.

**Endereço:** Centro Universitário de Valença (UNIFAA) - R. Srg. Vitor Hugo, 161 - Fatima, Valença - RJ, 27600-000 - CEPABS

**Telefone:** (24) 2453-0700 / (21) 96731-8109

**E-mail:** cb.leticia@yahoo.com.br

Em caso de discordância ou de irregularidades no aspecto ético dessa pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

**CEP/ENSP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA.**

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Valença, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL