

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLA VITÓRIA PEDROSO HERNÁNDEZ

**CUIDADOS PALIATIVOS NA FORMAÇÃO MÉDICA: relato
de experiência e revisão de literatura**

SÃO CARLOS - SP

2024

CARLA VITÓRIA PEDROSO HERNÁNDEZ

**CUIDADOS PALIATIVOS NA FORMAÇÃO MÉDICA: relato de experiência e revisão
de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Medicina da Universidade
Federal de São Carlos, como parte das
exigências para a obtenção do título de médico.

Orientador: Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de
Mattos

São Carlos - SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Hernández, Carla Vitória Pedroso

Cuidados paliativos na formação médica: relato de experiência e revisão de literatura / Carla Vitória Pedroso Hernández - 2024.
29f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Augustus Tadeu Relo de Mattos

Bibliografia

1. Cuidados paliativos. 2. Formação médica. I. Hernández, Carla Vitória Pedroso. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Departamento de Medicina

Folha de aprovação

Assinatura do orientador que avaliou e aprovou o Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda Carla Vitória Pedroso Hernández, no dia 13/11/2024.

Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de Mattos

Universidade Federal de São Carlos

AGRADECIMENTO

A Deus pela oportunidade, privilégio, força, entusiasmo e alegria.

À minha mãe e ao meu pai, grandes exemplos para mim, que nunca mediram esforços e sempre me apoiaram em minhas escolhas, com respeito, dedicação e amor.

À minha madrasta, por sua presença acolhedora e respeitosa, e aos meus irmãos, importante fonte de motivação para que eu busque sempre a minha melhor versão.

Ao meu namorado e companheiro de vida que me acompanhou em todas as fases da graduação e para além dela, pelo amor, carinho, compreensão, confiança e orgulho que sempre depositou em mim. Também a sua família, que me acolheu tão verdadeiramente e sempre me encorajou.

Aos amigos que fiz durante esses 6 anos e àqueles que levo comigo há mais tempo, os quais deixaram toda a trajetória mais leve.

Ao meu grupo de internato “Seven Girls”, intimamente presente nos últimos 2 anos de graduação, pela cumplicidade e apoio, por todos os aprendizados que construímos juntas e pelos inúmeros momentos memoráveis que guardo com carinho.

Ao meu orientador institucional e ao meu orientador de iniciação científica, por todas as suas contribuições para minha formação acadêmica.

Aos professores, médicos preceptores e a equipe multiprofissional do HU-UFSCar, com os quais tive a oportunidade de aprender, na prática, sobre o cuidado com o paciente - exemplos de ética, empatia e compromisso com a evidência científica.

A todos os pacientes com quem tive contato até aqui, que, mesmo em períodos de dor e sofrimento, me permitiram trocas verdadeiras, para além do aprendizado teórico da Medicina.

Por fim, a todos que também contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista.

RESUMO

Nas últimas décadas, seguindo a tendência mundial, censos populacionais vêm demonstrando o aumento da expectativa de vida no Brasil (BIVAR; ABRANTES, 2014). Tal incremento é atrelado a uma crescente representatividade da população com maior idade, sendo previsto que em 2050 a faixa etária acima de 65 anos representará 22,77% do total do país (UNITED NATIONS, 2015). No entanto, o aumento dos anos de vida experienciados não representam, necessariamente, anos vividos livres de doenças. Dessa forma, observa-se aumento das doenças crônicas não transmissíveis na população (BRASIL, 2021). Nesse cenário, faz-se inegável a necessidade da incorporação dos cuidados paliativos na rotina da assistência à saúde, sendo o ambiente da graduação local-chave para consolidar conceitos sobre a temática, essenciais para a prática médica futura. No entanto, a realidade da formação médica ainda parece carecer de um aprendizado mais estruturado, padronizado e aprofundado sobre o assunto. O presente trabalho tem como objetivo explorar as experiências vivenciadas pela discente durante a graduação, com enfoque na temática de cuidados paliativos. Também, objetivou-se uma revisão narrativa da literatura em relação a relevância desse tipo de assistência no cenário epidemiológico atual e futuro, assim como uma discussão acerca de como vem acontecendo o ensino da temática na graduação médica, sob o olhar principalmente dos estudantes. Trata-se de um relato de experiência, com complementação bibliográfica utilizando bases de dados nacionais e internacionais. Conclui-se que a atualização recente das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, realizada pelo Ministério da Educação pode favorecer o cenário da educação médica sob a ótica dos cuidados paliativos nos próximos anos. Para que se torne realidade, se faz importante a modificação do currículo médico das instituições que ainda não incluem a discussão da temática de uma maneira mais padronizada, incluindo o aprendizado prático, com avaliação estruturada, dentro das particularidades de cada projeto pedagógico.

Palavras-chave: cuidados paliativos; educação médica; formação médica; relação médico-paciente.

ABSTRACT

In recent decades, following the global trend, population censuses have shown an increase in life expectancy in Brazil (BIVAR; ABRANTES, 2014). This increase is tied to the growing representation of the elderly population, with projections indicating that by 2050, the age group over 65 years will account for 22.77% of the total population in the country (UNITED NATIONS, 2015). However, the increase in years lived does not necessarily represent years lived free of disease. Thus, there has been an increase in chronic non-transmissible diseases in the population (BRASIL, 2021). In this scenario, the incorporation of palliative care into routine healthcare becomes undeniable, with the undergraduate environment being a key setting to consolidate concepts on the subject, which are essential for future medical practice. Nevertheless, medical education still seems to lack a more structured and standardized approach to learning on this topic. The present work aims to explore the experiences lived by the student during undergraduate studies, focusing on the theme of palliative care. It also aims to conduct a narrative literature review regarding the relevance of this type of care in the current and future epidemiological context, as well as to discuss how the teaching of this topic is currently being approached in undergraduate programs, primarily from the perspective of students. This is an experience report, with a bibliographic complement using national and international databases. It is concluded that the recent update of the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medicine Programs, conducted by the Ministry of Education in Brazil, may enhance the landscape of medical education from the perspective of palliative care in the coming years. For this to become a reality, it is essential to modify the medical curriculum of institutions that do not yet include the discussion of this topic in a more standardized way, incorporating practical learning with structured assessment, tailored to the particularities of each educational project.

Keywords: palliative care; medical education; medical training; doctor-patient relationship.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	13
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÃO.....	26
7. REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas temos observado um aumento da expectativa de vida na população brasileira. Em pouco mais de 50 anos (1940-2014) foram acrescentados de 8,4 a 9,1 anos de vida para a expectativa dos cidadãos com 60 anos. Sendo assim, em 1940, a cada 1000 pessoas que atingissem 60 anos de idade, apenas 212 alcançariam os 80 anos. Já em 2014, assumindo o padrão de morte vigente na época, dessas mesmas 1000 pessoas, cerca de 579 completariam seu 80º aniversário - um ganho de 367 vidas (BIVAR; ABRANTES, 2014).

No entanto, o processo de transição demográfica começou muito antes. No século XIX até meados da década de 1940, o Brasil era marcado por altas taxas de natalidade e mortalidade, com destaque para a mortalidade nos primeiros anos de vida. Na época, gradativas incorporações de políticas de saúde pública e avanços tecnológicos, com destaque ao uso de antibióticos, foram essenciais para a primeira fase da transição demográfica, entre as décadas de 1950 e 1960, na qual os grupos etários que mais se beneficiaram com a diminuição da mortalidade foram os das crianças menores de 5 anos de idade (BIVAR; ABRANTES, 2014). Nessa primeira fase, a população ainda era muito jovem, com idade mediana de 18 anos. Assim, a razão de dependência era elevada, porém com o peso sendo majoritariamente juvenil (81%) e a proporção de idosos ainda sendo muito pequena (de 4 a 5%) (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Por volta da década de 1960 seguiu a segunda fase da transição, dando início ao processo de envelhecimento populacional, marcado pelo descenso gradativo da dependência, com menor peso ao componente juvenil e aumento gradual da proporção de idosos. No entanto, apenas na década seguinte que o país experimentou a verdadeira revolução demográfica, com reduções drásticas dos indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade e com a esperança de vida ultrapassando os 60 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Dessa forma, gradativamente, as causas infecciosas, respiratórias e parasitárias começaram a perder a importância frente a degeneração do organismo através do envelhecimento

Mais recentemente observamos a tendência de diminuição nos níveis de mortalidade global nas demais faixas etárias, sendo múltiplas as possíveis justificativas: aumento de renda da população, da escolaridade, da proporção de domicílios com saneamento adequado, de campanhas de vacinação, atenção ao pré-natal, estímulo ao aleitamento materno, entre outras (BIVAR; ABRANTES, 2014).

Esse aumento na expectativa de vida repercute na distribuição de faixas etárias da população, com o grupo de maior idade sendo cada vez mais representativo. Assim, a população de 65 anos ou mais que em 1940 representava 2,4% da total (BIVAR; ABRANTES, 2014) em 2022 passa a representar 10,91% - um aumento na ordem de aproximadamente 355% (IBGE, 2022).

No entanto, tal incremento aos anos de vida podem vir acompanhados de aumento dos anos vividos com algum tipo de doença crônica ou incapacidade, principalmente quando consideramos a idade mais avançada. Assim, as doenças e agravos não transmissíveis ganham espaço e assumem atualmente a responsabilidade por mais da metade do total de mortes no Brasil - em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos (BRASIL, 2021).

Sendo assim, o aumento dos anos de vida experienciados não necessariamente estão relacionados com a qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento. Isso porque, muitos dos avanços tecnológicos recentes permitiram que doenças, antes mortais, se tornassem crônicas, levando à longevidade dos portadores dessas afecções (MATSUMOTO, 2012).

Por outro lado, apesar dos esforços de pesquisadores e de todo o conhecimento técnico e científico acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para qual os profissionais de saúde são treinados. É nesse cenário que os cuidados paliativos representam uma forma de assistência à saúde, preenchendo a lacuna dos cuidados ativos aos pacientes (MATSUMOTO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (2022) atualizou a definição prévia de cuidados paliativos que antes eram direcionados a pacientes cuja doença não era responsiva a terapias curativas. A nova definição envolveu o reconhecimento de que os princípios dos cuidados paliativos deveriam ser aplicados de maneira precoce no curso de qualquer doença crônica que, em última instância, são fatais. Dessa forma, os cuidados paliativos foram definidos como:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2022).

Dessa forma, os cuidados paliativos diferenciam-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, por meio da prevenção e do manejo de sintomas para

todos os pacientes que enfrentam doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica também ao entorno do paciente, envolvendo cuidadores, familiares e a própria equipe de saúde (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com TWYXCROSS (2000) que foi um médico pioneiro do movimento de cuidados paliativos, o desafio que médicos enfrentam ao comunicar a verdade aos pacientes ocorre quando esta verdade “desnuda a terminalidade da vida e a ausência de perspectiva de cura. Coloca-se em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais associadas”. Assim, fica a impressão de que o médico pode “destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à depressão, mas a mentira e a evasão são as que realmente isolam o paciente atrás de um muro de palavras ou no silêncio que impede a adesão terapêutica e de compartilhar seus medos, angústias e preocupações”. Dessa forma, o autor acredita que “devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade e que o primeiro desafio ético do médico seria equipar a si mesmo de boas habilidades de comunicação e sensibilidade” (apud MATSUMOTO, 2012, p. 25).

Em divergência com a relevância dos cuidados paliativos na atenção à saúde, pesquisas mostram um cenário preocupante, principalmente no contexto dos países subdesenvolvidos. De acordo com Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos, em 2012 o Brasil contava com apenas 0,48 serviços de cuidados paliativos por 1 milhão de habitantes (PASTRANA et al., 2012). Também, à época apenas 1,1% das escolas médicas incluíam educação em cuidados paliativos em seus currículos de graduação (PASTRANA; TORRES-VIGIL; LIMA, 2014).

Considerando que os profissionais médicos são parte importante do fornecimento e aplicabilidade dos cuidados paliativos, é de suma importância que os profissionais recém-formados deixem a graduação minimamente familiarizados com os principais conceitos e práticas dessa atenção à saúde, para que possam, ao serem inseridos no mercado de trabalho ou no cenário de uma residência médica, ter uma bagagem mínima, um alicerce, no qual continuarão a somar suas experiências. Dessa forma, a estruturação do currículo médico incluindo e valorizando a temática é uma forma de proteção tanto aos estudantes, que poderão ter uma melhor relação afetiva com a terminalidade, quanto aos pacientes e suas famílias, permitindo um cuidado mais integral e humano.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo explorar a experiência com a temática dos cuidados paliativos durante a graduação em Medicina, por meio de uma breve revisão narrativa sobre o tema, análise de sua abordagem no currículo médico e uma reflexão pessoal sobre as vivências como discente de Medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Objetiva-se demonstrar os pontos positivos e os aspectos que ainda podem ser aprimorados na abordagem dos cuidados paliativos na educação médica, especialmente sob a perspectiva de estudantes do último ano da graduação e médicos recém-formados. Dessa forma, busca-se propor medidas para um aprendizado mais sólido, promovendo maior segurança aos futuros profissionais de saúde no atendimento a pacientes com doenças crônicas e degenerativas e beneficiando o próprio cuidado ao paciente, sua família e seu entorno.

3. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado em reflexões sobre a trajetória do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de São Carlos, sob a perspectiva de discente da instituição.

Além disso, foi realizada uma revisão narrativa com pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais como PubMed, SciELO e LILACS, com o objetivo de contextualizar o tema dos cuidados paliativos e sua importância no contexto epidemiológico atual e futuro. Ademais, buscou-se discutir a literatura disponível sobre o ensino de cuidados paliativos na graduação em Medicina, com ênfase na perspectiva dos estudantes.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

É comum em conversas cotidianas surgir a pergunta “o que você faz da vida?”. Lembro-me de estar no cursinho, cansada de tantas vezes ter que responder que gostaria de fazer o curso de Medicina, lidando com as incertezas que envolvem uma aprovação no vestibular. Nesses momentos, quando a conversa seguia com um “e por que a medicina?” me via obrigada a fazer uma reflexão interna, porém superficial uma vez que o contexto nem permitiria algo mais complexo, e sempre dizia que não “endeusava” a profissão, como muitos fazem, mas que gostaria de ter a rotina de um médico.

Um ponto importante é que não tenho familiares médicos e nem conhecia pessoas que pudessem me explicar um pouco sobre a graduação e/ou sobre a vida profissional médica. Foi somente no 3º do ensino médio que resolvi seguir por esse caminho e, sinceramente, acredito que o que mais me motivou foi o desafio envolvido - mal sabia que seriam 3 longos anos de preparação para a aprovação em uma universidade pública no estado de São Paulo. Antes disso, estava considerando ser engenheira, uma vez que sempre gostei muito das ciências exatas, principalmente de física e de química. Pelo contrário, a matéria que mais me demandava dedicação, no sentido de dificuldade, era a biologia - matéria que no ensino fundamental e médio é a que mais envolve a ciência da saúde, entre outras temáticas. Mesmo assim, confesso que por algumas vezes vi-me emocionar ao aprender sobre o funcionamento do corpo humano - tudo tão complexo e perfeitamente organizado, que parecia (e ainda parece) impensável.

No cursinho preparatório para o vestibular, tendo contato com salas tão grandes nas quais todos os alunos queriam cursar Medicina, acredito que minha vontade e ânsia por esse curso foram aumentando exponencialmente. Desde lá, inúmeros foram os sacrifícios pessoais para a maior dedicação aos estudos, mas também não posso negar que incontáveis foram as alegrias. Nessa fase tive a oportunidade de conhecer e fazer amizades intensas e verdadeiras em pouco tempo, pude ter novas experiências e vivências com pessoas que eram inclusive de diferentes locais do Brasil - uma “saída da bolha” do meu nicho social até então.

Foi apenas durante a graduação, propriamente dita, que fui começar a aprender o que essa profissão representa e sigo aprendendo desde então.

No primeiro ano, não sabemos quase nada e o que temos é um conhecimento geral e extremamente superficial sobre a fisiologia e anatomia sendo, na maioria dos casos, conhecimentos que foram adquiridos no preparo para o vestibular. Sinto que devido a metodologia da Medicina UFSCar, construtivista, voltada para a construção ativa do

aprendizado por parte dos alunos, me senti em um primeiro momento ainda mais perdida.

Vinha de um ensino tradicional, acostumada a aprender observando uma aula e depois a estudar o conteúdo apresentado durante o período letivo para uma avaliação. Também, nunca fui grande fã de trabalhos coletivos e, portanto, as discussões, sempre em grupos, me assustavam e me demandavam bastante energia. Sendo assim, apesar de obviamente saber que a metodologia do curso era ativa antes mesmo de me candidatar para uma vaga, grande foi o impacto para conseguir me adaptar. Na verdade, essa adaptação foi acontecendo de maneira gradativa ao longo desses 6 anos.

Logo no início, também fomos inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município. Lembro-me claramente dos primeiros dias de curso, quando as atividades teóricas não haviam começado. Nesses dias, tive contato com alguns estudantes já dos anos mais avançados do curso - contavam sobre a atividade profissional, dizendo sobre como éramos inseridos no SUS precocemente e o quanto isso era importante para o aprendizado e também para a população assistida. Agiam com tanta segurança e com uma postura tão independente que me causavam uma certa admiração. Algumas semanas depois, fomos nós que iniciamos as práticas, na antiga Unidade de Saúde da Família (USF) Itamaraty. Lembro-me até hoje da sensação de ansiedade ao realizar as primeiras visitas domiciliares. Sentia que não tinha conhecimento teórico para poder ajudar ou instruir aquelas pessoas. Na verdade, hoje percebo que na época, mais aprendemos com os pacientes do que os ensinamos ou cuidamos deles. Tivemos a oportunidade de conhecer famílias muito especiais, que de uma maneira ímpar nos proporcionaram grandes aprendizados, com sua simplicidade e receptividade.

No ano de 2020, segundo ano da medicina, teve início a Pandemia COVID-19. Lembro-me claramente quando iniciaram as notícias internacionais sobre o grande alastramento dos casos. Estávamos na frente da USF Itamaraty quando um amigo brincou que essa pandemia não iria chegar até nós. Alguns dias depois, recebemos um e-mail da reitoria da Universidade informando que as atividades seriam suspensas por alguns dias - acredito que ninguém imaginou que seriam meses e meses de suspensão. A ruptura com a graduação nesse momento foi extremamente abrupta. Ficamos aproximadamente 6 meses sem ter nenhum tipo de atividade, mesmo que por meios remotos. Era um tempo difícil, com muitas incertezas, muitas pessoas morrendo, lockdowns e medo generalizado. Todo cuidado era pouco e tudo precisou ser adaptado. Hoje, ao ouvir os relatos de médicos que trabalharam nesse momento tão crítico, ainda me surpreendem suas forças e coragem - verdadeiros anjos nas vidas de todos esses pacientes que precisaram de cuidado nesse contexto tão adverso.

É impressionante como o ser humano é capaz de esquecer e/ou superar acontecimentos tão marcantes. Achei que jamais seríamos os mesmos após uma pandemia com essa magnitude. Mas, enquanto o tempo passa, percebo até em mim que as feridas se cicatrizam cada vez mais. Por um lado, tal comportamento é vantajoso, nos estimulando a seguir em frente, porém, por outro, sinto que perdemos um pouco a nossa força para evitar que tragédias se repitam.

Dado é que, durante todo esse período, o contato dos estudantes do primeiro e segundo ciclos com a Medicina foi extremamente prejudicado. Para além do conteúdo teórico, creio que o maior comprometimento aconteceu em relação ao conhecimento prático e atitudinal - com a perda do contato com o paciente propriamente dito, nesses anos onde um dos grandes pilares é a semiologia e a semiotécnica. Foi uma época com muitas reuniões remotas, envolvendo professores do departamento e alunos, com opiniões muito distintas sobre o papel do estudante da área da saúde em um contexto de pandemia. Lembro-me de toda a ansiedade envolvida com a imprevisibilidade em relação ao retorno das atividades presenciais e ao atraso no tempo da graduação.

Nesse momento, me envolvi com o projeto InformaSUS, plataforma virtual de informação com braços nas redes sociais cujo princípio era levar informação científica, principalmente em relação à pandemia, para o público geral. Hoje vejo que, naquele momento, o projeto foi muito importante para mim, me permitindo aprendizados em relação a uma equipe de trabalho, organização e liderança. Também me permitiu um maior contato com as redes sociais, que podem ser um meio importante de divulgação de conteúdo e propaganda na vida profissional.

Também, durante o período em que não tivemos nenhuma atividade, busquei fazer uma série de cursos remotos, assim como resumos de conteúdos que julgava importantes. Porém, acabava sempre me deparando com sentimento de insuficiência e insegurança, com a sensação de que deveria aproveitar mais o meu tempo para buscar conhecimentos sozinha. Ao mesmo tempo que me cobro pelo que passou, lembro-me das dificuldades enfrentadas naquele período. Creio que na época não tinha nem subsídio suficiente para buscar os conteúdos sozinha ou a concepção de quais conteúdos eram realmente mais relevantes. Sendo assim, sinto que fiz o que pude dentro das minhas possibilidades naquele momento adverso.

O retorno às atividades presenciais, propriamente ditas, foi extremamente dificultoso. Apesar de, depois de um tempo, estarmos tendo atividades teóricas realizadas de maneira síncrona por ferramentas como o Google Meet, havíamos interrompido de maneira muito abrupta e prolongada a nossa atividade prática no cenário de saúde. Assim, grandes eram as

lacunas e grandes as inseguranças. Porém, o tempo foi passando e logo já estávamos no internato.

O internato, dois últimos anos da nossa graduação, foi o real momento em que adquiri grande amor por essa profissão. É nesse momento que temos um verdadeiro contato com o ambiente hospitalar e que nos aproximamos mais dos pacientes, com uma progressiva autonomia. Foi quando, pela primeira vez, senti que realmente poderia estar fazendo a diferença na vida das pessoas. Os conhecimentos vão se somando gradativamente e para mim representa uma fonte de alegria imensa, realmente compreender um caso e conseguir explicar para o próprio paciente sobre tudo o que está acontecendo com ele, assim como tirar suas possíveis dúvidas. Brinco que o internato deveria durar muito mais do que dois anos, pois o aprendizado nesse momento é infinitamente otimizado.

Sinto que dentro das possibilidades de cenários práticos do curso, nossos estágios nos permitem grandes aprendizados. Nosso primeiro rodízio do 5º ano foi o da Ginecologia e Obstetrícia, passando boa parte dos dias na maternidade, acompanhando os nascimentos e evoluindo as puérperas e as gestantes internadas. Presenciar a primeira inspiração de um recém-nascido, o primeiro choro, a emoção estampada nos olhos, na voz e na fala da mãe e seu acompanhante é um dos momentos mais nobres que esse curso pode proporcionar.

Nosso próximo estágio foi o da Cirurgia Geral. Havia começado o internato achando que iria gostar muito da cirurgia, porém foi particularmente um estágio bastante desafiador para mim, principalmente no quesito emocional. Sentia muita insegurança e vulnerabilidade em relação a acidentes com material biológico. Percebi ali que a sensação de segurança para mim era essencial, aparentemente mais do que para a maioria das pessoas e essa consciência sobre as minhas limitações, apesar de bastante dolorida, foi essencial para meu autoconhecimento e respeito a mim mesma. Sinto que ter essa consciência é especialmente importante no nosso meio, principalmente ao escolher uma especialidade.

Foi no nosso terceiro rodízio, no estágio da Clínica Médica, que comecei a nutrir meu amor por essa especialidade. Na verdade, esse rodízio é conhecido pelos estudantes como um dos mais intensos durante a graduação. E realmente o foi. Foram 7 semanas bastante exigentes e com tempo reduzido para atividades cotidianas e de lazer. No entanto, o que mais me chamou atenção positivamente foi o quanto fomos incentivados a ter responsabilidade para com os nossos pacientes. Creio que tal sentimento carrega um grande impacto na vida do médico - muitas vezes a responsabilidade pode vir acompanhada de uma culpabilização extrema pelo que acontece com o paciente, causando intenso sofrimento e prejudicando a vida pessoal e

profissional do médico. Ao mesmo tempo, o cuidado com a vida do próximo deve ser encarado realmente com muita seriedade, dada às possíveis repercussões que podemos gerar na vida daqueles que oferecemos cuidado. Dessa forma, é necessário um grande equilíbrio emocional, construído por meio do tempo e de experiências que vivenciamos, buscando alcançar sempre a nossa melhor versão. Sendo assim, lembro-me de não conseguir dormir direito durante as noites das semanas em que estava alocada na enfermaria, sonhando com os pacientes que estava acompanhando, sobre o raciocínio clínico envolvido nos seus casos - um prelúdio para o compromisso, seriedade e dedicação que busco na minha prática profissional. Dessa forma, apesar de ser um estágio bastante desafiador, foi lá que reconheci a imagem que tinha sobre a profissão médica, antes mesmo de estar envolvida com a graduação.

Sinto que a Clínica Médica pode proporcionar uma visão ampla sobre todos os sistemas orgânicos do paciente, um entendimento da complexa fisiologia do corpo humano - o que me encanta e fascina. Tive ainda o prazer de aprender com grandes profissionais e ver o quão linda é a dedicação com o melhor tratamento do paciente e quão gratificante pode ser esse cuidado. Para mim, esse é o real objetivo e o privilégio da profissão.

Terminado o 3º estágio, iniciou a pediatria, com todas as particularidades que envolvem o atendimento dos pequenos. Assim, considero que o cuidado desse público envolve muitos desafios, principalmente quando a criança está em uma faixa etária que não consegue compreender completamente o objetivo da intervenção médica. É como se uma pessoa desconhecida quisesse invadir o seu corpo, sem que fique claro o possível benefício desse tipo de intervenção. Assim, sinto que os profissionais envolvidos na assistência das crianças são diferenciados, em geral com posturas mais leve e com uma atenção especial aos detalhes.

Por fim, realizamos o estágio integrado em Saúde da Família, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. Foi um rodízio que permitiu um novo contato próximo com a Atenção Primária, agora em outro momento do curso, com conceitos mais consolidados. Assim, acompanhei a rotina da USF Água Vermelha com toda a individualidade de sua população, com uma influência rural mais afluada. De maneira geral, foi um estágio muito rico e que possibilitou contato com profissionais e pacientes muito receptivos e carinhosos, permitindo um conhecimento mais real sobre a rotina do médico de família e comunidade e sobre a importância desse tipo de atenção para a população.

No 6º ano, último ano da graduação, senti uma grande mudança na postura dos estudantes e também dos professores e preceptores em relação às cobranças de cada atividade. Com o tempo, gradativamente fomos ganhando autonomia e segurança para lidar com os

estudos e com o atendimento aos pacientes. Também, a experiência de vivenciar situações semelhantes às previamente vividas no ano anterior, nos permitiu uma maior atenção aos detalhes, facilitando a consolidação de conceitos importantes. Assim, é muito reconfortante olhar para trás, principalmente quando entramos em contato com os alunos dos outros anos e perceber o quanto avançamos em tão pouco tempo.

Então, no último ano da graduação, já certa de que gostaria de fazer a minha residência na área de Clínica Médica, tive a oportunidade de uma experiência bastante diferente ao estágio do ano interior. Nesse ano, tive um contato mais próximo com a terminalidade dos pacientes, nos mais variados contextos, me permitindo grandes reflexões.

A verdade é que apesar de todo o avanço da ciência e dos recursos tecnológicos que vem proporcionando incremento na longevidade da população, todos nós somos finitos. No entanto, o final da jornada chega de maneiras muito distintas para cada um. Alguns, acabam perdendo a vida de maneira súbita em um evento orgânico ou acidente, que não permite que a pessoa carregue a ideia da possibilidade da morte por muito tempo. Nestes casos, as famílias são tomadas de maneira despreparada, súbita, assustadoramente inusitada. Em outros casos, há a longevidade, pacientes idosos beirando o centenário, que se aproximam gradativamente da morte a cada dia que passa, com um declínio gradual de suas funções orgânicas. Nesse cenário, na maioria das vezes as famílias acabam tendo uma maior organização, um maior planejamento e compreensão sobre a finitude da vida. Por fim, temos os pacientes que são surpreendidos por um diagnóstico envolvendo um prognóstico restrito, que se veem obrigados a lidar com a ideia de uma morte “prematura”, com um prazo a vida, com a sensação de uma doença que não pode ser curada e que muitas vezes traz grandes impactos na qualidade do tempo que restou para viver.

Acredito que todos os cenários envolvendo a terminalidade são complexos, afinal até as pessoas que acreditam em uma vida após a morte, sofrem ao se distanciar de seus entes queridos. A vida terrena tem incontáveis prazeres e alegrias de modo que o normal é querer viver, sendo considerado “doença” quando há a perda de interesse pela vida.

Ao longo deste rodízio e do estágio eletivo que realizei também na Clínica Médica do HU-UFSCar, pude ter contato com algumas histórias comoventes. Encontrei pacientes que, em contextos adversos, foram tomados pela ansiedade, amplificadora do sofrimento, buscando uma definição diagnóstica mesmo que essa pudesse ser desfavorável. Também, vivenciei de maneira próxima múltiplos episódios em que os suportes tiveram que ser limitados visando apenas o bem-estar do(a) paciente, em um contexto de terminalidade.

Recordo-me de um episódio marcante. Acompanhei durante alguns dias um paciente cuja investigação diagnóstica apontava fortemente para um carcinoma hepatocelular sem proposta curativa. Quando tive contato pela primeira vez com o seu caso, o paciente já estava internado havia alguns dias. Assim que fui conversar com ele, logo no primeiro contato, ele me pediu que fosse sincera e lhe contasse o seu diagnóstico. Ele optava, mesmo em um cenário de intenso desconforto, por saber o quanto antes o que ele tinha e o que lhe aguardava. Lembrome da surpresa que senti ao ter essa temática aberta de maneira tão direta. Na época, não tinha conhecimento teórico suficiente acerca da doença para me sentir segura em lhe dar essa notícia, afinal, o diagnóstico inclusive não estava nem confirmado. Acabei ficando com medo de assustá-lo demasiadamente ou até de prejudicar o seu cuidado de alguma outra forma. Assim, acabei saindo da temática afirmando que ainda não tínhamos certeza sobre o quadro, que ainda faltavam algumas peças para firmar o diagnóstico, mas que assim que tivéssemos informações mais concretas ele seria devidamente informado para que pudéssemos esclarecer suas dúvidas.

No entanto, mais tarde nesse mesmo dia, um dos médicos assistentes do hospital teve alguns minutos para conversar comigo sobre o caso. Ele me contou que também foi abordado pelo paciente, mas detalhou como lhe passou a temível notícia, de maneira sincera, clara, pausada, sentando-se ao lado de seu leito. No mesmo dia, ao ver o paciente novamente, para minha surpresa ele estava com um semblante mais calmo e menos angustiado e me contou o quanto havia sido importante para ele aquela conversa que havia tido com o doutor.

Outro ponto que me marcou bastante foi o cuidado de uma paciente de 96 anos, internada devido uma descompensação de insuficiência cardíaca secundária a uma pneumonia. Ela ficou internada por mais de uma semana, evoluindo com disfunções importantes no funcionamento de outros sistemas orgânicos, até que chegou ao final da sua vida. Nesse caso, apesar de toda família estar sentida com o quadro da senhora, que antes da internação era ativa, eles apresentavam uma compreensão da possibilidade da partida frente à gravidade do quadro e seus acometimentos prévios. Nesse caso tive bastante dificuldade para entender por que não iríamos escalonar a antibioticoterapia, mesmo frente a uma piora clínica importante. Carregava comigo que tínhamos que fazer tudo o que estava ao nosso alcance para prolongar a sua vida, não a fim de lhe causar sofrimento, mas na tentativa de possibilitar a melhora do quadro como um todo. Acreditava na possibilidade, mesmo que mínima, de recuperação. No entanto, após amplas discussões com diversos médicos e docentes, pude compreender que, naquele caso, a infecção de maneira isolada não era um evento único, que quando resolvido permitiria a melhora do quadro. Mas sim, era um dos fatores associados a disfunções muito mais

importantes, as quais seriam a causa do seu óbito, uma vez que possuía doenças de bases significativas e não tinha reserva suficiente para enfrentar um quadro tão grave. Nesse contexto, continuar dando-lhe antibióticos iria trazer mais malefícios do que benefícios.

Dessa forma, percebo que o cuidado paliativo foi a temática que mais me marcou nessa trajetória, especialmente nesses anos finais da graduação. Enfrentei grande dificuldade para entender que às vezes, podemos estar prejudicando o paciente ao tentar prolongar a sua vida a todo custo. Certamente, o conceito de distanásia é muito mais claro em algumas situações do que em outras. Sendo assim, para mim são claros posicionamentos em relação a não intubação orotraqueal ou a não ressuscitação cardiopulmonar em contextos de terminalidade. Mais difícil era e, por vezes continua sendo, o entendimento da limitação da administração de um tratamento antimicrobiano em um contexto de má resposta do paciente, considerando que havia sido proposto o espectro adequado no início da terapia.

Também, é muito complexo ter que lidar com a terminalidade em médio prazo, principalmente quando essa envolve importantes limitações para o paciente, assim como dores intensas e recorrentes. Por fim, comunicar a morte de um paciente para o seu ente querido também envolve um equilíbrio entre estabilidade emocional e empatia, difícil de ser alcançado, especialmente no início da prática médica.

No último ano de graduação, apesar de já ter tido contatos pontuais com a temática de cuidados paliativos durante o curso, acabei me sentindo despreparada para enfrentar a realidade, com falta de conhecimento teórico, técnico e atitudinal. Dessa forma, me senti motivada a buscar mais informações sobre essa área e entender como essa temática pode ser abordada dentro do ensino médico.

Na nossa experiência da Medicina UFSCar, temos uma Liga Acadêmica de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, que nos é apresentada logo no início do primeiro ano, com caráter optativo. Confesso que assim que entrei na graduação fiz parte de diversas ligas, porém na ocasião, essa não me chamou a atenção e, portanto, perdi a oportunidade de ter um contato inicial com a temática. Além disso, ao longo dos primeiros anos, lembro-me que houve pelo menos um par de oportunidades para discutirmos um pouco sobre a temática, principalmente no que diz respeito à comunicação de más notícias com o Protocolo SPIKES. Essas oportunidades de discussões surgiram pelo esforço dos docentes facilitadores que viram em alguma situação problema, uma oportunidade para favorecer esse olhar tão importante. Fora isso, sinto que foi apenas na vivência hospitalar, observando a postura dos profissionais

envolvidos na assistência e tendo as minhas próprias experiências, que pude aprender um pouco mais sobre a abordagem da terminalidade.

Ainda que essa vivência prática seja muito rica e significativa para o aprendizado dos estudantes, acredito que o ensino sobre os cuidados paliativos baseado quase que unicamente nesse cenário, seja insuficiente, considerando a formação médica como um todo. Creio que na nossa prática profissional, como médicos, cada vez mais iremos nos deparar com questões envolvendo a terminalidade. Sendo assim, acredito que para nosso próprio bem-estar e para que possamos fornecer o melhor atendimento possível para nossos pacientes, faz-se importante garantir um aprendizado mais estruturado, organizado e unificado em relação aos cuidados paliativos, permitindo que todos os estudantes tenham ao menos uma base teórica e prática na temática que favoreça novos aprendizados durante a prática profissional futura.

5. DISCUSSÃO

Considerando o aspecto da formação médica, a educação em cuidados paliativos no Brasil ainda enfrenta grandes desafios.

Estudo transversal de 2020 com candidatos de residência médica da Universidade Federal de São Paulo mostrou que, embora a grande maioria (99,2%) tenha considerado importante ter a educação em cuidados paliativos no currículo médico, 46,2% dos envolvidos relataram não ter recebido educação nessa temática. Também, após teste de conhecimentos em cuidados paliativos, a maioria desses médicos demonstrou déficit educacional em relação ao controle de sintomas desses pacientes (50,7% para dor, 57,3% para dispneia, 52,2% para problemas psiquiátricos e 43,4% para problemas gastrointestinais). Por fim, o grupo considerado de melhor desempenho nos questionários foi justamente o mais atrelado com treinamento em cuidados de fim de vida, apresentando melhor senso de preparação e maior experiência em cuidados de pacientes terminais. Fatores importantes relacionados a esse melhor rendimento foram: treinamento prévio, contato prévio com pacientes terminais e a realização de residência médica anterior. Sendo assim, identificou-se uma lacuna nas escolas médicas e programas de residência em relação ao treinamento paliativo (IOSHIMOTO et al., 2020).

Outro estudo brasileiro, envolvendo 151 graduandos de 5º e 6º ano de universidades de Sergipe, públicas e privadas, que adotam metodologias ativas de ensino, mostrou que a maioria dos estudantes (78%) não tiveram informações suficientes sobre o cuidado de pacientes em situação terminal, com apenas 55% conhecendo a definição de cuidados paliativos da OMS. Também, apresentaram conhecimento insatisfatório para manejo de alguns sintomas como dispneia, problemas psiquiátricos e gastrointestinais. Por fim, foi constatado ganho de conhecimento durante o internato em alguns domínios como de filosofia dos cuidados paliativos, dor e dispneia, porém não isentando as instituições da necessidade de aprimorar o ensino da temática, dada a grande quantidade de erros nas questões de conhecimentos específicos (REGIS et al., 2023).

Outros locais do mundo percorrem o mesmo caminho em relação ao ensino dos cuidados paliativos. Por exemplo, estudo envolvendo alunos da medicina de programas de residência de um grande centro médico acadêmico nos Emirados Árabes Unidos, mostrou que a maioria (95%) dos entrevistados considerava importante a educação em cuidados paliativos na graduação de Medicina. Apesar disso, a maioria dos recém-formados relatou uma educação limitada na área. Dos entrevistados, mais da metade (56,8%) não havia recebido nenhuma

educação ou treinamento formal sobre a temática na faculdade e apenas 25% relataram ter sido avaliados sobre os conhecimentos ou habilidades em cuidados paliativos durante a graduação (IBRAHIM et al., 2022).

Mesmo os países desenvolvidos parecem enfrentar desafios em relação ao ensino da prática paliativa na preparação de seus médicos. Assim, Heath et. al. (2022) realizaram pesquisa quantitativa descritiva e transversal envolvendo coordenadores de módulos em escolas de medicina da Nova Zelândia. Os autores concluíram que, embora a temática de cuidados paliativos esteja inserida no curso, existem lacunas com relação aos conteúdos abordados, sendo a avaliação formal mínima e o contato com serviços especializados em cuidados paliativos também limitado. O país conta com o desenvolvimento recente de um currículo nacional de graduação em medicina e de uma estrutura de implementação de cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. Mesmo assim, enfrentam problemas como a disponibilidade de espaço no currículo e de equipe docente disponível para lecionar a temática (HEATH et al., 2022).

Por fim, estudo envolvendo 101 alunos do último ano de duas universidades na Alemanha avaliou por meio de questões a autoavaliação de confiança, o conhecimento teórico, a opinião sobre o currículo médico e sobre o futuro dos estudantes. Desses, apenas 5 a 10% declararam alto nível de confiança ao lidar com questões envolvendo cuidados paliativos. Em relação a teoria, apenas 33% responderam mais da metade das perguntas de maneira correta. Também, apenas uma pequena parcela dos alunos (25%) declarou que adquiriu conhecimento e experiência de cuidados paliativos durante seus estudos, sendo que a grande maioria (94%) apoiou a introdução de cuidados paliativos como parte obrigatória do currículo de graduação (WEBER et al., 2011).

Dessa forma, observou-se que apesar de contextos amplamente distintos considerando o nível de desenvolvimento de cada país, a experiência dos estudantes de medicina em relação ao ensino de cuidados paliativos parece ser, de certa forma, semelhante em diferentes localidades. Assim, verificou-se que comumente os médicos recém-formados se sentem despreparados e inseguros para abordar pacientes sob essa ótica. Dessa forma, faz-se essencial uma reformulação na abordagem da temática durante os anos da graduação.

Em consonância com esse ponto de vista e a importância do estudo de cuidados paliativos, recentemente, em novembro de 2022, ocorreu a alteração das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelo Ministério da Educação, sendo reconhecida a importância dos conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos. Destaca-se a relevância desse aprendizado no âmbito da

formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal, comunicação, comunicação de más notícias, com ferramentas envolvendo a escuta atenta, gerenciamento de dor e outros sintomas, para uma atuação de acordo com os princípios e a filosofia dos cuidados paliativos (BRASIL, 2022). Tal reconhecimento foi um grande e importante avanço para a formação dos futuros profissionais médicos, mas destaca-se a importância de sua implementação no contexto de diversos centros formadores de profissionais (CARVALHO; SILVA; SILVA, 2024).

No projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFSCar (2007) define-se o conceito de currículo integrado, considerando as áreas de saúde, gestão e educação. O currículo previsto também visa a integração entre o mundo do trabalho e o da aprendizagem, em última instância, a articulação entre a teoria e a prática. Ademais, é concebido pela abordagem educacional construtivista, com o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a fim de permitir o resgate de conhecimentos prévios e a construção de novos aprendizados - uma forma de valorizar a ideia de que o conhecimento não é imutável e que precisa ser revisitado e reconstruído constantemente (CUOGHI et al., 2022). Assim, se visa a capacidade de aprender a aprender, num movimento em espiral.

O curso está estruturado em três ciclos educacionais de dois anos cada, com suas atividades distribuídas em três unidades educacionais principais: a Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional (UESPP), constituída pelas atividades Estação de Simulação da Prática Profissional e Situações Problemas, baseada em disparadores que permitem a construção de saberes em cenários protegidos; a Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP), desenvolvida em cenários práticos reais; e a Unidade Educacional Eletiva (UEE), formada por atividades complementares à critério do estudante, de seu orientador e com aprovação do Conselho de Coordenação.

Dessa forma, as discussões teóricas são centradas em situações-problema, reais ou simuladas, que podem variar conforme o desenvolvimento do curso e experiência dos estudantes. As temáticas não são completamente padronizadas para todos os grupos, sendo, portanto, definidas com base nas vivências e saberes prévios de cada grupo, permitindo a criação de questões de aprendizagem adaptadas às necessidades de cada estudante e ao contexto envolvido. Sendo assim, em pequenos grupos de estudantes, ocorre um processo reflexivo sobre a dada situação, com a participação de facilitadores, permitindo a liberdade de aprofundamento em diferentes temas, dependendo da experiência, dificuldades e áreas de interesse de seus integrantes (UFSCar - PPC, 2007).

Desse modo, não há no Projeto Pedagógico do curso qualquer menção à obrigatoriedade da abordagem da temática dos cuidados paliativos durante a graduação, ficando esse aprendizado submetido à importância dada à temática pelos facilitadores e pelos estudantes, sendo que esses últimos podem simplesmente desconhecer completamente o conteúdo e a sua relevância.

Portanto, a fim de preencher as lacunas apresentadas pelos estudantes recém-formados em relação a educação em cuidados paliativos e para adequação em relação a nova Diretriz Curricular Nacional de Graduação em Medicina, faz-se necessária a implementação de ações visando o maior contato dos estudantes com as temáticas e práticas envolvidas nessa área de atenção.

Para além do estabelecimento de uma matriz curricular, com definição de temáticas mínimas e obrigatórias envolvendo os conceitos paliativistas, outras ações podem ser tomadas. Uma possibilidade, considerando a frequente falta de profissionais especialistas nessa área seria a realização de rotações não especializadas, mas que proporcionem uma oportunidade adicional de cuidar de pacientes terminais, um cenário propositalmente atrelado com discussões e aprendizados de cuidados paliativos, que considere essas competências como aspecto essencial de ser médico em atividades clínicas suficientes (GRYSCHKEK et al., 2020b).

Por fim, outra forma de aprimorar o ensino médico sobre o assunto seria avaliando o aprendizado por meio de questionários padronizados e validados a fim de determinar possíveis áreas para melhoria dentro dos programas educacionais, favorecendo adoção de medidas mais direcionadas para solucionar fragilidades particularizadas (GRYSCHKEK et al., 2020a).

6. CONCLUSÃO

A trajetória do curso Medicina é muito rica em estímulos aos estudantes, considerando os mais variados cenários aos quais somos inseridos desde o início da graduação e devido às mais diferentes histórias de vida que entramos em contato por meio da prestação de cuidados a saúde. De acordo com a minha experiência particular, a temática dos cuidados paliativos obteve destaque nessa trajetória, especialmente no contexto do internato, com maior maturidade e autonomia experimentados dentro do curso. Frente a uma série de eventos, pude reconhecer a importância de alguns conceitos e práticas abordados por essa área de atenção. Também, por vezes, me deparei com algumas lacunas que considero passíveis de serem, ao menos, minimizadas se o ensino da temática acontecesse de maneira mais estruturada e organizada durante a graduação.

Sendo assim, para além de uma experiência apenas individual, também realizei aprofundamento teórico sobre a importância e impacto do tema e sobre como se dá a abordagem da temática nos cursos de graduação médica em diferentes realidades e contextos. O resultado evidenciou que a temática, de importância emergente, ainda enfrenta grandes desafios de implementação no cotidiano dos alunos, devendo ser um dos focos essenciais para a melhoria do currículo educacional médico. Ainda assim, o reconhecimento recente por parte do Ministério da Educação da necessidade de inclusão da temática na graduação representa um passo importante, mostrando que estamos ao menos caminhando para uma formação médica com olhar mais atento e especializado aos que sofrem com doenças que não são passíveis de cura.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 7 nov. 2022, seção 1, n. 210, p. 38. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/ces-3-de-3-de-novembro-de-2022-441681885>>. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view>. Acesso em: 27 out. 2024.

CARVALHO, I. O. DE; SILVA, M. G.; SILVA, L. L. O ensino de cuidados paliativos nas faculdades de Medicina de Salvador, Brasil: análise documental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, p. e086, 5 ago. 2024.

CUOGHI, H. F. et al. Currículo médico baseado em competência e especialização voltada à atuação na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, p. e007, 31 jan. 2022.

GRYSCHKEK, G. et al. Assessing palliative care education in undergraduate medical students: translation and validation of the Self-Efficacy in Palliative Care and Thanatophobia Scales for Brazilian Portuguese. **BMJ Open**, v. 10, n. 6, p. e034567, 29 jun. 2020a.

GRYSCHKEK, G. et al. Examining the effect of non-specialised clinical rotations upon medical students' Thanatophobia and Self-efficacy in Palliative Care: a prospective observational study in two medical schools. **BMJ Open**, v. 10, n. 11, p. e041144, 18 nov. 2020b.

HEATH, L. et al. Palliative and end of life care in undergraduate medical education: a survey of New Zealand medical schools. **BMC Medical Education**, v. 22, p. 530, 8 jul. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=38166&t=resultados>>. Acesso em: 3 nov. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábula completa de mortalidade para o Brasil – 2014. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015.

IBRAHIM, H. et al. Medical student experiences and perceptions of palliative care in a middle eastern country. **BMC Medical Education**, v. 22, p. 371, 16 maio 2022.

IOSHIMOTO, T. et al. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. **BMC Medical Education**, v. 20, p. 339, 2 out. 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

PASTRANA, T.; TORRES-VIGIL, I.; LIMA, L. D. Palliative care development in Latin America: An

analysis using macro indicators. **Palliative medicine**, v. 28, n. 10, p. 1231, 12 jun. 2014.

PASTRANA, T; WENK R; L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Houston: IAHPC Press; 2012. Disponível em: <<http://cuidadospaliativos.org/atlas-de-cp-de-latinoamerica/>>. Acesso em: 27 out. 2024.

UFSCar. **Projeto político pedagógico do curso de graduação em Medicina. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.** Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal de São Carlos, 2007. Disponível em: <<http://www.prograd.ufscar.br/cursos/cursos-oferecidos-1/medicina/medicina-projeto-pedagogico.pdf>>. Acesso em 27 out 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2023.

REGIS, J. M. et al. Cuidados paliativos em uma metodologia ativa de ensino. **Revista Bioética**, v. 31, p. e2489PT, 27 out. 2023.

TWYXCROSS, R. **MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.** Acta bioethica, v. 6, n. 1, jun. 2000.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). **World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379).** Disponível em:<https://population.un.org/wpp/publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf>. Acesso em 20 out 2024.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, dez. 2012.

WEBER, M. et al. Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study. **BMC Palliative Care**, v. 10, p. 19, 23 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization, 2002.