

CARLA FABBRINI MARSIGLIO

**ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO DO
CURSO DE MEDICINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

CARLA FABBRINI MARSIGLIO

**ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO DO
CURSO DE MEDICINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro

Professor Orientador: Prof. Dra. Suely Grosseman

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

Marsiglio, Carla Fabbrini.

Ensino de cuidados paliativos na graduação do curso de medicina. / Carla Fabbrini Marsiglio. Florianópolis, 2011.

31 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Cuidados paliativos 2. Graduação 3. Educação médica 4 I. Título

“Qualquer um de nós ou nossos familiares pode, a qualquer momento, necessitar de cuidados paliativos. Relembrando um dos princípios da prática médica, a empatia, e exercitando o respeito e a compaixão pelo outro, não podemos classificar a promoção de cuidados paliativos adequados como outra coisa que não uma emergência”.
(Carla Fabbrini Marsiglio)

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração...

Aos meus pais, Elizete e Neto, por todo o amor que sempre me deram, por nunca terem medido esforços para me apoiar e ajudar em tudo o que eu sempre precisei, enfim, por serem tão maravilhosos;

Ao meu marido, Leonardo, pelo amor dedicado nesses anos e por tudo o que eu aprendi a seu lado;

Aos meus irmãos, Dedé e Renato, companheiros de tantos anos, que eu amo muito;

À minha querida avó Baby, por tanto carinho, apoio e por ser um exemplo de vida;

Aos meus tios e primos, pelo companheirismo e carinho sincero e desinteressado;

Aos meus amigos queridos, pela lealdade e por todos os momentos vividos juntos, que sempre tornam minha vida mais leve e alegre;

Aos meus amigos e colegas de faculdade, com os quais passo tantas horas dos meus dias, compartilhando experiências, crescendo juntos e aprendendo a ser médicos;

Aos meus professores, mestres que ensinam não só conteúdos, mas também a arte de ter sensibilidade e compaixão pelo outro por meio de seus exemplos;

À minha orientadora e professora Suely Grosseman, que me acolheu com tanto carinho e dedicação, e que me ensinou bastante nessa experiência;

E finalmente, a Deus, por tudo, pelo dom da vida, pelas oportunidades de crescimento, e por ter permitido que eu pudesse exercer a medicina, profissão que eu amo com todas as minhas forças, e que me possibilita ser tão próxima das pessoas.

RESUMO

Introdução: Um dos principais obstáculos para se oferecer CP adequados é a deficiência na formação dos profissionais da área da saúde. A educação em medicina paliativa tem enorme importância e responsabilidade para transformar essa realidade.

Objetivo: Realizar revisão bibliográfica sobre o ensino de Cuidados Paliativos na graduação em medicina.

Método: Realizou-se uma revisão bibliográfica, até maio de 2011, a partir das bases de dados: PubMed, Academic Search Premier – ASP (EBSCO), Cambridge Journals Online e outras. Os termos foram procurados em inglês, português e espanhol, e incluíam os seguintes termos com diferentes combinações: “cuidados paliativos”, “graduação”, “educação médica”, “ensino”, “palliative care”, “end-of-life care”, “undergraduate”, “teaching”, “education”, “enseño”, “graduación”, “educación”. Foram selecionados trabalhos nacionais e internacionais para a obtenção de um panorama atual do ensino de Cuidados Paliativos (CP) na graduação do curso de medicina.

Resultados e Discussões: O Reino Unido se destaca nesse ensino. Foram encontrados poucos artigos de instituições brasileiras, e predominam publicações de escolas médicas do estado de São Paulo. Comparando-se os conteúdos em CP de várias escolas médicas com o que preconizam diretrizes de ensino em CP, observou-se que a atenção e o tempo devidos destinados a conteúdos importantes são ainda insuficientes. O tópico “manejo da dor e dos sintomas” deve ocupar a maior parte da carga horária, e de fato é muito discutido nas escolas médicas; por outro lado, tópicos como “aspectos psicossociais e espirituais”, são bastante negligenciados. Com relação às metodologias de ensino, têm sido muito utilizadas palestras, materiais de leitura, estudos de casos e a vivência prática. No Brasil, a vivência prática é limitada principalmente às atividades ambulatoriais e às visitas a enfermarias de diversas especialidades, enquanto que em outros países, como no Reino Unido, é muito comum o ensino de CP em hospices.

Conclusões: Apesar do avanço no ensino de CP em todo o mundo, há ainda muito por fazer. Para uma adequada formação em CP, os currículos de todas as escolas médicas devem incluir uma carga horária obrigatória nesse ensino. Mais publicações na área e mais discussões em eventos científicos, contribuirão para esse processo de construção. No Brasil, são necessários mais estudos para que se compreenda melhor o atual estado do ensino de CP no país.

ABSTRACT

Introduction: One of the main obstacles to the promotion of adequate palliative care is the deficient training of health professionals. The education on palliative medicine has large importance and responsibility to transform this reality.

Objective: The aim of this study was to carry out a bibliographic review on palliative care teaching during undergraduate medical course.

Method: A bibliographic review was conducted until May 2011, regarding the following database: PubMed, Academic Search Premier – ASP (EBSCO), Cambridge Journals Online and others. Terms were searched in English, Portuguese and Spanish, and included the following terms with different combinations: “cuidados paliativos”, “graduação”, “educação médica”, “ensino”, “palliative care”, “end-of-life care”, “undergraduate”, “teaching”, “education”, “enseño”, “graduación”, “educación”. National and international surveys were selected to achieve a panorama of undergraduate medical education on palliative care.

Results and Discussions: The United Kingdom highlights on this subject. Few studies from Brazil were obtained, and publications from medical schools of the state of São Paulo predominate. Comparing palliative care topics taught in medical schools with those recommended by guidelines on palliative care education, it was found that adequate attention and time to important topics are still insufficient. The topic “pain and symptom management” should occupy most of the time, and this is very discussed in medical schools; otherwise, topics as “psychosocial and spiritual aspects”, are very neglected. Regarding methods of teaching, lectures, reading materials, case studies and practical experiences were mentioned in many surveys. In Brazil, practical experiences were limited mainly to ambulatory activities and to inpatient unit visits, while in other countries, as United Kingdom, are very common experiences in hospices.

Conclusions: Despite the progress in palliative care teaching all over the world, there are still much to do. For an adequate training on palliative care, all medical schools curricula should include mandatory hours of this teaching. More publications about palliative care, and more discussions in scientific events, will contribute to this process of construction. In Brazil, more studies are necessary to a better comprehension of the reality of this teaching in the country.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Comissão Mista de Especialidades
CP	Cuidados Paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAPC	European Association for Palliative Care
EFPPEC	Educating Future Physicians in Palliative and End-of-Life Care
EPEC	The Education for Physicians on End-of-life Care
OMS	Organização Mundial da Saúde
SP	São Paulo
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Unesp	Universidade Estadual de São Paulo

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	15
3 MÉTODO.....	16
4 DAS RECOMENDAÇÕES À REALIDADE DO ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS.....	17
5 CONCLUSÕES.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
NORMAS ADOTADAS.....	30
FICHA DE AVALIAÇÃO.....	31

1. INTRODUÇÃO

Eu percebi que precisávamos não apenas de um manejo melhor da dor mas um cuidado integral melhor. As pessoas precisam de espaço para ser elas mesmas. Eu cunhei o termo “dor total” do meu entendimento de que pessoas que estão morrendo têm dores físicas, espirituais, psicológicas e sociais, que devem ser tratadas. Eu tenho trabalhado nisto desde então.

Cicely Saunders

A educação em Cuidados Paliativos para a promoção de Cuidados Paliativos adequados

O conhecimento e as práticas em saúde são baseados no modelo biomédico que, influenciado pelo paradigma cartesiano, adota o método científico para estudar a doença. A concepção mecanicista do organismo humano promove o reducionismo da saúde, em que o corpo humano é visto como uma máquina e a doença como uma avaria mecânica. O modelo biomédico, baseado na racionalidade científica, separa a dimensão técnica da dimensão humana.¹

Nesse modelo se enquadra a lógica anti-tanásica, em que se tenta a todo custo consertar a máquina humana. Esse modelo enaltece a cura, considerando-a objetivo final da prática em saúde.

O avanço tecnológico da medicina permitiu o maior controle de muitos sintomas e doenças, aumentando assim, a sobrevida dos pacientes. Porém contribuiu para a obstinação terapêutica (ou distanásia), o que muitas vezes leva o paciente a manter a vida às custas de muito sofrimento, estando solitário em ambientes despersonalizados como uma UTI ou quarto de hospital.¹

Essa concepção biologicista contribui para a desumanização e tecnização do ato médico, assim como a institucionalização do morrer. Os efeitos dessa concepção trazem à tona questionamentos éticos acerca do cuidado ao paciente fora de recursos terapêuticos de

cura, lançando as bases para movimentos sociais a favor de uma morte menos sofrida, mais digna, e com uma maior autonomia por parte do paciente.¹

Esses movimentos sociais foram embasados por uma série de estudos, realizados durante a década de 1950, que proporcionaram reflexões a respeito dos aspectos sociais e clínicos do cuidado ao paciente terminal. Clark (2007) cita alguns desses estudos, que foram realizados por profissionais de diversas áreas, entre elas, as áreas da saúde e das ciências sociais.²

Cicely Saunders, médica, enfermeira e assistente social, estava entre esses profissionais, e tornou-se conhecida por sua abordagem no manejo da dor e dos sintomas, reconhecendo a natureza multidimensional do sofrimento no conceito de “dor total”, e a necessidade do suporte emocional, psicológico e espiritual, tanto para o paciente terminal quanto para sua família. Em 1967, Saunders fundou o St. Christopher’s Hospice, em Londres, Inglaterra. Seu trabalho lançou as bases para o desenvolvimento dos hospices modernos, e dos serviços de Cuidados Paliativos.³

Em vários lugares do mundo, diversos profissionais trabalhavam em direção a objetivos semelhantes. Também na década de 1960, a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler Ross contribuiu para uma maior compreensão dos sentimentos, necessidades e expectativas dos pacientes frente ao processo de morrer, e a partir das suas observações e experiências, descreveu estágios por que passam esses pacientes quando se deparam com uma doença grave, que ameaça a vida. Os estágios foram denominados: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esta profissional também contribuiu para a formação do médico, pois parte de seu trabalho se deu por meio de seminários em que estudantes de medicina, entre outros participantes, tinham a oportunidade de ouvir as necessidades e sentimentos de pacientes terminais, bem como conversar com eles. Elizabeth escreveu diversos livros, sendo que o primeiro deles “Sobre a morte e o morrer”, publicado em 1969, ganhou projeção mundial e é considerado uma obra de grande impacto na história da tanatologia, área que paulatinamente está ganhando espaço no meio científico.^{2,4}

Tanatologia significa “estudo da morte” e, segundo Kovács (2008), o grande desenvolvimento dessa área ocorreu após as guerras mundiais, com os estudos de Hermann Feifel, que escreveu o clássico *The meaning of death*, obra que sinalizou o movimento de conscientização sobre a importância da discussão do tema da morte.⁴

A discussão sobre a morte vai além da área médica, e muitas áreas do conhecimento, tais como a psicologia, têm desenvolvido estudos sobre o tema. A tanatologia está intimamente relacionada aos cuidados paliativos, sendo que uma maior compreensão da

morte, do processo de morrer e de como o ser humano se relaciona com essa etapa da vida é fundamental para que se obtenha uma assistência em saúde integral e que atenda as reais necessidades dos pacientes.

Os termos “cuidados paliativos” e “hospice” muitas vezes são utilizados como sinônimos, outras vezes, entretanto, se referem a serviços diferentes.³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo “Cuidados Paliativos (CP)” pode ser definido como

um conjunto de medidas que visam a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que estão diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, possibilitados pela identificação precoce e avaliação e tratamento eficientes da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.⁵

Ainda segundo a OMS, o cuidado paliativo:

- proporciona alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis;
- reforça a vida e considera o processo de morrer como algo normal;
- visa não acelerar nem prorrogar demais a morte;
- integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente;
- oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até a morte;
- oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com o adoecimento do paciente e com o luto;
- utiliza uma abordagem de equipe para atender as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento ao luto, se indicado;
- melhora a qualidade de vida, e pode também influenciar positivamente o curso da doença;
- é aplicável precocemente no curso da doença, em associação a outras terapias que visam prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para a melhor compreensão e manejo das complicações clínicas.⁵

Já o termo Hospice, do latim *hospitium* significa hospitalidade, e os hospices datam de tempos medievais, inicialmente como uma casa para repouso dos peregrinos e viajantes. Os hospices reemergiram no século XIX como locais de cuidado para o paciente terminal, amplamente dirigidos por ordens religiosas. Uma das motivações para o desenvolvimento dos hospices modernos, foi o fato de que o hospital, que tem origem etimológica semelhante – do latim, *hospes*, que significa hóspede – foi se legitimando como centro de cura, e não havia cuidados adequados aos pacientes que estavam morrendo.^{3, 6}

Considerando o conceito moderno de hospice, conforme registros disponíveis, o primeiro hospice do Brasil foi o Asilo da Penha, no Rio de Janeiro. Este local surgiu em 1944, e teve, por alguns anos, importante papel na assistência aos pobres que morriam de câncer.⁶

Os serviços de CP cresceram em todo mundo, obedecendo particularidades da cultura e do cuidado em saúde de cada local.³

Wright (2008) estudou o desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos em 234 países, e os agrupou em 4 categorias, a saber: (1) atividades de cuidados paliativos / hospice não identificadas; (2) atividades de capacitação profissional mas ausência de serviços estruturados; (3) presença de serviços isolados de cuidados paliativos; e (4) países cujos serviços de cuidados paliativos estão integrados a uma política estruturada de provisão desses serviços. A categoria 4, que contém os países mais adiantados nos serviços de CP, abrange 15% dos países estudados (18% da população mundial), e estão incluídos a maioria dos países europeus, Canadá, Estados Unidos, Austrália, Chile, Argentina entre outros. Pertencem à categoria 3, com serviços isolados de CP, 34% dos países (70% da população mundial), incluindo o Brasil, a maioria dos países sul-americanos, o México, a China, a Índia e outros. A categoria 2, com países sem serviços estruturados de CP, porém capacitando profissionais, contém 18% dos países (9% da população mundial), entre os quais estão Bolívia, Paraguai e Porto Rico.⁷

No Brasil, a criação de associações profissionais destinadas à implementação e à promoção dos CP no país contribuiu para o crescimento do movimento paliativista. Em 1997, foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), objetivando a implantação e promoção dos CP por meio da formação de profissionais de saúde, promovendo assistência e o desenvolvimento de pesquisas. Em 2005, um grupo de médicos, insatisfeitos com a falta de representatividade dos paliativistas no Brasil, fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que buscava o reconhecimento da Medicina Paliativa como especialidade pelas entidades médicas competentes.¹

Um avanço no reconhecimento da Medicina Paliativa ocorreu em setembro de 2010, em reunião realizada no Conselho Federal de Medicina (CFM). A Comissão Mista de Especialidades (CME) emitiu parecer favorável à criação da área de atuação em Medicina Paliativa. A área tem interface com as especialidades médicas de Clínica Médica, Cancerologia, Geriatria e Gerontologia, Medicina de Família e Comunidade e Pediatria. A Associação Médica Brasileira (AMB) deve identificar se mais alguma especialidade tem interface com a área e, tendo feito isso, a Comissão Nacional de Residência Médica definirá os detalhes dos programas de residência e centros de formação.⁸

Apesar do crescente espaço que os CP têm conquistado em todo o mundo, e da afirmação da sua importância como parte fundamental do cuidado em saúde, os médicos não estão preparados para oferecer cuidados adequados aos pacientes terminais. Esses profissionais não se sentem aptos a comunicar notícias difíceis ao paciente e a seus familiares, a realizar um manejo adequado da dor e dos sintomas, o que dizer então da integração dos aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado. A deficiência na formação dos profissionais da área da saúde se configura como um dos principais obstáculos para se oferecer CP adequados.⁹ A grande maioria da população humana ainda não dispõe de CP, o que significa que há milhões de pessoas morrendo sem terem seu sofrimento atenuado. No Brasil, há ainda muito por fazer.⁹

Essa realidade, que pode ser considerada mundial, não condena somente os pacientes e seus familiares, que deixam de receber o que necessitam em um momento importante de suas vidas, mas também os próprios médicos, que se sentem inseguros, incapazes e frustrados diante dessa dimensão do cuidado.

A questão, porém, é ainda mais profunda: o profissional da saúde se encontra despreparado para trabalhar com a morte, pois, como já discutido anteriormente, toda a sua prática em saúde é direcionada para a cura. Além disso, quando um profissional da saúde perde um paciente, inconscientemente ele se depara com sua própria finitude.⁹

Uma das causas do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a morte, além dos aspectos cultural e espiritual pessoais, é que o ensino nos cursos da área da saúde, seguindo a visão técnico-científica do modelo biomédico, propicia pouco espaço para a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Assim, muitas vezes a morte pode ser relacionada com derrota, perda, frustração.⁹

Diversos trabalhos em todo o mundo têm comprovado a precariedade da formação do médico em cuidados paliativos. Herzler (2000) interrogou 592 médicos europeus sobre sua formação em cuidados no final da vida. Enquanto 51% dos médicos na Grã-Bretanha se sentiam suficientemente preparados para esses cuidados, menos de 25% sentiam o mesmo na Áustria, Dinamarca, França, Alemanha e Suíça.¹⁰

Na China, um trabalho investigou a formação em CP de 400 internos da Third Military Medical University, e mostrou que apenas 7,5% dos internos se sentiam adequadamente treinados em manejo da dor, e 13% se sentiam adequadamente treinados no manejo de sintomas de pacientes terminais. Além disso, 77% dos alunos relataram formação inadequada em comunicação com os pacientes e seus familiares a respeito da morte, e mais de 80% referiram que mais conteúdo em CP deveria ser incluído no currículo.¹¹

No Brasil também há estudos que demonstram contexto semelhante, especialmente no estado de São Paulo (SP). Pinheiro (2010) realizou um estudo que procurava avaliar o conhecimento sobre CP e dor dos estudantes de medicina do quinto e do sexto anos. 50 estudantes de três faculdades do estado de São Paulo responderam a um questionário. A maioria dos alunos relatou que durante a graduação não recebeu informação suficiente sobre o cuidado de pacientes terminais (83%) e sobre o manejo de pacientes com dor (58%). Metade deles referiu que recebeu informações suficientes sobre o controle de sintomas em pacientes terminais, 61% dos alunos não conhece a definição de CP da OMS e a maioria dos estudantes (63%) não aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para comunicar más notícias aos pacientes e familiares.¹²

Na Universidade Nove de Julho (SP), avaliou-se os conhecimentos de acadêmicos do quinto ano de medicina sobre CP, por meio de um questionário. Observou-se que a maioria dos alunos (76%) não se considerava preparada para lidar com a morte de um paciente, sendo que 32% responderam que além de não estarem preparados, associavam a morte com derrota, perda e frustração. Além disso, 62% dos estudantes consideravam que em seu curso de medicina faltou espaço para a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano e o preparo para lidar com o paciente sem possibilidade de cura.¹³

Um estudo qualitativo de 2009, desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), por meio de entrevistas com profissionais que integravam a equipe de CP da mesma instituição, mostrou que 93,3% deles consideravam que houve falta de formação para a morte em seus cursos de graduação. A ausência da temática morte na formação acadêmica dos profissionais entrevistados foi sentida em sua totalidade. A morte lhes foi passada como um momento frio e solitário. Os entrevistados também relataram que a prática dos CP os fizeram entender e lidar melhor com todos os pacientes, inclusive os pacientes com perspectiva de cura. Os autores concluíram que essa formação contribuiu para que os profissionais do estudo se tornassem seres humanos melhores, independentemente do foco do cuidar e da área específica de suas atuações.⁹

Diante dessa lacuna na educação médica, foram surgindo uma série de recomendações no ensino de CP, que aprofundam e especificam o que outras diretrizes gerais de ensino já tinham preconizado a respeito desse assunto. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, por exemplo, determina que a formação do médico visa dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas, entre elas, atuar no acompanhamento do processo de morte e comunicar-se adequadamente com os pacientes e seus familiares.¹⁴

Apesar de muitas escolas médicas falharem em não fornecer o mínimo de capacitação em CP para seus alunos, há diversas escolas em todo o mundo que contêm, nos mais variados graus, o ensino de cuidados paliativos em seus currículos.

Este estudo foi desenvolvido no intuito de se compreender melhor a realidade do ensino de CP no Brasil e no mundo. Com a motivação de contribuir para a educação médica e para a promoção de cuidados paliativos adequados, buscou-se proporcionar subsídios para a implantação ou aprimoramento do ensino de CP na graduação do curso de medicina.

2. OBJETIVO

Realizar revisão bibliográfica sobre o ensino de Cuidados Paliativos na graduação em medicina.

3. MÉTODO

Realizou-se uma revisão bibliográfica das seguintes bases de dados: PubMed, Academic Search Premier – ASP (EBSCO), Cambridge Journals Online, Highwire Press, Nature (NPG), Oxford Journals (Oxford University Press), Scielo, Science (AAAS), ScienceDirect (Elsevier), SpringerLink (MetaPress) e Wiley Online Library. Além disso, foi utilizado o mecanismo de busca Google. Não houve restrição da data de publicação, e a busca foi efetuada até maio de 2011.

Os termos foram procurados em inglês, português e espanhol, e incluíam os seguintes termos com diferentes combinações: “cuidados paliativos”, “graduação”, “medicina”, “educação médica”, “ensino”, “palliative care”, “end-of-life care”, “undergraduate”, “teaching”, “medical”, “medicine”, “education”, “enseño”, “enseñanza”, “graduación”, “educación”.

Foram selecionados trabalhos nacionais e internacionais para se obter um panorama atual do ensino de CP na graduação do curso de medicina.

4. DAS RECOMENDAÇÕES À REALIDADE DO ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS

Os diversos trabalhos mostram uma tendência crescente de pesquisas e publicações na área de educação médica em CP. Em paralelo, como causa e também consequência disso, cada vez mais escolas médicas têm incorporado ao currículo do curso de medicina o ensino de CP. Dentre aquelas que já o fazem, muitas estão aprimorando esse ensino.

Os trabalhos mostraram experiências no ensino de CP muito diversas nas escolas médicas em todo o mundo.

O Reino Unido se destaca no ensino em CP. Isso se deve à maturidade da medicina paliativa nessa região, que foi um dos pólos do desenvolvimento do movimento paliativista moderno.¹⁵ Há cerca de duas décadas, muito esforço foi empreendido para a incorporação desse assunto no currículo das escolas médicas britânicas, e atualmente, a maioria das escolas médicas do Reino Unido contém em seus programas de graduação o ensino de CP. Nos Estados Unidos, também há aproximadamente duas décadas, ocorreu movimento semelhante de incorporação do ensino de CP nas escolas médicas.^{15, 16} Apesar de nos Estados Unidos e em outros países haver várias escolas que ensinam aos seus alunos CP, a porcentagem de escolas que o fazem nesses países é muito menor do que no Reino Unido.¹⁵ Um estudo internacional realizado por Oneschuk (2000), mostrou a proporção de escolas médicas que possuem programas de medicina paliativa em alguns países. A pesquisa foi enviada para todas as escolas médicas do Canadá (16), e do Reino Unido (30), e 129 escolas médicas selecionadas aleatoriamente nos Estados Unidos e Europa Ocidental, e a taxa de resposta foi de 67%. O Reino Unido possuía na época a maior porcentagem de escolas médicas que ensinavam medicina paliativa, tanto em estágios obrigatórios, quanto em eletivos, com respectivamente 64% e 82% das escolas médicas da região. Números consideravelmente menores foram obtidos dos outros países, também levando-se em consideração estágios obrigatórios e eletivos, respectivamente: Estados Unidos 11% e 62%, Canadá 14% e 71%, e Europa Ocidental 19% e 30%.¹⁵

Na Suíça, até 2008, não havia estágio obrigatório em CP nas 5 universidades do país que possuem graduação em medicina, e três escolas ofereciam estágios optativos. A maior parte da educação em CP ocorria antes dos anos clínicos.¹⁷

Na Espanha e na Itália, segundo estudo desenvolvido por Mutto (2009), algumas universidades ensinavam CP como parte de outras disciplinas, e em poucas o assunto era ensinado em disciplina eletiva.¹⁶

Na Argentina, também conforme Mutto (2009), a educação em CP na época, não fazia parte do currículo da graduação em medicina.¹⁶

Foram encontrados poucos artigos de instituições brasileiras, o que não nos possibilita concluir que há poucas instituições que contêm em seu currículo o ensino de CP, já que pode haver instituição que não publicou sua experiência. A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) foi a primeira instituição de ensino médico a ter uma disciplina eletiva de CP, em 1998. A Faculdade de Medicina de Caxias do Sul foi a segunda a instituir a disciplina, em 2004.¹⁸

A Unifesp, A Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) de Botucatu, e a Escola de Medicina do ABC publicaram suas experiências no ensino de CP. A Unesp oferece estágio obrigatório aos seus alunos¹⁹, enquanto na Unifesp a disciplina é eletiva.²⁰ Na Escola de Medicina do ABC, estudantes de medicina têm estágio em um ambulatório de CP, e sobre a obrigatoriedade ou não do estágio, não havia informação no trabalho.²¹

Não foi encontrado nenhum trabalho que descreva, comparativamente, o ensino de CP nas escolas médicas brasileiras.

Apesar de algumas escolas médicas diferirem muito na educação em CP, muitas se assemelham nesse particular, por adotarem as mesmas recomendações de ensino.

Há várias diretrizes para o ensino em CP em todo o mundo. Presentes em muitos trabalhos, algumas diretrizes se destacam:

- Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education – Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC), da Europa;²²
- Education in Palliative and End-of-life Care (EPEC) Project, dos Estados Unidos;²³
- Educating Future Physicians in Palliative and End-of-Life Care (EFPPEC), do Canadá.²⁴

As diretrizes da EAPC são muito utilizadas pelas escolas médicas. O documento trata do currículo em CP para a graduação em medicina, e contém tópicos tais como: estratégias educacionais, ementa, e princípios gerais do planejamento curricular. O objetivo do currículo é proporcionar experiência de ensino que permita ao estudante desenvolver as atitudes, conhecimentos e habilidades necessários para participarem de cuidados paliativos adequados.²²

O projeto canadense EFPPEC tem como objetivo proporcionar a cada estudante de medicina e residente a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes apropriadas no cuidado no final da vida. O projeto visa integrar as competências em cuidados no final da vida no currículo de cada escola médica, e a finalidade não é criar uma disciplina isolada ou um estágio, mas sim garantir que as competências sejam contempladas nas disciplinas estabelecidas, tais como bioética, comunicações, e outras disciplinas e estágios dentro de cada faculdade.²⁴

O projeto americano EPEC é mais abrangente, seu objetivo é educar todos os profissionais de saúde para as competências clínicas essenciais em cuidados paliativos. O material é apresentado em 16 módulos e 4 plenárias que utilizam slides e vídeos. O núcleo do currículo é ensinado em conferências presenciais e também está disponível via uma plataforma de ensino à distância.²³

Não foi encontrada nenhuma diretriz no ensino de CP brasileira, o que se observa entre as instituições brasileiras que publicaram suas experiências, é que se tem adotado diretrizes estrangeiras ou se tem criado currículos próprios.

Entretanto, há iniciativas para se adaptar diretrizes estrangeiras para a realidade brasileira, o que foi bastante discutido no IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, considerado o evento brasileiro mais importante na área de CP. O congresso, realizado em outubro de 2010, foi organizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e teve como tema “Educar para Paliar”.²⁵

No Brasil, a ANCP mantém convênio com o já citado EPEC desde 2009, quando foi realizado o projeto piloto EPEC-Brasil. O acordo foi renovado e está sendo adaptado à realidade brasileira. Henrique Parsons, médico sanitarista e paliativista do MD Anderson Cancer Center (EUA), explicou que a idéia do EPEC-Brasil é fazer um treinamento 80% online para todo o país – com conteúdo textual, vídeos de interações, fóruns de discussão, encontros virtuais pontuais e testes e provas – e 20% presencial, com a discussão de problemas de comunicação, trazendo exposição prática.²⁶

As diretrizes contribuem com orientações importantes para as escolas que visam agregar aos seus currículos, a educação em medicina paliativa. Entretanto, baseando-se ou não em uma diretriz, a equipe idealizadora da incorporação desse ensino em sua escola, se depara com um desafio: a implementação no currículo.

O processo de implantação do ensino de CP nas escolas médicas é variado. Na Unifesp, o médico Marco Tullio Figueiredo foi o responsável pela trajetória desse ensino. Iniciou com cursos de extensão sobre CP e tanatologia, depois criou a disciplina eletiva e o

ambulatório de CP. Ele conta que foi procurado por outro médico que lhe interrogou o que deveria fazer para começar um atendimento em CP no hospital em que trabalhava. O Dr. Marco Tullio respondeu que simplesmente fizesse sozinho, e que com o tempo as pessoas passariam a acreditar no seu trabalho e o auxílio começaria a vir.²⁰

A Escola Médica da Universidade de Liverpool desenvolveu um novo currículo de graduação em 1996 em resposta ao chamado do Conselho Médico Geral para reformar e modernizar a educação médica. O método de ensino utilizado foi a “Aprendizagem Baseada em Problemas”, e a Medicina Paliativa fazia parte desse currículo. Grupos de consenso multidisciplinares foram utilizados para identificar objetivos da aprendizagem, conhecimentos essenciais requeridos e habilidades clínicas-chaves. O grupo de consenso de Medicina Paliativa considerou, além das diretrizes gerais do Conselho Médico Geral, as diretrizes da Associação de Medicina Paliativa e do Comitê Canadense em Educação de Cuidados Paliativos. O módulo de Medicina Paliativa, com duração de duas semanas, foi definido para o quarto ano de estudo.²⁷

Na Universidade da Califórnia, um estudante de medicina do quarto ano, um médico do Center for Palliative Studies e o coordenador do estágio no ambulatório do terceiro ano de internato médico, implementaram o currículo em CP. O início se deu em julho de 2001. O currículo consta de 32 horas distribuídas em 4 dias. Uma ementa adaptada do currículo do Education in Palliative and End-of-life Care (EPEC), é fornecida para cada estudante.²⁸

Um estudo qualitativo no Reino Unido procurou explorar os fatores que ajudam ou dificultam a incorporação do ensino de CP em nível de graduação naquela região. Seis temas emergiram dos dados coletados: a necessidade de uma liderança individual; o currículo; apoio da universidade; características dos pacientes; colegas do mesmo local, e a influência dos estudantes. A implementação do ensino de CP nas escolas médicas é um processo complexo que envolve fatores individuais, institucionais, clínicos, curriculares e fatores relacionados aos pacientes. A identificação desses fatores poderia ajudar as escolas médicas na incorporação ou aperfeiçoamento desse ensino.²⁹

É parte importante do processo de implantação do ensino de CP no currículo, a determinação dos conteúdos que devem ser abordados, e da carga horária destinada a cada um dos tópicos.

Conforme as recomendações da EAPC, a educação em CP deve abordar os seguintes tópicos, com suas respectivas proporções em porcentagem:

1. Fundamentos de Cuidados Paliativos – 5%
2. Manejo da dor e dos sintomas – 55%
3. Aspectos psicossociais e espirituais – 20%
4. Temas éticos e legais – 5%
5. Comunicação – 10%
6. Trabalho em equipe e auto-reflexão – 5%²²

A EAPC recomenda ainda um total de 40 horas alocadas nos diferentes anos da graduação em medicina para que se atinja os objetivos do currículo. Os fundamentos devem ser ensinados o mais precocemente possível, e os aspectos clínicos mais tardiamente no currículo. As integrações horizontal e vertical devem ser transparentes para o estudante.²²

Observa-se na maioria dos trabalhos, iniciativas louváveis de se ensinar medicina paliativa, entretanto, a atenção e o tempo devidos destinados a conteúdos importantes para uma boa formação em CP são ainda insuficientes.

Pereira (2008) comparou os tópicos ensinados e a carga horária destinada a eles nas 5 universidades da Suíça com o que é preconizado pela EAPC. A média de horas de ensino obrigatório em CP foi de 10,2. Em Berna, a educação em CP é praticamente não existente, enquanto em Genebra, Lausanne e Zurique o tempo dispendido a esse ensino é muito menor do que o preconizado pela EAPC, que são 40 horas. A universidade da Basileia é a que possui maior carga horária, com 27 horas de ensino obrigatório, porém, 60% dessas horas são dedicadas a conteúdos relacionados à ética. Estes últimos predominam nas escolas da Suíça, e a comunicação relacionada a CP é centrada em comunicação de más notícias.¹⁷

No Reino Unido, em estudo que abrangeu cerca de metade das escolas médicas, observou-se que os tópicos em CP mais comumente abordados nessas escolas foram dor, opióides e a escala de dor da OMS, além de outros sintomas, os últimos dias de vida, hidratação no final da vida, habilidades de comunicação, ética, sofrimento e luto, e atitudes diante da morte e do morrer. Os aspectos psicológicos do final da vida e os aspectos religiosos e culturais eram ensinados em todas as escolas.³⁰ Em 2000, a média de horas dedicadas à educação em CP no Reino Unido era de 20 horas.³¹

No Brasil, a Unifesp, a Unesp de Botucatu e a Escola de Medicina do ABC abordam conteúdos diferentes e oferecem carga horária também diferentes. Na Unifesp, a disciplina eletiva consta de 24 horas de ensino e são abordados vários temas, tais como tanatologia, eutanásia e espiritualidade da finitude do homem.²⁰ A Unesp de Botucatu tem um programa

de 3 horas em sala de aula no quarto ano, onde são discutidos a fisiologia básica da dor, manejo da dor e tópicos de cuidados paliativos, e um programa de 30 horas no sexto ano, também em manejo da dor e cuidados paliativos.¹⁹ A Escola de Medicina do ABC, por meio da medicina baseada em narrativas, trabalha bastante o tema da comunicação com o paciente e seus familiares. As atividades se dão no ambulatório de Cuidados Paliativos, e em todos os dias de ambulatório, são realizadas atividades de auto-reflexão. A carga horária não foi especificada.²¹

Comparando-se os conteúdos trabalhados e suas respectivas horas de ensino com o que preconiza a EAPC, pode-se perceber que o tópico “manejo da dor e dos sintomas”, que deve ter 55% da carga horária, é muito discutido nas escolas médicas, e em algumas, esse tópico ocupa quase a totalidade da carga horária. Tópicos como “temas éticos e legais”, que deveriam ocupar 5% das horas de ensino, em algumas universidades, tais como as da Suíça, ocupam a maior parte do tempo. “Comunicação” deve ser responsável por 10% da carga horária, e também observam-se escolas que dispendem a maior parte do tempo de ensino em CP abordando este aspecto. Uma evidente desproporção na distribuição dos conteúdos ocorre em muitas escolas, e ainda outros tópicos são quase ou completamente negligenciados, tais como “aspectos psicossociais e espirituais”, tópico este que deveria ser responsável por 20% da carga horária, que é menor apenas que “manejo da dor e dos sintomas”.

Os aspectos psicossociais e espirituais dos cuidados em saúde, e não apenas dos cuidados paliativos, ainda têm pouco espaço na prática clínica e na educação médica, porém esta realidade está mudando. Muitos trabalhos têm sido publicados sobre a relação entre espiritualidade e saúde. O estudo dessa relação é repleto de preconceitos, e é importante ressaltar que, nesse estudo, não é necessário assumir nenhuma posição sobre as religiões ou crenças envolvidas, pois o objetivo é investigar como crenças religiosas e comportamentos estão associados com repercussões na saúde.³² Além disso, escolas médicas em todo o mundo têm incorporado aos seus currículos o tema espiritualidade, independentemente de este último estar associado ao ensino de cuidados paliativos.³³⁻³⁵ Alguns tópicos contidos no ensino em espiritualidade são: a compreensão das crenças espirituais dos pacientes, e como elas afetam sua saúde, as decisões médicas, a relação médico-paciente e o enfrentamento de sua enfermidade; comunicação de más notícias; conceitos sobre sofrimento e estresse espiritual; diferença entre espiritualidade e religião; visões de algumas religiões; relação histórica entre medicina e religião; cuidados paliativos; funções psíquicas das crenças religiosas/espirituais; função do capelão; coleta da história espiritual e identificação das necessidades espirituais do

paciente; considerações espirituais no luto; compreensão de como a crença do profissional de saúde afeta o cuidado ao paciente.³⁶

É necessário que haja uma conscientização por parte da equipe de saúde a respeito da importância de se considerar a espiritualidade do paciente em seu cuidado. É imperativo que se reconheça que o paciente pode apresentar, principalmente no final da vida, dores emocionais tão ou mais intensas que as dores físicas. O processo de adoecimento e a perspectiva da morte podem carregar profundas questões sobre quem as pessoas são, o que suas vidas significam, e o que acontecerá com elas durante o curso da doença e talvez depois que elas morrerem.³⁷ Não raras vezes, o sofrimento é aumentado pela ausência de significado. Um aspecto da existência do ser humano que o ajuda a dar significado ao sofrimento e a encontrar esperança em meio ao desespero é a espiritualidade.³⁷ Não basta entretanto conscientização e boa vontade em se considerar essa dimensão do cuidado. Deve haver treinamento e trabalho em equipe, para que o tema seja conduzido da maneira adequada, sem preconceitos, sem proselitismos, com objetividade e segurança. Por tudo isso é tão importante a educação em espiritualidade na área da saúde, e não pode faltar esse tópico fundamental na educação em cuidados paliativos.

Os tópicos de ensino em CP podem ser abordados por meio de diversas metodologias de ensino e aprendizagem. Segundo as recomendações do EAPC, a técnica e o processo educacionais podem variar de acordo com a escola médica, mas alguns aspectos devem ser observados, tais como: o aprendizado por meio de experiências deve ser predominante, e deve incluir por exemplo, o contato com unidades de internação e encontros com pacientes e seus familiares; devem ser aplicadas técnicas ativas preferencialmente em relação às passivas; o aprendizado multiprofissional deve ser encorajado; deve haver uma integração horizontal no currículo; deve haver várias oportunidades para auto-reflexão e discussões em grupo sobre situações difíceis; considerações éticas e psicossociais devem ser integradas em todos os aspectos do ensino. É recomendada ainda uma experiência clínica em um local de cuidados paliativos.²²

As metodologias de ensino e aprendizagem empregadas pelas escolas médicas são bastante diversificadas. No estudo de Oneschuk (2000) há descrição de metodologias utilizadas por escolas médicas da América do Norte, Reino Unido e Europa Ocidental. Mais da metade de todas as universidades em cada um dos três grupos tem palestras em CP para seus alunos. Materiais de leitura em CP são oferecidos por mais da metade das universidades norte-americanas e britânicas que responderam o estudo. O aprendizado baseado em casos clínicos é mais utilizado nas escolas do Reino Unido e do Canadá, embora esse método de

ensino parece ser o predominante em todos os países do estudo. No Reino Unido também houve descrição do método de aprendizagem em computadores. O ensino de CP em hospices é mais comum no Reino Unido do que nos outros países pesquisados, lembrando que nessa região há grande número de hospices.¹⁵

No Reino Unido, o estudo de Gibbins (2010), que obteve dados de cerca de metade das escolas médicas da região, mostrou que os métodos de ensino mais utilizados são palestras, aprendizado em pequenos grupos e estudos de casos. Apesar da maior parte do ensino ocorrer na universidade e no hospital, visitas a hospices são oferecidas a todos os estudantes. O ensino é ministrado principalmente por especialistas em CP. O estudo objetivou uma compreensão mais profunda do ensino, e procurou explorar a visão e as experiências dos coordenadores de CP das escolas. Os coordenadores visavam ajudar os estudantes a superar medos sobre a morte e o morrer; visavam mostrar aos alunos que os CP são aplicáveis a muitos pacientes e são parte do trabalho de qualquer médico, independente da especialidade que escolherão no futuro; e apesar do conhecimento ser considerado importante, os coordenadores estavam mais preocupados com atitudes.³⁰

Nos Estados Unidos, um estudo de revisão de 2007 explorou alguns trabalhos que descrevem experiências de algumas escolas americanas em cuidados no final da vida. Foram nove trabalhos descritos, sendo que a maioria trata de experiências na graduação. A maior parte das escolas se utiliza de estudos de casos, materiais para leitura e discussões em pequenos grupos. Sete trabalhos relataram a inclusão de estágios em hospices. Em uma das escolas, os estudantes tinham a oportunidade de acompanhar visitas domiciliares. Quatro estudos discutiram o papel de projetos pessoais, como a escrita de depoimentos, ensaios, poemas e outros, como meios eficazes de promover o auto-cuidado.³⁸

No Brasil, as universidades paulistas abordadas neste estudo desenvolvem metodologias de ensino diferentes. Na Unifesp, a disciplina optativa de cuidados paliativos oferece 50 vagas e é direcionada a alunos do primeiro ao terceiro ano. O programa inclui a apresentação e discussão de casos clínicos, debates, depoimentos ao vivo de pacientes, encenação de diálogo entre o paciente e o médico. Após o curso, o estudante pode visitar a unidade de CP do Hospital Amaral Carvalho (hospital oncológico) em Jaú, SP. Além disso, a disciplina de oncologia básica inclui uma aula de CP. Os estudantes, bem como a comunidade em geral, podem participar de dois cursos de extensão oferecidos pela universidade: “Curso de Cuidados Paliativos ao Paciente Fora de Recursos Terapêuticos de Cura” e “Tanatologia – Estudo da Morte”.²⁰

A Unesp de Botucatu, que tem seu currículo baseado no projeto Americano EPEC, se utiliza de atividades dentro e fora da sala de aula. No quarto ano o programa de três horas é em sala de aula, e no sexto ano, a maior parte das 30 horas destinadas ao ensino de CP é utilizada em atividades práticas. Estas incluem atividades em ambulatório, visitas em enfermarias para ver pacientes com dor aguda e crônica, e visitas domiciliares.¹⁹

Na Escola de Medicina do ABC, são realizadas atividades de ensino no ambulatório de cuidados paliativos. Funciona 1 vez por semana e a equipe médica é composta por médicos de família, residentes e estudantes de medicina. Os aprendizes são orientados a ler a respeito de medicina narrativa. Uma sessão de escrita reflexiva, na qual as histórias dos pacientes e as preocupações e sentimentos dos médicos e estudantes podem ser compartilhados, encerra as atividades do dia.²¹

Diferentemente de outros países, como os Estados Unidos e o Reino Unido, o Brasil não possui muitos hospícios, portanto, não há muitas experiências de ensino nesses locais. A vivência prática junto aos pacientes terminais, é limitada principalmente às atividades ambulatoriais e às visitas a enfermarias de diversas especialidades. Vale destacar as atividades de visitas domiciliares na Unesp, que proporcionam experiência singular no cuidado ao paciente terminal. Tal como em várias escolas nos Estados Unidos, na Escola de Medicina do ABC os estudantes realizam projetos pessoais, que permitem a reflexão, o compartilhamento de experiências, impressões e sentimentos, o que ajuda a promover o auto-cuidado e possibilita desenvolvimento de atitudes.

No Brasil, assim como em outros países do mundo, há escolas cujos currículos em CP estão bem próximos dos currículos idealizados pelas diretrizes. Muitas experiências descritas neste trabalho, ainda que distantes do ideal, têm sido consideradas vitoriosas, uma vez que o maior desafio já foi superado nessas escolas: a implementação do ensino de CP no currículo. O aprimoramento deste é uma questão de tempo, empenho, estudo e treinamento. Muitos estudantes já estão se tornando médicos mais preparados para promover cuidados no final da vida, e além disso, são imbuídos de ferramentas para uma educação continuada em CP, já que foram apresentados a essa dimensão do cuidado.

5. CONCLUSÕES

Como demonstrado nesse estudo, muito se avançou no ensino de Cuidados Paliativos em todo o mundo, entretanto, há ainda muito por fazer. Para uma adequada formação em CP, com conseqüente promoção de CP adequados, o currículo de todos os cursos de graduação em medicina deve incluir uma carga horária obrigatória nesse ensino, que deve ser suficiente para que os mínimos conhecimentos, habilidades e atitudes possam ser desenvolvidos. As estratégias de ensino empregadas devem ser variadas e incluir o contato com o paciente e sua família.

Não faltam ferramentas que podem auxiliar na implantação ou no aprimoramento do currículo de CP nas escolas médicas. A partir desse trabalho, pôde-se concluir que, além da existência de diversas diretrizes que norteiam esse intento, há incontáveis trabalhos sobre o assunto, proporcionando conhecimento e intercâmbio de experiências. Compartilhar as experiências é ferramenta valiosa para a construção de projetos de ensino.

Mais publicações na área e mais discussões em eventos científicos, certamente contribuirão muito para esse processo de construção. No Brasil, são necessários mais estudos para que se compreenda melhor o atual estado do ensino de CP no país.

A crescente conscientização da importância em se ensinar CP nas escolas médicas, associada à inclusão curricular e ao aprimoramento desse ensino, permite que cada vez mais estudantes de medicina se tornem mais do que médicos melhores, se tornem seres humanos melhores e, independente da especialidade que abrace, se sentirá recompensado ao ver o paciente com seu sofrimento atenuado e com uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado MA. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
2. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol.* 2007 May;8(5):430-8.
3. Brooksbank M. Palliative care: Where have we come from and where are we going? *Pain.* 2009 Aug;144(3):233-5.
4. Kovács MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2008;18:457-68.
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care [homepage na Internet]. WHO 2011 [acesso em 2011 Apr 20]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
6. Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 2010;17:165-80.
7. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *J Pain Symptom Manage.* 2008 May;35(5):469-85.
8. Associação Médica Brasileira. CME aprova Medicina Paliativa como área de atuação [homepage na Internet]. São Paulo: AMB; 2008 [publicada em 2010 Sep 30; acesso em 2011 May 10]. Disponível em: http://www.amb.org.br/teste/index.php?acao=mostra_noticia&id=6350
9. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2009;33:92-100.
10. Herzler M, Franze T, Dietze F, Asadullah K. Dealing with the issue 'care of the dying' in medical education - results of a survey of 592 European physicians. *Med Educ.* 2000 Feb;34(2):146-7.
11. Jiang X, Liao Z, Hao J, Guo Y, Zhou Y, Ning L, et al. Palliative care education in china: insight into one medical university. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Apr;41(4):796-800.
12. Pinheiro TR. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(3):320-6.
13. Moraes SAF, Kairalla MC. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein.* 2010;8(2 Pt 1):162-7.

14. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES N. 4, de 7 de novembro de 2001, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [homepage na Internet]. Brasília: MEC; 2009 [acesso em 2011 Jan 25]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
15. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. An international survey of undergraduate medical education in palliative medicine. *J Pain Symptom Manage.* 2000 Sep;20(3):174-9.
16. Mutto EM, Cavazzoli C, Ballbe JA, Tambone V, Centeno C, Villar MJ. Teaching dying patient care in three universities in Argentina, Spain, and Italy. *J Palliat Med.* 2009 Jul;12(7):603-7.
17. Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, et al. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. *Palliat Med.* 2008 Sep;22(6):730-5.
18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidados paliativos: simpósio internacional acontece 14/11 [homepage na Internet]. São Paulo: CREMESP; c2001-2011 [divulgada em 2007 Oct; acesso em 2011 Abr 23]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=915&Coluna=nao>
19. Lemonica L, Barros GA. Botucatu, Brazil: a regional community palliative care model. *J Pain Symptom Manage.* 2007 May;33(5):651-4.
20. Figueiredo MTA. Educação em cuidados paliativos - uma experiência brasileira. *Prática Hospitalar.* 2001 Set,Out;III(17):43-8.
21. Pinheiro TR, De Benedetto MA, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. Teaching palliative care to residents and medical students. *Fam Med.* 2010 Sep;42(8):580-2.
22. European Association for Palliative Care. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education [homepage na Internet]. Ceapc Onlus 2010 [acesso em 2011 Apr 21]. Disponível em: <http://www.eapcnet.org/download/forTaskforces/PhysiciansTF/PC-Curr-UndergraduateMedEdu.pdf>
23. Education in Palliative and End-of-life Care (EPEC) [homepage na Internet]. Chicago: Northwestern University; c2006 [acesso em 2011 Apr 11]. Disponível em: http://epec.net/epec_core.php
24. The Association Faculties of Medicine of Canada. Educating Future Physicians in Palliative and End-of-Life Care (EFPPEC) [homepage na Internet]. Ottawa: The Association [acesso em 2011 Apr 16]. Disponível em: http://www.afmc.ca/efppec/docs/pdf_2006_ug_curriculum_fact_sheet.pdf
25. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Programação Final do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos [homepage na Internet]. [acesso em 2011 Apr 12]. Disponível em: http://www.paliativo.org.br/congresso/download/programa_oficial_ancp_2010.pdf

26. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Educar para paliar [homepage na Internet]. São Paulo: CREMESP; c2001-2011 [divulgada em 2010 Oct 07; acesso em 2011 Apr 17]. Disponível em: <http://cremesp.org.br/index.php?siteAcao=Noticias&id=2003>
27. Mason SR, Ellershaw JE. Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliat Med*. 2008 Sep;22(6):687-92.
28. Porter-Williamson K, von Gunten CF, Garman K, Herbst L, Bluestein HG, Evans W. Improving knowledge in palliative medicine with a required hospice rotation for third-year medical students. *Acad Med*. 2004 Aug;79(8):777-82.
29. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Forbes K. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. *Med Educ*. 2009 Aug;43(8):776-83.
30. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med*. 2010 Apr;24(3):299-305.
31. Field D, Wee B. Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Med Educ*. 2002 Jun;36(6):561-7.
32. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28:242-50.
33. Fortin AHt, Barnett KG. STUDENTJAMA. Medical school curricula in spirituality and medicine. *JAMA*. 2004 Jun 16;291(23):2883.
34. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical Education*. 2008;42(2):176-82.
35. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Med Educ*. 2010 May;44(5):527.
36. Marr L, Billings JA, Weissman DE. Spirituality training for palliative care fellows. *J Palliat Med*. 2007 Feb;10(1):169-77.
37. Puchalski CM, Ferrell B. Making health care whole. West Conshohocken: Templeton Press; 2010.
38. Bickel-Swenson D. End-of-life training in U.S. medical schools: a systematic literature review. *J Palliat Med*. 2007 Feb;10(1):229-35.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pela Resolução /2003 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

15 minutos para o aluno;

05 minutos para cada membro da Banca;

05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____