

O Primeiro Contato de Estudantes de Medicina com Pacientes em Cuidados Paliativos: Relato de Experiência

The First Contact of Medical Students with Patients in Palliative Care: Experience
Report

Leonardo Sousa Cointo¹

ORCID: 0009-0006-9631-1568

Waléria Kalistenys Bento Silva¹

ORCID: 0009-0007-3287-596X

Lia Nogueira Lima²

ORCID: 0000-0002-1854-2866

Luiza Alvarenga Lima Bretones³

ORCID: 0000-0002-0245-2225

¹ Acadêmico (a) de Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Médica pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e em Cuidados Paliativos pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Docente no curso de Medicina pela ESCS.

³ Médica pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Geriatria pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) e Medicina Paliativa pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-FEPECS).

Autor correspondente: Leonardo Sousa Cointo - Unidade I - SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 - Edifício FEPECS. Email: leonardo.cointo@escs.edu.br.

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de dois estudantes de medicina em um estágio em um hospital público com serviço especializado em cuidados paliativos, permitindo uma visão prática dos princípios dos cuidados paliativos; principalmente com o suporte ao paciente e aos familiares, manejo de sintomas e abordagem multiprofissional. **Método:** no estágio, os estudantes participaram de discussões de casos, reuniões familiares e acompanhamento direto de pacientes em processo de morte, reformulando preconceitos sobre a especialidade. **Resultados:** obtiveram-se reflexões profundas nos temas de morte e luto; sedação paliativa e eutanásia; conceitos de comunicação em saúde, entre outros. **Conclusão:** ressalta-se a importância de uma formação médica humanística que vá além do tratamento curativo, considerando aspectos emocionais e psicossociais. Os cuidados paliativos, essenciais para a qualidade de vida do paciente, deveriam ser efetivamente incluídos de forma prática nos currículos, capacitando futuros profissionais para lidar com a morte e o luto de forma empática.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Luto; Educação Médica; Estudantes de Medicina; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of two medical students during na internship at a public hospital with a specialized palliative care service, providing a practical understanding of the principles of palliative care, particularly patient and family support, symptom management, and a multidisciplinary approach. **Method:** during the internship, the students participated in case discussions, family meetings, and direct follow-up of patients in the dying process, reshaping preconceived notions about the specialty. **Results:** the experience fostered deep reflections on themes such as death and grief, palliative sedation and euthanasia, health communication concepts, among others. **Conclusion:** the importance of a humanistic medical education that goes beyond curative treatment is emphasized, taking into account emotional and psychosocial aspects. Palliative care, essential for patients' quality of life, should be effectively integrated into medical curricula, preparing future professionals to address death and grief with empathy.

Keywords: Palliative Care; Bereavement; Medical Education; Medical Students; Health Communication.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são definidos como a abordagem que visa a garantia de qualidade de vida para pacientes e seus familiares, por meio da avaliação precoce e do manejo de sintomas físicos, sociais, psíquicos e espirituais desfavoráveis, no contexto de doenças que ameaçam a vida¹⁻³. Essa modalidade de serviço em saúde, praticada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, se mostra de suma importância em todo o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto, posto o cenário atual de mudança demográfica mundial, com o aumento da expectativa de vida e dos quadros de doenças crônicas e neoplásicas¹⁻⁴.

No que tange a origem histórica, a filosofia dos cuidados paliativos teve seu início na Idade Média. Neste período, existiam os hospices ou hospedarias, que abrigavam doentes, desabrigados, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos e eram caracterizados por disponibilizarem acolhimento, proteção e cuidado do sofrimento⁴. Durante os seguintes momentos históricos, a pioneira do movimento moderno dos hospices, Cicely Saunders, foi reconhecida pela fundação, em 1967, do St Christopher 's Hospice, em Londres, e o posterior desenvolvimento dos conceitos primordiais dos cuidados paliativos a nível domiciliar, integrando as dimensões do controle da dor e dos sintomas, bem como a compreensão holística do doente e de sua família. A partir deste início, os cuidados paliativos iniciaram seu reconhecimento internacional, sendo conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pela primeira vez em 1990²⁻⁴.

No Brasil, os cuidados paliativos começaram a se consolidar a partir da década de 1980 e 90, especialmente através de ações pontuais de hospitais de referência integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao exemplo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que em 1998 inaugurou uma ala específica para Cuidados Paliativos⁵. Contudo, avanços sociais e legislativos importantes dos cuidados paliativos no Brasil se desenvolveram a partir da criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005 e da Portaria GM nº 3.681 de 7 de maio de 2024 do Ministério da Saúde, que regulariza a oferta dos serviços de cuidados paliativos como cuidados continuados integrados no SUS^{4,6}. Apesar de tais avanços, a prática dos cuidados paliativos no Brasil ainda enfrenta empecilhos, principalmente os relacionados à

irregular ou inexistente capacitação profissional, exemplificados na prática, pelo desconhecimento da maioria dos agentes em saúde sobre a temática⁷.

Esse desconhecimento, no entanto, pode ser relacionado a uma lacuna na formação em saúde que se estende por todo o mundo e não somente no Brasil, uma vez que, segundo o *Global Atlas of Palliative Care* (2020) da Organização Mundial da Saúde (OMS), o acesso limitado a medicamentos para o controle da dor, a falta de políticas nacionais para integração dos sistemas de saúde e a ausência da educação e capacitação profissional são fatores que atrasam a efetivação geral dos Cuidados Paliativos⁸. Embora haja uma convergência entre as competências estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de Medicina e os padrões internacionalmente reconhecidos para a prestação de cuidados paliativos, estes ainda não são implementados na prática de forma eficaz⁹⁻¹⁰. Especificamente, a maioria das estruturas curriculares da graduação, tanto em medicina quanto em outras áreas da saúde, na maioria das situações, não contemplam o reconhecimento de sintomas e a abordagem humanizada e ativa de pacientes terminais.

Os cuidados paliativos, por definição, envolvem o contexto de quadros que ameaçam a vida de uma pessoa, sendo cercado, então, pela inevitável discussão sobre a morte. A morte, apesar de cientificamente comprovada como um processo biológico, é envolta por um misto de sentimentos que incluem medo, sofrimento e angústia. Esse olhar sobre a morte conduz uma instintiva reação dos profissionais de saúde de evitar aspectos relacionados ao tema, isto é, muitas vezes prolongando um processo doloroso. Os fundamentos dos cuidados paliativos podem e devem ser ofertados de maneira precoce perante doenças crônicas potencialmente fatais; devendo ser intensificados perante disfuncionalidade das propostas curativas anteriormente estipuladas, priorizando a qualidade de vida do paciente e das pessoas ao seu redor afetadas¹¹⁻¹².

A fase final da vida, com suas questões de sofrimento, medo e ansiedade, é uma presença frequente na rotina dos profissionais de saúde. Isso ressalta a importância de integrar instruções sobre o assunto durante a formação acadêmica nas faculdades de Medicina. As orientações nacionais têm incentivado alterações nos currículos médicos, com o objetivo de cultivar uma formação reflexiva que promova características humanitárias nos futuros profissionais. No entanto, em diversas formações em saúde, os acadêmicos não são expostos à possibilidade de ter contato com o cotidiano prático dos cuidados paliativos como uma especialidade em saúde, o que perpetua o

desconhecimento sobre os cuidados paliativos e seus fundamentos e dificulta uma formação humanística completa do profissional de saúde¹³.

Objetivos

O objetivo principal deste trabalho foi relatar a experiência de dois discentes, que no âmbito de estágio curricular eletivo obrigatório, optaram por acompanhar o cenário de um serviço especializado em cuidados paliativos geriátricos e oncológicos em um hospital público em Brasília - DF. No que tange aos objetivos específicos, destacam-se: descrever os aprendizados, no contexto acadêmico de medicina, sobre comunicação efetiva e sensível com pacientes em fase final de vida e sua família, diante de assuntos delicados e estigmatizados na sociedade; desmistificar os preconceitos teóricos anteriores dos estudantes com a experiência no hospital, a exemplo da sedação paliativa; interpretar a importância da equipe multiprofissional de saúde como um pilar inerente para oferecer cuidados dignos e adequados; e compreender o conceito de humanização do cuidado aplicado ao paciente em fase final de vida.

MÉTODO

Este trabalho se baseia no modelo de relato de experiência, produzido a partir da vivência de dois discentes de medicina do terceiro ano de uma faculdade pública do Distrito Federal, Brasil; em um hospital público, especificamente na área de cuidados paliativos geriátricos e oncológicos, por meio de um estágio eletivo de organização prioritária dos alunos.

Os estudantes permaneceram na instituição por um mês, entre novembro e dezembro de 2023, totalizando 82 horas de estágio, atuando em conjunto aos profissionais de saúde entre os cenários de enfermagem de cuidados paliativos, ambulatório de luto e ambulatório de cuidados paliativos. Nesse tempo, ambos acompanharam médicos especializados em cuidados paliativos, médicos residentes da área, além da equipe multiprofissional. Além disso, a grade horária também foi composta por períodos programados para realização de estudos dos principais temas, como as síndromes geriátricas e o manejo multiprofissional do luto, com base nas

referências bibliográficas compartilhadas pela equipe de preceptores acompanhada, baseada em diretrizes e manuais operantes em território nacional.

Durante o estágio, os discentes tiveram a oportunidade de elaborar notas diárias relacionadas as principais experiências vivenciadas que foram além dos aprendizados regulares da grade curricular do curso de Medicina. As principais notas diárias reflexivas foram associadas a uma busca literária sobre as principais temáticas. Nesse sentido, objetivando maior respaldo científico, foi realizada uma revisão literária simples nas principais bases de dados (PubMed, Scielo, BVS/LILACS), sendo selecionados artigos condizentes com a temática e que auxiliaram a construção científica ao longo do relato; haja vista que o Relato de Experiência, conceitualmente, deve objetivar o registro de, literalmente, experiências vivenciadas e não inerentemente um relato de pesquisa acadêmica¹⁴.

Por fim, o conteúdo científico encontrado foi correlacionando com as experiências práticas vivenciadas por ambos os estudantes durante o estágio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudantes foram acolhidos por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros, e durante o período de estágio, tiveram a oportunidade de acompanhar distintos procedimentos, atendimentos e conversas de casos diferentes. Essa rica experiência gerou uma posterior análise das experiências vivenciadas pelos estudantes, com a possibilidade de elencar os tópicos de grande relevância acadêmica e humanística:

1. Contato com a morte

O estudante de medicina, na maioria das instituições de ensino, mesmo com reconhecimento internacional, possui grande capacidade resolutiva no que tange enfermidades, porém pouquíssimo tempo empregado na habilidade de lidar com alguém que está em processo de morte por uma enfermidade. Isso advém de um modelo de formação médica baseado na vivência hospitalar e técnica da patologia e da morte como aspectos a serem evitados, sem levar em consideração uma abordagem holística do paciente⁹. Formam-se, então, profissionais da saúde que veem a morte como sinônimo de fracasso médico no que tange os fins curativos. Isto se relaciona com o fato de o

processo de morte ainda ser envolto por questões sociais de medo e angústia, o que leva à tendência de prolongamento da vida a qualquer custo, mesmo que signifique perpetuar um sofrimento ao paciente¹⁰⁻¹².

Os resultados de um padrão de formação em saúde que evita o treinamento em situações de morte são as consequências profissionais e pessoais na vida do próprio médico, do enfermeiro e de outros profissionais da equipe de saúde. Estes podem ser exemplificados pela constante ansiedade para abordar pacientes em situações de terminalidade e pela frustração em relação aos próprios sentimentos, os quais nessas situações podem colocar em dúvida as próprias crenças pessoais^{11-12,15}.

Os estudantes, nessa vivência, puderam ter a experiência de contato com pacientes em fase final de vida bem como em processo ativo de morte. Nesse contexto, foram introduzidos à diferenciação entre morte iminente e processo ativo de morte e ao reconhecimento de sinais clínicos, como respiração de Cheyne-Stokes, redução da produção de urina, queda mandibular e entre outros, especialmente os sinais tardios, que ajudam a identificar o estágio de vida do paciente em cuidados paliativos¹⁶.

Para um espectador, como os estudantes nessa experiência, o contato imediato com a morte pode ser assustador ou até revoltante, já que surgem os questionamentos do motivo desse processo ter sido necessário para tal indivíduo ou ainda se não havia mesmo uma outra opção. As próximas etapas, no entanto, levam a pensamentos sobre como a vida é um processo finito, sobre como a fâcies de vazio de um paciente sem o vigor da vitalidade em um leito de enfermaria de cuidados paliativos na verdade é a pura expressão de uma vida cheia de experiências individuais, vividas da forma como deveriam ser vividas. A sensação de observar o processo de morte de um paciente cuidado por um serviço de cuidados paliativos é de que uma vida não foi perdida, como pode ser avaliado em outras situações corriqueiras da vida, como acidentes; mas sim que uma vida foi cuidada da melhor forma possível até seu último respiro de energia vital.

2. Contato com o luto

Primeiro contato do luto e da morte no ambiente institucional, considerando que um dos principais aspectos estudados e trabalhados pelos Cuidados Paliativos é a abordagem do luto. Nesse sentido, a instituição em que foi realizado o estágio destacou-

se pela existência do denominado Ambulatório de Luto, no qual era realizado um acompanhamento com a família antes, durante e após o falecimento de um paciente. A experiência da convivência com pessoas enlutadas trouxe o entendimento de que o luto não é apenas um sentimento de pesar e dor, mas também uma sensação de insegurança frente a um futuro desconhecido sem o ente querido em questão, o que aflora questionamentos sobre mudanças familiares, sociais e psicológicas de cada pessoa.

O luto é uma experiência individual, isto é, cada pessoa passa por esse processo de uma forma distinta, necessitando de níveis de suporte diferentes¹⁷. O convívio com a rotina da enfermagem e do ambulatório do serviço em questão possibilitou a análise de perfis diferentes enfrentando o processo de luto de maneira particular, alguns com uma antecipação de sentimento de perda mesmo antes do falecimento, alguns mais reclusos em seus sentimentos e opiniões, alguns mais sensíveis e abertos para o conforto disponibilizado por toda a equipe de saúde, outros conscientes do processo e preparados para as adversidades do desconhecido.

Um dos grandes aspectos preconizados pelos profissionais da instituição foi que cada indivíduo lida com o luto de forma específica e diferenciada, sendo dito em diversos momentos que o “luto é uma experiência individual”. Nesse sentido, ele não deve ser deixado de lado, perante a capacidade de se tornar um processo patológico, considerando a relação com a execução das atividades diárias desse indivíduo, devendo, portanto, ser discutido e abordado, com intuito de oferecer um cuidado humanizado e integral para a família do paciente falecido.

3. *Cura x Cuidado*

O objetivo dos cuidados paliativos, por definição, é a melhoria da qualidade de vida, por meio da abordagem de aspectos físicos, psicossociais e emocionais, frente a situações de doenças graves e ameaçadoras à vida¹⁷. Nesse sentido, amplia-se o entendimento de cuidado além da possibilidade ou não de reversão ou tratamentos curativos. Os cuidados paliativos não substituem, uma terapia modificadora, mas quando integrados a esta, propõem uma melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família¹⁷. Contudo, na prática, esse ponto pode ser desafiador tanto para profissionais de saúde, os quais quando não devidamente capacitados tendem a escolher a manutenção isolada de tentativa de reversão do quadro ameaçador da vida, quanto para o cuidador ou familiar do paciente, que, na maioria das situações, posto um

conceito cultural formado previamente, visualiza os cuidados paliativos como uma sentença de morte para seu ente amado.

Os cuidados paliativos se relacionam e confirmam o princípio de integralidade do SUS, uma vez que assegura que todo e qualquer indivíduo tem o direito de ser assistido e cuidado com qualidade, baseado em suas necessidades físicas, sociais e emocionais, transcendendo, assim, a prática curativa isolada.

Essa priorização do cuidado foi vivenciada na prática pelos estudantes em diversos momentos, principalmente nos que envolviam o paradigma dos profissionais de saúde e da família de lidar com escolhas que naturalmente poderiam parecer contraintuitivas. Por exemplo, momentos em que foi necessário vivenciar a comunicação entre profissionais de saúde e familiares sobre o quão vantajoso seria a permanência de sondas nasogástricas em pacientes sem a possibilidade de alimentação via oral. Em casos em que este procedimento apresentava uma perpetuação do desconforto e do sofrimento do paciente em detrimento de uma melhora clínica pouco relevante com essa via alternativa de alimentação, a comunicação entre a equipe multidisciplinar e a família se mostrou como a chave de um cuidado priorizado no bem-estar do paciente.

Outras vivências que denotaram aos estudantes o conceito holístico de cuidar foram os momentos em que acompanharam a equipe multiprofissional escolher o conforto emocional do paciente durante sua estada no serviço; seja por uma refeição fora do padrão oferecida pela instituição; seja por um momento de musicalidade; seja por uma conversa sobre temas além do contexto médico-paciente; seja pelo respeito à espiritualidade de cada doente e familiar; sejam pelos estímulos ao autocuidado por momentos como pintar as unhas e usar maquiagens; seja pela possibilidade de proporcionar uma alta temporária para aqueles pacientes com sintomas controlados e que manifestavam esse desejo.

O cuidado integral foi exemplificado na prática vivenciada de diferentes formas, incluindo a habilidade dos médicos acompanhados de estabelecer um vínculo com pacientes com dificuldades de comunicação, por déficits cognitivos, neoplasias que atrapalhavam a fala, entre outros. Nesse sentido, ganhou destaque escalas para avaliação da dor em pacientes incapazes de se comunicar, exemplo da escala de Painad, que avalia

aspectos como a respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade¹⁷.

4. *Sedação Paliativa x Eutanásia*

No contexto de processo ativo de morte, em que o declínio da função fisiológica do organismo se torna irreversível, pode haver sintomas refratários a maioria dos tratamentos e intervenções que, por vezes, ocasionam sofrimento para o paciente e família, quando não abordados de maneira multidimensional. Nesse contexto, profissionais paliativistas se destacam por diferentes abordagens para o controle de sintomas, que variam desde uma conversa e escuta ativa, até a sedação paliativa, estigmatizada socialmente¹⁷⁻¹⁸.

A sedação paliativa consiste em um rebaixamento no nível de consciência por via farmacológica; realizada somente em 20 a 30% dos pacientes, na presença de sintomas refratários que prejudicam a qualidade de vida, entre eles, dispneia, vômitos incoercíveis, sangramentos intensos, delirium, entre outros, diferente da concepção comum, que generaliza a atuação dos cuidados paliativos com a sedação¹⁷.

O primeiro contato com esse conceito pode ser desafiador tanto para profissionais de saúde que desconhecem o tema quanto para a família do paciente. Muitas interpretações podem levar a acreditar que a sedação paliativa seria uma forma de adiantar o processo de morte do paciente, aproximando-se ao conceito de eutanásia definida, em resumo, como o ato de provocar uma morte de forma indolor¹⁸. No entanto, esses dois conceitos devem ser devidamente separados, uma vez que a sedação paliativa objetiva o alívio do sofrimento causado por um sintoma sem a interferência no processo biológico natural de fim da vida¹⁸.

Nesse contexto, é importante relatar a experiência dos discentes, que antes do acompanhamento com paliativistas, baseados na visão de outras especialidades que, infelizmente, desconhecem as práticas realizadas nas vivências dos serviços especializados, acreditavam na opinião generalista que o paliativista é capaz de intervir apenas no momento final da vida, ou seja, durante o processo ativo de morte, para sedar totalmente o paciente. Tal paradigma foi quebrado durante o acompanhamento na unidade, considerando que a maior parte dos pacientes necessitava de um controle dos

sintomas e alívio do sofrimento, que eram feitas com medicações com intuitos totalmente diferentes da sedação absoluta.

Outro aspecto significativo é a forma de comunicar a necessidade da sedação paliativa em pacientes com sintomas refratários para seus familiares. Neste momento, observa-se a importância de uma comunicação eficaz e afetiva, que no caso do serviço em questão acompanhado, era realizada diariamente, durante as visitas, com os cuidadores e outros familiares, atendendo às suas possíveis dúvidas e acolhendo o sofrimento; e em casos necessários, por meio de uma reunião familiar.

5. Comunicação em saúde e Reunião Familiar

A comunicação no contexto dos cuidados paliativos se apresenta como uma ferramenta terapêutica essencial, sendo determinante para a promoção de um cuidado centrado na pessoa, que valorize sua autonomia, desejos e qualidade de vida. A comunicação excede a função meramente informativa, assumindo um papel ativo na construção do vínculo entre equipe, paciente e familiares, contribuindo para o alívio do sofrimento e a humanização do cuidado¹⁹.

No cenário dos cuidados paliativos, a comunicação exige competências específicas, tanto verbais quanto não verbais, que favoreçam a escuta ativa, o acolhimento e o respeito aos limites emocionais do paciente¹⁹. Estratégias como escuta ativa, silêncio terapêutico, empatia, toque afetivo, contato visual e uso de linguagem acessível são frequentemente citadas na literatura como eficazes na abordagem paliativa¹⁹. Tais estratégias são fundamentais para que o paciente se sinta ouvido, compreendido e respeitado em sua integralidade.

Contudo, apesar do reconhecimento teórico da importância da comunicação em saúde nesse contexto, sua aplicação prática ainda apresenta importantes lacunas. Muitos profissionais de saúde não estão adequadamente capacitados para utilizar tais estratégias, e frequentemente confundem atitudes afetivas (como carinho ou compaixão) com técnicas comunicacionais estruturadas¹⁹. Além disso, persiste a associação equivocada entre comunicação em cuidados paliativos restrita à comunicação de notícias difíceis, o que pode gerar resistência por parte da equipe e prejuízos na experiência do paciente¹⁹.

Diante disso, deve-se destacar a Reunião Familiar como uma prática rotineira vivenciada no serviço de saúde aqui descrito, bem como um elemento diferencial na atenção paliativista, com o objetivo principal de informar toda a família sobre a situação de saúde do paciente, alinhando especialmente expectativas e objetivos de cuidado, além de sanar dúvidas e questionamentos de pacientes e familiares²⁰.

A reunião familiar pode servir como uma válvula de escape para os acompanhantes do paciente sendo, portanto, função dos profissionais de saúde absorver problemas e preocupações vivenciadas²⁰. Apesar de a comunicação ser um processo inerente para o cuidado efetivo dentro da medicina em geral, a reunião familiar pode se tornar um processo desafiador e estressante para os especialistas e residentes, principalmente pela abordagem de assuntos delicados, comunicação de notícias difíceis e novas informações sobre prognóstico, como a inexistência de terapias modificadoras da doença²⁰.

Nesse sentido, o profissional de saúde deve dominar a técnica da capacidade de se comunicar, apoiando-se no pilar da interdisciplinaridade, considerando que as dinâmicas acompanhadas pelos alunos sempre foram dirigidas por profissionais de diferentes áreas se complementando. Essas estratégias envolvem desde a preparação dos temas a serem abordados, definição de data e horários específicos mais acessíveis para os familiares, reafirmação dos objetivos de cuidados e opções terapêuticas adequadas ao paciente.

Por fim, sobre a experiência dos discentes, apesar da tribulação que uma reunião familiar pode se tornar, ela é de suma importância para a perpetuação do princípio de “cuidar de quem cuida” dentro dos cuidados paliativos, ou seja, para que aqueles que mais têm vínculo com o paciente se sintam acolhidos e participantes ativos do cuidado do ente querido²¹.

6. Formação acadêmica do curso de medicina e experiência em cuidados paliativos

Primeiramente, é importante destacar o contato com a morte ou luto como um processo, salvo em raras exceções, inseparável da vida de um profissional da saúde, principalmente do médico. No que diz respeito ao estudante de medicina, inúmeros trabalhos já demonstraram que a maioria dos acadêmicos não possui confiança para

atuar em áreas que envolvem a execução de cuidados paliativos, cenário que infelizmente se estende aos médicos recém-formados que têm dificuldades em lidar com doenças que ameaçam a continuidade da vida, seja por aspectos simples relacionados a comunicação de más notícias, até a habilidade de conduzir um processo de luto familiar, condução de problemáticas psicossociais e espirituais²²⁻²³.

Deve-se entender que esse fato pode estar relacionado à atual forma de ensino das poucas instituições que abordam a temática ainda na formação médica; com uma simples passagem de conhecimentos técnicos por meio de horas de aulas letivas, insuficiente para perpetuar a complexidade do cuidado com o fim da vida²².

Nesse contexto, uma solução efetiva foi demonstrada pela correlação entre o aumento da confiança dos estudantes e médicos conforme a exposição clínica e maiores conhecimentos práticos²²⁻²³. Tal afirmativa foi experimentada por ambos os estudantes, que, apesar do curto período de exposição, apresentaram um ganho imensurável de conhecimentos teóricos e, especialmente, práticos, no que tange às habilidades comunicativas com o paciente, familiares e equipe multiprofissional.

7. Relação e interação da equipe multiprofissional

É importante ressaltar que no processo de tomada de decisão compartilhada, todos os profissionais da saúde são parte essencial do cuidado integral ao paciente, em especial porque permanecem mais tempo em contato direto com este, com destaque às equipes de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e serviço social²⁴.

Cada profissional, de acordo com o tipo de cuidado que sua formação pode oferecer, garante a promoção da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos. Esse cenário, na vivência dos discentes, pode ser exemplificado pela relação de proximidade dos pacientes com os profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional, uma vez que eram associados ao “alívio de sofrimentos”, possibilitando a saída do quarto de internação, exposição ao ar livre, realização de atividades lúdicas e prazerosas.

Outro aspecto e exemplo importante foi a relação com a equipe de nutrição e fonoaudiologia da unidade, que possuía a complexa tarefa de discutir sobre a alimentação do paciente internado praticando a saúde baseada em evidências científicas, avaliando a biomecânica da deglutição, possibilidade da retirada da via alternativa de

alimentação e permitindo a oferta da dieta oral de conforto; apesar dessas sugestões de modificações resultarem em problemáticas e estigmatização por parte dos familiares dos indivíduos internados²⁵⁻²⁶.

De fato, conforme vivenciado pelos discentes, a comunicação interprofissional é inerente ao fornecimento de um cuidado digno aos pacientes e, quando essa via falha, há um conflito de condutas e intervenções que podem resultar no sofrimento dos pacientes. O ato de servir de uma equipe multidisciplinar vai além de suas responsabilidades profissionais, por exemplo, ao encontrar alternativas de alívio do sofrimento por meio da espiritualidade.

Por fim, vale ressaltar a importância do profissional de psicologia no cenário dos cuidados paliativos. Essa categoria profissional se torna um elo primordial entre as questões físico-biológicas que o paciente apresenta e os aspectos psíquicos e emocionais amplos que cercam tanto o paciente, quanto seus familiares e os outros integrantes da equipe de saúde²⁷. Contudo, a experiência vivida pelos acadêmicos de medicina em questão, apresentou uma escassez de profissionais da área psicologia e saúde mental na instituição acompanhada, o que pode ser reflexo de uma ausência abrangente desses profissionais no âmbito do SUS, resultando na alta demanda e sobrecarga dos profissionais disponíveis e na impossibilidade de garantir um auxílio psicológico adequado.

CONCLUSÃO

À vista disso, torna-se evidente que a morte e o luto são sinônimos de negatividade e medo pela contemporaneidade ocidental. Nesse sentido, a comunicação em saúde se torna falha e repleta de lacunas que podem abrir brechas para situações denominadas “cercos de silêncio” que, genericamente, se relacionam com a dificuldade na passagem de informações para pacientes, familiares ou outros profissionais de saúde, conceito que pode ser aplicado a diálogos sobre diagnósticos e prognósticos (especialmente em doenças crônicas ou ameaçadoras a vida). Portanto, o assunto da morte parece ser evitado a todo custo, normalmente por um aparente despreparo do profissional da saúde para dialogar sobre a temática delicada. Tais práticas são explicadas pela focalização da medicina no aspecto curativo, como se essa fosse a única alternativa viável, atribuindo a morte como sinônimo de fracasso profissional.

Em suma, os cuidados paliativos se mostram essenciais na garantia de qualidade de vida do paciente e nos seus cuidados integrais. Contudo, sua abordagem precoce na formação acadêmica e especializada de profissionais de saúde ainda não é desenvolvida de forma adequada no Brasil, o que impossibilita a prática efetiva dos principais fundamentos dos cuidados paliativos. Esse cenário fez com que a primeira experiência dos discentes em um serviço especializado em cuidados paliativos se tornasse uma experiência enriquecedora em níveis pessoais e acadêmicos. O primeiro contato prático com especificidades do cuidado com pacientes em condições ameaçadoras à manutenção da vida e, em especial o cuidado dos seus familiares e cuidadores, possibilitou a aprendizagem baseada em aspectos tanto biológicos, relacionados ao curso das doenças e do fim da vida, quanto psicológicos, associados ao cuidar além do plano físico.

Essa experiência exemplifica a importância da formação acadêmica baseada na prática e da integração precoce de futuros profissionais da saúde com aspectos abrangentes do cuidado além do aprendizado teórico, com o objetivo de formar servidores baseados no cuidado humanístico, garantindo, assim, a manutenção dos princípios do Sistema Único de Saúde do país.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Palliativecare [Internet]. Genebra: OMS; 2020. Acesso em 26 fev. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Clínica médica. 1. ed. São Paulo: Manole; 2009. 1027 p.
3. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, et al. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p. Acesso em 26 fev. 2024. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>.

4. Mendes, Ernani Costa. Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017 - [Repositório Institucional - INCA: Cuidados paliativos e câncer: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania](#)
5. Fernandes MGM, Santos WJ dos, Andrade MS de, Silva AO da. Falls in institutionalized elderly: risk factors and their correlation with functional mobility and muscle strength. *Braz Arch Biol Technol*. 2020;63:e20190139. doi: 10.1590/1678-4324-2020190139.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 22 de maio de 2024. Institui o Programa Nacional de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde (QualiAE). Diário Oficial da União. 2024 maio 23 [citado 2025 jul 31]; Seção 1:108. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
7. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(3):62-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
8. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. Worldwide Palliative Care Alliance; 2020 [citado 6 de junho de 2023]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
9. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2014. Acesso em 07 nov. 2024. Disponível em: <https://bit.ly/37G86uH>.
10. Melo VL, Maia CQ, Alkmim EM, Ravasio AP, Donadeli RL, Paula LOS, et al. Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. *RevBioet*.

- 2022;30(2):275-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>.
11. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Text_o%20base.pdf
12. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. Disponível em: [Morte E Desenvolvimento Humano - Maria Júlia Kovács - Google Livros](#)
13. Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. Revbraseducmed [Internet]. 2021 [citado 14 de julho de 2025]; 45(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022021000200204&tlng=pt
14. Mussi, RF de F; Flores, F F; Almeida, CB de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práxis Educacional, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>.
15. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética. 2005;13(2):51-63. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/107
16. Hui DH, Santos R, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. The Oncologist. 2014;19:681-687. Disponível em: <https://academic.oup.com/oncolo/article/19/6/681/6399982>.
17. D'Alessandro MPS, et al. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>.

18. Lima FCO, et al. Aspectos bioéticos sobre eutanásia e sedação paliativa: perspectiva do acadêmico. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):19651-19664. DOI:10.34119/bjhrv3n6-341
19. Almeida, Ludmila dos Santos, et Al. O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 725-732. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647681023.pdf>
20. Glajchen M, Goehring A, Johns H, PortenoyRK. Family meetings in palliative care: benefits and barriers. *Curr Treat Options Oncol.* 2022;23(5):658-667. doi: 10.1007/s11864-022-00957-1.
21. Boland JW, Brown MEL, Duenas A, Finn GM, Gibbins J. How effective is undergraduate palliative care teaching for medical students? A systematic literature review. *BMJ Open.* 2020;10(9). doi: 10.1136/bmjopen-2019-036458.
22. Leung SY, Wong EL. Assessing medical students' confidence towards provision of palliative care: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):8071. doi: 10.3390/ijerph18158071.
23. Pieters J, Dolmans DHJM, Verstegen DML, Warmenhoven FC, Courtens AM, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliat Care.* 2019;18(1):72. doi: 10.1186/s12904-019-0458-x.
24. White N, Oostendorp LJ, Minton O, Yardley S, Stone P. Palliative care training in undergraduate medical, nursing and allied health: a survey. *BMJ Support Palliat Care.* 2022;12(e4). doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002025.
25. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor.* 2016;17(2):136-140. doi: 10.5935/1806-0013.20160031.

26. Queiroz MRG, Moura CX, Marinho JS, Maggioni L. Medical criteria to indicate and remove alternative feeding routes in hospitalized older adults. Rev CEFAC. 2020;22(6). doi: 10.1590/1982-0216/20202262120.
27. Porto G, Lustosa MA. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. Rev SBPH. 2010;13(1):44-59. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/454/442>.

Ahead of Print - Accepted Article