

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

**Ensino na Graduação Médica das
Diretivas Antecipadas de Vontade em
Cuidados Paliativos: uma análise
comparativa entre Brasil e Portugal**
Rosália Marques de Freitas de Oliveira

M

2020



MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Ensino na Graduação Médica das Diretivas Antecipadas de Vontade em Cuidados Paliativos: uma análise comparativa entre Brasil e Portugal

Rosália Marques de Freitas de Oliveira

M

2020

ORIENTADORA: MESTRE JULLIANA MORGADO ROCHA, INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO,
PESQUISA E ENSINO DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE
BELÉM

COORIENTADOR: MESTRE NATHAN MENDES SOUZA, FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



À Deus, Senhor da minha existência e de tudo o que faço,
Ao meu esposo, meu companheiro no caminhar da vida, e
Às minhas três filhas que alegram este caminhar.

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas queridas que desde o início estiveram directamente ou indirectamente envolvidas na construção deste meu projecto que foi o Mestrado em Cuidados Paliativos que é difícil lista-las aqui. Agradeço o apoio e suporte dos meus orientadores, foi muito importante sentir a presença da minha orientadora em todos os momentos. Houve pessoas que também foram um pouco orientadoras, com valiosas dicas, minhas amigas Paula e Regina, minha tia Maria Stela e colegas do curso como a Luísa. Agradeço também a toda a equipe de Cuidados Paliativos da FMUP coordenados pelo Dr. Rui Nunes em especial a Evelyn pelo cuidado e preocupação que sempre teve comigo e com os demais estudantes.

Finalizo este trabalho com sentimento de gratidão muito grande a Deus e a todas essas pessoas.

“Ó mestre, fazei que eu procure mais
Consolar que ser consolado
Compreender que ser compreendido
Amar que ser amado
Pois, é dando que se recebe
É perdoando que se é perdoado
E é morrendo que se vive
Para a vida eterna.”

São Francisco de Assis

RESUMO

Introdução: A necessidade crescente da prestação de Cuidados Paliativos (CP) à população mundial já foi bem estabelecida pela OMS e outras importantes entidades. Entre as abordagens dos CP está a boa comunicação médico-doente-família, o que abre campo para a realização das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) na busca de garantir a autonomia do doente. A Medicina actual ainda está voltada para a cura e todo o aparato técnico as voltas deste objectivo. Apresenta-se aí uma importante demanda á formação dos novos médicos, é preciso mudar a mentalidade do ensino para que se reflecta na prestação dos serviços em saúde futuramente. A questão deste trabalho busca conhecer como se dá, actualmente, a formação graduada em Medicina no Brasil e em Portugal frente a essas necessidades que se mostram, cada vez mais urgentes, principalmente no que diz respeito ao ensino das Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Objectivos: Proceder a uma revisão bibliográfica do ensino na graduação médica sobre as DAV em CP, analisando as evidências disponíveis acerca desse ensino e proceder a uma análise de conteúdo das matrizes curriculares de cursos de graduação em Medicina no Brasil e em Portugal, em uma perspectiva comparativa.

Metodologia: O presente estudo divide-se no enquadramento teórico e em uma análise de conteúdo comparativa das matrizes curriculares, realizada pelo método hipotético-dedutivo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva das matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina de cinco Institutos de Ensino Superior (IES) públicos do Brasil, um em cada região do país e dos oito Institutos de Ensino Superior de Portugal que oferecem esse curso.

Resultados: O estudo permitiu verificar que ambos países têm iniciado a discussão de tópicos referentes aos CP e, no caso de Portugal, encontrou-se tópicos referentes às DAV em CP durante a formação médica. Verificou-se também que Portugal aparenta estar na dianteira com 62,5% das suas graduações em Medicina a oferecer uma disciplina de CP em carácter optativo e uma a oferecer em carácter obrigatório, já nas IES do Brasil, utilizadas para o estudo, não se encontrou a oferta da disciplina de CP.

Conclusão: Na comparação de ambos países, conclui-se que a realidade do ensino das DAV em CP é proporcional a existência de legislação sobre o tema e que ainda há necessidade em se desenvolver um novo currículo, ou em aprimorar os currículos já existentes nos países estudados, com a inclusão dos Cuidados Paliativos (o que inclui as

DAV) como disciplina obrigatória com objectivos claros, realísticos, com prioridade a conteúdos adequados para as formações académicas e clínicas principalmente voltadas para a atenção básica de saúde. Percebe-se que muito ainda há que se fazer, principalmente no Brasil, para que os CP e as DAV em CP sejam ensinados como componente integral na educação corrente como preconiza a OMS.

PALAVRAS-CHAVE: Diretivas Antecipadas, Educação Médica, Graduação

ABSTRACT

Introduction: The growing need to provide palliative care (PC) to the world population has already been well established by WHO and other entities. Among the approaches of PC is good doctor-patient-family communication, which opens the field for the realization of the Advanced Directives (AD) in the search to guarantee the patient's autonomy. The current Medicine is still focused on healing and all the technical apparatus around this objective. There is an important demand for the training of new doctors, it is necessary to change the mentality of teaching so that it is reflected in the provision of health services in the future. The question of this work seeks to know how graduated training in Medicine in Brazil and in Portugal is currently being given in the face of these needs that are increasingly urgent, especially with regard to the teaching of the Advanced Directives within the scope of Palliative Care.

Objectives: To carry out a bibliographic review of medical undergraduate teaching on Advanced Directives in Palliative Care, analyzing the available evidence about this teaching and to proceed a content analysis of the curricular matrices of medical undergraduate courses in Brazil and in Portugal, from a comparative perspective.

Methodology: This study is divided into a theoretical framework and a comparative content analysis of the curricular matrices, carried out by the hypothetical-deductive method, with a qualitative approach, of the descriptive exploratory type of the curricular matrices of the medical undergraduate courses of five public Higher Education Institutes in Brazil, one in each region of the country and of the eight Higher Education Institutes in Portugal that offer this course.

Results: The study showed that both countries have started discussing topics related to Palliative Care and, in case of Portugal, topics related to Advanced Directives in Palliative Care were found during medical training. It was also found that Portugal appears to be at the forefront with 62.5% of its medical degrees to offer an optional discipline of PC and one to be offered as a mandatory, already in Brazil's Institutes used for this study, the offer of the discipline of PC was not found.

Conclusion: The comparison of both countries shows that the reality of the teaching Palliative Care and Advanced Directives is proportional to the existence of legislation in this subject and that there is still a need to develop a new curriculum, or improve the existing one in the countries studied, with the inclusion of PC (which includes the AD) as a mandatory

discipline with clear, realistic objectives, with priority to content appropriate for academic and clinical training, mainly focused on primary health care. It is clear that much still needs to be done, especially in Brazil, so that PC and AD are taught as an integral component in current education as recommended by WHO.

KEYWORDS: Advanced Directives, Medical Education, Graduation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1 SOCIEDADE ATUAL, AUTONOMIA PESSOAL E CONSENTIMENTO INFORMADO	20
2 FORMULAÇÃO E IMPORTÂNCIA DAS DAV E DO TV	25
3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE- HISTÓRIA E LEGISLAÇÃO	32
4 CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
4.2 Definições	44
4.3 História	46
4.4 Valores e Objectivos	47
4.5 Educação na Graduação Médica em Cuidados Paliativos.....	50
4.6 Desenvolvimento de um Currículo Básico em Cuidados Paliativos	54
4.7 Habilidades de Comunicação em Cuidados Paliativos	60
5 OBSTÁCULOS À PROPAGAÇÃO DAS DAV.....	65
6 ENSINO MÉDICO	69
6.1 Ensino Médico no Brasil	71
6.2 Ensino Médico em Portugal	76
II PARTE - METODOLOGIA	83
1 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	84
2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	89
3 RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....	89
III PARTE- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE CURRICULAR COMPARATIVA DE FACULDADES DE MEDICINA NO BRASIL E EM PORTUGAL.....	94
1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	95
1.1 Matrizes Curriculares - Brasil	95
1.1.1 Região Norte	95
1.1.2 Região Nordeste	97
1.1.3 Região Centro-Oeste.....	97
1.1.4 Região Sudeste.....	98
1.1.5 Região Sul.....	99

1.2 Panorama Brasileiro	100
1.3 Matrizes Curriculares – Portugal.....	101
1.3.1 Universidade do Porto	102
1.3.2 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	103
1.3.3 Universidade do Minho.....	104
1.3.4 Universidade do Algarve	106
1.3.5 Universidade de Coimbra.....	107
1.3.6 Universidade da Beira Interior	108
1.3.7 Universidade Nova de Lisboa.....	109
1.3.8 Universidade de Lisboa.....	111
1.4 Panorama Português	112
2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	114
3 CONCLUSÃO.....	126
REFERÊNCIAS	130

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Categorias de acordo com as IES do Brasil.....	101
---	-----

Tabela 2- Categorias de acordo com as IES de Portugal.....	113
---	-----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios para a legalização do Testamento Vital.....	28
--	----

Quadro 2- Metas para a comunicação ao final da vida.....	63
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Etapas do processo de recolha de dados.....	90
--	----

Figura 2- Mapa do Brasil dividido em regiões.....	95
--	----

Figura 3- Mapa de Portugal com as divisões dos Distritos Administrativos.....	102
--	-----

LISTA DE SIGLAS

ANCP- Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CEPES- Centro Europeu de Educação Superior

CFM- Conselho Federal de Medicina

CIT- Comissão Intergestoras Tripartite

CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnologia

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CP- Cuidados Paliativos

CPC- Conceito preliminar do curso

DAV- Diretivas Antecipadas de Vontade

DCN – Diretriz Curricular Nacional

EAPC – *European Association for Palliative Care*

EES- Estabelecimento de Ensino Superior

EUA- Estados Unidos da América

GRAPSE- Grupo de Avaliação, Políticas e Sistemas Educacionais Mestrado e Doutorado

IAHPC- *International Association of Hospice and Palliative Care*

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES- Instituição de Ensino Superior

IGC- Índice geral de cursos

IREG- International Ranking Expert Group

LAM- Liga Acadêmica de Medicina

MEC- Ministério do Ensino e Cultura

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBL-*Problem-based learning*

PNPCC- Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

PPC- Projeto Pedagógico de Cursos

PUC- Pontifícia Universidade Católica

RANKINGTACS - Ranking, Índices e Tabelas classificatórias

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RASPCD - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

RENTEV- Registo Nacional de Testamento Vital

RUF- Ranking Universitário da Folha

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS – Sistema Único de Saúde

TV- Testamento Vital

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

UFPA- Universidade Federal do Pará

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNB- Universidade de Brasília

UNESP- Universidade do Estado de São Paulo

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

USP- Universidade de São Paulo

WHPCA- Aliança Mundial de Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos pode-se perceber uma profunda alteração na relação entre a medicina e a sociedade. Para isso contribuem alguns factores como o desenvolvimento e o uso excessivo de novas e sofisticadas tecnologias que trazem como consequência uma crescente expectativa de vida que em contrapartida vem acompanhada de uma desumanização na prestação de cuidados (1). Outro factor importante é a emergência de uma sociedade plural que apresenta variadas opiniões, valores, crenças, religiões, tradições, consequente ao amplo acesso à informação e ao conhecimento (2).

Nessa sociedade plural é difícil definir uma visão única do bem comum para que se analise e se possa prever como serão protegidos os direitos individuais, e que valores deverão nortear seus cidadãos (2). A dignidade humana entra como um denominador comum em uma sociedade composta por pessoas tão diferentes, a qual, segundo Nunes (2016), constitui a gênese dos direitos e a sede da responsabilidade que cada pessoa possui por pertencer a raça humana (2). A autonomia pessoal surge para proteger o direito individual que cada pessoa tem a fazer escolhas de acordo com seus valores e crenças(3). Na década de 1970, através do Relatório Belmont, incorporou-se o princípio da autonomia à biomedicina para significar atribuição de poder ao se tomar decisões sobre assuntos médicos. A partir de então, as relações de saúde, construídas sob o antigo modelo paternalista, começaram a mudar (3,4).

A autonomia pressupõe o princípio da liberdade de escolha e não dispensa a capacidade para expressá-la em diversos âmbitos e situações. Há situações em que o paciente se torna incapaz de decisões, como nos estados de inconsciência em geral, demência avançada e estado vegetativo persistente, justificando o surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)(3,4). Tais diretivas constituem um género de manifestação de vontade prospectiva para tratamento médico, do qual algumas das suas espécies são: o Testamento Vital e o Mandato Duradouro (nomeação do procurador de cuidados de saúde)(1,4).

O Testamento Vital tem origem nos Estados Unidos da América (EUA) em 1969. Proposto por Luis kutner, partia do princípio de que o paciente teria o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objectivo fosse, estritamente, o de prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico se tornasse irreversível ou que ele estivesse em estado vegetativo persistente (sem possibilidade de recobrar suas faculdades)(4). Em 1976, o estado da

Califórnia aprovou o “*Natural Death Act*”. Esta foi a primeira lei que deu força legal ao Testamento Vital (2). Em 1991, o Congresso estadunidense aprovou o *Patient Self-Determination Act*, que reconhece o direito à autodeterminação do paciente (2,5,6).

Na Europa, a discussão tomou corpo com a convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convénio de Oviedo em 1997(4,7), sendo que em Portugal, o Testamento Vital foi legalizado em 16 de Julho de 2012 por meio da lei número 25/2012 que regula o Testamento Vital e a nomeação do procurador de cuidados de saúde e cria o RENTEV (Registo Nacional de Testamento Vital)(2,4).

Apesar de o Brasil ainda não ter legislado sobre o tema, em 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução CFM 1.995, reconhecendo o direito de qualquer doente manifestar sua vontade em relação a tratamentos médicos e, também, de designar representante para tal fim, assegurando a obrigatoriedade de o médico cumprir a sua vontade (4,8,9).

Nesse sentido, qualquer processo de diretivas antecipadas de vontade deve incluir um meio eficaz de comunicação entre o médico, o doente e seus familiares. Factores importantes neste processo de comunicação são quem o conduz e como se procede para colocá-lo em prática(10). Actualmente a necessidade de informação ao doente e à família é reconhecida como um direito e é um inquestionável dever dos profissionais de saúde, que em Portugal está consagrado na Lei de Bases da Saúde (2,11) e no Brasil está assegurado no Código de Ética Médica no Capítulo IV(12). O acto de informar não é simples e deve se guiar pelos quatro princípios fundamentais da Bioética: da beneficência e da não-maleficência, da autonomia e da justiça (10,13). Os doentes têm direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, fundamental antes de qualquer intervenção para assegurar a capacidade e a autonomia de decidirem sobre si próprios (2).

Não obstante o avanço desses documentos no direito à autodeterminação do indivíduo, Brown (2003) afirma que apenas cerca de 25% da população norte-americana, possuem *Living Will*, sendo uma das causas desse baixo percentual, a insuficiente interacção entre médico e paciente (5).

Algumas pesquisas se referem aos médicos como os principais profissionais de saúde responsáveis por essas discussões (5,14). Um estudo realizado em 1991 por Emanuel et al. encontrou como as duas barreiras mais citadas para a não realização das DAV pelos pacientes, a expectativa de que o médico inicie a conversa sobre o tema ou o senso de que

esses assuntos são apenas relevantes para idosos e doentes com enfermidades mais graves (14).

Alguns estudos mostram que, enquanto pacientes querem discutir sobre DAV e outros temas sobre fim de vida com seus médicos, eles ainda relutam para iniciar tais discussões e muitos se questionam sobre o contexto e o momento em que tais discussões seriam mais apropriadas (14,15). Os médicos devem abordar esses assuntos com sensibilidade, assertividade e compaixão, respeitando as preocupações dos pacientes e estando sempre atentos para com suas reacções emocionais (15). Na formação do médico, entretanto, o ensino destas habilidades não é tratado com a devida importância, uma vez que, informações sobre DAV e decisões de fim de vida, as quais espera-se que sejam ensinadas na grade curricular de Cuidados Paliativos associadas às demais competências preconizadas pelas Organização Mundial de Saúde (OMS), *European Association for Palliative Care* (EAPC), Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), geralmente não são ensinadas aos médicos durante sua formação ou têm sido feitas de maneira incompleta (15–20).

Em 2014, a Assembleia da OMS colocou como um dos seus nove objectivos destinados aos países membros, incluir Cuidados Paliativos como componente integral na educação corrente e treinamento oferecido aos profissionais de saúde de acordo com seus papéis e responsabilidades (21).

Segundo a Análise Situacional e Recomendações realizada pela ANCP no Brasil, em 2018, ainda havia uma lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em CP. Ainda hoje, a graduação em Medicina não ensina ao médico como abordar temas voltados para a finitude da vida, como lidar com pacientes em fase terminal, como reconhecer os sintomas dessa fase e como administrar tal situação de maneira humanizada e activa (19). Dos 302 cursos de graduação de medicina no Brasil existentes em 2018, somente 42 (14%) ofereciam uma disciplina de Cuidados Paliativos. Dessas, somente em 18 cursos (6%), elas eram disciplinas obrigatórias (19). Os Cuidados Paliativos não estão contemplados na grade curricular do MEC (Ministério do Ensino) (19). Para que seja oferecido com qualidade a todos que necessitam, essa disciplina precisaria ser ensinada de forma sistemática nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas de saúde. Para isso, ainda segundo a Análise Situacional e Recomendações, os Comitês de Cuidados Paliativos nas graduações de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia estão trabalhando em matrizes de

competências essenciais para serem desenvolvidas para os alunos das respectivas faculdades (19).

Segundo a APCP, no relatório sobre o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal, no ano de 2016, das oito faculdades de medicina existentes em Portugal, apenas três incluíam unidade curricular de Cuidados Paliativos de carácter meramente optativo (22,23).

A literatura tem endossado que a inclusão da disciplina de CP e o ensino sobre DAV é uma proposta viável e justificada, devido a sua importância nos cursos de graduação e na formação dos futuros profissionais de saúde aliado à natureza multiprofissional que compõe as equipas. Propor o ensino de CP nos cursos de graduação em Medicina é um desafio que pode permitir o desenvolvimento de competências múltiplas, além de proporcionar a possibilidade de transformação no ensino nas demais áreas e especialidades.

Em 2017 foi publicado um estudo que mapeou os níveis de CP em 198 países. O Brasil foi classificado no nível 3b (provisão generalizada) e Portugal no nível 4b (integração avançada) (24). Em vista dessa diferença entre as classificações destes países e a diferença em suas legislações internas sobre CP e DAV, tem-se como proposta deste trabalho, após o levantamento teórico, identificar na prática, utilizando-se das matrizes curriculares de suas Instituições de Ensino Superior (IES), qual a situação actual do ensino na graduação médica relacionado ao ensino das DAV em CP. Para isso, o método escolhido é o hipotético-dedutivo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva e com análise de conteúdo das referidas matrizes curriculares sendo que foram seleccionadas uma IES para cada região brasileira e em Portugal foram seleccionadas as oito IES existentes neste país.

Assim, o presente estudo divide-se em três partes. Na primeira encontra-se o enquadramento teórico, na segunda apresenta-se a descrição da metodologia, e na terceira são realizadas a apresentação e a discussão de resultados com a análise comparativa das matrizes curriculares sendo posteriormente abordadas as conclusões com as limitações do estudo.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 SOCIEDADE ATUAL, AUTONOMIA PESSOAL E CONSENTIMENTO INFORMADO

A sociedade vem sofrendo profundas alterações. Os avanços na área da medicina a partir de meados do século XX foram inúmeros. O que, associado a melhores condições de vida, têm resultado em aumento da esperança de vida desde então (21,25). O subgrupo entre 80 e 89 anos é o que mais cresce na sociedade moderna com consequente inversão da pirâmide populacional (25). Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o envelhecimento é uma das mais significativas tendências do século XXI (26), e traz como consequência o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas. Segundo registos da OMS, dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crónicas, incapacitantes e incuráveis (26).

De acordo com as estimativas oficiais brasileiras, a esperança de vida ao nascer da população brasileira experimentou um ganho de 2,6 anos, ao passar de 66,0 anos, em 1991, para 68,6 anos, em 2000 (25,27). Segundo informação do Atlas de Cuidados Paliativos no Brasil, o último levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que a expectativa de vida no Brasil em 2018 era de 76,3 anos, 30,8 anos a mais do que a estimativa nos anos 1940 (28,29). Em 2018, e relativamente a 2013, verificou-se em Portugal um decréscimo de 114.288 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de 210.778 pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos)(30). Em contrapartida, o número de pessoas idosas aumentou para 174.382 (pessoas com 65 e mais anos). Portugal mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da idade mediana da população residente de 43,1 para 45,2 anos, entre 2013 e 2018 (30).

Entretanto, o aumento do tempo de vida não tem implicado – necessariamente – melhoria da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento (25). Este progresso veio direccionar cada vez mais os cuidados para a cura, mais do que para as necessidades do doente e sua família, germinando o sentimento de fracasso da ciência e da medicina perante cada caso de incurabilidade e morte. Galriça Neto et al. (2016) no Manual de CP, ainda aponta que a intensidade da luta pela busca de cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde levaram a uma cultura de negação da morte, relegando para um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia da cura(31).

Outra característica desta nova sociedade é o amplo acesso às informações devido às múltiplas plataformas de comunicação ao alcance das mãos das pessoas e onde se expressa um pluralismo cultural, de ideias, crenças e opiniões. Essa facilidade que diferentes populações têm para se comunicar, encurta as distâncias com consequente globalização do planeta(2). São pessoas com distintas culturas além de distintas gerações, devido ao aumento da esperança de vida média da população, convivendo próximas em um mundo que de certa forma ficou pequeno(2).

Neste contexto de pluralidade e de envelhecimento da população, um dos principais dilemas das sociedades civilizadas é a fundamentação dos valores pelos quais se devem nortear as políticas de protecção dos direitos individuais(2). De facto, é perante os rápidos avanços da biotecnologia, que se torna cada vez mais urgente a necessidade de preocupar-se com matérias de carácter ético que se confronta com o ser humano e a sua existência, desde o seu início, até à sua extinção, pela doença ou senilidade e morte (32).

A dignidade humana então, parece ser uma solução viável para mediar esse conflito. Trata-se talvez do único valor absoluto e inalienável em uma sociedade secular e pluralista. Ela vem para nos igualar em direitos e responsabilidades por pertencermos à raça humana(2). Além disso, Kant (2005) também exalta a dignidade, quando diz que aquilo que é um fim em si mesmo tem uma dignidade. Ou seja, para ele a dignidade do ser humano significa que ele é um fim em si mesmo e não pode servir de meio ou de instrumento para outro fim. O homem é único e insubstituível, com um valor incondicional, intrínseco e absoluto (33,34).

O princípio da autonomia pessoal é decorrente do princípio da dignidade humana e especifica uma das maneiras de seu exercício ou exteriorização, possui uma estreita relação com o direito que o indivíduo possui de realizar suas próprias escolhas existenciais e morais, traçando os rumos da sua vida, possibilitando o livre desenvolvimento de sua personalidade e assumindo os riscos das decisões tomadas(32,35). A autonomia ganhou *status* como um direito moral dos seres humanos pelo fato que os mesmos têm a capacidade de fazer julgamentos racionais sobre suas próprias vidas, escolhas e interesses (35). Este autogoverno merece respeito porque é como as pessoas exercem seu poder de escolha e a escolha é uma actividade humana distinta. As escolhas que fazemos são uma expressão da nossa filiação na comunidade humana, de quem somos ou quem gostávamos de ser como membros da comunidade (35). Para isso, é preciso que sejam asseguradas as mínimas condições para que a possibilidade de se autodeterminar, por fazer escolhas livres, seja real (32).

Na década de 1970, época do Relatório Belmont, incorporou-se o princípio da autonomia à Biomedicina para significar atribuição de poder ao indivíduo para tomar decisões sobre assuntos médicos (3). Uma das tarefas iniciais da Bioética, nos seus primeiros vinte anos, tem sido o estabelecimento e a articulação dos seus princípios fundamentais, formulados por Beauchamp e Childress. São eles: autonomia, beneficência e não-maleficência e justiça (13,36).

- O princípio da não-maleficência consiste na obrigação de não causar ou infligir danos intencionalmente;
- O princípio da beneficência pretende maximizar o bem, proporcionar o bem-estar ao paciente;
- O princípio da justiça estabelece a justa distribuição de bens e recursos na tentativa de igualar as oportunidades de acesso em termos equitativos;
- Por último, o princípio da autonomia visa a capacidade de cada um permitir ou não qualquer intervenção médica/cirúrgica, com base na sua autodeterminação(13).

Estes quatro princípios, que não possuem carácter absoluto, nem têm prioridade relativa, tornaram-se, desde a sua enunciação, fundamentais para o desenvolvimento da bioética e ditaram peculiarmente uma forma de definir e utilizar os valores subjacentes nas relações dos profissionais de saúde com os seus pacientes(32,36). O desenvolvimento da bioética, desde os anos 70 do Séc. XX, assenta, pois, no princípio norteador da dignidade humana. É esta a base intrínseca que assumirá primazia sobre os restantes, e que confere sentido a qualquer acção ou comportamento sobre o ser humano(32). Ao quarteto dos princípios citados acima, é acrescentado um quinto, o princípio da precaução, surgido precisamente na era pós descodificação do genoma humano. Em tempos mais recentes, a estes cinco princípios vão sendo aditados outros princípios, não sem menos importância, como sejam, o princípio da vulnerabilidade, o da responsabilidade, o da solidariedade, o da confidencialidade, entre outros(32,36).

O princípio da autonomia ocupa-se principalmente dos direitos do paciente como pessoa individual e com seu poder de decisão sobre o próprio tratamento. Na maioria dos países de alta renda, este princípio já é comum no exercício da medicina(37). Além disso, os tribunais de justiça, os especialistas em Bioética e os códigos de ética da maioria das organizações profissionais de saúde reconhecem que a pessoa adulta, em estado normal de consciência,

tem o direito de aceitar ou recusar o tratamento médico, assim como a liberdade para participar em pesquisa(37).

Segundo Beauchamp e Childress (2019), o respeito pela autonomia suporta algumas regras específicas, incluindo as seguintes:

- 1- Dizer a verdade;
- 2- Respeitar a privacidade dos outros;
- 3- Proteger informação confidencial;
- 4- Obter consentimento para intervenção com pacientes;
- 5- Quando solicitado, ajudar os outros a tomarem importantes decisões(2,13,36).

No cenário de cuidados de saúde, o princípio da autonomia traduz-se dentro do princípio do consentimento informado, livre e esclarecido. Este constitui, de acordo com o artigo 5º do capítulo II da Convenção de Oviedo, uma implicação do princípio da autonomia e dele depende toda e qualquer intervenção no domínio da saúde(7,38). Não se trata o paciente sem o seu consentimento informado ou do seu substituto legal, salvo em estreitas excepções. A fim de afirmar a autonomia, todo esforço deve ser feito para discutir as preferências do tratamento com pacientes e documentá-las(2,39). Assim, o médico e demais profissionais de saúde têm o dever de informar em linguagem acessível os fatos que são relevantes para o doente decidir em plena consciência. A informação deve ser transmitida e apreendida com calma e serenidade (39).

Ainda segundo Beauchamp e Childress (2013), os elementos estruturais do consentimento informado são: 1-Competência; 2-Comunicação; 3-Coompreensão; 4-Voluntariedade. Estes elementos constituem os blocos de construção para que o consentimento seja considerado válido (2,13).

De acordo com Rui Nunes (2016), liberdade para decidir implica que:

- 1 - Não exista nenhum tipo de coacção ou manipulação externa, designadamente nenhuma ameaça ou suspeita de ameaça de nenhum profissional de saúde;
- 2 - Estejam excluídas todas as condições que possam afectar a vontade do paciente como efeito de medicamentos, drogas ou álcool, depressão, dor, ou outros tipos de sofrimentos intensos (2).

O paternalismo médico que até então era baseado no princípio da beneficência, usado desde Hipócrates, séc. IV a.C., onde a decisão clínica cabia exclusivamente ao médico, precisou abrir espaço para uma nova relação médico-doente mais vinculada no princípio da autonomia(2,38). A aplicação do consentimento informado livre e esclarecido constitui a expressão máxima do respeito pela liberdade da autodeterminação individual e pela capacidade em expressá-la (2,3) e a aplicação directa do princípio da autonomia nos cuidados clínicos ocorre com o surgimento do método clínico centrado na pessoa que inclui a tomada de decisão compartilhada entre a pessoa sob cuidados e o profissional médico.

2 FORMULAÇÃO E IMPORTÂNCIA DAS DAV E DO TV

Há situações em que o paciente se torna incapaz em tomar decisões, justificando o surgimento das DAV (3). Trata-se de uma reinvenção da doutrina do consentimento esclarecido segundo a qual o consentimento não produz efeitos no presente mas funciona de uma forma prospectiva (2). É um modelo de consentimento feito enquanto o indivíduo está consciente e capaz de compor os elementos estruturais descritos por Beauchamp e Childress citados no capítulo anterior. Objectiva dispor sobre tratamentos aos quais porventura venha a submeter-se no futuro. Estas constituem um género de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o Testamento Vital e o Mandato Duradouro (4,5).

O Testamento Vital (TV), então, vem a ser um modelo de DAV realizada objectivando o momento de terminalidade da vida. Frequentemente o que está em causa é a recusa informada de um tratamento desproporcional (2). Visa, portanto, responder a (complexos) problemas éticos, jurídicos e deontológicos fundamentais, entre os quais se incluem a definição dos limites da autonomia da pessoa e da capacitação do doente, o impacto emocional e a responsabilidade decisória dos cuidadores, a ponderação dos critérios médicos e científicos face à liberdade individual e o papel multidimensional dos profissionais de saúde em contexto de final da vida dos doentes que devem tratar e cuidar(40).

Já o mandato duradouro é documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que deverão ser consultados pelos médicos na circunstância de sua incapacidade – terminal ou não –, para decidirem sobre o tratamento. Para tanto, o procurador de saúde se baseará na vontade do paciente, e não em suas próprias(4).

Segundo Nunes (2016), existe uma hierarquia que deve ser respeitada na forma como a vontade do paciente é anunciada. A mesma está exposta abaixo:

- 1 - "Vontade expressa do doente quando este está competente e capaz para decidir";
- 2 - "Testamento Vital";
- 3 - "Procurador de cuidados de saúde- julgamento substitutivo";
- 4 - "Procurador de cuidados de saúde – melhor interesse do paciente"(2).

De acordo com Henry Perkins e Rui Nunes, existem duas qualidades essenciais do TV:

1 - Contribui para o empoderamento dos doentes, reforçando o exercício do seu legítimo direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, principalmente, no que diz respeito à recusa de tratamentos desproporcionados;

2 - Facilita o planeamento do momento da morte, o que vai direccionar futuras decisões de familiares e de profissionais de saúde (2,41).

Em doentes terminais o desenvolvimento da medicina com suas técnicas de reanimação, colocou desde logo a necessidade em se determinar se é ou não adequado utilizar todos os recursos médicos existentes ou se, pelo contrário, é legítima a suspensão ou abstenção da distanásia (1,42). O conceito desta vem a ser morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. O termo também vem sendo empregado como sinónimo de tratamento fútil e inútil (43). No outro extremo está a ortotanásia, do prefixo grego “orto”, que significa “correto”. Ortotanásia tem sentido de morte ao seu tempo, sem tratamentos fúteis e desproporcionais. É a conduta correta frente ao paciente terminal que procura respeitar a dignidade do processo no fim da vida (42), utilizando-se de todo o aparato tecnológico em favor de dar qualidade de vida à vida que resta e evitando o sofrimento desnecessário. As DAV reafirmam e conduzem a essa conduta(44). Importante ressaltar que a distanásia, a eutanásia e a assistência ao suicídio são conceitos totalmente distintos. Nestes dois últimos, a questão central é determinar se o doente pode ou não dispor de sua vida recorrendo a um médico ou outro profissional de saúde que execute (no caso da eutanásia) ou assiste ao ato solicitado (no caso do suicídio assistido)(42).

Apesar do TV ser um importante resultado da busca pela protecção do direito a autodeterminação da pessoa, há em causa discussões sobre seus limites e insuficiências (2), conforme a seguir:

1-A dificuldade em traduzir a complexidade de muitas situações clínicas e da transferência dos desejos do indivíduo para um documento, daí porque várias legislações que aprovaram o testamento vital optaram por formulários simples, em que mais do que caracterizar actos médicos específicos tenta-se dar uma indicação clara dos valores éticos a se respeitar (1,2,5);

2 - A existência de situações de conflito entre a autonomia do doente e a beneficência do médico. Alguns médicos podem questionar a vontade do doente anteriormente manifestada

na forma escrita porque esta vontade pode por em causa o melhor interesse do doente, bem como ser de discutível validade(2,38);

3 - A dificuldade de se preverem avanços terapêuticos e clínicos na área da medicina. É possível que um determinado meio, que no momento da criação do TV não exista ou se entenda como extraordinário ou desproporcionado devido a custos, riscos e sofrimento que comporta, no momento da aplicação do TV seja já considerado proporcionado ou ordinário - por ser mais simples e menos oneroso (38) e

4 - A dificuldade em antecipar e imaginar uma situação no futuro que nunca se vivenciou antes e se a vontade num dado momento se manterá ou adaptará a essa nova circunstância (5,38). Como existem limitações das DAV em interpretar cabalmente a vontade do doente, existe espaço para uma intervenção médica que respeite a autonomia pessoal (2).

Quanto aos efeitos, segundo Dadalto (2013), produz efeitos *erga omnes*, ao conectar médicos, parentes do doente, e eventual procurador de saúde vinculado às suas disposições. Contudo, o testamento vital não é ilimitado, pois não é possível conter disposições contrárias ao ordenamento jurídico vigente, por exemplo, disposições sobre eutanásia, bem como não pode conter disposições que sejam contra-indicadas à patologia do doente ou tratamento que já estejam superados pela medicina. Ademais, é limitado pelo direito do médico à objecção de consciência (45).

Quanto aos cuidados de saúde que podem ser objecto das DAV, estão incluídas manobras de reanimação cardiopulmonar em doentes em fim de vida, medidas de suporte avançado de vida em doentes em estado vegetativo persistente, utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, a quimioterapia e a cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação. Mas mesmo procedimentos menos invasivos, como a utilização de antibióticos e hidratação via intravascular em doentes em estado agónico, assim poderão ser referenciados (40).

Perkins (2007) advoga que seja usado um modelo simples de DAV para ajudar a guiar o processo de planeamento. O modelo ideal é facilmente acessível, conciso, preciso, estilo voltado para conversação e acessível em línguas que são comumente faladas por médicos e doentes (2,41).

Sánchez em seu livro “*Testamento vital y voluntad del paciente*”, citado por Dadalto, aponta para três aspectos fundamentais quanto ao conteúdo deste documento: os aspectos relativos ao tratamento médico, a manifestação antecipada se deseja ou não ser informado sobre diagnósticos fatais, a não utilização de máquinas e previsões relativas a intervenções médicas que não deseja receber, entre outras; a nomeação de um procurador, que constitui na verdade a inclusão do mandato duradouro no testamento vital; e a manifestação sobre eventual doação de órgãos (45).

Ainda, Nunes (2011) (um ano antes do TV ser promulgado em Portugal), explica que “a utilização do testamento vital como elemento estrutural da decisão médica - e não apenas como valor indiciário- implica que alguns requisitos básicos do consentimento sejam adequados a esta nova modalidade de decisão” (Quadro 1) (2).

Quadro 1 – Princípios para a legalização do Testamento Vital

- 1-Limitação a pessoas capazes, competentes e não inibidas por anomalia psíquica;
- 2-Informação e esclarecimento adequados, por intermédio de um médico com formação técnica apropriada;
- 3-Efeito compulsivo na decisão médica e não meramente indiciário;
- 4-Existência de um formulário-tipo (facultativo) com o objectivo de padronizar procedimentos;
- 5-Possibilidade de revogação a qualquer momento e sem qualquer formalidade;
- 6-Renovação periódica da manifestação de vontade (5 anos);
- 7-Criação no âmbito do sistema de saúde de um Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV) para agilizar o acesso ao testamento vital em tempo real por parte dos profissionais de saúde;
- 8-Certificação perante um notário ou funcionário do RENTEV para garantir a autenticidade e evitar influências indevidas na esfera da decisão pessoal.

Fonte: Nunes, 2011

Dadalto, em 2013, propôs um modelo de DAV para o Brasil tendo como linha condutora o distanciamento de modelos generalistas e formalizados como formulários, nos quais o

indivíduo apenas assinala os tipos de procedimentos e medicamentos a que não deseja se submeter, sem possibilidade de discorrer sobre suas vontades e de adaptar a DAV à sua especificidade. Tem por objectivo deixar espaço para a subjectividade de cada usuário (4). Propõe também um tópico de revogação, no qual o outorgante atesta que foi informado da possibilidade de a qualquer tempo, revogar o documento fazendo nova diretiva ou apenas declaração de vontade revocatória (4).

De acordo com o Artigo 2º do Capítulo II da Lei número 25/2012 de Portugal que regula o Testamento Vital e a nomeação do Procurador de Cuidados de Saúde (2,4,11), podem constar do documento de DAV as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

- a) "Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais";
- b) "Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte";
- c) "Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada";
- d) "Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental";
- e) "Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos"(11).

Ainda no terceiro artigo da referida lei que regula sobre a forma do documento:

1 - "As diretivas antecipadas de vontade são formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário, do qual conste":

- a) "A identificação completa do outorgante";
- b) "O lugar, a data e a hora da sua assinatura"
- c) "As situações clínicas em que as diretivas antecipadas de vontade produzem efeitos";

d) “As opções e instruções relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber, no caso de se encontrar em alguma das situações referidas na alínea anterior”;

e) “As declarações de renovação, alteração ou revogação das diretivas antecipadas de vontade, caso existam”(11).

2 - “No caso de o outorgante recorrer à colaboração de um médico para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade, a identificação e a assinatura do médico podem constar no documento, se for essa a opção do outorgante e do médico”(11).

Consta também nesta lei, no sexto artigo sobre eficácia, que a equipe responsável pela prestação de cuidados em saúde deve respeitar o conteúdo das DAV se esta constar do RENTEV ou se for entregue à equipe e que as mesmas não devem ser respeitadas quando:

a) “ Se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las”;

b) “Se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado”;

c) “Não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura”(11).

Também no sexto artigo consta que “em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante”(11).

Sobre os prazos de validade do documento, consta que este “é eficaz por um prazo de cinco anos sendo sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação” e “o documento é revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor”. Isto pode ser feito por simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde, devendo este inscrever no processo clínico e/ou no RENTEV (11).

Como foi exposto acima, em Portugal, o uso das DAV em forma de TV e nomeação de procurador de saúde e a oferta de Cuidados Paliativos já estão bem regulamentados. Para o Brasil, Dadalto defende a imprescindibilidade da lavratura das DAV por escritura pública, perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica, tendo em vista que inexistente legislação específica no país sobre o tema. A criação de um registo nacional de DAV nos

moldes do registo português também é importante a fim de possibilitar uma maior efectividade no cumprimento da vontade da pessoa, de modo a não correr risco de que declaração se torne inócua (11).

Muito se discute acerca da validade das DAV no Brasil, tendo em vista a inexistência de norma jurídica específica, contudo, uma interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais concede aparato para a defesa deste documento no ordenamento jurídico brasileiro (45). Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) alicerçam as DAV (11,45).

As DAV representam uma importante conquista dos direitos individuais e visam a protecção a uma vida digna. São realidade normativa em várias ordens jurídicas como em Portugal e, à despeito da inexistência de norma específica no Brasil, são válidas, pois se alicerçam em princípios constitucionais e é esta validade, já aceita de forma ampla no direito brasileiro, que tem possibilitado aos indivíduos registá-las nos cartórios de notas (45).

3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE- HISTÓRIA E LEGISLAÇÃO

Antes de 1970, a ética em saúde era baseada na autoridade profissional e beneficência (5). O direito dos doentes em recusar tratamentos não desejados foi negligenciado por muito tempo (35). Os médicos decidiam pelos doentes focando na máxima preservação da vida. Decisões eram baseadas na religião e no pensamento filosófico que não havia controlo pessoal no processo de morrer (5). Era o denominado paternalismo médico, usado desde Hipócrates que propunha aos médicos uma atitude de bondade e de serviço (46). Desenvolveu-se, deste modo, um modelo que apesar de não levar em consideração o direito do doente em exercer sua autonomia, para a época e ao longo de muitos anos foi a resposta encontrada para abrigar os mais vulneráveis (46). Supriu *deficits* terapêuticos, amenizou sofrimentos e amparou doentes terminais. Mas, como em tantas outras áreas da economia social, também aqui os exageros vieram a aparecer, culminando na perversão deste relacionamento médico-doente(46). Nomeadamente, uma certa mercantilização da medicina. Ao lado da medicina-entrega, que permanece sempre, passou a haver a medicina-negócio (47). E as maiores vítimas desta perversão haveriam de ser, exactamente, os mais vulneráveis: menores, velhos, doentes (46).

Um dos acontecimentos que fez o mundo perceber a necessidade da medicina voltar-se para o indivíduo-doente no respeito mais profundo pelos seus direitos individuais, especialmente do seu direito à liberdade e autodeterminação em matéria de saúde, foi a II Grande Guerra. Período em que aconteceram os actos mais desumanos que a história conheceu contra seres humanos enfermos (48). Em 1947 uma corte formada por juízes dos Estados Unidos reuniu-se para julgar os crimes cometidos pelos médicos nazistas em campos de concentração. Este julgamento resultou na elaboração de um conjunto de dez preceitos éticos para a pesquisa clínica, conhecida como Código de Nuremberg (49,50), orientados para a defesa dos doentes contra a experimentação desautorizada e desenfreada. Trouxe a preocupação no direito ao consentimento informado, à autodeterminação e, sobretudo, à autonomia daqueles (48).

No ano seguinte, 1948, a ONU proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde reitera já no primeiro artigo que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (51). Infelizmente, durante os primeiros vinte anos de existência destes documentos, as directrizes éticas não atingiram o alvo desejado, ou seja, não foram capazes

de sensibilizar os médicos para o respeito necessário no uso de seres humanos em pesquisas clínicas (50). Foi assim que, muito embora o Código de Nuremberg tenha declarado em suas primeiras linhas que, para participação em pesquisas científicas, "...o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial e isto significa que a pessoa envolvida deve ter a capacidade legal de consentir..."(49), experimentos perversos e abusivos envolvendo comunidades vulneráveis, tais como minorias étnicas ou pessoas institucionalizadas, foram largamente desenvolvidos nos Estados Unidos durante os anos 60 e 70 (50).

Desde 1957 já havia referência nos discursos do Papa Pio XII à licitude da recusa a tratamentos extraordinários: "A razão natural e a moral cristã fundamentam, ambas, o direito e o dever de, em caso de doença grave, procurar o tratamento para conservar a saúde e a vida. Normalmente alguém está obrigado a empregar apenas os meios ordinários – conforme as circunstâncias de pessoas, tempos e cultura – isto é, meios que não impliquem ónus extraordinário para si ou para outrem. Obrigação mais severa seria por demais onerosa para a maioria das pessoas e tornaria muito difícil a consecução do bem superior, mais importante"(3,43,52).

Em 1964, a Declaração de Helsínquia que tem sofrido alterações sendo a última em 2013 durante Assembleia Geral da AMM em Fortaleza, Brasil, foi fundamental para a regulamentação dos princípios éticos que se aplicam às investigações médicas que envolvem os seres humanos. Dela pode retirar-se um excerto que resume a actuação médica exigível: ""Um médico deve agir no melhor interesse do doente quando presta cuidados de saúde". Isto é, sempre no respeito pela vontade consentida do paciente(48,53).

O governo e o Congresso norte-americano constituíram, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* numa reacção institucional aos escândalos causados pelos experimentos da medicina. Em particular, três casos foram de notável relevância para sua criação:

- 1) Em 1963, no Hospital Israelita de doenças crónicas de Nova Iorque, foram injectadas células cancerosas vivas em idosos doentes;
- 2) Entre 1950 e 1970, no hospital estatal de *Willowbrook* (NY), injectaram hepatite viral em crianças retardadas mentais;

3) Desde os anos 40, mas descoberto apenas em 1972, no caso de *Tuskegee study* no Estado de Alabama, foram deixados sem tratamento quatrocentos negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença (39).

Foi estabelecido, como objectivo principal da Comissão, identificar os princípios éticos “básicos” que deveriam conduzir a experimentação em seres humanos, o que ficou conhecido como *Belmont Report*, o mesmo promulgado em 1978 (2,39,54). Este foi um dos primeiros instrumentos éticos, de relevância internacional, a fazer um apelo ao princípio do respeito pela autonomia individual no âmbito da experimentação em seres humanos (2,24).

Os três princípios estabelecidos nesta comissão foram o princípio do respeito pelas pessoas (posteriormente traduzido como “autonomia”), o princípio da beneficência e o da justiça. Todavia, Beauchamp¹ e Childress retrabalharam os três princípios em quatro, vindo a distinguir o princípio da beneficência do da não-maleficência, caracterizando um modelo teórico denominado o “princípioalismo” que eclodiu em 1979 com a publicação de “*The Principles of Biomedical Ethics*” e veio marcar indelevelmente a Bioética (32,39,46).

Levanta-se então, na consciência mundial, a necessidade de reflectir sobre dois conceitos que agora aportam ao relacionamento médico-doente: o consentimento e o direito à autonomia, que o legitima (46).

Ainda em 1960 começou a crescer o interesse pela morte e pelo processo de morrer, pelos direitos dos pacientes e pelo movimento de *Hospice Care*. Um movimento para “libertar” os gravemente enfermos de medidas extraordinárias de sustentação da vida (5).

Em 1969, nos EUA, Luis Kutner propôs a adopção do *Living Will* (Testamento Vital) que partia do princípio de que o paciente tem o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objectivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades (4,55).

Em 1976 foi criado, na Califórnia, pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale, o *Natural Death Act*, um mandato federal, o primeiro passo para reconhecer o direito do paciente em recusar ou aceitar um tratamento sendo assim a primeira lei que deu força ao Testamento Vital (5,56).

¹ Tom Beauchamp tinha feito parte da Comissão que, em 1978, redigira o Relatório Belmont

Em 1991, o Congresso estadunidense aprovou o *Patient Self-Determination Act*, lei federal que reconhece o direito à autodeterminação dos doentes e impõe aos estabelecimentos de saúde públicos que informem a estes sobre seus direitos em consentir ou recusar tratamentos e em realizar as DAV(4–6,57,58). Essa lei reconhece a recusa ao tratamento médico, reafirmando a autonomia do paciente, e são três as formas de manifestar a vontade: o *Living Will*, testamento em vida – a pessoa dispõe em vida os tratamentos ou a recusa deles para quando estiver inconsciente; o *Durable Power of Attorney for Health Care*, poder duradouro do representante para cuidados com a saúde – estabelece-se por mandato um representante para decidir e tomar providências em relação ao paciente quando este não fosse mais capaz, incapacidade que poderia ser temporária ou permanente; e o *Advanced Care Medical Directive* (Diretiva de Cuidado Médico Avançado) é a união das anteriores. Em meados da década de 90, todos os estados norte-americanos haviam reconhecido expressamente a legalidade destes documentos (4,39,57).

No final do século XX, a Europa decide enunciar um modelo ético que reflecta o pensamento deste continente, influenciado por uma cultura de inspiração judaico-cristã (46). Assim a discussão tomou corpo em Abril de 1997 com a Convenção para Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em Face das Aplicações da Biologia e da Medicina, também conhecida como Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convénio de Oviedo (7), realizada pelo Conselho da Europa² e ratificada por Portugal, Espanha, França, Suíça, entre outros(4). O artigo 9º deste Convénio foi o primeiro diploma legal supranacional europeu a reconhecer expressamente a vontade do paciente: “Serão levados em consideração os desejos expressados anteriormente pelo paciente, que dizem respeito à intervenção médica, quando este, no momento da intervenção, não puder expressar sua vontade”(7,59). Apesar de tal convénio ser uma norma em todos os países que o ratificaram, houve a necessidade de que cada país ratificador fizesse sua própria lei nacional para tratar dos direitos dos doentes, uma vez que cada país tem especificidades que só podem ser trabalhadas em uma legislação própria (59).

A seguir, em 1998, é pronunciada a Declaração de Barcelona antecipando o documento *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, publicado em 2000 (46,60). Esta suscita a solidariedade e discute e propõe três outros princípios complementares ao da autonomia, os quais também se orientam para a protecção e para o respeito devido aos

² Segundo o sítio electrónico desta organização, o Conselho da Europa visa realizar uma união estreita entre seus membros sendo eles quarenta e sete países e cinco países observadores.

animais e outros organismos vivos. “Expressa para tanto, quatro princípios éticos fundamentais: autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade”(46,60).

De igual modo a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, proclamada no Conselho Europeu de Nice em nove de Dezembro de 2000, determina no artigo 3.º (“Direito à integridade do ser humano”) que deve ser respeitado no domínio da medicina “o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei”(61). Em 2005 foi elaborada a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, pela Unesco, e tal como seu título indica, incorpora os princípios que enunciam nas regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos fundamentais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, esta declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos (2,62).

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Bioética efectuou proposta à Assembleia da República em 2006, o projecto abrangia a legalização das DAV, porém esse tópico foi excluído (63,64). Em 2009, foi editado o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portugueses, que estabeleceu em seu artigo 46º, que a actuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer (65,66). E finalmente, em 16 de Julho de 2012, a Assembleia da República promulgou a lei número 25 que regula o Testamento Vital e a nomeação do Procurador de Cuidados de Saúde (2,4,11). Até 2014, fazer o TV, implicava redigir um documento próprio com estrutura livre (por vezes não respondendo a todas as perguntas) que carecia de validade jurídica. Em 1 de Julho de 2014 foi criado o RENTEV, um sistema informático com o intuito de registar todos os testamentos vitais e permitir que os médicos tenham acesso à vontade dos doentes em situações extremas (40). Ele está a cargo do Ministério da Saúde, que disponibiliza em um portal na internet um modelo (facultativo) de DAV, para que o outorgante preencha e entregue em um Agrupamento de Centros de Saúde ou em uma Unidade Local de Saúde, que registrará o documento em um software nomeado RENTEV (59). Importante, contudo, ressaltar que os portugueses não são obrigados a seguir o modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, podendo redigir suas DAV de maneira livre (59).

Quanto ao tema dos CP em Portugal, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portugueses, publicado em 2009, traz em seu artigo 58º uma abordagem sobre os Cuidados Paliativos, prevendo que “nas situações de doenças avançadas e progressivas, cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar de meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento sem que daí advenha qualquer benefício”, defendendo o emprego dos CP como forma de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, respeitando a sua dignidade (66). E também no ano de 2012, em Setembro, foi decretada pela Assembleia da República, a Lei de nº 52, a lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, definindo a responsabilidade do Estado na área e criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde (67). Outro ganho para os CP em Portugal foi a lei mais recente de 31 de Julho de 2018, que define contexto de doença avançada e em fim de vida quando a pessoa “padece de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses” e regula os direitos desses doentes (68).

Na América Latina, já legislaram sobre o tema das DAV Porto Rico, Argentina e Uruguai. Apesar do Brasil ainda não o ter feito, ninguém está impedido de registrar em cartório sua vontade em relação à assistência médica desejada no caso de doença sem cura, na verdade é recomendado que o faça (4). Todavia, em respeito ao princípio bioético da autonomia, não há legislação que imponha ao médico o cumprimento dos desejos do paciente em situação terminal (4,64).

Contudo, como resultado desses movimentos, o Ministério da Saúde do Brasil editou a Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e no Parágrafo V do Artigo 5º, afirma que “toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais” (69). Essa portaria reafirmou que é direito do usuário o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada

informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública (3).

Alguns anos após, em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina aprovou a resolução CFM 1.995/12 (9) que reconhece o direito do paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente.

“Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”(9).

“Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (9).

“Parágrafo 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico”(9).

Tema com pressupostos em resolução anterior, de 2006, a CFM 1805/06, que coloca como base o processo do respeito pela vontade do paciente e o consentimento livre e esclarecido (43,70).

“Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (70).

“Parágrafo 1º: O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação” (70).

Outras resoluções do CFM também importantes porque se referem aos Cuidados Paliativos foram:

-CFM 1931/09 onde o CFM redigiu pela primeira vez o termo “ cuidado paliativo”.

“Capítulo I – Princípios Fundamentais”

(...)

“Parágrafo XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”(71).

-CFM 1973/11: resolução que define medicina paliativa como área de actuação (72).

-CFM 2156/16: resolução que define como um dos critérios de alta das unidades de tratamento intensivo (UTI): “paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna, e, se possível, junto com sua família”(73).

Até o momento, não há uma legislação nacional regulamentando os CP ou cuidados de fim de vida no Brasil. O que a lei prevê, em âmbito federal, é o que está expresso nos artigos 1º e 5º da Constituição de 1988, que reconhecem a dignidade e a autonomia privada, proibindo o tratamento desumano (28) e que já foram citados no capítulo anterior desse trabalho como alicerces para as DAV no Brasil.

“ Art. 1º- A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.”

(...)

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III -ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante“(74).

Significa dizer que a Lei Maior do Brasil reconhece o direito à autonomia e à vida e que esta seja digna. Assim, obrigar uma pessoa a se submeter a um tratamento que ela não deseja quando este não terá função de lhe devolver uma vida plena é degradante. Ainda em âmbito federal, existe um Projecto de Lei relacionado ao assunto tramitando no Senado. Trata-se do PLS 149/2018, que dispõe sobre as DAV e defende que “toda pessoa maior e capaz tem o direito de declarar, de forma antecipada, a sua vontade de receber ou não receber determinados tratamentos médicos em época futura” (28,75).

Houve outro avanço recente relacionado ao SUS, como a Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), fruto de um trabalho realizado em conjunto pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o CFM e dezenas de profissionais e instituições que são lideranças nacionais e internacionais em CP. A determinação foi publicada no Diário Oficial da União de 23 de Novembro de 2018 e dispõe sobre as directrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Ela estabelece que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). O documento estabelece que é elegível para CP toda pessoa afectada por uma doença, aguda ou crónica, que ameace a vida, a partir do diagnóstico dessa condição. Entre outras determinações, dispõe:

“Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

(...)

Parágrafo XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

Parágrafo XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade”(28,76).

Na esfera estadual, até então somente os Estados de Goiás (Lei nº 19.723, de 10 de Julho de 2017) (77), do Rio Grande do Sul (Lei nº 15. 277, de 31 de Janeiro de 2019) (78), do Rio de Janeiro (Lei nº 8.425, de 1º de Julho de 2019) (79) e a mais recente, de São Paulo (Lei nº17.292, de 13 de Outubro de 2020) (80) instituíram uma política estadual de Cuidados Paliativos. Há, assim, diferentes iniciativas em vigor em alguns estados, porém a ausência de uma regulamentação federal limita a expansão da oferta do mesmo nível de atendimento em Cuidados Paliativos a todos os brasileiros (28). A legitimação da inserção da prática paliativa no SUS ainda requer acções mais incisivas do MS. Devemos considerar é o fato de

que os CP até então, são regulamentados por portarias e resoluções. Portarias e resoluções são actos administrativos do poder executivo, cuja força de lei é vinculada à Lei que lhe sustenta. Embora as Portarias que tratam dos CP vinculem-se à Lei nº 8.080/1990 (Orgânica da Saúde), conferindo-lhes força de lei, sua fragilidade a mudanças no âmbito administrativo retiram-lhe a robustez necessária para dar maior perenidade à política (81).

Em síntese, a busca pelo reconhecimento e garantia dos direitos dos pacientes em fim de vida é um dos pilares da bioética contemporânea. Desde a década de 1960, época em que os primeiros documentos de manifestação de vontade do paciente em fim de vida surgiram nos Estados Unidos da América (EUA), esses direitos têm sido gradativamente reconhecidos e tutelados. Uma das principais formas de tutela destes é a disseminação das DAV (59).

Essa difusão tem perpassado o mesmo caminho em vários países: 1- discussão social; 2- aprovação de lei; 3- criação de um modelo de DAV; 4- divulgação desse modelo e conscientização social acerca da importância da elaboração do documento (59). Apesar de o Brasil ainda estar na primeira etapa do caminho, ainda em fase de discussão social, inúmeros países, como EUA, Espanha, Alemanha, Uruguai, Portugal e França já percorreram toda a trajetória (59).

No Brasil, como já exposto acima, foram aprovadas resoluções pelo CFM, leis estaduais e a recente resolução 41 da Comissão Intergestores Tripartite, sobre o direito do paciente manifestar sua vontade, mas ainda não houve a devida regulamentação legislativa federal sobre DAV na forma de testamento vital ou de procurador de saúde (4). A resolução 1995/2012 é um marco normativo na defesa dos interesses dos pacientes em fim de vida no Brasil, pois é a primeira norma – ainda que administrativa – que reconhece o direito de o paciente manifestar sua vontade por escrito, e o dever de profissionais e familiares de respeitarem essa vontade. Ocorre que essa norma tem eficácia restrita, pois só vincula os médicos, uma vez que foi feita pelo conselho dessa categoria profissional (59). “Em todo caso, a singularidade das DAV implica a existência de um diploma legal específico para regulamentar sua aplicação”(2,4).

4 CUIDADOS PALIATIVOS

4.1 Importância

Cuidados paliativos é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida do doente e seus familiares que atravessam agravos à sua saúde associados com doença ameaçadora da vida (82). Fundados no conceito de ortotanásia, podem definir-se como o conjunto de práticas médicas dirigidas a oferecer dignidade e diminuição do sofrimento, amenizando os sintomas da doença e dando apoio físico e psicológico ao doente e familiares (83).

A necessidade da inserção de CP nos sistemas de saúde mundiais é imperativa. Segundo relatório da *International Association of Hospices and Palliative Care* (IAHPC)³, cerca de cinco milhões de pessoas morrem de cancro a cada ano, número este que é acrescido pelo número de doentes morrendo com AIDS e outras doenças que poderiam beneficiar-se de cuidados paliativos (84). A OMS em 1990 e a Declaração de Barcelona em 1998 chamaram a atenção para que os CP fosse incluído nos serviços de saúde de todos os países (62).

Os CP e os direitos humanos são baseados nos princípios da dignidade da pessoa, da universalidade e não discriminação, em que na Carta dos Direitos Humanos está claramente referenciado que se deve respeitar o direito à saúde, permitindo a equidade de acesso a todas as pessoas, incluindo prisioneiros, minorias, ilegais e institucionalizados, a tratamentos/serviços preventivos, curativos e paliativos (51,85). Mais tarde o Conselho da Europa reconheceu esse mesmo direito como inalienável (85,86).

Em 2003, o Comité de Ministros do Conselho da Europa, recomendou que os países membros adoptassem política e outras medidas necessárias para um quadro político nacional coerente e abrangente para cuidados paliativos e considerou crucial a criação deste clima de importância aos CP (86).

Em maio de 2014, a 67^a Assembleia de Saúde Mundial, através da resolução intitulada “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*” estimula que os estados membros - dentre outras medidas - desenvolvam, fortaleçam e implementem, quando apropriado, políticas de CP nos sistemas de saúde baseadas em critérios científicos, com boa relação custo-benefício, em todos os níveis, e com ênfase nos cuidados primários, cuidados comunitários e domiciliares (21,24).

³ A IAHPC constitui em um braço da OMS, que visa normatizar a actuação e proporcionar treinamento aos profissionais, além de educar a população acerca dos cuidados paliativos.

A recente comissão da Lancet de 2018, sobre acesso global a CP e alívio da dor relatou que o ónus de um sofrimento grave relacionado à saúde é significativo. Segundo eles, aproximadamente 25,5 milhões das 56,2 milhões de pessoas que morreram em 2015 (455 das mortes registadas em todo mundo), experimentaram sofrimento grave. Destas pessoas, mais de 80% vive em países de baixa e média renda, onde o acesso a intervenções de CP- incluindo morfina oral simples para alívio da dor- é muito limitado (87).

A Declaração de Astana de 2018⁴ que foca no cuidado primário como um aspecto da cobertura de saúde universal e desenvolvimento de objectivos sustentáveis, incluiu CP associado a promoção de saúde, prevenção, tratamento curativo e reabilitação, como um conjunto de metas que devem estar acessíveis para todos (24,88).

Em 2014 a OMS publicou o Atlas Global de Cuidado Paliativo, onde apresentou os resultados de seu levantamento sobre o desenvolvimento de CP ao redor do mundo, organizando os países em grupos de acordo com este desenvolvimento e classificando-os em níveis. São eles:

Nível 1: Nenhuma actividade detectada;

Nível 2: Em capacitação;

Nível 3a: Provisão isolada;

Nível 3b: Provisão generalizada;

Nível 4a: Integração preliminar;

Nível 4b: Integração avançada (25,89).

Segundo os dados desse Atlas da OMS, em 2014, o Brasil estava incluído no nível 3a, e Portugal estava no nível 3b. Em 2017, segundo o estudo "*Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017*", o Brasil deslocou-se para o nível 3b e Portugal para o nível 4b (24,25,89). No nível 3a o desenvolvimento do cuidado paliativo é irregular no escopo e não bem apoiado; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de CP comparado ao tamanho da população. No nível 3b, onde a prestação de CP já está generalizada existem fontes de financiamento, melhor disponibilidade de morfina, centros de

⁴ O Encontro da Conferência Global em Cuidados de Saúde Primários ocorreu em Astana em Outubro de 2018 e reafirmou o compromisso expresso na declaração de Alma-Ata em 1978.

treinamento de CP e um número maior de serviços na área. O nível 4a é constituído por países onde os serviços de cuidados paliativos estão em estágio preliminar de integração com o sistema de saúde. Este grupo de países é caracterizado por desenvolvimento de uma massa crítica de profissionais de CP em vários locais; uma variedade de prestadores de CP e tipos de serviços; conscientização dos CP por parte da saúde profissionais e comunidades locais; a disponibilidade de morfina e alguns outros analgésicos potentes para aliviar a dor; impacto limitado de CP com a política; a prestação de um número substancial de formação e iniciativas de educação por uma série de organizações; e interesse no conceito de uma associação nacional de CP (19).

4.2 Definições

Em 1990, a OMS definiu o conceito e o princípio de CP, reconhecendo e recomendando-os, pela primeira vez para 90 países e em 15 idiomas. Tal definição inicialmente aplicava-se a pessoas com cancro, preconizando-os na assistência integral a esses pacientes, visando os cuidados de final da vida (25). Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os CP passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (25). Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado para aquela que hoje é considerada a definição consensual, inclui a assistência a outras doenças como SIDA, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (25,62,82) e também inclui a família como receptora de cuidados junto ao doente, já que ambos enfrentam problemas consequentes a uma doença grave (42,82).

A definição de 2002 consiste em: "...abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais"(82).

Em 2004, um documento publicado pela OMS, *"The solid facts – Palliative Care"*, reitera a necessidade de incluir os CP como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crónicas, mesmo as curáveis e inclusive em programas de atenção aos idosos, no sentido de dar resposta ao elevado sofrimento causado pela doença (25,42,90).

Assim o conceito actual da OMS amplia o horizonte de acção dos CP, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos (25).

A *European Association for Palliative Care*, em 2010, por sua vez, definiu este tipo de cuidados como “cuidados activos e totais ao doente cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo primordial o controle da dor e outros sintomas e problemas sociais psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares que envolvem o doente, família e a comunidade nos seus objectivos; devem ser prestados onde quer que o doente deseje ser cuidado, seja em casa ou no hospital; afirmam a vida e assumem a morte como um processo natural e, como tal, não a antecipam nem a adiam; procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até a morte” (91).

Já a IAHP, refinou a definição da OMS descrevendo o CP como cuidado activo, holístico de indivíduos através de todas as idades com muito sofrimento associado à doença grave, especialmente os que estão próximos do fim de sua vida. Tem como objectivo melhorar a qualidade de vida destes doentes, de suas famílias e de seus cuidadores (84).

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto, capa, abrigo e protecção. Esta etimologia indica que o CP tem como objectivo mascarar os efeitos de uma doença incurável, ou providenciar uma capa para aqueles que são deixados no frio, porque eles não podem ser ajudados pela medicina curativa (86).

Os CP são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja -, mesmo quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas (31,84). “São simultaneamente uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado para a prestação de cuidados tecnicamente competentes, incluindo no modelo médico tradicional os objectivos de promoção de qualidade de vida do doente e sua família, assim como o apoio na tomada de decisão e disponibilização de oportunidades para o crescimento pessoal, com adequada sensibilização emocional e cultural”(31). Não se fala em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano (83). Tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, também se prolongam pelo período do luto. A unidade receptora de cuidados é

sempre doente e família e não devem considerar-se realidades desligadas (19,42). A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto (42,83).

4.3 História

O CP surgiu oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. O trabalho desta médica (que também era assistente social e enfermeira) inicia o movimento dos cuidados paliativos (92). Ela é reconhecida como a fundadora do movimento moderno de *hospice*. O *St.Christopher's Hospice* por ela fundado foi o primeiro *hospice* que, numa visão holística da pessoa humana e cuidados integrados, ligou o alívio da dor e controle de sintomas com o cuidado humanizado, o ensino e a pesquisa clínica (93).

Cicely Saunders cunhou o conceito de “dor total”, uma combinação de elementos das dimensões física, psíquica, social e espiritual da pessoa humana. Assim relata como chegou a esse conceito: “Logo ficou claro que cada morte era tão única como a vida que a precedeu e que toda experiência daquela vida estava reflectida no momento do morrer. Isso levou-nos ao conceito de ‘dor total’, que foi apresentado como um complexo de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Toda essa experiência para o paciente inclui ansiedade, depressão e medo; preocupações com a família que passará pelo luto e frequentemente a necessidade de encontrar algum sentido na situação, uma realidade mais profunda em que confiar. Isso tornou-se a tônica de ensino e escritos sobre assuntos tais como a natureza, o cuidado da dor terminal e a família como uma unidade de cuidados”(93,94). Diante da mentalidade utilitarista de eliminar o sofredor por causa do sofrimento, Saunders propõe que “o sofrimento somente é intolerável se ninguém cuida”. Podemos lembrar Victor Frankl, ao afirmar que “o homem não é destruído pelo sofrimento, mas pelo sofrimento sem sentido” (93).

Na década de 1970, esse movimento foi trazido para a América através de Elizabeth Kubler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que teve contacto com os trabalhos de Cicely Saunders (25). Ficou mundialmente conhecida por seus escritos e trabalho com pacientes na fase final de vida. Em 1969, escreveu seu livro mais importante, que a projectou internacionalmente, causando grande impacto na área dos cuidados de saúde: *On*

death and dying (Sobre a morte e o morrer), no qual descreve os estágios pelos quais as pessoas passam quando estão na fase final de vida: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (93). Kübler-Ross introduziu o estudo da tanatologia na área médica e também impulsionou os *hospices* nos Estados Unidos (93).

Entre 1974 e 1975, foi fundado um *hospice* na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, a partir daí, o movimento dissemina-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura, em diversos países (25).

Foi Cicely Saunders que introduziu no contexto dos cuidados de saúde uma filosofia de CP institucionais, e Elizabeth Kubler-Ross, que inovou ao descrever todo o processo pelo qual passa a pessoa na fase final de vida (93).

Para que possa haver um cuidado holístico como preconizou Cicely Saunders, é fundamental que estejam bem evidentes áreas e componentes deste cuidar, tais como a comunicação adequada, coordenação, controlo sintomático, continuidade, formação contínua, apoio aos cuidadores, cuidados específicos na fase da agonia, suporte e apoio emocional, suporte espiritual e religioso e apoio no luto (85).

4.4 Valores e Objectivos

Segundo a *European Association for Palliative Care*, os valores dos CP assentam num conjunto de valores filosóficos também chamados de constituintes centrais dos CP. A saber:

1. Autonomia, em que a pessoa é única, autónoma, pelo que os CP só devem ser prestados quando o doente e/ou família estiverem preparados para tal; o doente deve manter sua autodeterminação com vista à tomada de decisão, nomeadamente, local de prestação de cuidados e opções terapêuticas;
2. Dignidade, em que é suposto que os CP sejam prestados de uma forma sensível, respeitosa, aberta e sensível aos valores, crenças, cultura, religião, práticas e leis de cada área, região ou país;
3. Relacionamento doente-profissional, onde os profissionais de saúde devem manter uma relação colaborativa com os doentes e sua família, pois estes são importantes parceiros em todo o processo;

4. Qualidade de vida, como objectivo central dos CP, visando alcançar o melhor índice possível, e posterior promoção da sua manutenção;
5. Posição em relação à vida e à morte, em que é claro que os CP nem antecipam nem adiam a morte;
6. Comunicação, em que boas capacidades de comunicação são pré-requisitos essenciais para CP de qualidade; a comunicação refere-se à interacção entre doentes e profissionais de saúde, mas também entre doentes e seus familiares, assim como a comunicação entre os diversos profissionais e entre os diversos serviços envolvidos no cuidar;
7. Educação Pública: é essencial desenvolver a capacidade da comunidade e promover cuidados de saúde preventivos que deixarão as gerações futuras com menos medo da morte e do luto que todos nós enfrentamos;
8. Abordagem multiprofissional e interdisciplinar: é considerada um componente central dos CP. Uma equipe multiprofissional inclui membros de diferentes profissões e disciplinas de saúde e não-saúde que trabalham juntos para fornecer e/ou melhorar o cuidado aos doentes e familiares, promovendo assim abordagem global e holística do sofrimento do doente;
9. Perda e luto: oferecem apoio à família e a outros cuidadores durante a doença, os ajudam a se preparar para a perda e continuam a fornecer apoio ao luto, quando necessário, após a morte do doente. Este apoio e acompanhamento é reconhecido como um componente central da prestação de serviços de CP (17).

Segundo a APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos), temos os seguintes objectivos nucleares e específicos:

1. Avaliar e controlar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual em conjunto com o doente e família através de cuidados contínuos, com respeito pelos seus desejos, objectivos e preferências;
2. Capacitar o doente e família, de forma contínua e compreensível, com toda a informação que necessitem, para que possam compreender a sua condição clínica e tratamento;
3. Preparar o doente e família para o processo de morrer e morte, propriamente dita, assim como explorar as opções de locais para a prestação de cuidados nesta fase final da vida, promovendo oportunidades de crescimento pessoal e apoio no luto;

4. Apoiar e promover a capacidade de tomada de decisões de forma a conciliar os objectivos de todos os intervenientes para o tempo que resta;
5. Promover o planeamento avançado dos cuidados e da aplicação dos princípios dos CP, pelos profissionais de saúde em todas as tipologias de serviços;
6. Assegurar a coordenação e continuidade entre os diversos locais e estruturas de cuidados, através de comunicação interprofissional efectiva, sempre que necessário e de forma contínua, promovendo a efectividade de um gestor de caso;
7. Prestar cuidados numa estrutura organizada que promova um modelo centrado no doente e família através de uma equipa interdisciplinar, em que a liderança e a comunicação são elementos-chave para o funcionamento desta (22).

Em 2009 a EAPC publicou um *update* que considerou os seguintes requisitos como altamente relevantes para a prestação de serviços de CP na comunidade:

- Planeamento antecipado de cuidados sob a forma de DAV;
- Continuidade do cuidado;
- Disponibilidade de atendimento;
- Preferência do local de atendimento (91).

Concluindo, quando se fala da afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo natural, estabelece-se uma profunda relação entre os CP e as DAV, pois, em ambos os casos, é de fundamental importância que haja o reconhecimento da finitude da vida. Assim, em concordância com os valores filosóficos e com os objectivos dos CP expostos acima, a realização da DAV é uma importante premissa porque permite que o doente possa manter sua autonomia pessoal e sua dignidade mesmo que este venha a tornar-se incapaz em tomar decisões. Sua realização vem atrelada com uma comunicação eficaz e um bom relacionamento entre equipa de saúde e a pessoa doente. Realizar DAV traz como consequência a sensação de empoderamento pela pessoa doente, tornando possível assim a melhora da sua qualidade de vida.

4.5 Educação na Graduação Médica em Cuidados Paliativos

A capacitação em CP é um componente essencial para todos os profissionais de saúde porque é uma resposta a demandas geradas pela nossa actual sociedade. Não basta criar rotinas ou discutir formas eficazes de organizar os serviços se não actuarmos na formação de quem estará nesses serviços (17). O processo de formação, necessariamente, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida (95). A educação destes trabalhadores é considerada pela OMS um aspecto crucial, em adição as políticas adequadas, disponibilidade de medicamentos e implementação de serviços para estabelecer CP em um país (21,96).

Nos Estados Unidos da América (EUA), as deficiências no ensino médico na área de cuidado ao paciente terminal geraram várias iniciativas em nível nacional, que tiveram como objectivo melhorar essa situação naquele país. A educação no cuidado ao paciente terminal se tornou obrigatória no currículo médico das escolas norte-americanas em 2000 (97,98). Rodrigues (2004), em sua monografia sobre o tema, elabora um histórico do surgimento e implantação de serviços de cuidados paliativos no mundo e mostra um panorama geral da Europa, América do Norte e América Latina. Cita que no continente europeu há serviços de CP difundidos em quase todas as nações e a Inglaterra, onde todas as escolas de Enfermagem e de Medicina incluem CP no conteúdo de seus currículos, é o país com a maior cobertura no mundo no Cuidado Paliativo, seguido pela Espanha (97,98).

Em 2003, o Conselho da Europa pronunciando-se sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível (20,86).

Em 2004, a regional europeia da OMS publicou o livro "*The Solid Facts-Palliative Care*" onde deixa registado que os profissionais de saúde devem ser bem capacitados em CP e devem ter oportunidades de extensão dos seus conhecimentos (90). Segundo a OMS, não é realista esperar que a grande necessidade emergente em CP seja suprida pela expansão apenas da força de trabalho de especialistas nesta área. É mais provável que a solução seja encontrada pela expansão do conhecimento e habilidades aos profissionais de saúde em geral (90). Ainda segundo a OMS, há boas evidências que o conhecimento e as atitudes dos profissionais de atenção básica sobre CP podem ser aprimorados.(90)

A Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WHPCA)⁵ e a OMS publicaram o Atlas Global de Cuidados Paliativos e Fim de Vida em 2014. Segundo este Atlas, a grande maioria de profissionais de saúde em todo mundo tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas em CP (25,89). E são categóricos em colocar que todas as escolas médicas devem incluir treinamento básico em CP e na educação profissional continuada, devem incluir CP para os profissionais já formados (89).

Também em 2014, a 67ª Assembleia da OMS colocou como um dos seus nove objectivos destinados aos países membros, incluir CP como componente integral na educação corrente e treinamento oferecido aos profissionais de saúde de acordo com seus papéis e responsabilidades (21).

Apesar desse consenso internacional sobre a necessidade da inclusão do ensino sobre CP ser considerado uma componente essencial (e, como tal, obrigatória) na formação básica de todos os profissionais de saúde, no Brasil, estima-se que exista uma grande deficiência em conhecimento em Medicina Paliativa entre os médicos, já que o ensino desta área do conhecimento não faz parte do currículo de graduação do MEC (99) e de pós-graduação(97). Segundo a Análise Situacional e Recomendações realizada pela ANCP no Brasil, em 2018, dos 302 cursos de graduação de medicina no Brasil existentes em 2018, somente 42 (14%) ofereciam uma disciplina de Cuidados Paliativos. Dessas, somente em 18 cursos (6%), elas eram disciplinas obrigatórias (19). Sabe-se que o tema é abordado em algumas escolas, de maneira não-contínua, não obrigatória e em cursos ligados ao tema da morte, dor, ou relacionados à área de oncologia (97). Além do ambulatório de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), criado em 2000, o Prof. Marco Tullio Figueiredo foi pioneiro e criou, em 1994, uma disciplina electiva de Cuidados Paliativos no curso de graduação em Medicina, na mesma instituição(97,98). Segundo estudo feito por Marsiglio em 2011, a Unifesp foi a primeira instituição de ensino médico a ter uma disciplina electiva de CP e a Faculdade de Medicina de Caxias do Sul foi a segunda a instituir a disciplina, em 2004. Cita também que a Unifesp, a Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) de Botucatu, e a Escola de Medicina do ABC publicaram experiências no ensino de CP (100). Um estudo realizado em 2015 analisou a actual situação do ensino de bioética e CP nas escolas médicas existentes no Estado de Minas Gerais, Brasil. Foram estudadas 28 escolas médicas. Como problemas, foram identificadas questões como: desinteresse de

⁵ A Aliança Mundial de Cuidados Paliativos é uma rede de acção global focada exclusivamente no desenvolvimento de cuidados paliativos e hospice em todo mundo.

professores da área médica em introduzir a disciplina de Cuidados Paliativos na grade curricular; falta de evidência nas propostas pedagógicas e na implantação da disciplina sobre a temática do cuidado com paciente portador de doença terminal. Coloca que é possível que o motivo do desinteresse e da falta de evidência para inserir esta disciplina nos currículos das escolas médicas esteja ligado a certo temor desses profissionais de enfrentarem a dramática questão da terminalidade da vida humana. Os resultados mostraram que os professores, responsáveis pela elaboração dos currículos, não se preocupam com a disseminação do conhecimento nas áreas de bioética com ênfase em CP, com a formação de médicos que atendam às necessidades emergentes desta área da ciência e com a articulação entre ensino de bioética e CP. A análise documental realizada nas 28 escolas médicas estudadas com suas matrizes curriculares, mostrou que as mesmas possuíam a disciplina de Ética e/ou conteúdo correlato em outras disciplinas curriculares, com níveis e abordagens diversos. A disciplina Ética apareceu com nomes consagrados, como Deontologia Médica, Medicina Legal, Ética Médica, e outros inovadores, como Antropologia e Ética, Psicologia Médica e Ética, Filosofia e Ética, Ética e Espiritualidade, Ética e Humanismo, Ética do Início da Vida, Ética e Bioética, e neologismos, como Ontoética. Já a disciplina Bioética era oferecida por 13 escolas médicas, correspondendo a 46,5% das escolas pesquisadas, mas a carga horária era reduzida (na faixa de 20 a 40 horas), e o conteúdo era introduzido nos anos iniciais e intermediários de graduação. Apenas uma escola médica possuía disciplina de Cuidados Paliativos (101).

Outro estudo realizado em 2013, nesta única escola médica do Estado de Minas Gerais com ensino de CP (do estudo citado acima), a Faculdade de Medicina de Itajubá, sobre sua experiência neste ensino, existente desde 2010, evidenciou alguns cenários que dificultam a sensibilização dos alunos para a disciplina de CP. São eles: turmas grandes e pequena carga horária; o paradigma vigente, entre os alunos, de que são importantes apenas algumas especialidades médicas, aquelas que trazem mais dinheiro e/ou evidência ao profissional; o fascínio da tecnologia médica, e o demérito que se confere às acções que não envolvem sofisticação tecnológica; a crença vigente na sociedade actual de que a ciência é a resposta final, única e verdadeira para todas as questões do homem; a idade média dos alunos, em plena fase psicológica de luta por objectivos heróicos; o desejo, nem sempre consciente no aluno, de vencer a morte com a ideia subliminar de que a morte do doente é a derrota do médico e da medicina e os mecanismos de negação inconscientes que protegem o médico de pensar na sua própria finitude quando se aproxima da morte do outro (102).

Em Portugal, a existência ou não do ensino de CP nas IES já está melhor documentado, até porque devido ao menor número destas instituições é mais fácil conseguir essas informações. Segundo estudo realizado pelo Observatório Português dos CP, em 2018, das oito IES que leccionavam o curso de Medicina em Portugal, somente duas (25%) tinham os CP como unidade curricular específica de cuidados paliativos, sendo esta unidade curricular de carácter opcional em ambos os cursos que a leccionavam. Não obstante, importa referir que as outras duas IES que leccionavam o curso de Medicina incluíam os cuidados paliativos como parte integrante de outras unidades curriculares, com designação mais vasta, estas de carácter obrigatório(103).

Apesar desta realidade, a Ordem dos Médicos em Portugal tem a visão que: deve existir uma disciplina obrigatória de CP em todas as Escolas Médicas do país; deve realizar-se formação pós-graduada obrigatória de Medicina Paliativa, a implementar faseadamente e de acordo com existência de recursos credíveis para ministrar esta formação, nos internatos médicos de pelo menos as seguintes especialidades: Medicina Interna, Oncologia, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, de acordo com as recomendações para esta área (104).

No Brasil, outra forma de compartilhamento do saber sobre CP tem sido as “Ligas Académicas”. São entidades formadas por alunos de diferentes anos da graduação médica, que contam com a orientação e a supervisão de docentes e profissionais vinculados a uma instituição ou hospital de ensino, para a realização de actividades em determinada especialidade ou área médica. As acções dessas organizações abrangem diversos enfoques, como acções em saúde, ensino, pesquisa e extensão universitária, promovendo o conhecimento e a actuação dos académicos em áreas específicas não contempladas pelos currículos tradicionais. Dessa maneira, conduzem seus integrantes a novas práticas de saúde, integradas com outros profissionais e com maior contacto com a população (105). Representam assim, uma oportunidade a mais para o aprendizado dos estudantes, por meio de actividades extracurriculares variadas, tanto teóricas, como aulas, seminários, discussões de textos, apresentações de casos clínicos; como práticas, tais como atendimento a pacientes, desenvolvimento de projectos científicos e acompanhamento de cirurgias(105). As escolas médicas brasileiras assistem nos últimos anos a um fenómeno exagerado de proliferação dessas Ligas Académicas de Medicina (LAM) entre seus estudantes. Seja em faculdades tradicionais ou com cursos recém-iniciados, as LAM configuram-se como uma das possibilidades do currículo paralelo, constituindo parte do cotidiano dos alunos, desde o ingresso no curso médico (105). Segundo o sítio electrónico oficial da ANCP, consultado em

outubro de 2020, existem três LAM de CP no Estado do Espírito Santo, dez no Estado de Minas Gerais e catorze no Estado de São Paulo (106).

4.6 Desenvolvimento de um Currículo Básico em Cuidados Paliativos

Segundo o livro sobre CP publicado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a primeira etapa no desenvolvimento do currículo é a avaliação do grau de deficiência de conhecimento em Cuidados Paliativos no grupo-alvo. Essa avaliação é fundamental na organização e implementação do currículo, e visa principalmente à identificação de pontos de tensão ou de dificuldade para o aprendizado. Exemplos de pontos de dificuldades podem ser a incerteza de como manejar certos sintomas ou o medo em prescrever medicamentos opióides, por causa dos efeitos colaterais. O grau de conhecimento em Cuidados Paliativos pode ser avaliado por meio de um questionário, de entrevistas, ou reuniões com o grupo que receberá a instrução(97).

A segunda etapa é o estabelecimento dos objectivos de aprendizado. Esses objectivos educacionais constituem não só a base do currículo, como também a base do processo de avaliação de aprendizado. As três principais categorias de objectivos educacionais são: atitudes (exemplo, aluno vai descrever a sua resposta emocional associada a cuidar de um paciente terminal), o conhecimento (exemplo, o aluno vai saber a dosagem apropriada de morfina e oxicodona no tratamento da dor no câncer) e habilidades (exemplo, o aluno vai demonstrar correctamente como dar uma má notícia para o paciente e família)(97).

A terceira etapa é a escolha do método de ensino. O método de ensino deve se adequar aos objectivos educacionais, e o processo de ensino-aprendizagem deve ser activo, isto é, o aluno deve se envolver na procura da informação e no desenvolvimento de habilidades, ao invés de somente receber instruções ou informações(97).

Mudanças de atitude e ganho em conhecimento e habilidades em Cuidados Paliativos são atingidos por diferentes métodos, assim como podem ser avaliados por diferentes instrumentos. Mudança de atitude não se consegue apenas em sala de aula, pois envolve discussão dos sentimentos pessoais do aluno. Esse tipo de intervenção requer uma atmosfera educacional segura em que o aluno pode expor as suas reacções emocionais abertamente e não se sentir criticado. O educador deverá estar treinado em neutralizar ou reformular as respostas emocionais dos estudantes. Alguns exemplos de métodos usados

para estimular discussões sobre atitudes em Medicina Paliativa incluem discussão em grupos, psicodramas, fitas de vídeo e discussões de caso à beira do leito. A vivência prática é absolutamente necessária, seja no hospital, *Hospice* ou no domicílio, pois contextualiza a aprendizagem e sedimenta a nova atitude. Métodos educativos para adquirir conhecimento incluem aulas e conferências, apresentações audiovisuais, leitura individual e aprendizado baseado em resolução de situações clínicas (aprendizado baseado em problemas)(97). É importante lembrar que quaisquer que sejam os métodos de ensino-aprendizagem escolhidos, estes devem cobrir necessariamente os três objectivos educacionais: atitudes, conhecimento e habilidades(97).

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. O currículo deve privilegiar as competências inerentes de cada curso da área da saúde, porém temas como a Comunicação (verbal e não-verbal), a Interdisciplinaridade e a Bioética devem estar presentes e permear todo o curso (97,98).

Várias publicações propõem as competências necessárias para o ensino de Cuidados Paliativos. Todas propõem que cubram, além do conhecimento no manejo de fármacos, avaliação e controle da dor e de outros sintomas, habilidade em comunicação e a questão da terminalidade da vida e os aspectos éticos e legais associados a essa terminalidade (97,98,107). Além da aquisição dessas competências acima citadas, Calman (2005) discute a necessidade de também adquirir capacitação em resolver problemas, pensar criticamente, trabalhar em equipa e ter a disposição de se manter em educação continuada (97,108).

A EAPC propôs competências consideradas relevantes para a prestação de prática clínica de alta qualidade e que oferecem uma base para apresentar o que é essencial para uma firme educação em CP. São voltadas para todos os grupos profissionais que estarão envolvidos nesta prática (17), a saber:

- 1 - "Aplicar os constituintes centrais dos CP no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias";
- 2 - "Aumentar o conforto físico durante as trajectórias de doença dos doentes";
- 3 - "Atender às necessidades psicológicas dos doentes";
- 4 - "Atender às necessidades sociais dos doentes";
- 5 - "Atender às necessidades espirituais dos doentes";

6 - “Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objectivos do cuidar a curto, médio e longo prazo”;

7 - “Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em CP”;

8 - “Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os CP são oferecidos”;

9 - “Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos CP”;

10 - “Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional”(17).

A EAPC também recomenda seis domínios obrigatórios para a formação do médico em CP (17), conforme a seguir:

1 - Filosofia e princípios básicos em CP;

2 - Dor e gestão de sintomas;

3 - Aspectos psicossociais e espirituais;

4 - Assuntos éticos e legais;

5 - Comunicação;

6 - Trabalho em equipa e auto-reflexão (17,103,109).

A EAPC recomenda ainda um total de 40 horas alocadas nos diferentes anos da graduação em Medicina para que se atinja os objectivos 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 (17,100,109). Os tópicos de ensino em CP podem ser abordados por meio de diversas metodologias de ensino e aprendizagem. Segundo as recomendações da EAPC, em concordância com as recomendações do livro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 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 contacto com unidades de internação e encontros com pacientes e seus familiares; devem ser aplicadas técnicas activas 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 (100,109).

Ainda, a formação deve ter sempre uma componente interdisciplinar e abordar a natureza do trabalho de todos os outros profissionais da equipa base (médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo) (109). Para além disso, deve procurar agrupar-se os elementos que irão trabalhar juntos na mesma unidade de saúde ou área geográfica, para que criem laços e aprendam a trabalhar em conjunto, de forma interdisciplinar (20).

A OMS separou os níveis de especialização em CP que devem existir de acordo com as responsabilidades dos profissionais de saúde, a saber:

- 1 - Treinamento básico: deve ser integrado como um elemento de rotina à educação de todos os profissionais de saúde como uma forma de integrar métodos e procedimentos de CP em contextos de cuidados gerais.
- 2 - Treinamento intermediário: deve ser oferecido à todos os profissionais de saúde que rotineiramente trabalham com doenças potencialmente fatais, como os que trabalham com oncologia, doenças infecciosas, pediatria, geriatria e medicina interna.
- 3 - Treinamento especializado em CP: deve preparar profissionais de saúde que irão lidar com necessidades e gerenciamento de sintomas mais complexos dos doentes (21,89).

Seguindo a tendência internacional, a EAPC (Associação Europeia de Cuidados Paliativos), também advoga uma estrutura de três fases para os CP segundo o qual todos os profissionais de saúde adquirem educação sobre os princípios e as práticas dos CP dentro da sua formação inicial e aqueles cujo trabalho é focado na prestação de CP, passam para o nível mais especializado de conhecimento (17). Estes três níveis são denominados: Abordagem de Cuidados Paliativos; Cuidados paliativos gerais e Cuidados paliativos especializados. Alguns países adoptaram estes níveis e os adaptaram às suas realidade(17).

Em Portugal, A CNCP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos) adaptou as recomendações da OMS e da EAPC e definiu três níveis de formação em função da frequência e intensidade do contacto de cada profissional com doentes com necessidade de CP (20), a saber:

- Formação Básica-Nível A: Programas/Actividades de formação com duração entre 18 e 45 horas. Pode ser leccionada através da formação pré-graduada ou através do

desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: alunos e profissionais de saúde em geral;

- Formação Pós-Graduada-Nível B: Actividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, leccionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: profissionais envolvidos com mais frequência em situações com necessidades paliativas (Oncologia, Medicina Interna, Pediatria, Medicina Geral e Familiar), mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho;

- Formação Pós-graduada Nível C: Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Leccionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional. Destinatários: profissionais que exerçam funções em serviços cuja actividade principal é a prestação de CP, cuidando de doentes com necessidades complexas (20).

No Brasil, a ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos), também seguindo recomendações da OMS, da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos e da IAHP, propõe que cada gestor na sua esfera de responsabilidade estruture os Cuidados Paliativos em níveis crescentes de complexidade (19), conforme a seguir:

- 1º Nível- Abordagem de CP: Uma forma de integrar métodos e procedimentos de CP em ambientes não especializados. Realizado através do estabelecimento de políticas institucionais e fluxos de atendimento que incorporem técnicas de CP à rotina do cuidado em todos os níveis de atenção. Compreendem protocolos de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas físicos como dor, náuseas, *delirium* ou dispneia, directrizes e documentos de boas práticas para o uso da sedação paliativa e o manejo de cuidados durante o processo activo de morte, estabelecimento de fluxos e treinamento de profissionais para realização das DAV e estabelecimento de fluxos para o fornecimento de Declaração de Óbito para doentes que falecerem sob cuidados de fim de vida em domicílio. Pode ser ensinada através da aprendizagem de graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Para a abordagem de CP, um treinamento básico, de 20 a 40 horas, conforme a recomendação da OMS é suficiente (19).

- 2º Nível- Cuidado Paliativo Geral: compreende os conhecimentos, habilidades e competências de nível intermediário em CP realizados por profissionais de saúde que tratam de doentes com doenças que ameaçam a vida. Pode ser realizado por profissionais da atenção básica, por profissionais de programas de atenção domiciliar, pediatras,

oncologistas, intensivistas, geriatras, cardiologistas, nefrologistas, entre outros. São oferecidos por profissionais que não tem os CP como foco principal do seu trabalho, mas sim utilizam conhecimentos, habilidades e competências de CP integrada à sua prática profissional. São competências mais complexas que o básico, mas não tão complexas quanto o especializado. Conforme recomendação da OMS, requerem treinamento de 60 a 80 horas. Dependendo da disciplina, podem ser ensinados no nível de graduação ou pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo (19).

- 3º Nível- Equipes de Cuidados Paliativos Especializados: São equipas cuja principal actividade é a prestação, educação e desenvolvimento de CP. Em geral cuidam de doentes com necessidades complexas e difíceis e, portanto, exigem um maior nível educacional, equipe e outros recursos. Tem um papel assistencial de apoiar e de capacitar outros profissionais, de desenvolvimento e implantação de projectos, de desenvolvimento de novos conhecimentos e, acima de tudo, de mudança da cultura de CP no Sistema de Saúde. Conhecimentos, habilidades e competências especializadas são adquiridos através de cursos de pós-graduação *latu sensu* ou em aprendizado em regime de residência de CP (19). Também segundo a OMS, CP Especializado requer o mínimo de 3 a 6 meses de treinamento, podendo em alguns casos, ser necessário ainda mais tempo.(19) A ANCP ainda subdivide este 3º nível de CP Especializados em graus I, II e III de acordo com a composição da equipe, o nível I é composto de equipa mínima (médico e enfermeira) e os II e III de equipas completas sendo que no nível III ao menos um médico da Equipa deve possuir título de Área de Actuação em CP e um não médico com curso de aperfeiçoamento (19).

A ANCP considera que a inserção dos CP nos cursos de graduação pode acontecer no formato de disciplina específica, em curto prazo e por meio de um ensino longitudinal ou em longo prazo, quando poderá ser discutido durante o percurso da graduação, em várias disciplinas ou módulos curriculares, dentro do contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira (19). É amplamente reconhecido que os CP são aplicáveis numa diversidade de contextos de saúde, desde cuidados terciários em hospitais aos cuidados primários (17). Todos os profissionais de saúde devem ser capazes de fornecer CP adequados e, portanto precisam ser treinados para oferecer o mais elevado padrão de cuidados (17). Segundo a ANCP, para que CP seja oferecido com qualidade a todos que necessitam, precisaria ser ensinado de forma sistemática nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde (19).

O actual Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal – Biénio 2019-2020 – reforça a necessidade e a importância de uma formação adequada em CP, nomeadamente: a) Desenvolver centros de excelência ou de elevada diferenciação de CP; b) Fomentar a formação básica e, se possível, incrementá-la ao nível pré-graduado, promovendo a inclusão de conteúdos nos planos curriculares de todas as escolas de Medicina (110).

Assim, é consenso entre as entidades citadas acima (OMS, EAPC, CNCP e ANCP) que a inclusão do ensino de CP deve ser feita nos currículos das graduações médicas de todas as escolas que fornecem esta educação em carácter obrigatório e a carga horária deste ensino deve variar entre 18 e 45 horas. Diante das informações mencionadas até então, este trabalho pretende chamar a atenção para a importância, já bem fundamentada, da inserção de CP na grade curricular da graduação médica e como consequência disto, venha incluído o ensino sobre as DAV inserido em módulos sobre comunicação em CP.

Isso porque, quando se fala da afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo natural, estabelece-se uma profunda relação entre os CP e as DAV, pois, em ambos os casos, é de fundamental importância que haja primeiramente, o reconhecimento da finitude da vida. Ambos os institutos se completam e são empregados no mesmo momento da vida de uma pessoa, ou seja, em sua fase final. Porém, os momentos de planeamento da prática paliativista e das DAV podem ser distintos (65). O primeiro é planeado quando se está diante de doença ameaçadora da vida e o segundo pode ser planeado neste momento ou quando a pessoa encontra-se sã. Condição para ambos os momentos é que esta pessoa tenha capacidade para tomar decisões conscientes. Diante disto, podemos aferir que a relação maior existente entre as DAV e os CP é que o emprego desses cuidados, podem ser perfeitamente delineados no corpo da diretiva, e comumente isto é feito (65).

4.7 Habilidades de Comunicação em Cuidados Paliativos

Os CP também são considerados uma maneira de educação da morte para os doentes, familiares e profissionais da saúde, uma vez que propicia, a partir do convívio constante com perdas e a proximidade da morte a possibilidade de aprendizado, reflexões e

desenvolvimento pessoal. Entende-se que uma das principais tarefas dos profissionais actuantes nessa área é informação e esclarecimento (10).

Em CP, é muito importante a colecta do consentimento, mediante um processo de informação pautado em uma boa comunicação entre o médico, o doente e seus familiares. Esse processo de informação deve abranger dados relacionados a evolução da doença, ao prognóstico e aos meios disponíveis para o alívio da dor e sofrimento (65). A informação sobre os CP, a demonstração dos seus benefícios e a desmistificação da ideia de que consiste em prática de eutanásia, é importantíssimo para evitar situações conflituantes entre a proposta médica e os objectivos do paciente e familiares (65).

Dentro do contexto ético dos CP, as acções propostas devem se sobressair em relação as que pretendem a cura impossível. Existe, de maneira igualitária, o compromisso com o objectivo de permitir que o paciente decida sobre os tratamentos que deseja ou não realizar. Baseado no princípio da autonomia, se assim o desejar, o doente tem o direito de ter o conhecimento total acerca das suas condições e possíveis intercorrências na evolução da sua doença, o que favorece o atendimento às suas vontades em relação às alternativas terapêuticas ofertadas pela equipe multiprofissional (10,83). A partir dessas informações o doente tem condições em realizar as DAV e assim poder sentir-se mais seguro de que sua vontade será cumprida até ao final.

Hennezel (2001) conceituou a morte roubada ao doente, na qual evidencia as situações em que este não consegue exercer a sua vontade, e não possui a chance de se autogovernar e ter participação activa no seu processo de adoecimento. Para que esta "morte roubada" não ocorra, é essencial que o diálogo entre equipa, doente e família seja constante e as informações ditas pelo médico sejam de linguagem clara e acessível sem ocultar a verdade para que assim as escolhas possam ser feitas (10,111).

Qualquer encontro clínico pressupõe comunicação. Etimologicamente falando, a palavra comunicar tem origem no latim "*communicare*" e significa "por em comum". Para nós humanos a comunicação é o meio pelo qual nos descobrimos, criamos relações, estabelecemos vínculos, contacto e ligações com as demais pessoas (112). Comunicar é participar ou transmitir a outra pessoa algo de que se tem, nomeadamente informação, sentimentos, pensamentos ou ideias (42).

Todo processo de comunicação é constituído por duas dimensões, a verbal e a não-verbal. Antes mesmo de surgir a escrita e a padronização da linguagem verbal, o homem utilizava-

se da linguagem não-verbal como uma importante ferramenta para sua comunicação. Este tipo de linguagem que é inerente ao homem, nos possibilita entender e perceber o que as palavras por vezes não conseguem ou mesmo, não desejam expressar (112). Já a comunicação verbal é aquela que ocorre por meio de palavras, com o objectivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo. Porém, ela é insuficiente para caracterizar a complexa interacção que ocorre no relacionamento humano. É necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, para que seja possível perceber e compreender não só o que significam as palavras, mas também os sentimentos implícitos na mensagem (83).

Uma vez que se relacionar é estar com o outro e fazer uso de habilidades de comunicação verbal e não- verbal para emitir e receber mensagens, a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado (83). É uma medida terapêutica que permite acesso ao princípio da autonomia do paciente, ao consentimento informado e à confiança mútua. O desenvolvimento assertivo das habilidades em comunicação impacta em numerosos resultados incluindo qualidade de vida dos pacientes e familiares, satisfação, confiança nos médicos e uso correto da medicação (15).

Actualmente, a necessidade de informação ao doente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, que em Portugal está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de agosto de 1990)(15,113) e no Brasil está assegurado no Código de Ética Médica (12). Os doentes têm direito ao consentimento livre e esclarecido, fundamental antes de qualquer intervenção para assegurar a capacidade e a autonomia de decidirem sobre si próprios (15,114). Baseado nisso, os doentes também têm direito a saber da possibilidade em efectuarem as DAV, se já não a possuírem, e de serem orientados em como fazê-lo, se assim o desejarem. Para instituir essa estratégia é imprescindível que o profissional de saúde possua habilidades em comunicação e para que esta comunicação seja eficaz, é necessário tempo, compromisso e desejo sincero de escutar e compreender as preocupações do outro. Trata-se de “prover resposta” quando não existem respostas e, em grande parte, de “simplesmente” estar com o sujeito e ser uma presença empática com ele na sua dor (10,93).

Independentemente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais de saúde têm como base de seu trabalho as relações humanas e, por isso, precisam aprimorar suas habilidades de comunicação. É evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados

pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. Elas são entendidas como tecnologias da interacção, da escuta, do olhar – consideram o acolhimento e produzem autonomia (115,116).

Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros especialistas que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento e, principalmente, com aqueles que vivenciam a terminalidade necessitam saber não apenas o quê, mas quando e como falar. Precisam saber até mesmo quando calar, substituindo a frase por um toque afectivo ou como potencializar o efeito de um ansiolítico com um bom par de ouvidos, estando mais próximos e acessíveis às reais necessidades dos pacientes (83). O quadro abaixo mostra as metas para a comunicação ao final da vida segundo o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (83).

Quadro 2 - Metas para a comunicação ao final da vida

- Conhecer problemas, anseios, temores e expectativas do paciente
- Facilitar o alívio de sintomas de modo eficaz e melhorar sua auto-estima
- Oferecer informações verdadeiras, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades do paciente
- Identificar o que pode aumentar seu bem-estar
- Conhecer seus valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio
- Respeitar/reforçar a autonomia
- Tornar mais directa e interactiva a relação entre profissional da saúde e paciente
- Melhorar as relações com os entes queridos
- Detectar necessidades da família
- Dar tempo e oferecer oportunidades para a resolução de assuntos pendentes (despedidas, agradecimentos, reconciliações)

Fonte: Manual ANCP 2012

A boa comunicação faz parte do conjunto de valores filosóficos e é a nona competência da lista proposta pela EAPC, já citada anteriormente, considerada necessária para uma prática clínica de boa qualidade (17).

O Currículo de Treinamento especializado para CP proposto pelo *Joint Royal Colleges of Physicians Training Board* (Inglaterra), traz a comunicação como uma das competências a ser desenvolvida sendo necessário desenvolver a capacidade de priorizar a agenda do paciente (suas crenças, preocupações, expectativas e necessidades), e a habilidade de incentivar os doentes a expressar suas preferências e escolhas pessoais sobre seus cuidados (117).

Em Portugal, a CNCP recomenda a integração de métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas como estratégias de comunicação e outros), no acompanhamento dos doentes e famílias em todas as estruturas não especializadas em CP para uma adequada abordagem paliativa. É considerado uma competência fundamental na resolução de problemas ou necessidades inerentes às pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade e diagnóstico. Deve ser transversal a todos os profissionais de saúde, englobando desde acções paliativas até intervenções que requerem uma resposta mais estruturada, específica e organizada, sem contudo ser objecto de necessidade de cuidados especializados (20). Ou seja, espera-se que exista o ensino de CP e o desenvolvimento de estratégias de comunicação mesmo para profissionais que não serão especialistas desta área.

No Brasil, segundo a ANCP, estratégias e habilidades para comunicação honesta e empática sobre diagnóstico, prognóstico e objectivos do cuidado, está no grupo de competências consideradas necessárias para o CP geral junto a avaliação e manejo da dor e sintomas físicos, do conhecimento de farmacologia e clínica e dos cuidados e manejo de sintomas psíquicos. São oferecidos por profissionais que não tem os cuidados paliativos como foco principal do seu trabalho, mas sim utilizam conhecimentos, habilidades e competências de CP integrada á sua prática profissional (19).

5 OBSTÁCULOS À PROPAGAÇÃO DAS DAV

Não obstante o avanço no direito á autodeterminação do indivíduo, autores como Brown (5) afirmam que não mais de 25% da população norte-americana possuem *Living Will*. Foram apontadas como causas para tanto a falta de interacção entre médico e doente, a impossibilidade de se predizer o que o doente irá desejar diante de um diagnóstico fatal, a dificuldade de os indivíduos transferirem seus desejos para um documento, a utilização de termos genéricos e o custo na realização do documento, entre outras (5,118).

Embora o *Patient Self-Determination Act* que tinha como objectivos aumentar a autonomia do doente encorajando-os a formular as DAV e promovendo discussões entre médico e doente sobre temas de fim de vida, ter sido promulgado em 1990, parece haver falhado em ambos objectivos (57,119). Estudos mostram que enquanto doentes querem discutir sobre as DAV e outros temas de fim de vida com seus médicos, estes permanecem relutantes para iniciar tais conversas (14) e muitos médicos têm a errónea impressão sobre o contexto mais apropriado para estas discussões (119).

Apesar da preocupação pública, iniciativas legislativas e encorajamento de organizações médicas, vários estudos revelaram que médicos ainda falham em discutir as preferências para o tratamento médico no fim de vida com seus doentes (119). Dentre os obstáculos encontrados para uma comunicação efectiva, tem-se a diversidade na formação dos profissionais, a tendência da comunicação ocorrer mais intensamente em apenas uma categoria profissional e a hierarquia, que é mais voltada aos médicos que ocupam a posição de autoridade dentro do modelo hospitalocêntrico (10). Médicos e residentes também citam outras barreiras incluindo desconforto pessoal no confronto com a mortalidade, medo em prejudicar a relação médico-paciente, tempo limitado para estabelecer confiança e dificuldade para gerenciar dinâmicas familiares complexas (120).

Pouca comunicação sobre o fim de vida ainda é muito comum e foi mostrado estar associado com maus resultados nos cuidados aos pacientes, incluindo dor inadequada, entrega de cuidado não solicitado e conflitos entre médicos e procuradores ou familiares sobre as decisões que precisam ser tomadas (121,122). Discussões sobre fim de vida são difíceis, consomem muito tempo para os provedores da conversa e é um tópico desconfortável para o doente iniciar a discussão a não ser que seja solicitado (92). Uma pesquisa demonstrou que esta discussão é facilitada quando feita por um profissional de

confiança para o doente, sendo este geralmente o médico em cuidados primários (123). Apesar disso, geralmente a equipe de médicos internos (recém-formados) de um hospital é que fica a cargo do cuidado de doentes em fim de vida e são frequentemente responsáveis pela difícil tarefa de descobrir as preferências de tratamento que têm os mesmos. Estudos revelam que muitos sentem-se despreparados para realizar tal tarefa (93,94). Tulsy et al. (1998) mostrou que os residentes frequentemente falham em incluir vários componentes nas discussões de fim de vida que são recomendados como: foco em valores e objectivos positivos, inquirir sobre possíveis procuradores de saúde, informar sobre diferentes terapias e elucidar sobre diferentes preferências de tratamento em variados cenários (124,125).

Estudo realizado no Canadá em 2013 (126), percebeu que apesar dos benefícios relacionados com a realização das DAV (melhor qualidade de vida durante a fase terminal, melhores resultados para os cuidadores familiares e menor uso de recursos intensivos no caminho ao fim de vida), uma baixa percentagem da população em geral realizou as DAV, discutiu planos de fim de vida com um profissional de saúde ou formalmente documentou um provedor para substituí-lo nas decisões de fim de vida no caso de necessidade. Ainda neste estudo, chamado de *Advance Care Planning Evaluation in Elderly Patients* (ACCEPT), foi demonstrado deficiência na frequência e conteúdo da comunicação entre os médicos e doentes/familiares e uma preocupante discrepância de concordância entre as preferências dos doentes referentes às terapias de manutenção de vida e as ordens médicas. Algumas das barreiras citadas para a realização das DAV foram a resistência dos doentes em discutir este assunto por não acharem que é o momento ideal ou por não pensarem sobre o assunto relacionado a morte, o que reforça a necessidade aos médicos de estarem prontos para participar e adaptar sua abordagem a pessoa a quem se destina a conversa. Outra barreira foi a dificuldade de acesso ao médico sendo que outros profissionais de saúde (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, cuidadores espirituais), tanto quanto médicos, podem participar de interações sobre DAV, mas como as pessoas percebem os diferentes papéis dos profissionais e como isso impacta a interação, ainda não foi totalmente estabelecido. E a terceira barreira citada foi a relutância dos médicos em iniciar a conversa, enquanto doentes e familiares têm o desejo que o mesmo inicie a conversa. Uma das explicações, segundo o estudo para esta relutância, é relacionada com a preocupação de que os doentes possam perder a esperança se for dada uma visão não favorável do seu futuro quadro de saúde (126).

Outro estudo realizado por Tulsky et al. em 1998 (125), observou 56 discussões sobre DAV entre médicos experientes e seus doentes. Em geral, estas conversas foram curtas, com os médicos falando dois terços do tempo e estes tipicamente usaram cenários extremos provocando pouca variação de preferências. Discussões sobre incerteza foram vagas e médicos geralmente descreveram tratamentos, mas raramente com detalhes. Embora os valores do doente tenham surgido com frequência nestas discussões, médicos não foram capazes de provocá-los ou explorá-los. Finalmente, decisões sobre o procurador de saúde e documentos necessários para o planejamento das DAV foram frequentemente mencionados. Segundo os autores, a maioria das discussões observadas neste estudo, “não teriam ajudado um médico lutando com decisões sobre tratamento para uma paciente afásica de 80 anos com falência congestiva do coração e sepse”. O que os levou aos seguintes questionamentos: planejamento adiantado para situações com alto nível de incerteza é extraordinariamente difícil, e nossa expectativa pode ser não realista. Podem pacientes verdadeiramente serem informados de potenciais cenários e tratamentos que podem algum dia confrontá-los? Se os pacientes nunca experimentaram nenhum destes tratamentos, quão perto podem declarar preferências aproximadas de seus verdadeiros sentimentos? Os pacientes são mais interessados em definir um substituto para escolher por eles ou em desenvolver uma relação de confiança com seu médico, o qual eles podem contar para fazer a decisão mais apropriada? Segundo Tulsky et al. podemos ser melhor servidos ao aprender mais sobre a vida e os valores dos pacientes do que ao engajar em hipotéticas conversações sobre eventos futuros (125).

Estudos mais recentes demonstraram que preferências declaradas para tratamentos mantenedores da vida, DAV e aumento de discussões entre médicos e pacientes têm tido pouco efeito no cuidado ao fim de vida (127). Barreiras institucionais, a cultura da medicina ou as atitudes dos doentes, podem todos inibir este efeito. Entretanto, outra possibilidade é que as discussões não têm a qualidade necessária para melhorar as habilidades dos médicos, doentes e familiares na tomada de decisões em casos difíceis (95). Os achados do estudo de Tulsky et al (1998), corroboram esta última hipótese, solicitações para aumentar o número de discussões com pacientes ambulatoriais sobre DAV não vai melhorar o cuidado ao paciente a não ser que aprendamos como melhorar a comunicação e ensinar aos praticantes estas habilidades (125).

Todos esses argumentos reforçam a importância em ensinar habilidades de comunicação para médicos não graduados, graduados e demais profissionais de saúde, ou seja, a falta de habilidade do médico em comunicar com seus doentes constitui um importante obstáculo à propagação das DAV.

6 ENSINO MÉDICO

São vários os factores que contribuem para essa necessidade de actualização de conhecimentos e mesmo do conteúdo do ensino e das formas de ensinar. O conhecimento médico faz-se de rupturas - o que hoje é uma verdade inquestionável passa a ser uma questão discutível ou mesmo ultrapassada num espaço de tempo relativamente curto; ou do aparecimento de novas ou modificação das realidades: o aparecimento da SIDA; de outras doenças infecciosas emergentes como a recente doença causada pelo COVID-19; da medicina do transplantado e dos progressos notáveis e sequenciais em oncologia, entre outros exemplos (128).

Outras condicionantes da constante necessidade de modificação e actualização do ensino médico são: o avanço do conhecimento científico que conduzem a uma cada vez mais rápida desactualização dos conhecimentos médicos e a uma crescente subespecialização da medicina; as novas tecnologias de informação e imagem adaptadas à medicina bem como a medicina nuclear; maior número de doenças crónicas e degenerativas, coexistência num mesmo indivíduo de patologias múltiplas, preponderância do tratamento em ambulatório e dos cuidados primários sobre os cuidados hospitalares, estadia de doentes nos hospitais por períodos cada vez mais curtos e por situações cada vez mais graves; baixa natalidade e envelhecimento progressivo das populações; as questões ambientais e alimentares com repercussão na saúde humana; as relações custo-benefício dos exames complementares e das opções terapêuticas; as transformações sociais e os novos conceitos de vida e cidadania, que inclui o reconhecimento do direito à saúde mas também à reorganização dos sistemas de saúde para fazer face ao crescimento exponencial de custos (128).

Um importante estudo publicado na *Lancet* em 2010 sobre educação voltada aos profissionais de saúde para o século XXI, evidenciou que grandes lacunas e desigualdades persistem dentro dos países e entre os mesmos, e chama a atenção para a incapacidade colectiva em partilhar os grandes avanços tecnológicos em saúde equitativamente (87). Os sistemas de saúde mundiais têm lutado para se manterem, a medida que se tornam mais complexos e onerosos, o que acarreta em demandas adicionais aos profissionais de saúde. Segundo o estudo, a educação destes profissionais não tem conseguido responder a estes desafios (87). Detectaram problemas sistemáticos:

- Incompatibilidade de competências às necessidades do doente e da população;

- Pobre trabalho em equipa;
- Estreito foco técnico, sem um entendimento do contexto mais amplo;
- Encontros episódicos ao invés do cuidado contínuo;
- Predominante orientação hospitalar às custas do cuidado primário;
- Desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional;
- Fraca liderança para melhorar a performance do sistema de saúde (87).

O estudo reforça que é imperativo alinhar as competências profissionais a este contexto de mudança da nossa sociedade. Sintetizando, a população gera a demanda ao sistema de saúde que por sua vez gera a demanda ao sistema de educação em saúde (87).

Será porém indispensável que a adaptação do sistema de saúde às novas realidades seja acompanhada também por ajustamentos indispensáveis nas condições funcionais e recursos, há muito requeridos pelas instituições de ensino médico. Esta realidade fundamenta-se no axioma de que a melhoria da assistência médica é o resultado de uma melhor educação médica, em que as qualificações, as capacidades evolutivas e de adaptação, e o desenvolvimento humanístico do futuro médico assumem grande importância para as exigências ou solicitações da sociedade que se antevê (129).

Segundo João Martins e Silva escreveu em seu livro intitulado “Um Projecto em Educação Médica”: “Na realidade, a formação médica e a saúde são parte indissociáveis de um conjunto que se requer harmonioso, actualizado e eficaz. Ontem como hoje e, eventualmente também, no futuro, cada médico licenciado pelas Faculdades de Medicina deverá obter competência técnica e, sobretudo, o “comportamento” próprio que, desde Hipócrates, se exige de todo o clínico. O comportamento transcende a competência técnica para incluir também as qualidades humanas requeridas (e que deverão ser cultivadas durante o curso) para se entender o significado e actuar em conformidade no âmbito do sofrimento, compassividade, solidariedade, desempenho desinteressado, respeito pela pessoa e pelas suas crenças e origens, e com a responsabilidade interiorizada dos seus actos” (129).

6.1 Ensino Médico no Brasil

Na área da saúde, o tema da competência profissional tem ocupado um espaço cada vez mais expressivo e relevante, haja vista a crescente demanda da sociedade por uma maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais, além dos desdobramentos desencadeados pelo processo de globalização, que passa a requerer padrões universalizados (130). No Brasil, novas exigências na formação profissional em saúde estão reflectidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em várias carreiras, inclusive na Medicina, e propõem um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas (130). As diretrizes curriculares são orientações gerais que devem ser seguidas pelas instituições de Ensino Superior na elaboração e implementação de seus projectos pedagógicos, direccionando o processo educacional (115).

A graduação em Medicina, um dos cursos que mais forma profissionais a cada ano no Brasil (131), tem duração média de seis anos e é, tradicionalmente, dividida em três fases (ou ciclos): básico, clínico e o internato (132). Antes das mudanças curriculares, no ciclo básico, o estudante cursava disciplinas teóricas elementares para a formação médica, como microbiologia, parasitologia, imunologia, genética, fisiologia, anatomia, neuroanatomia, histologia e farmacologia. A fase clínica, por sua vez, permitia ao aluno ampliar seu arcabouço teórico-técnico com um pequeno número de matérias práticas e incluía disciplinas como semiologia, pediatria, ginecologia, clínica médica e demais especialidades. Era no internato, então, que o académico se via integralmente inserido no ambiente de prática, momento oportuno do curso para aplicar todos os conceitos aprendidos. Esse modelo de formação perdurou muitos anos e foi amplamente questionado nas últimas décadas, resultando, assim, em grandes transformações curriculares (132,133).

Neste sentido, a aprovação das DCNs dos cursos da área da saúde em geral, e especificamente do curso de graduação em Medicina, pode ser considerada resultado de importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais que propõem inovações na formação desses profissionais de saúde. As DCNs também vieram ao encontro das necessidades do SUS, estruturado a partir de uma ampla rede de atenção básica relacionada aos serviços de outros graus de complexidade (115).

No século XIX, foi publicado o Relatório Flexner, que conduziu por muitos anos o modelo de ensino e assistencialismo no País, voltado ao atendimento hospitalocêntrico, sob fortes bases biomédicas. Tal paradigma instaurou um método reducionista de educação e possibilitou o desenvolvimento de escolas médicas que condicionavam o aluno a um olhar exclusivamente anatomoclínico de seus doentes. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa conformação profissional tornou-se inconsistente, uma vez que não era capaz de atender às demandas da população atendida pelo SUS (132). No âmbito deste sistema, persegue-se a transformação dos modos de cuidar da saúde em busca da integralidade, que possibilite compreender o ser humano em todas as suas dimensões; que possibilite o desenvolvimento da dimensão cuidadora na formação de todos os profissionais e que possibilite a operacionalização do conceito ampliado de saúde. Esses são valores e atributos fundamentais para o trabalho dos profissionais de saúde tanto nos serviços públicos, como nos privados, e em todas as esferas de organização da atenção à saúde (130).

Posteriormente, com o aumento das críticas ao modelo de educação médica até então vivenciado no País, foram criadas em 2001 as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (134), documento que deveria guiar, a partir de então, a composição curricular das escolas médicas. Essas diretrizes propunham habilidades comuns a todos os cursos da área de saúde e habilidades específicas para a graduação em Medicina, representando uma revolução no ensino em saúde. Apesar disso, as DCN de 2001 deixavam a desejar quanto às transformações ocorridas paralelamente no SUS, porque, ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária a uma visão integral no cuidado do paciente, era possível perceber a formação de médicos pouco habilitados na prática clínica e pouco envolvidos com a visão histórico-social e humanística dos seus pacientes (132,133).

Assim, em 2014 foram publicadas as novas DCN para o curso de Medicina com uma série de recomendações às quais as instituições superiores deveriam se adequar. Nele, aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos de curso. As directivas propostas nesse documento enfatizam a preocupação em formar médicos generalistas efectivos na abordagem ao paciente da atenção básica e da urgência/emergência e que sejam resolutivos na promoção e redução dos riscos em saúde. Em outras palavras, o documento prevê a formação de um profissional com habilidades gerais, crítico, reflexivo e ético, pronto para actuar em todos os níveis de atenção em saúde e que seja capaz de praticar acções de promoção, prevenção e

reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade (130,132).

A base conceitual das novas DCNs Medicina apoia-se em um conjunto de referências que inclui:

1 - Constituição Federal de 1988, quando define, em seu artigo nº 196 (o qual resultou a criação do SUS):

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às acções e serviços para sua promoção, protecção e recuperação”(130).

2 - Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990, e as alterações introduzidas pelas leis de números 9.836/1999, 10.424/2002, 11.108/2005, 12.401/2011 e 12.864/2013 que dispõe sobre as condições para a promoção, protecção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (130).

3 - Lei n.º 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, também conhecida como Lei de Directrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que apresenta a perspectiva de organização de trajectórias de formação com fundamento em directrizes gerais e, não, em currículos mínimos, representando o passo definitivo para a flexibilização curricular e para a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar (130).

4 - Parecer CES/CNE nº 1.133/2001 e Resolução CNE/CES nº 4/2001, que tratam das Directrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, oferecendo, definitiva e objectivamente, as bases da transformação do ensino médico no Brasil, mediante a construção de currículos capazes de propiciar, ao estudante, o desenvolvimento da postura autónoma, diante da própria formação. Para tanto, as DCNs Medicina preconizam a aquisição, durante a graduação, de competências e habilidades gerais que se referem à tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente e, além disso, incentivam modelos de ensino médico pautados na integralidade do cuidado, nos quais os estudantes devem estar envolvidos, desde os primeiros períodos, em actividades curriculares ligadas à promoção, à prevenção, à reabilitação e à recuperação da saúde (130).

5 - Lei n.º 12.871, de 22 de Outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos, na área médica, para o Sistema Único de Saúde (SUS) (130).

6 - Documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial, no que se refere ao esforço e ao compromisso das nações, discutindo políticas públicas em saúde para acelerar o progresso no sentido de atingir os objectivos do milénio, promover a cobertura universal em saúde e identificar as prioridades no desenvolvimento em saúde (130).

7 - Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde, em particular a Lei n.º 12.842, de 10 de Julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, definem a saúde do ser humano e das colectividades humanas como objecto da actuação do médico, descreve as actividades privativas deste profissional e estabelece que a denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina, com jurisdição na respectiva unidade da Federação (130).

A concepção de Projectos Pedagógicos de Cursos (PPC), em conformidade às DCNs Medicina deve atender aos seguintes critérios:

- a) Carga horária mínima de 7200 h (sete mil e duzentas horas) e limite mínimo de 6 (seis) anos para integralização;
- b) Currículo que propicie sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- c) Percurso de formação do médico que incluía práticas de estudo independente, visando à progressiva autonomia intelectual e profissional;
- d) O percurso de formação do médico deverá fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e colectiva, assim como os estágios e a participação em actividades de extensão;
- e) O PPC Medicina deverá incluir mecanismos de validação de conhecimentos, habilidades e competências adquiridos fora do ambiente escolar, inclusive as que se referem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;

f) O PPC Medicina deverá garantir a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objectivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, descrevendo as competências que concorrem para a composição do perfil profissional ajustado aos referenciais nacionais e internacionais de qualidade;

g) O processo de verificação do rendimento escolar tem o propósito de investigar as competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência estas DCNs e deverá incluir avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das actividades do processo ensino-aprendizagem (130).

Os objectivos da formação médica no contexto das DCNs estão centrados em três grandes áreas:

I - Atenção Integral à Saúde: As capacidades de atenção à saúde conformam uma área do perfil de competência médica orientada à defesa do(a):

- a) Acesso universal e equidade em saúde;
- b) Integralidade e humanização do cuidado;
- c) Qualidade e segurança;
- d) Preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida;
- e) Ética profissional;
- f) Promoção da saúde;
- g) Cuidado centrado na pessoa sob cuidado (130).

II - Gestão em saúde: As capacidades de gestão conformam uma área do perfil de competência médica, voltadas à (ao):

- a) Gestão do cuidado;
- b) Valorização da vida;
- c) Tomada de decisões;

d) Comunicação;

e) Liderança (130).

III - Educação em saúde e educação continuada: as capacidades em educação conformam uma área do perfil de competência médica, que promove a autonomia e a independência intelectual, com responsabilidade social:

a) Aprender e aprender;

b) Aprendizagem interprofissional;

c) Aprender com o erro;

d) Envolvimento na formação;

e) Mobilidade Académica e Formação de Redes (130).

As mudanças curriculares implementadas vêm para reforçar as directrizes anteriores e possibilitar ao aluno, além da inserção antecipada no ambiente de prática, o convívio com o doente em seu cotidiano, conhecendo a sua realidade por meio de visitas domiciliares, práticas de extensão, actividades de promoção, prevenção e recuperação do processo saúde-doença, empregando a visão biopsicossocial do ser (132). Assim, ele tem a oportunidade de associar os ensinamentos aprendidos em sala de aula com os absorvidos no ambiente de prática, construindo autonomia, reflexão e compreensão sobre a área médica que será consolidada no internato, ao final do curso (130,132).

6.2 Ensino Médico em Portugal

O ensino europeu da Medicina do século XX, até ao fim da década de 60, também foi influenciado sobretudo pelo Relatório Flexner. Realizado por Abraham Flexner a pedido da *Carnegie Foundation for the Advance of Teaching*, dos EUA, que, com a sua publicação em 1910, iniciou um processo que viria a culminar, nos anos 30, com um ensino médico de modelo científico integrado exclusivamente em instituições universitárias (128).

Portugal seguiu de perto o Relatório Flexner na Reforma de 1911. Esta orientou o ensino médico em Portugal durante várias décadas. Dividiu o curso em três ciclos, o último dedicado à preparação da tese de licenciatura e colocou a ênfase no ensino prático,

considerado fundamental (128). Mais de 50 anos depois, surge na Europa o Relatório Todd, um documento com uma visão de Educação Médica de futuro que cobre a educação médica pré e pós-graduada, todos os recursos e as necessidades de um Sistema de Saúde. Neste relatório foram pela primeira vez enunciados princípios que se tornaram incontornáveis(128).

No entanto, é a Conferência Mundial sobre Educação Médica, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, que a Federação Mundial para a Educação Médica promoveu em Edimburgo, em Agosto de 1988, e de que resultou um documento conhecido por “Declaração de Edimburgo”, que se considera a matriz actual sobre a qual assentam as linhas orientadoras para o desenvolvimento de um programa susceptível de alterar em substância o ensino e a educação médicos, no sentido destes se enquadrarem nas verdadeiras necessidades da sociedade actual (128).

Dez anos após, em 1998, com a Declaração da Sorbonne subscrita pelos Ministros da Educação de França, Alemanha, Itália e Reino Unido que começou a ser pensada e implementada no ano seguinte a Declaração de Bolonha (135), assinada pelos ministros de vinte e nove países europeus, incluindo Portugal, reunidos nesta cidade italiana, que estabeleceu a criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior, propondo 2010 como meta da convergência (103) e com os seguintes objectivos:

- 1 - Adopção de um sistema de graus de acessível leitura e comparação;
- 2 - Adopção de um sistema essencialmente baseado em dois ciclos principais, o graduado e o pós-graduado;
- 3 - Estabelecimento de um sistema de créditos - como, por exemplo, no sistema ECTS ;
- 4 - Promoção da mobilidade, ultrapassando obstáculos ao efectivo exercício da livre mobilidade;
- 5 - Promoção da cooperação europeia na avaliação da qualidade com vista a desenvolver critérios e metodologias comparáveis;
- 6 - Promoção das necessárias dimensões europeias do Ensino Superior, especialmente (135).

No que diz respeito ao ensino voltado para Medicina, com a liderança e coordenação da Faculdade de Medicina de Lisboa, e com a colaboração das restantes Faculdades Portuguesas com ensino médico, foi estruturado um estudo aprofundado das competências

nucleares do futuro licenciado em Medicina. O relatório final que substancia o documento - O Licenciado Médico em Portugal – publicado em 2005, constitui um passo importante no trajecto iniciado uma década antes, e reflecte a vontade expressa das instituições em contribuírem para a efectiva modernização da formação médica e, por conseguinte, também para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade em Portugal (128,136). Segundo este relatório, a finalidade da educação médica pré-graduada é ajudar o estudante médico a adquirir uma base de conhecimentos sólida e coerente, associada a um adequado conjunto de valores, atitudes e aptidões que lhe permita tornar-se um médico fortemente empenhado nas bases científicas da Medicina e na arte médica, bem como, nos princípios éticos, na abordagem humanista que constituiu o fundamento da prática médica e um comprometimento no aperfeiçoamento ao longo da vida de modo a promover a saúde e o bem-estar da comunidade (128,136).

Ainda segundo este relatório, ao concluírem a graduação em Medicina os médicos deverão ser capazes de múltiplas competências. São elas:

- 1 - Comunicar e interagir eficazmente com os doentes, família, colegas e todos os outros profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde.
- 2 - Demonstrar um comportamento profissional a nível pessoal e interpessoal.
- 3 - Ter consciência da sua própria saúde e dos comportamentos para a saúde, bem como do impacto potencial que estes podem ter nos doentes e na comunidade.
- 4 - Utilizar eficazmente a tecnologia de informação, avaliar e interpretar criticamente os meios auxiliares de diagnóstico na avaliação e selecção da melhor terapêutica para o doente.
- 5 - Demonstrar aptidões de auto-aprendizagem e investir nesta área, mantendo-se actualizado na sua área da Medicina e desenvolvendo as suas capacidades e aptidões ao longo da vida.
- 6 - Identificar e explorar todas as oportunidades para adquirir formação e experiência em investigação (136).

O Licenciado em Medicina deve ainda demonstrar atributos para os quais têm de concorrer as diferentes disciplinas do currículo, entre eles:

- 1 - Honestidade e preocupação com o bem-estar e necessidades dos doentes.

- 2 - Empenhamento na aprendizagem ao longo da vida.
- 3 - Empenhamento na melhoria contínua das suas aptidões clínicas.
- 4 - Estar atento aos problemas que se colocam quer na prática médica como no exercício da investigação ao nível dos conflitos de interesse.
- 5 - Cometimento com a promoção da saúde e bem-estar da comunidade.
- 6 - Disponibilidade para liderar nas situações necessárias (128,136).

No final da educação médica pré-graduada, os médicos, devem comportar-se de modo a serem guiados pelos princípios e valores fundamentais da prática clínica, expressos ao longo deste documento. Devem demonstrar especificamente, as seguintes atitudes e comportamentos profissionais:

Atributos Pessoais:

- 1-Respeito por todo o ser humano, incluindo o respeito pelas fronteiras sexuais.
- 2- Respeito pelos valores da comunidade, incluindo a valorização da diversidade das características humanas e dos valores culturais.
- 3- Os médicos devem estar preparados para prestar cuidados de saúde da mais alta qualidade com integridade, honestidade, empatia e solidariedade independentemente da doença, prognóstico, idade, género, orientação sexual, etnia, religião, cultura ou classe socioeconómica do doente.
- 4- Responsabilidade pessoal pelo tratamento do doente individual, fiabilidade e pontualidade.
- 5- Empenhamento no que respeita ao alívio da dor e sofrimento.
- 6- Desenvolvimento pessoal: Os médicos devem ser capazes de identificar as próprias necessidades de aprendizagem, assumir a responsabilidade pela formação contínua e demonstrar iniciativa para tal, devem ser receptivos à prática de “feedback” e críticas, bem como demonstrar compreender os seus pontos fortes, vulnerabilidades e áreas que necessitam ser aperfeiçoadas.
- 7- Auto-reflexão: Os médicos têm de demonstrar a capacidade de auto-reflexão, particularmente no que respeita aos atributos profissionais, bem como no controlo dos sentimentos e reacções pessoais perante o sofrimento e a doença (136).

Relações Profissionais:

1 - Respeitar e reconhecer na relação médico-doente e discente-docente os limites entre obrigações pessoais e profissionais.

2 - Com os outros colegas, os médicos têm de estar disponíveis e abertos para:

- Cooperar;
- Aceitar a perícia dos outros;
- Articular a sua participação pessoal em equipas médicas com objectivos precisos.

3 - Com os outros profissionais de saúde, os médicos devem:

- Demonstrar a sua capacidade para trabalhar eficazmente em equipa;
- Colaborar interdisciplinarmente com base no conhecimento e respeito pelos papéis dos outros profissionais de saúde.

4 - Com os doentes, os médicos devem:

- Ter consciência da importância e do potencial terapêutico da relação médico-doente;
- Respeitar a confidencialidade e privacidade no tratamento do doente.

5 - Com as famílias dos doentes, os médicos têm de estar conscientes da necessidade de comunicação e do seu envolvimento no planeamento global das acções terapêuticas o que também se aplica a todos os outros prestadores de cuidados (128,136).

Relação com a Sociedade e Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde

1 - Aspectos éticos e legais: os médicos devem implementar na prática a conhecimentos éticos e legais o que implica:

- Aplicar princípios da confidencialidade, consentimento informado, honestidade e integridade;
- Lidar eficazmente com as queixas relativas à sua própria prática ou à de outros colegas;
- Respeitar os direitos do doente(128,136).

Aptidões interpessoais de comunicação

Ao terminar o programa da formação pré-graduada em Medicina o médico será capaz de:

1 - Comunicar eficazmente, tanto oralmente como por escrito, com os doentes e suas famílias, médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e com o público em geral, tanto individualmente como em grupo.

2 - Demonstrar compreender a importância da comunicação verbal e não-verbal em Medicina para obter ou transmitir informação. Devem também ser capazes de utilizar a linguagem como instrumento que promova a função do médico no processo de cura (*healing function*)(128,136).

De acordo com as directivas comunitárias, o curso de Medicina requer um mínimo de 5500 horas de escolaridade com 6 anos de duração, pelo que ou é mantido o esquema antigo ou, em alternativa, é adoptado um programa longo de 6 anos conducentes directamente a grau de mestre. Em outros domínios ambas as hipóteses estão a ser contempladas em diversos países da União Europeia (136).

Percebe-se que tanto no Brasil como em Portugal têm-se valorizado o ensino ao respeito à autonomia do doente, aos princípios éticos, à relação médico-doente, à abordagem humanista, ao cuidado centrado no paciente, às habilidades de comunicação, ao trabalho em equipa como princípios que devem estar associados ao ensino de todas as disciplinas promovendo uma integração de áreas cognitivas e não cognitivas ao longo de todo o curso médico. Não obstante, todos estes princípios estão incluídos no grupo de valores dos CP mas o ensino do mesmo engloba outros temas não menos importantes para que o médico recém- formado termine a graduação capaz de fazer o primeiro atendimento em CP e saber encaminhar os doentes correctamente aos seus especialistas (ao tempo certo e de maneira correta).

O enquadramento teórico evidencia um inquietante problema: apesar da necessidade tão bem justificada por importantes organizações da inclusão do ensino de CP (o que abrange o ensino das DAV em CP) nos currículos formais das graduações médicas e da recomendação de uma diferenciação do conhecimento por níveis, sendo que todos os médicos devem possuir um nível básico de conhecimento e todos os médicos que laboram em contextos nosológicos associados a necessidades paliativas devem possuir um nível intermédio de conhecimento, estudos mostram que este ensino ainda é deficiente em vários países. O ensino de CP representa uma resposta das IES com curso de Medicina às atuais demandas da sociedade. As DAV em CP representam o respeito à autonomia do doente portador de doença ameaçadora da vida e que tem pela frente uma grande probabilidade em chegar a

um ponto em que não poderá exercer esta autonomia. Elas devolvem ao doente o poder sobre o curso de sua própria história e ao mesmo tempo proporcionam ao médico um respaldo legal na tomada de decisões. Sendo assim, na próxima parte da dissertação, pretende-se fazer uma análise curricular das graduações em Medicina para tentar responder á seguinte questão: o ensino dos CP e das DAV em CP é uma realidade actual nas faculdades de Medicina no Brasil e em Portugal? E na comparação dos resultados destes países haverá grandes diferenças em vistas á melhor estrutura legislativa referente aos CP e as DAV encontrada em Portugal?

II PARTE - METODOLOGIA

1 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Com vistas a responder ao problema e aos objectivos que a pesquisa de dissertação de mestrado se propôs, os dados colectados previamente através de pesquisa documental, foram analisados por meio da análise categorial que conforme Bardin (137) consiste no desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial, que é considerada um tipo de análise de conteúdo, se respalda no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos (138).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O caminho percorrido pela análise de conteúdo, ao longo dos anos, perpassa diversas fontes de dados, como: notícias de jornais, discursos políticos, cartas, anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros (139).

A conceitualização da análise de conteúdo pode ser concebida de diferentes formas, tendo em vista a vertente teórica e a intencionalidade do pesquisador que a desenvolve, seja adoptando conceitos relacionados à semântica estatística do discurso, ou ainda, visando à inferência por meio da identificação objectiva de características das mensagens (137,139). Assim, segundo Bardin, a análise de conteúdo não é apenas descritiva e utiliza de inferências, por meio de análises, que procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que a ela pode provocar, esta característica é o que a difere da análise documental (137,140).

No cerne da discussão aqui apresentada, adopta-se uma abordagem qualitativa do método, enfatizando não a quantificação ou descrição dos dados recolhidos, mas a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais (141). Sendo assim, o desenho do estudo apresentado neste trabalho foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva e a análise dos dados foi desenvolvida através do método de análise de conteúdo.

Para orientar a pesquisa, a questão de investigação consiste em:

As Instituições de Ensino Superior em Medicina no Brasil e em Portugal têm em suas matrizes curriculares o ensino das DAV em CP de modo a responder as actuais demandas da sociedade?

Essa questão alia-se aos seguintes objectivos:

Objectivo 1 - Proceder análise de conteúdo comparativa das matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina das oito Instituições de Ensino Superior em Medicina de Portugal e de cinco Instituições de Ensino Superior Público em Medicina do Brasil, sendo seleccionada a IES melhor conceituada em cada região deste país, através de pesquisa nos respectivos sítios electrónicos institucionais, com foco no ensino das DAV em CP;

Objectivo 2 - Discutir a importância da inserção formal da disciplina Cuidados Paliativos (com ensino das DAV) no currículo de graduação de Medicina.

Em vista disso, com o propósito de dar resposta a questão de investigação, desenvolveram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - Espera-se que o Brasil ainda apresente um *deficit* importante no ensino em cuidados paliativos (o que inclui o ensino das DAV), levando-se em conta a classificação em desenvolvimento de CP realizado pela OMS em que este país se encontra, que era 3a em 2014 e 3b em 2017 e a não existência de legislação nacional sobre CP e sobre a realização do Testamento Vital e do Mandato Duradouro, espécies das DAV.

Hipótese 2 - Já em Portugal, que apresenta uma classificação dianteira em relação ao Brasil, era 3b em 2014 e 4b em 2017, e existe legislação nacional sobre CP e sobre a realização do TV e do Mandato Duradouro, inclusive com a criação do RENTEV e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, espera-se que o ensino de CP esteja mais avançado.

Hipótese 3 - Sendo assim espera-se encontrar uma discrepância no que diz respeito ao ensino das DAV em CP entre as graduações médicas no Brasil e em Portugal.

Amostra:

Considerando o propósito de identificar e descrever a situação actual do ensino sobre as DAV em CP no Brasil e em Portugal utilizou-se como amostra os cursos de Medicina

existentes em Portugal, contabilizando oito graduações, onde devido ao número foi possível amostra e população serem coincidentes. O cotejamento foi feito com base nos cursos de Medicina do Brasil onde foi necessário fazer uma selecção devido ao grande número da população. Segundo a última análise situacional publicada no Brasil pela ANCP em 2018, eram 302 cursos de graduação em Medicina no Brasil (19).

Segundo o sítio electrónico oficial do e-MEC⁶, consultado em Julho de 2020, actualmente são 290 instituições cadastradas e autorizadas a funcionar e segundo o sítio electrónico do RUF (Ranking Universitário da Folha de São Paulo), consultado em agosto de 2020, são 91 IES com curso de Medicina públicas no país (142,143). Assim, na tentativa de abranger todo o país, foram seleccionadas uma IES com curso de Medicina em cada região do Brasil, sendo escolhidos os cursos que foram considerados melhores destas regiões segundo o ranking mais actual do RUF realizado em 2019, totalizando cinco instituições. Essas IES seleccionadas são públicas e muito disputadas pelos estudantes que aspiram estudar Medicina. Levando em consideração os objectivos deste trabalho, que tem como foco a representatividade do objecto analisado no âmbito dos territórios português e brasileiro, optou-se pela selecção feitas nas cinco regiões do Brasil, posto que se fossem seleccionadas apenas as instituições de ensino brasileiras que estão no topo do ranking desse país, não haveria possibilidade de todas as regiões estarem representadas neste trabalho já que as consideradas melhores estão concentradas nas regiões Sudeste e Sul do país.

Segundo o *International Ranking Expert Group* (IREG) fundado em 2004 pelo Centro Europeu de Educação Superior (UNESCO-CEPES) em Bucareste e pelo Instituto de Política de Educação Superior, em Washington, DC, rankings e tabelas de classificação das instituições de ensino superior (IES) e de programas de ensino são um fenómeno global. Os rankings servem para diversos propósitos: respondem a demandas dos consumidores por informações facilmente interpretáveis sobre a situação das instituições de ensino superior, estimulam a competição entre elas; proporcionam um tipo de princípio lógico para alocação de verbas e ajudam a diferenciar tipos de instituição, programas e disciplinas. Além disso, quando correctamente entendidos e interpretados, contribuem para a definição de

⁶ O e-MEC foi criado para fazer a tramitação electrónica dos processos de regulamentação. Pela internet, as instituições de educação superior fazem o credenciamento, buscam autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos. Em funcionamento desde janeiro de 2007, o sistema permite abertura e o acompanhamento dos processos pelas instituições de forma simplificada e transparente.

"qualidade" das instituições de ensino superior em um determinado país, complementando o trabalho rigoroso conduzido no contexto de avaliação e revisão de qualidade feito por agências de credenciamento públicas e independentes (144).

É por isso que rankings de instituições de ensino superior e os processos de garantia de qualidade passaram a fazer parte do quadro de responsabilidades de cada país, e por isso cada vez mais países investem no desenvolvimento de rankings. Dada esta tendência, é importante que quem produz rankings se responsabilize pela qualidade na colecta de informações, na metodologia e na sua disseminação (144). Segundo o Prof. Dr. Adolfo Ignacio Calderón, bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), professor titular do Programa de Pós-Graduação em Educação da PUC-Campinas, instituição onde também lidera o Grupo de Avaliação, Políticas e Sistemas Educacionais Mestrado e Doutorado (GRAPSE), em entrevista de maio de 2018 com o Jornal da PUC-Campinas sobre o tema, discorre que no Brasil, actualmente existem rankings, índices e tabelas classificatórias (RANKINTACS) que podem ser classificados em dois tipos. Aqueles que atuam no âmbito da regulação estatal, como é o caso do Índice Geral de Cursos (IGC) e do Conceito Preliminar do Curso (CPC), ambos instituídos, em 2008, pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC); e aqueles que atuam no âmbito da regulação do mercado ou quase mercado da educação superior, como o Ranking Universitário Folha (RUF) (Jornal Folha de São Paulo), criado em 2012, e as classificações do Guia do Estudante da Editora Abril, elaboradas a partir de 1986. Considera ainda que estes sejam rankings de prestígio e com transparência em termos de objectivos e metodologias (145).

Segundo informações colhidas no sítio electrónico do RUF, seu ranking de cursos é realizado através de uma avaliação anual de 40 cursos de universidades, centros universitários e faculdades com maior número de ingressantes no país (Censo do Ensino Superior 2015). Esta avaliação é feita com base em dados nacionais e internacionais, sendo eles: Censo do Ensino Superior Inep-MEC (2016), Enade (2014, 2015 e 2016), SciELO (2011-2015), *Web of Science* (2011-2015 e 2016 para citações), Inpi (2007-2016), Capes (2016), CNPq (2016), Fundações Estaduais de Fomento à Ciência (2016) e Datafolha (2016, 2017 e 2018) e em duas pesquisas de opinião do Datafolha em dois aspectos: ensino (compreende 64% do total da nota) e mercado (compreende 36% do total da nota) (146).

A avaliação do ensino é composta de quatro componentes:

- Avaliadores do MEC: compreende 40% da nota do ensino e foi feita através de pesquisa realizada pelo Datafolha em 2016, 2017 e 2018 com uma amostra de 2.381 entrevistas com professores distribuídos pelo país para analisar a qualidade de cursos superiores;
- Professores com mestrado e doutorado: compreende 8% da nota do ensino. É o percentual de professores da instituição que têm doutorado ou mestrado (Censo 2016);
- Professores em dedicação integral e parcial: compreende 8% da nota do ensino. É o percentual de docentes que trabalham em regime de dedicação integral ou de dedicação parcial (Censo 2016);
- Nota do Enade: compreende 8% da nota do ensino. Leva em conta a nota média da universidade no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes de 2014, 2015 e 2016.

A avaliação do mercado considera a opinião de 5.444 profissionais de Recursos Humanos consultados pela Datafolha em 2016, 2017 e 2018 sobre preferências de contratação (146).

Devido a transparência dos dados colhidos e pela acessibilidade pública através da internet, optou-se por utilizar o RUF para direccionar a escolha dos cursos de Medicina no Brasil para essa pesquisa.

2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Como documentos utilizados para o estudo, recorreu-se às matrizes curriculares mais recentes (2019/2020 ou 2020/2021) dos cursos de graduação em Medicina seleccionados para o estudo. Foi criado um roteiro com base na análise de conteúdo, com o objectivo de explorar os referidos currículos, e analisar as disciplinas dos cursos de graduação em Medicina através das ementas das matrizes curriculares disponibilizadas nos sítios electrónicos oficiais. Estes documentos são usualmente disponibilizados publicamente nos sítios virtuais dessas instituições de ensino. Quando tal informação não foi encontrada, estabeleceu-se contacto por correio electrónico institucional ou por contacto telefónico para obtenção do *link* ou arquivos.

As buscas nos sítios institucionais foram realizadas em maio de 2020, posteriormente em julho de 2020 e revisadas em agosto de 2020 com o objectivo de verificar possíveis alterações nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina das Instituições de Ensino alvos da pesquisa principalmente em Portugal onde a previsão de início do próximo ano lectivo estava marcada para setembro de 2020.

3 RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A dinâmica do levantamento dos dados caracterizou-se por seis etapas que foram criadas para este estudo, seguindo a disposição da análise categorial temática (um dos tipos de análise de conteúdo), com objectivo em obter a quantidade máxima possível de dados com a maior fidedignidade. Dentro destas etapas foram realizados os contactos necessários com as instituições e quando necessário foi realizada à reiteração dos contactos. Estas seis etapas constituem três fases, a saber:

1ª FASE: Organização (1ª etapa);

2ª FASE: Codificação (2ª, 3ª, 4ª e 5ª etapas);

3ª Fase: Categorização (6ª etapa).

Na Figura 1, estão descritas as etapas do processo de recolha de dados que serão discutidas a seguir de forma detalhada.

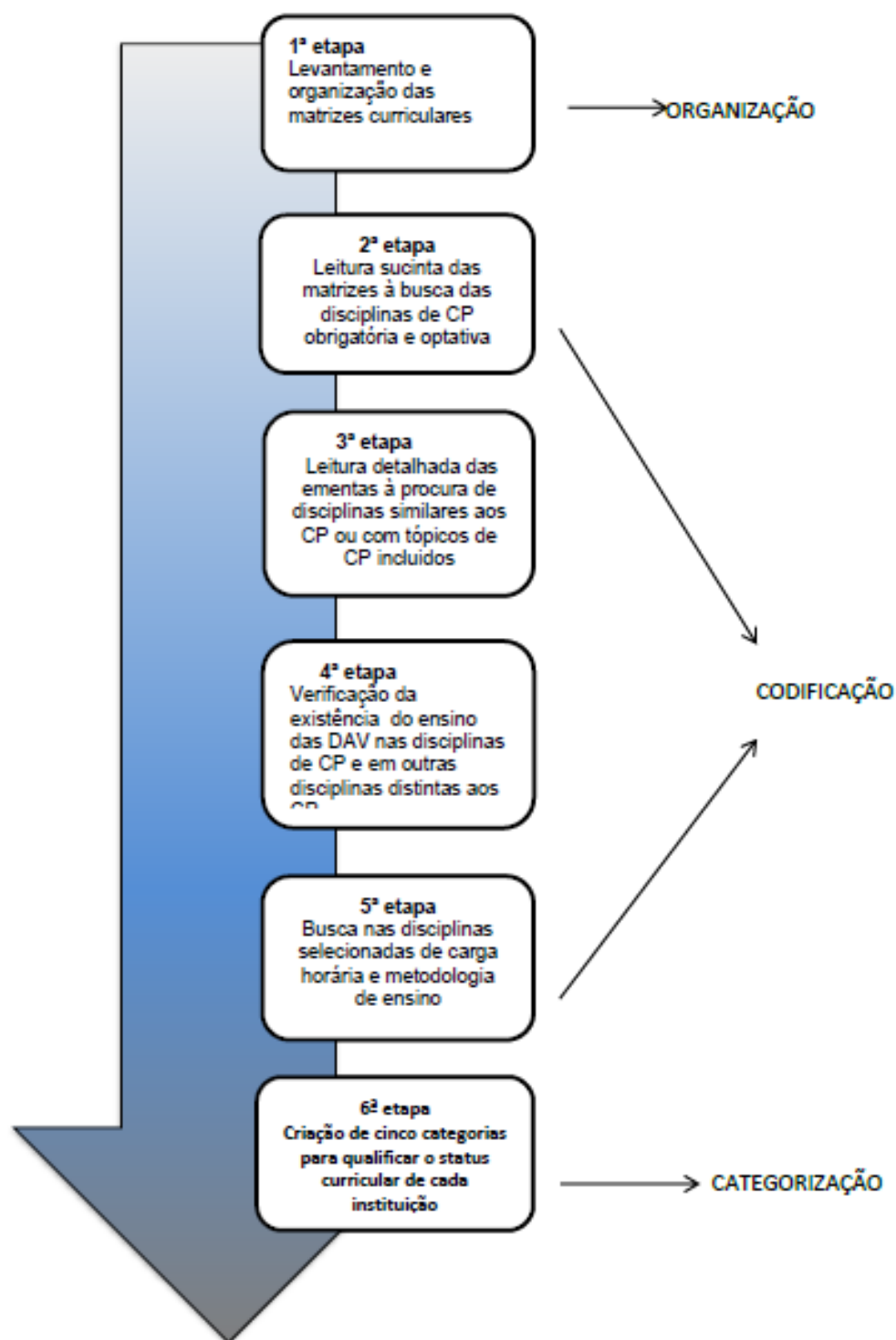


Figura 1- Etapas do processo de recolha dos dados.

Na primeira etapa realizou-se levantamento e organização dos materiais disponíveis, ou seja, das matrizes curriculares obtidas pela internet de cada curso de Medicina das IES seleccionadas, com subsequente verificação da existência das ementas das disciplinas nas matrizes curriculares disponibilizadas pelas instituições e envio de mensagens por correio electrónico para as IES onde não foi possível obter as ementas ou nas quais estas estavam incompletas. Foram enviadas solicitações (em junho de 2020) por correio electrónico aos apoios académicos, reitorias e ouvidorias. Estas foram a Universidade Federal de Pernambuco, a Universidade Federal do Pará, a Universidade de Lisboa e a Universidade do Algarve.

Na segunda etapa realizou-se reiteração das correspondências electrónicas quando evidenciadas as ausências de respostas no decurso de um prazo pré-estipulado. A Universidade de Lisboa, a Universidade do Algarve e a Universidade Federal de Pernambuco responderam após o segundo contacto (julho de 2020), a Universidade do Pará não respondeu. Como resposta, a Universidade de Lisboa disponibilizou um *link* com acesso às ementas das disciplinas, a Universidade Federal de Pernambuco apesar de responder aos contactos, até o momento não disponibilizou as ementas solicitadas e a Universidade do Algarve respondeu que sua metodologia de ensino utilizada é o Ensino Baseado em Problemas (PBL) pelo que não possuem uma disciplina de Cuidados Paliativos. Ainda nesta fase, foi realizada leitura sucinta das matrizes curriculares com objectivo de iniciar um mapeamento de disciplinas e temas importantes para a pesquisa. Nesta etapa a procura foi pela existência da disciplina de Cuidados Paliativos em carácter obrigatório ou optativo. Quando existente, as ementas destas disciplinas foram seleccionadas em documento a parte. A unidade de registo utilizada nesta etapa foi: Cuidados Paliativos (procurada como uma disciplina)

Na terceira etapa realizou-se verificação de forma mais detalhada das matrizes curriculares, procedendo a leitura nas ementas disponíveis de todas as disciplinas a procura das que continham ensino de CP como um tópico incluído a outros dentro da disciplina, ou de disciplinas que apesar de um nome diverso poderiam ser consideradas como uma disciplina de CP ou ao menos, similar aos CP. Para realizar essa procura foram utilizados como unidades de registo as palavras: cuidados paliativos (dessa vez procurada como um tópico e

não como uma disciplina), humanização, comunicação, morte, luto, dor e equipa. A procura de disciplinas similares aos CP se deu com a verificação da existência ou não de objectivos obrigatórios que coincidissem ou se relacionassem fortemente com as competências centrais dos CP descritas pelas EAPC (Europa), e com as competências exigidas para o primeiro nível de formação preconizadas pela CNCP (Portugal) e pela ANCP (Brasil) para, através de tal verificação, avaliar se estas disciplinas poderiam ser consideradas no estudo como uma unidade curricular de Cuidados Paliativos (neste caso, se fossem detectadas a existência de todas as competências preconizadas pelos órgãos citados acima) ou se ficariam categorizadas apenas como disciplina similar ou disciplina contendo CP como um dos conteúdos. As ementas destas disciplinas foram seleccionadas em documento a parte. Importante ressaltar que nas disciplinas que estavam com a denominação de Cuidados Paliativos em carácter obrigatório ou optativo, encontradas na segunda etapa, considerou-se como pressuposto a existência do ensino destas competências.

Na quarta etapa realizou-se verificação da existência do ensino das DAV nas disciplinas existentes de CP, nas disciplinas consideradas similares aos CP e também foi realizada a procura de outras disciplinas distintas aos CP que possuísem ensino sobre as DAV. As unidades de registo desta etapa foram: Consentimento Informado, Diretivas Antecipadas de Vontade, Testamento Vital, Habilidades de Comunicação. As ementas destas disciplinas foram seleccionadas em documento a parte.

Na quinta etapa realizou-se estudo de todas as disciplinas seleccionadas anteriormente a procura da carga horária total, da metodologia de ensino e se há inclusão de conteúdos teóricos e/ou práticos.

Com base nessas cinco etapas foi possível realizar a sexta e última que constituiu em uma categorização dos documentos a partir do tratamento dos resultados. Criou-se assim, cinco categorias para qualificar o *status* curricular de cada instituição de ensino avaliada. Houve necessidade em classificar algumas instituições em uma ou mais categorias e em alguns casos em nenhuma categoria. As mesmas estão listadas abaixo:

- 1 - Possui disciplina Cuidados Paliativos Obrigatória;
- 2 - Possui disciplina Cuidados Paliativos Optativa;
- 3 - Possui outra disciplina que aborda as DAV que não seja de Cuidados Paliativos;
- 4 - Possui disciplinas similares aos CP que provavelmente abordam este tema e as DAV no seu conteúdo como “Tanatologia”, “Luto, Transição e fim de vida”;
- 5 - Possui outras disciplinas que descreve CP ou temas de CP inseridos no programa com outros conteúdos diversos.

Ao final dessas seis etapas realizou-se revisão com releitura das matrizes curriculares para confirmação dos dados, esta ocorreu em agosto de 2020. No total foi analisado um conjunto de 13 fontes.

**III PARTE- APRESENTAÇÃO DOS
RESULTADOS E ANÁLISE CURRICULAR
COMPARATIVA DE FACULDADES DE
MEDICINA NO BRASIL E EM PORTUGAL**

1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1 Matrizes Curriculares - Brasil

Figura 2- Mapa do Brasil dividido em regiões



O Brasil é dividido em cinco regiões que representam agrupamentos de Estados com características semelhantes. Estas regiões diferem muito entre si no que diz respeito aos aspectos económicos, sociais, culturais, educacionais, entre outros. Percebe-se assim neste país grandes discrepâncias em distribuição de riquezas entre o sul (regiões Sudeste e Sul) e o Norte (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) do país, o que gera por sua vez, um grande distanciamento educacional em todos os níveis, entre essas regiões.

1.1.1 Região Norte

A região Norte é constituída por sete estados ou unidades federativas, como se segue: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. A Instituição de Ensino

seleccionada desta região foi a Universidade Federal do Pará (UFPA) que ocupa a 39ª posição na lista do ranking da RUF (143).

A matriz curricular desta IES mais actual encontrada no sítio electrónico é de 2010 (última busca realizada em 13/08/2020 para confirmação) (147), segundo suas ementas a mesma possui várias disciplinas do 1º ao 8º períodos, todas com carga horária de 68 horas, que exploram os seguinte tópicos:

- Relação médico-doente;
- Indivíduo, família e comunidade;
- Técnicas de abordagem, entrevista, comunicação e relações humanas;
- Trabalho em equipa;
- Visão generalista e humanista.

Os nomes das referidas disciplinas estão listados abaixo:

- Habilidades Médicas I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII (1º ao 8º períodos);
- Atenção Integral à Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII (1º ao 8º períodos)(147).

No 4º período pode-se ver listada a disciplina de “Fundamentos da Oncologia” com carga horária de 68 horas sendo 17 horas de aulas práticas e 51 horas de aulas teóricas. Na ementa disponível no sítio electrónico da instituição não há mais informações sobre essa disciplina, não sendo possível, portanto saber se CP ou temas sobre as DAV estão previstos como um de seus tópicos (147).

Em princípio, na referida IES, não foi localizada nenhuma disciplina abordando directamente o assunto CP e, tampouco, nenhuma disciplina fora dos CP que abordasse o tema das DAV apesar de haver tópicos sobre o tema comunicação médica nas disciplinas listadas. Na disciplina “ Atenção Integral à Saúde VIII”, por exemplo, que aborda o tema sobre Saúde do Idoso não há, em sua ementa, referência sobre CP e/ou sobre as DAV (147).

Essa IES foi classificada na categoria: sem categoria. Sem disciplina de CP. Sem ensino de DAV em outras disciplinas.

1.1.2 Região Nordeste

A região Nordeste é composta de nove estados ou unidades federativas como se segue: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Nessa região, a IES seleccionada foi a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que ocupa a 9ª posição do ranking (143).

A matriz curricular dessa IES mais actual é de 2020. A mesma é composta por eixos e módulos. O eixo de Desenvolvimento Pessoal é relativo à Ética e ao Humanismo. Compreende conhecimentos de Deontologia e de diferentes ciências sócio humanísticas. O eixo de Desenvolvimento Profissional e Compromisso social agrega temas relacionados à Saúde Colectiva e à Atenção à Saúde. Também aqui são abordados temas em Ética e Deontologia (148).

Nos módulos não há referência à disciplina de CP. Também não há menção nessa IES a nenhuma disciplina que aborde os CP. Não foi possível encontrar as ementas das disciplinas no seu sítio electrónico oficial para uma melhor análise desta IES que ficou, assim, sem classificação.

1.1.3 Região Centro-Oeste

A região Centro-Oeste abrange três estados ou unidades federativas. São elas: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás. A IES seleccionada para a pesquisa nessa região foi a Universidade de Brasília (UNB) que ocupa a 12ª posição do ranking (143).

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico é de 2020/2021 (149). A mesma apresenta algumas disciplinas do 1º aos 8º períodos cujo ensino focaliza as seguintes temáticas:

- Médico e sociedade;
- Comunicação em saúde;
- Trabalho em equipa;
- Habilidades sociais e de comunicação;
- Atenção às pessoas com sofrimento;

- Ética do cuidado.

As referidas disciplinas são: Saúde, Ambiente e Sociedade (1º período); Psicologia Médica I, II, III, V e VI (1º, 2º, 3º, 5º e 6º períodos); Saúde da Família e Comunidade II, III e V (5ª, 6ª e 8ª períodos) (149).

No 8º período há a oferta da disciplina de Medicina legal e Deontologia que aborda temas sobre: aspectos legais do consentimento livre e esclarecido, relativização da autonomia e direitos fundamentais e interpessoais (149).

Como uma das disciplinas optativas está prevista a Antropologia da Saúde no 8º período que entre outros temas não pertencentes aos CP, aborda palição e morte. Sua carga horária e a metodologia de ensino não estão disponibilizadas no sítio electrónico oficial (149).

Nessa IES não há referência à disciplina de CP apesar de ter sido encontrado a oferta de uma disciplina optativa que apresenta CP como um tópico incluído entre outros tópicos. Há, ainda, uma disciplina distinta aos CP que aborda o ensino sobre o consentimento informado. Não foi possível obter as cargas horárias das disciplinas na ementa disponibilizada pelo sítio electrónico oficial dessa universidade. Foi assim classificada em duas categorias: Três (ensino de DAV em outra disciplina) e cinco (ensino de CP como tópico integrante de uma disciplina optativa).

1.1.4 Região Sudeste

A região Sudeste abrange quatro estados ou unidades federativas. São elas: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. A IES seleccionada nessa região foi a Universidade de São Paulo (USP) que ocupa a 1ª posição do ranking (143).

A matriz curricular da referida IES encontrada no sítio electrónico é referente ao ano 2020 (150). A mesma apresenta várias disciplinas do 1º ao 10º períodos que ensinam sobre:

- Relação médico-doente;
- Ética;
- Comunicação em saúde;
- Humanização em Medicina;

- Trabalho em equipa;
- Método clínico centrado na pessoa;
- Discussão de dilemas éticos em Medicina.

Essas disciplinas são: Introdução à Medicina e à Saúde (1º período); Processo Saúde-Doença-Cuidado I,II e III (1º, 3º e 4º períodos), Discussão Integrada de Casos I,II,III e IV (1º, 3º, 5º e 7º períodos) e Bioética clínica (10º período) (150).

Há algumas disciplinas optativas, tais como:

- O Médico e o Judiciário (15 horas de carga horária total): a qual, segundo a ementa, aborda a Ética Médica embora não cite explicitamente os conteúdos sobre consentimento informado e/ou as DAV.
- O Médico Frente à Morte (15 horas de carga horária total): cujo programa versa sobre conceito de morte em diferentes épocas e culturas; morte e desenvolvimento humano; aspectos subjectivos do paciente terminal; CP; o profissional de saúde frente à morte; impasses actuais com as questões do final da vida e o luto. Apresenta como um dos objectivos a reflexão sobre as dificuldades relacionadas a comunicação com o doente e seus familiares. Seu método de ensino prevê aulas teóricas, seminários, discussão de filmes e relato de casos (150).

Nessa IES foi considerado que a disciplina “O Médico frente a morte” não representa uma disciplina idêntica aos CP por não apresentar na descrição da sua ementa todas as competências consideradas necessárias para o CP geral preconizadas pela ANCP. Foi assim classificada na categoria: Quatro (possui disciplina similar a CP apesar desta ser de carácter optativo).

1.1.5 Região Sul

A região Sul abrange três estados ou unidades federativas. São elas: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e a IES seleccionada nessa região foi a Universidade Federal do Rio Grande do Sul que ocupa a 5ª posição do ranking (143).

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico é referente aos anos 2020/2021 (151). A mesma apresenta várias disciplinas de temática variada, sobre:

- Habilidades de comunicação;
- Comunicação de más notícias;
- Relações interpessoais e espiritualidade;
- Relação médico-doente;
- Dilemas éticos e bioéticos;
- Respeito aos valores do doente.

São essas as referidas disciplinas: Actividades de Integração Básico-Clínico I, II, III e IV (1º, 2º, 3º e 4º períodos); Psicologia Médica I e II (3º e 4º períodos) e Saúde e Sociedade (6º período) (151).

No 8º período está prevista a disciplina de Medicina Legal e Deontologia Médica, com carga horária total de 60 horas que segundo a ementa aborda assuntos sobre documentos médicos e código de ética médica e bioética. Em relação aos documentos médicos, entende-se que esse tema inclui o consentimento informado, livre e esclarecido embora isso não esteja explicitado na ementa disponibilizada no sítio electrónico oficial (151).

Sem um período definido para tal, há referência a oferta da disciplina optativa de Introdução à Bioética Médica, Legislação e Ética, com carga horária total de trinta horas, que segundo a ementa tem o objectivo de estimular a reflexão sobre o papel do médico nas relações entre a ciência, a legislação e a ética (151).

Assim como ocorreu na análise das ementas de outras IES, nessa não se encontrou menção à disciplina de CP ou similar a CP. Foi classificada na categoria: Três (ensino das DAV em outra disciplina distinta dos CP).

1.2 Panorama Brasileiro

Analisando-se os dados obtidos na busca feita nos sítios electrónicos institucionais das IES seleccionadas para esta pesquisa, pode-se dizer que nenhuma delas tem CP como disciplina obrigatória (0%), também nenhuma oferece disciplina de CP em carácter optativo

(0%), uma IES tem CP como um dos tópicos de uma disciplina optativa (20%), também em apenas uma IES verificou-se a oferta de uma disciplina similar a CP (20%). Quanto ao ensino sobre as DAV, duas IES apresentam o ensino de DAV integrado no conteúdo de outras disciplinas obrigatórias (Deontologia e Bioética) distintas da disciplina de CP (40%).

Tabela 1 – Categorias de acordo com as IES do Brasil

IES	0	1	2	3	4	5
UFPA	X					
UFPE	X					
UNB				X		X
USP					X	
UFRGS				X		

1.3 Matrizes Curriculares – Portugal

Portugal é um país com dimensões muito menores quando comparado ao Brasil e é composto por dezoito Distritos Administrativos além das regiões autónomas da Madeira e dos Açores. Actualmente possui oito faculdades de Medicina sendo duas no distrito do Porto (Universidade do Porto e Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar), duas no distrito de Lisboa (Universidade de Lisboa e Universidade Nova de Lisboa), uma no distrito de Coimbra (Universidade de Coimbra), uma no distrito do Algarve (Universidade do Algarve), uma no distrito de Braga (Universidade do Minho) e uma no distrito de Castelo Branco (Universidade da Beira Interior).

Figura 3- Mapa de Portugal com as divisões dos Distritos Administrativos



1.3.1 Universidade do Porto

A matriz curricular dessa IES encontrada no sítio electrónico é referente aos anos 2020/2021 (152). A mesma é composta de algumas disciplinas obrigatórias do 1º ao 4º anos (1º ao 8º períodos), cujas temáticas abordam:

- Capacidade de comunicação;
- Capacidade reflexiva sobre a condição humana;
- Observação, identificação e interpretação de expressões humanas;
- Relação médico-doente;
- Capacidade empática;
- Capacidade de ouvir;
- Entrevista centrada no doente;

- Trabalho em equipas.

Tais temáticas estão presentes nas seguintes disciplinas: Humanidades em Medicina (1º período), Psicologia Médica I (2º período), Comunicação em equipas de saúde (optativa 3º período), Psicologia Médica II (4º período), Comunicação clínica I (optativa do 8º período) e Comunicação clínica II (optativa do 10º período) (152).

Em Psicologia Médica II além do conteúdo já citado também são abordados e ensinados os conteúdos referentes às questões listadas como se segue: doente terminal e CP em aula teórica; idade avançada em aula teórica; comunicação de más notícias em aula prática e emoções fortes em aula prática. Sua carga horária total é de 81 horas (152).

No 4º ano há a disciplina obrigatória de Bioética e Deontologia com ensino voltado para a dimensão ética da saúde e questões éticas de fim de vida além de outros tópicos. Possui carga horária total de 81 horas (152).

No 4º ano há a disciplina optativa de CP que inclui o ensino sobre Testamento Vital e suspensão de tratamentos. Possui carga horária de 28 horas e sua metodologia de ensino inclui seminários teóricos e teórico-práticos, trabalhos de grupo, orientação tutorial e apresentação pelos estudantes de casos-problema e estágio em unidade de CP (152).

Essa IES foi classificada nas categorias: Dois (possui disciplina de CP optativa que inclui DAV); três (possui ensino das DAV em outra disciplina que não seja CP) e cinco (possui disciplina com tópicos de CP acrescido a outros).

1.3.2 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

A matriz curricular dessa IES encontrada no sítio electrónico é referente aos anos de 2020/2021 (153). A mesma é composta de algumas disciplinas do 1º ao 3º anos que ensinam sobre:

- Integração ao meio: relação e comunicação interpares (médico-doente e médico-sociedade);
- Importância da equipe multidisciplinar;
- Ética, comunicação e sociologia;

- Postura e comunicação adequadas na relação médico-doente;
- Aplicar modelo bio-psico-social (doença crónica, doença de prognóstico fatal, situação terminal);
- Comunicação de más notícias;
- Aprender a lidar com a morte e o morrer.

As disciplinas compostas pelas temáticas acima listadas são: Introdução à Medicina I e II (1º e 2º períodos); Psicologia (3º período); Ciência e sociedade (optativa do 3º período); Semiologia e Fisiopatologia I e II (5º e 6º períodos); Psicologia Médica (6º período) (153).

No 4º ano há a disciplina de Bioética e Deontologia que possui 28 horas de carga horária, na qual, segundo a ementa, está previsto o ensino de conteúdos tais como consentimento informado e DAV, ética médica e morte e comunicação de más notícias, entre outros tópicos (153).

No 5º ano a matriz curricular apresenta as disciplinas optativas de Oncologia Clínica com o tema CP e dor inserido dentro do conteúdo com carga horária de 81 horas, e a de CP que também possui 81 horas de carga horária com o tema de comunicação inserido em seu conteúdo cuja metodologia de ensino propõe: método expositivo oral, estudo de caso, *role-playing* de comunicação de más notícias e *workshop* com discussão de casos clínicos (153).

Essa Universidade foi classificada nas categorias: dois (possui CP em carácter optativo); três (apresenta ensino das DAV em outra disciplina distinta aos CP) e cinco (possui disciplina optativa que apresenta CP inserido como um tópico).

1.3.3 Universidade do Minho

A matriz curricular dessa IES encontrada no sítio electrónico é referente aos anos de 2019/2020 (154). Possui um grupo de disciplinas chamado de Domínios Verticais que percorrem o curso do 1º ao 5º anos promovendo o estudo de Humanidades como fonte de educação e cultura para o futuro médico além de Ética e Bioética em Medicina, Medicina Legal, Ética e Medicina Paliativa, entre outros temas trabalhados por meio de análises de casos, discussões e reflexões em pequenos grupos, painéis e debates gerais entre estudantes, docentes e oradores convidados. Cada disciplina desse grupo possui carga

horária de 28 horas. Na disciplina Domínios Verticais III (no 3º ano) é abordado tema sobre os princípios dos CP, em Domínios Verticais IV (no 4º ano) é abordado tema sobre a pessoa com sofrimento, em Domínios Verticais V (no 5º ano) é abordado temas como dignidade humana em Medicina, eutanásia, Testamento Vital e outras questões éticas no final da vida (154).

Ainda no 1º ano há a disciplina de Introdução ao Curso de Medicina que aponta para a importância da relação médico-doente cadastrada com 47 horas de carga horária. E nos 2º e 3º anos estão previstas as disciplinas de Família, Sociedade e Saúde I e II respectivamente com 52 e 98 horas de carga horária respectivamente, cuja metodologia de ensino está organizada a partir de aulas teóricas e teórico-práticas, que ensinam sobre:

- Valorizar princípios éticos em Medicina
- Conhecer a importância da família na saúde e na doença;
- Conhecer assuntos associados aos CP;
- Envelhecimento saudável, final de vida e doentes terminais;
- Comunicação Médica;
- Autonomia do paciente.

No 6º ano há a disciplina de Residências Hospitalares (estágio final) que possui uma aula em forma de seminário sobre cuidados intensivos, paliativos e anestésicos (154).

Apesar de não possuir uma disciplina específica de CP, essa IES aborda o tema de CP, autonomia do doente, comunicação médica e Testamento Vital, temas esses incluídos em várias disciplinas do início ao final da formação, caracterizando um ensino de forma vertical, ainda assim não foi encontrado na matriz curricular disponibilizada, o ensino de todas as competências recomendadas pela EACP e CNCP para caracterizar para esta pesquisa, o ensino formal de CP (154).

Essa IES foi classificada na categoria: Cinco (possui disciplinas com tópicos de CP e DAV acrescidos a outros).

1.3.4 Universidade do Algarve

A matriz curricular dessa IES encontrada no sítio electrónico é referente aos anos de 2019/2020 (155). Esse curso de Medicina foi desenvolvido de forma a compreender um ciclo de estudos com quatro anos, cujo acesso é exclusivo a detentores de uma licenciatura (no mínimo) e é formado por um currículo integrado e baseado em PBL (155).

A Universidade do Algarve possui algumas disciplinas nos 3º e 4º anos que discutem sobre:

- Comunicação e Ética profissional;
- Abordagem centrada na pessoa, holística e generalista;
- Relação médico-doente;
- Medicina mais humanística;
- Competências em Comunicação com doentes e colegas;
- Ética na prática da Medicina;
- Comunicação de más notícias;

Essas disciplinas são: Ciências Básicas e Clínicas I, II, III e IV (3º, 4º, 5º e 6º anos); Clínicas I, II, III e IV (3º, 4º, 5º e 6º anos); Seguimento clínico doentes I e II (3º e 4º anos).

As disciplinas Laboratório de Aptidões I, II, III e IV são ofertadas nos 3º, 4º, 5º e 6º anos respectivamente, possuem carga horária de 274 h, 274 h, 1640 h e 83 h respectivamente e discute sobre os temas de: respeito do direito do paciente à confidencialidade; respeito à autonomia; obtenção de consentimento informado; trabalho em equipa; entre outros. Possuem metodologia de ensino com aulas teórico-práticas e expositivo/prática (*role-playing/ator/modelo anatómico/paciente*) (156).

Assim como em outras instituições já apresentadas, também nesta universidade são ensinados temas que mostram a preocupação em que o aluno aprenda a desenvolver a compreensão global das necessidades individuais de cada paciente através do respeito à sua autonomia e do aprimoramento das habilidades em comunicação. Apesar disto, não foi encontrado na matriz curricular disponibilizada no sítio electrónico desta universidade, disciplina de CP ou disciplina que contenha CP dentro do seu conteúdo (156). Essa IES foi classificada na categoria: três (possui ensino das DAV em outra disciplina que não seja CP)

1.3.5 Universidade de Coimbra

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico oficial é referente aos anos de 2020/2021 (157). Essa IES possui a disciplina de Introdução à Prática Médica I, II, III e IV nos 1º, 2º, 3º, e 4º períodos respectivamente que ensinam sobre:

- Relação médico-doente;
- Conceitos gerais da entrevista médica;
- Funções da comunicação;
- Regras de aplicação do consentimento informado;
- Conceito de humanização em Medicina;
- Como comunicar com os doentes “problemáticos”;
- Comunicação de más notícias;
- O que são cuidados em fim de vida. O que é futilidade médica;
- Código Deontológico;
- Diretivas Antecipadas de Vontade;

No 3º ano (5º período), sua matriz curricular apresenta a disciplina de Ética, Deontologia e Exercício Profissional que trata dos seguintes conteúdos: relevância da ética e Deontologia e estar sensibilizado às problemáticas ligadas à saúde, doença, vida e morte, consentimento livre e informado, Testamento Vital, entre outros. Utiliza a metodologia de ensino baseada em aulas teóricas para introdução de novos temas complementadas por aulas práticas nas quais grupos de alunos preparam debates a partir de estudos de caso ou outro ponto de partida escolhido para a actividade. Não foi possível obter sua carga horária (157).

No 3º ano (6º período), há a disciplina de Psicologia Médica que trata do tema da Comunicação verbal e não-verbal e de como lidar com situações difíceis na comunicação, Comunicação e doença crónica, entre outros temas. Como metodologia de ensino, o conteúdo é abordado de forma expositiva e demonstrativa, utilizando-se o *role-playing* e proporcionando o contacto com doentes. Não foi possível obter sua carga horária (157).

No 4º ano (8º período), há a disciplina de Oncologia que aborda o tema de Reabilitação e tratamento paliativo no doente com cancro além de outros temas não pertencentes aos CP. Sua metodologia de ensino é baseada em aulas teóricas e teórico-práticas. Não foi possível obter sua carga horária (157).

Ainda no 4º ano (8º período) há a disciplina optativa de CP e Terapêutica da dor que aborda o tema de comunicação em fim de vida além de outros tópicos referentes aos CP. Sua metodologia de ensino é também baseada em aulas teóricas e teórico-práticas com apresentação e discussão de casos práticos. Assim como as anteriores, não foi possível obter a carga horária dessa disciplina (157).

A Universidade de Coimbra foi classificada nas categorias: Dois (possui CP optativa); Três (possui ensino de DAV em outra disciplina que não seja CP) e Cinco (disciplina que aborda CP e DAV incluído dentro do seu conteúdo).

1.3.6 Universidade da Beira Interior

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico oficial é referente ao ano de 2020 (158). Essa IES possui algumas disciplinas dos 1º ao 5º anos que ensinam sobre:

- Trabalho em equipa e comunicação com colegas;
- Atitudes e valores;
- Diferentes abordagens da dor e do sofrimento;
- Princípios éticos e valores;
- Relação e comunicação médico-doente;
- Competências comunicacionais com doentes, familiares e diferentes profissionais de saúde;
- Ética no envelhecimento.

As referidas disciplinas são: Iniciação à Medicina (1º ano), A arte da medicina (1º ano), Bases psicológicas da Medicina (2º ano), Medicina geral e Familiar I, II e III (2º, 4º e 5º anos), Geriatria (3ºano) e Clínica Médica e Cirúrgica I, II (4º e 5º anos) (158).

No 3º ano há a oferta da disciplina de Deontologia e Direito Médico que aborda os temas de autonomia, informação e consentimento e de ética no fim da vida, entre outros. Possui carga horária total de 70 horas (158).

No 5º ano há a disciplina de Ética Médica e Bioética com carga horária total de 70 horas, cujos temas são de ética e bioética no fim da vida, o profissional de saúde e a humanização na relação médico-doente, o Testamento Vital, entre outros. Sua metodologia de ensino se compõe de seminários temáticos, análise e discussão de casos, actividades de pesquisa, análise e síntese de literatura empírica (158).

Essa IES foi classificada nas categorias: Três (ensino das DAV em outra disciplina que não seja CP). Não se considerou que possui disciplina obrigatória ou optativa de CP, pois não prevê na ementa disponibilizada nenhuma disciplina que atenda a todo o conteúdo que é preconizado pelas EAPC e CNCP, apesar de possuir alguns temas pertencentes aos CP sendo ensinados de maneira vertical durante os anos da graduação.

1.3.7 Universidade Nova de Lisboa

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico oficial desta IES é referente ao ano de 2020 (159). Possui disciplinas dos 1º ao 4º anos que incluem em suas ementas o ensino sobre:

- Importância da relação médico-doente;
- Importância do trabalho em equipa;
- Comunicação com doentes e familiares;
- Aspectos psicológicos da relação médico-doente;
- Doença terminal, morte e luto;
- Comunicação de más notícias.

Essas disciplinas são: Introdução à Medicina (1º ano), Introdução à prática clínica (2º ano), Psicologia Médica e Medicina Comportamental (4º ano) (159).

No 3º ano há a disciplina de Medicina e Sociedade que é uma unidade curricular integradora constituída por três módulos, como se segue:

- Ética, Deontologia e Direito Médico que aborda o tópico de consentimento e recusa esclarecidos, solidariedade médica, doente crónico, relação do médico com familiares do doente, entre outros temas. Nesse módulo a metodologia de ensino utilizada conta com uma aula expositiva de introdução aos grandes temas e, em seguida, são propostas aulas para se fazerem discussões de casos;
- Introdução à Medicina Legal, constituído por seis aulas teóricas;
- Médico, Doente e Sociedade que aborda as principais questões relacionadas com o exercício da profissão médica nos tempos actuais. Constituído por dez aulas expositivas distribuídas pelas três áreas do conhecimento profissional médico, da política e da economia da saúde (159).

Nos 2º ou 3º anos há disciplina optativa de Ética e Biomedicina que inclui a problematização do início e do fim da vida, a relação médico-doente, entre outras questões e a metodologia de ensino descrita é composta de aulas teórico-práticas (159).

No 4º ano há a disciplina optativa de Ética e Cuidados de Saúde que aborda os seguintes assuntos: conhecer os princípios da Bioética, conhecer os direitos dos doentes no que diz respeito à obtenção do Consentimento informado, bem como o direito à privacidade e confidencialidade, Bioética e Gerontologia (envelhecimento, fim de vida e morte), entre outros. A metodologia de ensino proposta contempla, também, aulas teórico-práticas (159).

No 5º ano há a disciplina Doente com cancro que tem como um dos tópicos os CP e a metodologia de ensino descreve aulas e mini-seminários semanais (159).

No 5º ano há a disciplina optativa de CP Pediátricos. Sua metodologia de ensino pressupõe aulas teóricas, aulas teórico-práticas, aulas práticas clínicas (se possível com acompanhamento de apoio domiciliário) e aulas práticas não clínicas (treino de comunicação) (159).

Não foi possível obter as cargas horárias das disciplinas da referida universidade em seu sítio electrónico oficial. Ela foi classificada nas seguintes categorias: Dois (tem CP optativa), três (tem ensino sobre consentimento informado em outra disciplina que não seja os CP) e cinco (possui disciplina que apresenta CP como um dos tópicos).

1.3.8 Universidade de Lisboa

A matriz curricular encontrada no sítio electrónico oficial desta IES é referente aos anos de 2019/2020 (160). A Universidade de Lisboa apresenta seu plano de estudo dividido em Módulos e Troncos Comuns. O Módulo III. I, cujo título é Medicina Clínica: O Médico, a pessoa e o doente, abrange os três primeiros anos (160).

No 1º ano é ofertada a disciplina de Introdução à Medicina, inserida no Módulo III. I que tem como tópicos: a evolução do papel do doente, a representação sociocultural da doença, os determinantes biopsicossociais do sofrimento, entre outros (160).

Ainda no 1º ano, inserida no Tronco Comum I é ofertada a disciplina de Ética e Ciências Sociais que versa sobre princípios éticos, antropologia da morte, antropologia médica, futilidade terapêutica, suspensão de meios terapêuticos, entre outros temas (160).

No 3º ano, inserida no Módulo III. V, é ofertada a disciplina de Introdução à Clínica que inclui um curso de comunicação médico-doente composto por uma aula prática de uma hora de duração baseada na interação com doentes standardizados (atores treinados) (160).

Ainda no 3º ano, no Tronco Comum IV, é ofertada a disciplina de Introdução às doenças do envelhecimento, a qual apresenta CP e fim de vida em geriatria como um de seus tópicos (160).

No 5º ano, inserido no Módulo V. II de Medicina Interna é ofertada a disciplina de CP mas não foi possível obter a ementa da mesma no sítio electrónico oficial. No Módulo X de Medicina Geral e Ciências Sociais é ofertada a disciplina de Ética e Deontologia Médicas, cujos temas abrangem: Consentimento informado, livre e esclarecido, a ética do fim de vida, os Cuidados Paliativos, o Testamento Vital, os limites da autonomia da vontade, entre outros. Ainda nesse mesmo Módulo, é ofertada a disciplina de Medicina Geral e Familiar que aborda os seguintes assuntos: Doente crónico, cuidados continuados e paliativos, entre outros temas (160).

Dentre as disciplinas optativas ofertadas estão:

- Humanidades Médicas (disponível do 2º ao 5º ano) que ensina estratégias comunicativas e de autoconsciência reflexiva.
- Luto em Medicina (disponível no 3º ano).

- Cuidados Paliativos (disponível do 4º ao 5º ano): além de outros temas pertinentes aos CP, é abordado o tema sobre conhecer as perícias de comunicação com doentes em fim de vida. Possui carga horária total de 20 horas, distribuídas em aulas teóricas, teórico-práticas e práticas. Como metodologia de ensino, para além das sessões teórico-práticas são privilegiadas discussões em grupo de casos clínicos, simulação de papéis, análise de vídeo gravações e contacto directo com equipas de cuidados paliativos.
- Direito em Medicina (disponível no 4º ano): além de outros temas há o foco na Ética Médica, no consentimento informado e nas DAV (161).

Essa IES foi classificada nas categorias: Um (possui disciplina de CP obrigatória), dois (possui disciplina de CP optativa), três (possui ensino sobre Consentimento informado e Testamento vital em outra disciplina distinta aos CP) e cinco (possui disciplinas no 3º e 5º anos que apresentam CP como um de seus tópicos). Não foi possível obter as cargas horárias das disciplinas obrigatórias pelas informações do sítio electrónico oficial e lamentavelmente não foi possível obter a ementa da disciplina de Cuidados Paliativos ofertada dentro do Módulo de Medicina Interna.

1.4 Panorama Português

Analisando-se os dados obtidos na busca feita nos sítios electrónicos institucionais das Instituições de Ensino Superior portuguesas seleccionadas para esta pesquisa, pode-se dizer que eles apontam para os seguintes resultados: Uma IES oferece na matriz curricular a disciplina de CP em carácter obrigatório inserida em um Módulo de Medicina Interna (12,5%), cinco IES oferecem a disciplina de CP em carácter optativo (62,5%). Seis IES oferecem disciplinas que abordam CP como um tópico dentro do seu conteúdo (75%) sendo que apenas uma dentre elas, a Universidade do Minho, não está no grupo das que oferecem disciplina de CP optativa.

Quanto ao ensino sobre as DAV, este foi encontrado nas cinco disciplinas de CP em carácter optativo (62,5%). Sete IES apresentam conteúdo sobre Consentimento Informado, TV e DAV em outras disciplinas distintas aos CP sendo estas disciplinas mais comumente relacionadas à Bioética (87,5%). Na Universidade de Lisboa o ensino das DAV ofertado na disciplina de Bioética é associado aos CP. Não foi encontrado nenhuma disciplina similar aos CP nestas IES.

Tabela 2 – Categorias de acordo com as IES de Portugal

IES	0	1	2	3	4	5
UPORTO			X	X		X
ICBAS			X	X		X
UMINHO						X
UALG				X		
UCOIMBRA			X	X		X
UBI				X		
UNOVALISBOA			X	X		X
ULISBOA		X	X	X		X

2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72% das causas de morte, sendo as doenças cardiorrespiratórias, cancro, diabetes e respiratória crónica, as principais patologias. Os indivíduos atingidos são oriundos de todas as camadas socioeconómicas, sendo os mais vulneráveis aqueles com baixa renda, baixa escolaridade e idosos. O desenvolvimento de doenças crônicas na população encontra-se conjugado a determinados elementos agravantes tais como a transição demográfica, epidemiológica, nutricional, urbanização e crescimento económico e social (162). A estrutura etária brasileira está a sofrer mudanças aceleradas, percebe-se pelo decréscimo da proporção de crianças e jovens e a majoração da proporção de idosos com o aumento de sua expectativa de vida. Ante tal fato, pode-se supor que brevemente o Brasil terá pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus, o que se torna um desafio para todos os sectores exigindo um novo modelo de atenção sanitária para atender a toda a população, especialmente a idosa, cujo crescimento favorece o aumento de doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis (162).

Enquanto o Brasil caminha para o quadro exposto acima, pode-se dizer que Portugal já vive nessa condição, contemplando uma população envelhecida e um número cada vez maior de pessoas a conviver com doenças crônicas não transmissíveis. Segundo o Retracto da Saúde de 2018 feito pelo Ministério da Saúde, Portugal já tem mais idosos do que jovens a residir no país: 21% tem 65 anos ou mais, enquanto 14% tem 15 anos ou menos. São um milhão de pessoas com 75 anos ou mais no país (163).

A demanda das sociedades brasileira e portuguesa aos seus sistemas de saúde reflecte bem a situação da demanda mundial. A OMS, a IAHP, a WPHCA, o Conselho da Europa, a EAPC, a CNCP, a ANCP já há alguns anos, preconizam como uma das respostas a esta situação mundial, a inclusão do ensino de CP nos currículos formais de graduação dos profissionais de saúde em geral. Segundo a OMS “todas as escolas médicas devem incluir treinamento básico em CP”(19–21,89).

Os dados obtidos nessa pesquisa, realizada com as matrizes curriculares de cinco cursos de Medicina brasileiros, sugere que no Brasil, ainda, a resposta do ensino médico está muito aquém das necessidades de sua população. Lamentavelmente, apenas uma escola médica entre as estudadas, a da USP, possui uma unidade curricular similar aos CP em carácter

optativo denominada “O médico frente à morte”. Esta possui ensino de habilidades de comunicação em fim da vida incluído e quinze horas de carga horária total. Para este estudo, essa disciplina não foi considerada uma disciplina de CP optativa por não possuir na ementa todos os tópicos preconizados pela OMS e ANCP necessários para seu ensino e carga horária menor do que a sugerida. Sua metodologia de ensino é composta por aulas teóricas, seminários, discussão de filmes e relato de casos, sem que haja na ementa disponibilizada, nenhuma informação referente à aulas práticas ou teórico-práticas. Em outra universidade, a UNB, existe a disciplina denominada Antropologia, também em carácter optativo, em que é incluído um tópico de palição e morte, sem referência à metodologia de ensino utilizada e à carga horária pelo sítio electrónico oficial. Nas três restantes não houve citação sobre CP na matriz curricular.

Segundo a Análise Situacional publicada no Brasil pela ANCP em 2018, eram 302 cursos de graduação de Medicina no Brasil sendo que somente 42 (14%) ofereciam uma disciplina de CP e destas, somente dezoito (6%) eram disciplinas em carácter obrigatório(19). Isso mostra que realmente não estão capacitando os profissionais na mesma proporção da demanda actual e futura. O resultado desse estudo sugere que em 2020, a situação brasileira permanece similar ao quadro evidenciado em 2018 pela ANCP. Apesar desse estudo não ter contemplado na amostra brasileira todos os cursos de Medicina do Brasil, não obstante foram utilizadas IES de referência no país. Neste estudo não foi encontrada a disciplina de CP em carácter obrigatório ou optativo e assim não foi possível analisar a existência e a forma do ensino das DAV inserido á disciplina de CP no Brasil. Na disciplina da USP que foi considerada similar á disciplina de CP, segundo a ementa, existe o ensino de habilidades de comunicação mas não foi citado especificamente o ensino das DAV ou sobre consentimento informado.

Nesse sentido, em três universidades apresentadas na amostra brasileira, há referência ao ensino das DAV ou sobre consentimento informado em disciplinas de Deontologia e Bioética ou Deontologia e Medicina Legal, mas é importante enfatizar que o recorte escolhido para essa pesquisa é o ensino das DAV incluído nos CP. Isso porque a preocupação dessa pesquisa é apontar para a importância de se abordar esse tema associado aos CP, ensinando às novas gerações de médicos a lidar com situações de fim de vida e como fazer uso desse documento ao se deparar com uma pessoa portadora de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), ou seja, no momento em que exista a indicação dos CP com a finalidade de garantir a autonomia do doente no futuro.

Para que os CP sejam ofertados a toda a população brasileira que como já foi citado está envelhecendo, e além disso a sobrevivência com doenças crônicas está aumentando tanto em idosos como em crianças, devido ao constante surgimento de novos recursos tecnológicos e científicos, é necessária a adequada capacitação dos profissionais de saúde e essa capacitação virá na medida em que os CP forem devidamente regulamentados em cada país de acordo com suas realidades. Segundo a OMS (2014), a gama de políticas, que devem ser incluídas englobam leis (que reconheçam e definam que os CP fazem parte do sistema de saúde); padrões nacionais de cuidados descrevendo CP; diretrizes clínicas e protocolos; o reconhecimento dos CP como especialidade médica/subespecialidade; estratégia nacional de implementação dos CP; resoluções que estabelecem os CP como um serviço reconhecido do sistema de saúde, com o acompanhamento dos regulamentos de habilitação necessários (81,89).

Em resposta à essa necessidade, gradativamente, têm surgido resoluções do CFM e portarias do Ministério da Saúde (MS). O CFM reconheceu a Medicina Paliativa como área de actuação médica no país, através da resolução do CFM que entrou em vigor em 2011, a 1.973/11 (72), tornando-se necessário que instituições de ensino e a política nacional de saúde compreendam sua importância e impulsionem sua habilitação (164). Outras resoluções do CFM também importantes dentro do âmbito dos CP, foram a aceitação da ortotanásia como elemento fundamental à manutenção da dignidade no final da vida na resolução 1.931/09 (71) e a resolução 1.995/12 que define as DAV e reconhece o direito do paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente(9).

Quanto às portarias do MS, existe a Portaria GM/MS nº 874 de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) no âmbito do SUS que entre outras acções aos doentes com cancro, procura oferecer qualidade de vida aos mesmos através de acções de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e CP (165). Outra Portaria é a GM/MS nº 483 de 2014 que redefiniu a RASPDC e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado garantindo acesso às acções de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e CP no cuidado das pessoas com doenças crônicas (166). Em 2017 foi aprovada a Portaria nº 2.436 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. No seu 2º Artigo define a Atenção Básica como o conjunto de acções de saúde

individuais, familiares e colectivas que envolvem promoção, prevenção, protecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipa multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipas assumem responsabilidade sanitária. E no primeiro parágrafo coloca a Atenção Básica como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das acções e serviços disponibilizados na rede (167).

Mais um passo importante foi a determinação 41/2018 de 31 de outubro de 2018, da Comissão Intergestores Tripartite, publicada no Diário Oficial da União. Dispõe sobre as directrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS e estabeleceu que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (28,76). Ela preconiza no Artigo 3º nove objectivos para a organização dos cuidados paliativos. São eles: “ I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde; II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; III - incentivar o trabalho em equipa multidisciplinar; IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade; VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efectivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados”. O Artigo 5º preconiza que “Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente: I- Atenção Básica; II- Atenção Domiciliar; III- Atenção Ambulatorial; IV- Urgência e emergência e V- Atenção Hospitalar”(76). Com as portarias mencionadas acima e essa determinação 41/2018, percebemos a importância da atenção básica, que é a porta de entrada à todos os pacientes usuários do SUS e na importância de que seus profissionais de saúde saibam o que é os CP e qual sua finalidade e que possuam a capacidade para fazer os primeiros atendimentos em Cuidados Paliativos, para encaminhar aos especialistas no momento correto e também para acompanhar junto a esses especialistas quando necessário.

Diferentemente de Portugal, não foi estruturada uma política nacional tal qual a Rede Nacional de Cuidados Paliativos que organiza o atendimento em todos os níveis de forma igualitária em todo o país, mas apenas directrizes para a aplicação dos CP no contexto da saúde pública no SUS ou leis estaduais (até então de Goiás, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo). Apesar disso, depois do exposto, percebe-se que já existe um contexto brasileiro em que é preconizado pelo Ministério da Saúde (através da determinação 41/2018) que CP seja ensinado na graduação e na especialização de profissionais de saúde e que seja ofertado inserido à RASPD, desde a atenção básica até a atenção hospitalar. Diante disso, torna-se necessário avaliar se os profissionais de saúde, no caso médicos, são habilitados para exercerem a medicina paliativa juntamente com as outras demandas da atenção básica e se há profissionais suficientes para o atendimento especializado em CP.

Segundo a ANCP, apesar dos avanços na oferta dos serviços de CP, ainda nos deparamos com uma cobertura insuficiente, na qual apenas 14% da população é assistida, enquanto 86% não têm nenhum tipo de assistência e morre com dor e sofrimento (19,81). A solução para esse quadro é e será através da educação principalmente na graduação. Para isso, definições quanto a actual situação e melhor estratégia de ensino-aprendizagem abordada nas escolas médicas faz-se importante. Na formação médica actual, as escolas deveriam contemplar a questão do ensino em cuidados no fim da vida em seus currículos de maneira a direccionar os futuros profissionais para o seu dia-a-dia e propiciar a fundamentação para a formação de generalistas com habilidades paliativistas (164). Torna-se relevante e necessária a discussão sobre o ensino dos cuidados no fim da vida o que inclui o ensino de habilidades em comunicação e o uso das DAV, tema pelo que se percebe, diante do que já foi exposto, inclusive nos resultados desse estudo, ainda negligenciado no ensino da graduação em Medicina no Brasil (164).

Percebe-se que no Brasil, em resposta às novas Directrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (2001 e 2014), as escolas médicas têm preocupado-se em incluir em suas matrizes curriculares, desde os primeiros anos de formação e de maneira longitudinal, disciplinas que apresentam tópicos relacionados ao ensino sobre: relação médico-doente, ética médica, humanização da Medicina, trabalho em equipa interdisciplinar, método clínico centrado na pessoa, habilidades de comunicação em saúde. Apesar de muitos desses tópicos integrarem os CP, seu ensino tal como é preconizado pela ANCP para o 1º nível de formação (para profissionais não especializados), a curto prazo (como uma disciplina específica), ou a longo prazo (CP sendo discutido e ensinado ao longo da graduação com sua inclusão em várias

disciplinas) e que, segundo essa directriz da ANCP, se fundamenta com “ensino de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas físicos como dor, náuseas, *delirium* ou dispneia, directrizes e documentos de boas práticas para o uso da sedação paliativa e o manejo de cuidados durante o processo activo de morte, treinamento de profissionais para realização das DAV e estabelecimento de fluxos para o fornecimento de Declaração de Óbito para doentes que falecerem sob cuidados de fim de vida em domicílio” (19), ainda é insuficiente porque não há, nas ementas estudadas, nenhuma disciplina que contemple todas essas competências preconizadas aos CP ou sendo ensinadas durante a formação de maneira longitudinal. Além disso, a leitura atenta dessas directrizes deixa enfatizado que o saber médico deve se voltar à prevenção e à cura das doenças, nelas nada se diz a respeito da importância do cuidado ao doente que não será curado e que caminhará para a morte, e tampouco se oferecem recursos na graduação de medicina para instrumentalizar os futuros médicos a cuidar dos doentes que se encontrem nessa situação (102)

Os resultados deste trabalho referentes ao Brasil também são corroborados por quatro estudos brasileiros. Dois falam sobre o conhecimento de estudantes de Medicina sobre o Testamento Vital. Um deles foi realizado na Universidade Federal do Maranhão em 2017 e o outro na Universidade do Estado do Pará em 2013. As amostras de ambos foram estudantes de Medicina e os resultados foram semelhantes: a minoria dos entrevistados tinha uma noção clara sobre o significado do termo “ Testamento Vital” mas a maioria se manifestou em favor da ortotanásia frente a um paciente em fase final de vida, sendo que no estudo de 2012 foi necessário fazer uma breve explicação no momento da entrevista. Observou-se que grande parte dos alunos desconhece conceitos básicos de temas de fim de vida (64,168). Outro estudo é sobre o ensino médico na graduação de CP realizado em 2015, na Universidade Federal de Alagoas, que também utilizou estudantes de Medicina como amostra, identificou que a inclusão, no currículo de Medicina, de habilidades de comunicação em CP e em ética sobre o fim da vida foi considerada importante ou muito importante por 95,5% dos estudantes entrevistados mas apesar disso, também evidenciou que os estudantes de Medicina não se sentem capacitados para interagir com pacientes e familiares com o intuito de discutir a morte e o manejo clínico do paciente terminal sem auxílio de algum nível de supervisão, sendo que 88,1% declarou que se sentem ansiosos, desconfortáveis e impotentes ao pensarem sobre a morte de seu paciente (169). E o quarto estudo, realizado em 2011, também é sobre o ensino médico na graduação de CP mas participaram como amostra 58 coordenadores de 179 cursos de Medicina do Brasil. Neste foi evidenciado que a maioria dos coordenadores (96,6%) considerou muito importante o ensino

dos cuidados no fim da vida mas 73% acredita que o tempo para ensinar sobre os cuidados paliativos em seus currículos é insuficiente, sendo sua prioridade insuficiente ou inexistente em 50,9% das opiniões. O pequeno número de docentes especializados foi considerado como uma das barreiras para incorporar esse ensino no currículo da graduação (164). Se o ensino médico durante a graduação de CP continuar deficiente, o número de docentes também continuará deficiente, ou seja uma deficiência alimenta a outra.

Em relação a Portugal, pode-se afirmar que o quadro é mais favorável quando comparado ao Brasil, pois, apesar do resultado deste estudo evidenciar somente uma universidade a oferecer a disciplina de CP em carácter obrigatório, em cinco universidades portuguesas sua oferta está prevista na matriz curricular em carácter optativo.

Então, entre as oito IES de Portugal que possuem o curso de Medicina, foram encontradas seis IES (75%) onde a disciplina de CP é ofertada como obrigatória e/ou optativa e, acrescido a isso, elas apresentam CP como um dos tópicos em alguma disciplina em carácter obrigatório e/ou oferecem tópicos dos CP inseridos em outras disciplinas de maneira vertical também em carácter obrigatório. Ou seja, o futuro médico não se gradua nesses cursos sem ter pelo menos ouvido falar sobre os CP mesmo que ele não tenha, efectivamente, cursado essa disciplina.

As cinco IES que ofertam disciplina de CP optativa, segundo suas ementas, apresentam como um de seus tópicos, o tema de comunicação em fim de vida e/ou o ensino de consentimento informado, DAV ou TV e todas elas associam aulas teóricas com aulas teórico-práticas e aulas práticas, sendo que na Universidade do Porto, ela tem 28 horas de carga horária e existe um estágio em unidade de CP, na Universidade Nova de Lisboa é previsto um treino em comunicação, sem informação de carga horária e na Universidade de Lisboa, ela possui 20 horas de carga horária. Na IES (Universidade de Lisboa) que oferta o curso de CP em carácter obrigatório dentro do módulo de Medicina Interna não foi possível avaliar a existência do ensino das DAV inserido na disciplina de CP por não ter sido disponibilizada a ementa desse curso, mas nesta IES foi encontrado outro módulo, o de Medicina Geral e Ciências Sociais que inclui a disciplina de Ética e Deontologia Médicas, em carácter obrigatório, sem citação sobre carga horária, onde é ofertado o ensino sobre as DAV associadas aos CP. Apenas em duas IES portuguesas (Universidade da Beira Interior e Universidade do Algarve) não foi encontrada nas ementas disponibilizadas pelo sítio electrónico oficial, disciplina de CP ou similar aos CP, ou CP como um tópico de uma disciplina. Elas apresentam o ensino de Consentimento Informado, DAV e TV inserido nas

disciplinas “Deontologia e Direito Médico “ e “Ética Médica e Bioética” na Universidade da Beira Interior e na Universidade do Algarve, esse ensino está inserido no módulo “Laboratório de Aptidões”.

Ao todo, evidenciou-se sete IES portuguesas que ensinam sobre Consentimento Informado, TV e DAV em outras disciplinas distintas à disciplina de CP sendo que essa disciplina é mais comumente relacionada à Bioética. Mas como já foi explicitado anteriormente, o foco desta pesquisa é no ensino das DAV em CP, e neste caso as seis IES de Portugal que fornecem o ensino sobre os CP apresentam o ensino das DAV acrescido a este.

Segundo o Relatório de Outono do Observatório Português dos CP, em 2018, das oito IES que leccionavam o curso de Medicina, somente duas (25%) tinham os CP como unidade curricular específica de CP, embora sendo tal unidade de carácter optativo em ambos os cursos. Não obstante, é importante destacar que outras duas IES que contemplavam o curso de Medicina, em seu rol de cursos, incluíam os CP como um tópico de outras unidades curriculares com designação mais vasta, estas de carácter obrigatório (103). E segundo o Atlas da EAPC publicado em 2019, das oito IES com curso de Medicina em Portugal, quatro ofertavam a disciplina de CP, sendo que 25% ofereciam CP como um curso obrigatório e 25% o ofereciam em combinação com outras disciplinas (170). Ao se comparar os resultados dessa pesquisa com os resultados do Relatório do Observatório Português dos CP e do Atlas da EAPC, percebe-se que os estabelecimentos de ensino em Medicina de Portugal têm-se preocupado em, aos poucos, prover resposta à demanda do país, sendo que, de acordo com o relatório em 2018, eram 25% das IES com CP opcional e, de acordo com essa pesquisa, em 2020, já são 62,5% das IES com disciplina de CP opcional e 12,5% das IES com disciplina de CP obrigatória.

Segundo dados da Ordem dos Médicos, em documento regulamentar de 2017, a formação em Cuidados Paliativos não estava disponível a nível pré-graduado em todas as Faculdades e apenas nas Universidades do Algarve, Minho e Lisboa a sua frequência era obrigatória. Resultado que difere dos resultados dessa pesquisa. Segundo os achados das matrizes curriculares disponibilizadas nos sítios electrónicos, na Universidade do Algarve não foi encontrada a disciplina de Cuidados Paliativos em carácter optativo ou obrigatório, sendo justificado por eles por tratar-se de metodologia baseada em *Problem Based Learning* (PBL), na Universidade do Minho, existe a disciplina intitulada Domínios Verticais que é leccionada dos 1º ao 5º anos em carácter obrigatório, sendo que dos 3º ao 5º anos apresenta tópicos pertencentes aos CP acrescentados a outros. Estes tópicos são: Princípios dos CP (3º ano),

A pessoa com sofrimento (4º ano) e A Dignidade Humana, Eutanásia e Testamento Vital e outras questões éticas do final da vida (5º ano). Este modelo aponta para a integração vertical dos temas paliativos mas como não foram encontrados todos os tópicos considerados necessários a serem ministrados em CP para a formação básica segundo EAPC e CNCP, não foi considerado como ensino de CP em carácter obrigatório. A Universidade de Lisboa foi a única considerada por esse estudo, como possuindo ensino de CP obrigatório porque assim está na sua matriz curricular que foi disponibilizada após solicitações por contactos electrónicos.

Procurando seguir as recomendações do documento “O Licenciado Médico em Portugal”, já citado no enquadramento teórico, percebe-se que as IES deste país, tanto como no Brasil, têm-se preocupado em inserir na matriz curricular desde os primeiros anos e de maneira longitudinal, o ensino de competências, atitudes e comportamentos preconizados aos médicos recém-formados como: comunicação e interacção eficaz com doentes e familiares, respeito pelos valores do ser humano e das comunidades, consciência da importância e do potencial terapêutico da relação médico-doente, capacidade para trabalhar eficazmente em equipa, entre outros. Apesar dessa constatação, retomando a questão que suscitou a pesquisa e apesar de perceber que Portugal tem apresentado resposta gradativa às necessidades da sua sociedade, ainda não chegou ao ponto das recomendações das OMS, WHPCA, EAPC, CNCP, que seria a inclusão do ensino de CP em todas as graduações médicas. O ideal é que fossem propostas em carácter obrigatório na matriz curricular, já que em carácter optativo, nem todos os alunos, por desconhecer a importância, terão interesse em cursar a disciplina e serão formados sem conhecer a fundo um tema de tamanha relevância para todo e qualquer médico, onde quer que ele venha a exercer sua profissão, e além disso, também cumpre o papel de despertar o interesse nos alunos e de os imbuir de ferramentas para uma futura educação continuada em CP, já que foram apresentados a essa dimensão do cuidado na sua formação inicial.

Um estudo realizado na Alemanha em 2007(171), antes do ensino de CP na graduação ser compulsório neste país, com estudantes de Medicina dos 1º,3º e 5º anos, evidenciou que uma formação médica sem o ensino de Medicina Paliativa em carácter obrigatório, aumentou a confiança em algumas competências essenciais dos cuidados paliativos, o que sugeriu que os temas básicos em CP já estavam integrados em outros cursos do treinamento médico. Mas mesmo que a confiança aumente significativamente, o resultado, em geral, no final do treinamento foi pobre, o que reflectiu que simplesmente integrar tópicos de CP em outras

partes do currículo, obviamente não leva às competências apropriadas de Medicina Paliativa, evidenciando em pesquisa, a relevância do ensino de CP acontecer em carácter obrigatório nos cursos de Medicina.

Segundo relatório da Ordem dos Médicos de 2017, apesar do aumento significativo de recursos específicos de CP nos últimos anos, a grande maioria das equipas está subdimensionada em recursos humanos, nem todos têm a formação adequada, o que condiciona uma clara escassez de respostas face às necessidades e às recomendações das entidades competentes (104).

Em Portugal existiram a partir de 2004 e como circular normativa do Ministério da Saúde, vários Programas Nacionais de Cuidados Paliativos, em que se reconhecia a necessidade dos profissionais que trabalham nesta área, nomeadamente os médicos, possuírem formação específica credível para poderem desempenhar esta actividade (20,104). Mais tarde, também no Decreto-Lei nº 101 de Junho de 2006 que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados(172) essa necessidade é ressaltada e reconhecida, sendo previsível a necessidade crescente de profissionais que sustentem o desenvolvimento da referida Rede, nomeadamente no que concerne aos médicos e aos Cuidados Paliativos. Mais recentemente, em 2012, foi aprovado no Parlamento a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Decreto-Lei 52/2012, de 5 de Setembro)(67) que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, e já em 2016 foi empossada a 1ª Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (Despacho nº 7824/2016 de 15 de Junho), iniciando-se assim a regulamentação desta Rede e a implementação de um plano estratégico para a organização dos serviços e formação dos recursos humanos na prestação de Cuidados Paliativos (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP no biénio 2017-2018, aprovado pelo Despacho nº 14311- A-2016 de 28 de Novembro) (104,173). Neste plano estratégico, seguindo recomendações da OMS e EAPC e também as determinantes para a formação decorrentes da análise da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, a CNCP e também a APCP, adoptaram três níveis de formação para os profissionais de saúde, sendo que na formação básica (nível A) é exigido que possua programas/actividades de formação com duração entre 18 e 45 horas e pode ser leccionada através da formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo (20).

No Plano Estratégico da CNCP para o Desenvolvimento dos CP referente ao biénio 2019/2020, a formação e investigação entram como um dos eixos prioritários onde é colocado como recomendação o desenvolvimento da formação básica, se possível, a

observação prática em CP ao nível pré-graduado, promovendo a inclusão de conteúdos de CP, idealmente obrigatórios e com prática clínica, nos planos curriculares de todas as escolas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e outras escolas de profissionais da área da saúde (173).

Segundo a Ordem dos Médicos, já desde há alguns anos que em alguma IES com curso de Medicina em Portugal existe o ensino de Cuidados Paliativos, quer a um nível pré-graduado, quer pós graduado, a nível de mestrados (104). Quanto ao ensino pré-graduado nas faculdades de Medicina, entidades como a EAPC vêm desde há anos a fazer recomendações claras sobre o desenvolvimento dos planos curriculares, com sugestão de conteúdos a ministrar e as competências a alcançar (17,104). A EAPC organizou um Guia Orientador em 2013 onde descreve dez competências centrais descritas que destinam-se a ser encaradas como globalmente relevantes para todos os que praticam cuidados paliativos a nível geral. Segundo este guia, estas competências que já foram citadas no enquadramento teórico, são essenciais para o desenvolvimento de qualquer programa de educação em CP. Neste guia também é recomendado que a educação em CP deve abordar os seguintes tópicos, com suas respectivas proporções em percentagem:

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 equipa e auto-reflexão – 5% (17,109).

A EAPC recomenda ainda um total de 40 horas alocadas nos diferentes anos da graduação em medicina. Os fundamentos devem ser ensinados o mais precocemente possível, e os aspectos clínicos mais tardiamente no currículo. As integrações horizontais e verticais devem ser transparentes para o estudante (17,109). Esses tópicos, e a carga horária preconizada, foram procurados nas ementas das matrizes curriculares das disciplinas classificadas como similares aos CP ou que apresentavam tópicos de CP incluídos dentro da disciplina como já explicado na metodologia. Essa análise, com a procura dessas competências e desses tópicos, não foi realizada nas disciplinas em que as matrizes curriculares já denominavam como Cuidados Paliativos (em carácter obrigatório ou optativo).

Em síntese, os resultados dessa pesquisa referentes ao Brasil e à Portugal mostram que Portugal apresentou diferença entre os anos de 2018 e 2020 com aumento da oferta de

ensino sobre Cuidados Paliativos dentro dos cursos de Medicina e que existe a preocupação neste país de incluir o ensino de habilidades de comunicação e sobre o uso das DAV no contexto dos CP. Resultado que, infelizmente, não foi percebido no Brasil.

3 CONCLUSÃO

Os dados analisados e os resultados apresentados nesta pesquisa, nos induzem a concluir que Portugal está na dianteira quando comparado ao Brasil, na formação de médicos cientes e comprometidos com o cuidado aos doentes em fim de vida em todos os graus de especialização mas principalmente na atenção básica, resultado que já era esperado de acordo com as hipóteses dessa pesquisa e com base nos dados já fornecidos pela ANCP no Brasil e pelas CNCP e APCP em Portugal e pelo fato de que Portugal já está mais estruturado quanto à sua legislação nacional sobre o tema. Essa constatação é possível ao se verificar que em Portugal há cinco cursos de graduação em Medicina que oferecem a disciplina de CP em carácter optativo (segundo a CNCP em 2016, eram três) sendo que um destes também oferece a disciplina de CP em carácter obrigatório e no Brasil, das cinco regiões representadas por seus cursos considerados melhores, nenhuma IES oferece disciplina de CP, apenas uma oferece disciplina similar a CP optativa (na USP que é considerada a 1ª na posição do ranking) e uma aborda CP como um tópico dentro de uma disciplina optativa. Apesar disto, também ficou evidente nessa pesquisa que ambos os países ainda têm um longo caminho a percorrer mesmo estando em posições diferentes nesse âmbito.

Para que esse *deficit* seja eliminado, é urgente que se reflita sobre a melhoria tanto na formação de discentes como de docentes tomando-se como ponto de partida a proposta de uma nova matriz curricular que priorize a disciplina de Cuidados Paliativos, no caso do Brasil, ou o aperfeiçoamento da matriz curricular no caso de Portugal, priorizando conteúdos adequados para as formações clínica e académicas e, também, investindo no desenvolvimento de múltiplas ferramentas educacionais e métodos instrucionais para possibilitar, cada vez mais, o acesso aos conhecimentos de ponta sobre a natureza e as possíveis soluções para as questões vividas pelos pacientes com doenças crónicas e pacientes terminais.

A falta de conteúdos e treinamentos práticos nos cursos de graduação, sobre cuidados específicos de fim de vida, sobre a finitude, sobre a importância da comunicação adequada entre médicos, doentes e seus familiares para tratar dessas questões, de modo a informar de forma respeitosa e consciente os doentes sobre seu diagnóstico, prognóstico e condutas propostas, sobre o que são as DAV e, até mesmo, sobre como a formular este documento, pode provocar nos estudantes e futuros médicos, dificuldades e desconforto para lidar com

pacientes que estão vivendo seus últimos dias sem possibilidade terapêutica, o que pode ser fonte de ansiedade e sofrimento tanto para os futuros médicos como para os doentes e a família. Tal estado de coisas pode ser compreendido como a consequência de uma educação voltada para o ato de curar e para o prolongamento da vida por meio dos avanços da tecnologia e que coloca em segundo plano o conforto, a qualidade de vida, o controle de sintomas físicos e o apoio às necessidades psicossociais e espirituais dos doentes e de seus familiares.

Quando se olha para o passado, percebe-se que muito já foi feito e que todo o trajecto percorrido foi importante para se compreender o processo que nos trouxe até aqui mas, ao olhar-se para o presente e para o futuro a que se deseja chegar, percebe-se que ainda há muito a se trilhar no percurso de aprendizado sobre CP tanto para as instituições de ensino em saúde quanto para a sociedade em geral. E cabe à formação do médico e de outros profissionais de saúde, representar o papel do transporte que irá conduzir a sociedade por este novo caminho.

Parece legítimo assegurar que os resultados obtidos configuram um diagnóstico de situação da formação médica pré-graduada aceitável, na área dos CP no Brasil e em Portugal. Contudo, seguramente, este diagnóstico está incompleto e limitado. Incompleto porque houve outras dimensões da formação que não foram exploradas. Limitado, por causa das dificuldades de acesso aos dados da investigação, já que a análise dos currículos pré-graduados foi dificultada especialmente pela heterogeneidade e escassez de detalhes da informação curricular disponibilizada oficialmente pelas instituições universitárias que limitaram o desenvolvimento da pesquisa, as quais foram principalmente:

- A matriz curricular da UFPE está descrita como uma nova estrutura modular, separada por eixos e módulos. Foi encontrada nesta matriz a composição geral dos referidos eixos e módulos, mas não está disponibilizada a ementa das disciplinas separadamente;
- Na matriz curricular disponibilizada no sítio electrónico da UFPA não está disponibilizada a ementa da disciplina de Oncologia e está datada no sítio electrónico oficial como sendo de 2010 a mais recente e
- Não foi possível obter cargas horárias das disciplinas de algumas Universidades.

Outra limitação se deve à impossibilidade de se utilizar como documentos para análise, as matrizes curriculares de todas as graduações de Medicina do Brasil devido ao seu grande número, o que fez com que fosse necessário reduzir a amostra.

Respeitando as limitações metodológicas e sua influência nos resultados, as conclusões devem ser despretensiosas. Os resultados são apenas indicações sobre o panorama formativo médico, no contexto do ensino das DAV em CP no Brasil e em Portugal. De qualquer modo, indicam que a formação médica em CP parece ser globalmente incompleta, no momento pré-graduado. Fato que é corroborado por estudos de outros países como o *Triad IV* dos EUA, realizado em 2011 e publicado em 2014, onde a maioria dos estudantes de Medicina participantes da amostra, falharam em entender elementos chave sobre o Testamento Vital e sobre ordens de não reanimar (174) e o estudo chinês de Siu et al., publicado em 2010, em que os estudantes de Medicina da amostra, apesar demonstrarem atitude positiva frente as DAV, sentiam-se despreparados e com falta de conhecimento em temas de fim de vida (175). Também dentro da Europa, segundo dados do Atlas da EAPC de 2019, somente nove países reportaram o ensino de CP como uma disciplina obrigatória em todas as suas escolas médicas, sendo eles: Áustria, Reino Unido, Bélgica, Estônia, França, Alemanha, Luxemburgo, República de Moldova e Suíça (170).

Segundo um estudo realizado na Alemanha de 2006 a 2012, com todas as 36 faculdades de Medicina do país, com objectivo de acompanhar a fase de transição antes e após a legislação que entrou em vigor em 2009 e introduziu a Medicina Paliativa como uma parte integrante e compulsória do treinamento médico na graduação e também tornou obrigatório aos formandos realizar um exame em CP a fim de conseguirem a licença para praticar Medicina, foram percebidas várias mudanças na infra-estrutura educacional e clínica neste período. Estas incluem o nível de treinamento entre os professores e uso de formatos de ensino mais sofisticados e inovadores (176). A solução que este país encontrou, ao utilizar de legislação para implementação do ensino de CP de forma compulsória, serve como um modelo para outros países como Portugal e o Brasil que estão neste caminho de melhorias no ensino dos CP principalmente durante a graduação.

Tudo isto abre portas para outras análises, introduzindo melhorias metodológicas e novas variáveis do complexo universo da formação graduada. Contudo, o efeito final pretendido com este trabalho que foi fruto de uma inquietação percebida na vivência diária da prática médica na atenção básica, quanto á grande necessidade da aplicação das competências dos CP e do total desconhecimento sobre as DAV, tanto entre profissionais de saúde como entre os utentes, são os desejados ajustes curriculares para melhoria da formação médica no Brasil e em Portugal, para que esse efeito tenha consequência na disponibilidade de

atendimentos em CP e realização das DAV a todas as pessoas que estejam por necessitar de forma universal e equitativa como seus sistemas de saúde preconizam.

REFERÊNCIAS

1. Nunes R. Testamento Vital. *Revista Nascer e Crescer*. 2012;21(4):250–5.
2. Nunes R. Diretivas Antecipadas de Vontade. Conselho Federal de Medicina/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2016. 7–121 p.
3. Ribeiro DC. Autonomia : viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1749–54.
4. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioética*. 2013;21(3):463–76.
5. Brown BA. The history of advance directives. A literature review. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(9):4–14.
6. United States General Accounting Office. Patient Self-Determination Act. Providers Offer Information on Advance Directives but Effectiveness Uncertain [Internet]. 1995. Available from: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/GAOREPORTS-HEHS-95-135/pdf/GAOREPORTS-HEHS-95-135.pdf>
7. Conselho da Europa. Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina (Oviedo). Série de Tratados Europeus nº 164, de 4 de jul de 1997 [Internet]. 1997 [cited 2019 Jun 10]. p. 1–10. Available from: <https://www.google.com/search?q=convention+of+human+rights+and+biomedicine>
8. Penalva LD. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1995/12. *Rev Bioética* [Internet]. 2013;21(1):106–12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.995, de 09 de ago de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Vol. Seção I, Diário Oficial da União, de 31 de ago de 2012. 2012 [cited 2019 Jun 10]. p. 269–70. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
10. Martins LCS. A Vivência Médica no Processo de Comunicação das Más Notícias. Universidade Estadual do Pará; 2019.
11. Portugal. Assembleia da República. Lei nº25, de 16 de julho de 2012. Regula as DAV

- e cria o RENTEV. [Internet]. Diário da República nº136, Série I. 2012 [cited 2019 Jun 10]. p. 3728–30. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica. [Internet]. Vol. 3, Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019 [cited 2019 Nov 20]. p. 1–110. Available from: <http://www.portal.cfm.org.br>
 13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 7th Edition. Oxford: Oxford University Press; 2013. 1–459 p.
 14. Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance Directives for Medical Care- A Case for Greater Use. N Engl J Med [Internet]. 1991;324(13):889–95. Available from: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/329/14/977%5Cnhttp://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199309303291401>
 15. Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2019 Jan 20];14(1):33–7. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 16. Sapeta P. Formação em Cuidados Paliativos: Uma determinante no futuro dos cuidados de saúde. Cuidados Paliativos. 2016;3(2):5–6.
 17. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos – parte 1. Vol. 20, European Journal of Palliative Care. 2013.
 18. Direcção Geral da Saúde (Portugal). Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 de julho de 2004. Aprova o Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Ministério da Saúde. 2004 [cited 2019 Jun 10]. p. 19. Available from: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
 19. Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 10]. Available from: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf

20. Gonçalves E, Teixeira F, Silva R, Salazar H, Reigada C, Moreira C, et al. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Portugal: Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 10]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf
21. Sixty-Seventh World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: World Health Organization; 2014 [Internet]. [cited 2019 Jun 10]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf?ua=1&ua=1
22. Bernardo A, Monteiro C, Simões C, Ferreira C, Pires C, Pinto C, et al. Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Portugal: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; [Internet]. 2016. Available from: http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf
23. Pereira SM, Hernández-Marrero P, Silva AJ. Os Cuidados Paliativos na Formação Conducente ao Exercício de Profissões na Área da Saúde em Portugal. In: Sessão de Apresentação Oficial do OCP; Jan 2016; Lisboa, Portugal.
24. Clark D, Baur N, Clelland D, Garalda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(4):794-807.e4.
25. Gomes ALZG, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*. 2016;30(88):155–66.
26. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. [Internet]. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)/HelpAge International; 2012 [cited 2019 Jun 20]. p. 12. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Estimativas da população. 2019 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados%0Ahttps://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados%0Ahttps://www.ibge.gov.br/estatisticas/soci>

28. Santos AFJ dos, Ferreira EAL, Guirro ÚB do P. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil [internet]. São Paulo: Academia nacional de Cuidados Paliativos; 2020 [cited 2020 Jun 20]. [Internet]. [cited 2020 Jun 20]. p. 1–55. Available from: <https://paliativo.org.br/ancp-atlas-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018. 2018 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>
30. Estatísticas Demográficas - 2018. [Internet]. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística; 2019 [cited 2019 Sep 20]. p. 1–179. Available from: www.ine.pt
31. Capelas ML, Neto IG, Coelho SP. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos 3^a ed Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p. 915–36.
32. Bessa MRR. A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso : a atuação do CNECV. Porto. [Internet]. Dissertação de mestrado [Direito - Ciências Jurídico-Políticas] - Faculdade de Direito da Universidade do Porto; 2013. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf>
33. Weyne BC. Dignidade da Pessoa Humana na Filosofia Moral de Kant. THEMIS 2007 Jul; vol 5. :15–41.
34. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70; 2005.
35. Pellegrino ED. Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship. J Contemp Health Law Policy. 1994;10(1):47–68.
36. Rendtorff JD. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability-Towards a Foundation of Bioethics and Biolaw. Med Health Care Philos. 2002;5(3):235–44.
37. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self - Determination Act. Revista Bioética. 1993;1(2):152–63.
38. Bandeira M. Diretivas antecipadas de vontade : muitas questões e ainda mais

respostas. Coimbra. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.

39. Principles of Biomedical Ethics. In: Erlanger Medical Ethics Orientation Manual [Internet]. 2000. p. 1–12. Available from: <https://www.utcomchatt.org/docs/biomedethics.pdf>
40. Rodrigues ARS. Estudo do Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal na Ótica dos Profissionais de Saúde. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Gestão da Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2017.
41. Perkins HS. Controlling Death: The False Promise of Advance Directives. *Ann Intern Med*. 2007;147(1):51–7.
42. Nunes R, Rego F, Rego G. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Coimbra: Almedina; 2018. 1–639 p.
43. Cordero A. O fim da vida: uma questão de autonomia. *Nascer e Crescer* 2014; 23(2):100–5.
44. Chemin MRC, Souza W. Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital: Uma Questão de Semântica? *Estud Teológicos*. 2015;55:374–86.
45. Dadalto L. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. *Civilistica.com*. 2013;2(4):1–9.
46. Almeida FNAS. Ética em Pediatria: Uma Nova Dinâmica num Relacionamento Vital? Porto. Tese [Doutoramento em Bioética] - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2004.
47. Ascensão J de O. As Disposições Antecipadas de Vontade - O Chamado "Testamento Vital". *Rev Fac Direito UFMG*. 2014;64:493–517.
48. Neto AID de C. A Evolução Legislativa do Testamento Vital. Porto. Dissertação [Mestrado em Medicina Legal] - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; [Internet]. 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/10216/70714>
49. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código De Nuremberg. Experimentação

- Humana. Nuremberg; [Internet]. 1947 [cited 2019 Jun 20]. p. 1–2. Available from: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/qualidade/Nurembg.pdf>
50. Diniz D, Corrêa M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(3):679–88.
 51. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. UNIC/Rio; 1948 [cited 2019 Jun 10]. p. 1–10. Available from: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl_d_human.pdf
 52. La Santa Sede. Discurso Del Santo Padre Pio XII Sobre las Implicaciones Religiosas Y Morales De La Analgesia [Internet]. Libreria Editrice Vaticana. 1957 [cited 2019 Jun 20]. p. 1–15. Available from: http://www.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html
 53. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque: Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. Tradução Dr. Miguel Jorge; [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 25]. p. 1–6. Available from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
 54. Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Department of Health, Education, and Welfare. 2005 [cited 2019 Jun 20]. p. 1–11. Available from: <http://www.med.umich.edu/irbmed/ethics/belmont/BELMONTR.HTM>
 55. Kutner L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. *Indiana Law Journal* [Internet]. Vol. 44. 1969 [cited 2019 Jun 20]. Available from: <http://www.repository.law.indiana.edu/iljhttp://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>
 56. Smith LH, Krevans JR. California's Natural Death. In: Medical Staff Conference, University of California, San Francisco. 1975. p. 318–30.
 57. United States of America. 101 st Congress. Patient Self Determination Act of 1990 [Internet]. Congress.gov. 1990 [cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>
 58. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The Preparedness of Students to Discuss End-of-life

Issues with Patients. Acad Med. 1998;73(4):418–22.

59. Dadalto L. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil : estudo comparativo dos modelos português e franceses [Internet]. Vol. 1, Revista M. 2016 [cited 2020 May 15]. p. 446–63. Available from: http://www.revistam-unirio.com.br/arquivos/2017/01/v01_n02_a09.pdf
60. Carvalho MC. O ambiente (também) é um desafio ético : da universalidade dos princípios aos particularismos insulares [Internet]. Boletim do Núcleo Cultural da Horta 2014; 23: 55-69. [cited 2019 Sep 20]. Available from: <https://www.nch.pt/biblioteca-virtual/bol-nch23/BoletimNCH-2014-57.pdf>
61. Parlamento Europeu. Conselho Europeu de Nice. Conclusões da Presidência [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 20]. Available from: https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/pt/ec/00400-r1.ann.p0.htm
62. Organização das Nações Unidas para a Educação C e C. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução pela Comissão Nacional da UNESCO - Portugal [Internet]. Comissão Nacional UNESCO- Portugal. 2006 [cited 2019 Sep 20]. p. 1–12. Available from: <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declaração-universal-sobre-bioética-e-direitos-humanos.pdf>
63. Nunes R, Melo H. Projecto de Diploma N° P/06/APB/06. Regula o Exercício do direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional [Internet]. Associação Portuguesa de Bioética, Porto. 2006 [cited 2019 Sep 20]. p. 1–11. Available from: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802554221200319873p_06_apb_06_testament_o_vital.pdf.pdf
64. Silva JAC da, Souza LEA de, Costa JLF, Miranda H da C. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. Revista Bioética. 2015;23(3):563–71.
65. dos Santos RS. Diretivas Antecipadas de Vontade em Cuidados Paliativos: Uma Abordagem Jurídico-Social entre Brasil e Portugal. Coimbra. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Direito da Medicina] - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2019.
66. Campos AP, Faria PL. O novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Revista

Portuguesa de Saúde Pública. 2009;27(1):117–55.

67. Portugal. Assembléia da República. Lei nº 52, de 5 de setembro de 2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos [Internet]. Diário Da República nº 172; série I de 5 de setembro de 2012. 2012 [cited 2019 Sep 25]. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>
68. Portugal. Assembléia da República. Lei n.º 31/201, de 18 de julho de 2018. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida [Internet]. Diário da República nº137; 1ª série. 2018 [cited 2019 Sep 25]. p. 3238–9. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115712240/details/maximized>
69. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde [Internet]. Diário Oficial da União nº 155, de 14 de agosto de 2009. 2009 [cited 2019 Sep 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
70. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.805, de 09 de nov de 2006. Dispõe sobre tratamentos na terminalidade da vida [Internet]. Diário Oficial da União n.227, 28 nov. 2006. Seção 1, p.169. 2006 [cited 2019 Sep 20]. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>
71. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.931, de 17 de set de 2009 [Internet]. Diário Oficial da União, de 24 de set 2009, Seção I, p. 90. 2009 [cited 2019 Sep 25]. Available from: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-
72. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.973, de 14 de jul de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União, de 1º de ago de 2011, Seção I, p. 144-147. 2011 [cited 2019 Sep 21]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1973>
73. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.156, de 25 de ou de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. Vol. seção I, Diário Oficial da União 17 nov. 2016. 2016 [cited 2020 Aug 16]. p. 138–9. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

74. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF [Internet]. Senado Federal 05 out 1988. [cited 2019 Sep 25]. p. 1–498. Available from:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1
75. Martins L. Brasil. Senado Federal. Projeto de lei do Senado N° 149, de 2018. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 30]. p. 1–8. Available from:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>
76. Comissão Intergestores Tripartite (Brasil). Resolução n° 41, de 31 de Out de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados [Internet]. Diário Oficial da União 23 de nov de 2018; seção 1. 2018 [cited 2020 May 10]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
77. Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (Brasil). Lei n° 19.723 de 10 de jul de 2017. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos. [Internet]. Diário Oficial do Estado de Goiás, 12 jul 2017. [cited 2020 Oct 16]. Available from:
https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/99038/lei-19723
78. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Lei n° 15.277, de 31 de jan de 2019. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos [Internet]. Diário Oficial do Estado rio Grande do Sul, 31 jan 2019, 3ª ed. [cited 2020 Sep 16]. Available from:
<https://wp.ufpel.edu.br/cuidativa/lei-no-15-277-de-31-de-janeiro-de-2019-diario-oficial-rs/>
79. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Lei n° 8.425 de 1° de jul de 2019. Institui o programa estadual de cuidados paliativos no âmbito da saúde pública [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. [cited 2020 Sep 16]. Available from: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/727351467/lei-8425-19-rio-de-janeiro-rj>
80. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Brasil). Lei n° 17.292 de 13 de out de 2020. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos. [Internet]. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 14 out 2020, Vol 130, n° 203. [cited 2020 Oct 16]. Available from:
<https://www.al.sp.gov.br/norma/195700>

81. Rocha JM. Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: a realidade das UNACON e CACON. Porto. Dissertação [Mestrado em Cuidados Paliativos]- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2018.
82. Organização Mundial de Saúde. Definition of Palliative Care [Internet]. 2002. Available from:
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/%0Ahttp://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
83. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. 2^a ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. 1–592 p.
84. Doyle D, Woodruff R. The IAHPC Manual of Palliative Care: 3rd edition [Internet]. IAHPC Press. 2013 [cited 2019 Oct 20]. p. 1–131. Available from:
<https://hospicecare.com/what-we-do/publications/manual-of-palliative-care/>
85. Capelas ML, da Silva SCS, Alvarenga MIS, Coelho SP. Cuidados Paliativos: O que é importante saber. Patient Care. 2016;21(225):15–20.
86. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care [Internet]. Council of Europe 12 nov 2003. [cited 2019 Nov 16]. p. 1–81. Available from:
http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp#vulnerable
87. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923–58.
88. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. [Internet]. Astana: World Health Organization/UNICEF; 2018 [cited 2019 Oct 20]. p. 2893–4. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
89. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. Worldwide Palliative Care Alliance/World Health Organization; 2014 [cited 2019 Oct 20]. p. 1–111. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
90. The Solid Facts Palliative Care [Internet]. World Health Organization-Europe; 2004

[cited 2019 Oct 21]. p. 1–35. Available from:

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/palliative-care.-the-solid-facts>

91. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. EAPC update. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278–89.
92. Coelho MEM, Ferreira AC. Cuidados paliativos : narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Rev Bioética*. 2015;23(2):340–8.
93. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. 2005;29(4):491–509.
94. Saunders C. Into The valley of the Shadow of Death. A personal therapeutic journey. *Br Med J*. 1996;313(7072):1599–601.
95. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1755–60.
96. Transforming the System-Palliative care competencies in undergraduate education [Internet]. IAHPHC Press. 2015 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/competencies-in-palliative-care/>
97. Oliveira RA (coord). Cuidado Paliativo [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. 689 p. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf
98. Rodrigues IG. Cuidados Paliativos: Análise de Conceito. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004 [Internet]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17082004-101459/pt-br.php>
99. Ministério da Educação (Brasil) [Internet]. [cited 2020 Sep 19]. Available from: <https://www.gov.br/mec/pt-br>
100. Marsiglio CF. Ensino de Cuidados Paliativos na Graduação do Curso de Medicina. Florianópolis. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

101. de Oliveira JR, Ferreira AC, Nilton A de R, Castro LP. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):364–73.
102. Figueiredo M das GMC de A, Stano R de CMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(2):298–306.
103. Pereira SM, Gomes AR, Teves C, Marrero-Hernandez P, Sapeta P. Relatório de Outono 2018, Secção Formação em Cuidados Paliativos [Internet]. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. 2018 [cited 2019 Oct 22]. p. 1–14. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>
104. Ordem dos Médicos (Portugal). Documento Regulamentar para Atribuição da Competência em Medicina Paliativa [Internet]. Ordem dos Médicos. 2017 [cited 2020 May 20]. p. 1–39. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/criterios-de-admissao-na-competencia-em-medicina-paliativa/>
105. Ferreira IG, Souza LEA de, Botelho NM. Ligas Acadêmicas de Medicina: perfil e contribuições para o ensino médico. *Rev da Soc Bras Clínica Médica* [Internet]. 2016;14(4):239–44. Available from: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/221>
106. Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Ligas Acadêmicas [Internet]. [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://paliativo.org.br/ancp/ligas-academicas/>
107. Weissman DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A Survey of Competencies and Concerns in End-of-Life Care for Physician Trainees. *J Pain Symptom Manage*. 1998;
108. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Education and Training in Palliative Care. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3^a ed. Oxford: Vol. 97, Oxford University Press. 2005.
109. European Association for Palliative Care - Recommendations of the EAPC For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools [Internet]. EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. 2013 [cited 2020 Aug 10]. Available from: [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations of the EAPC for](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20development%20of%20undergraduate%20curricula%20in%20palliative%20medicine%20at%20european%20medical%20schools.pdf)

the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools.pdf

110. Batista S, Sapeta AP, Gomes AR, Alves JM, Queirós R. Relatório de Outono 2019, Secção Formação dos Elementos das Equipas [Internet]. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. 2020 [cited 2020 Apr 20]. p. 1–37. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/pt-pt/asset/4286/file>
111. Hennezel, M. Nós Não Nos Despedimos: Uma Reflexão sobre o Fim da Vida. Tradução de Luís Filipe Sarmiento. Lisboa: Editorial Notícias, 2001. Resenha de: L. dos Santos. Interações. ISMT 2002. 2002 [cited 2020 May 20];3:131–4. Available from: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/57%0A>
112. Alves LE, Sá RC da N. A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde: Um levantamento bibliográfico [Internet]. XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2008 [cited 2019 Sep 12]. p. 1–15. Available from: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R3-1410-1.pdf>
113. Portugal. Assembléia da República. Lei nº 48, de 24 de ago de 1990. Lei de Bases da Saúde [Internet]. Diário da Republica nº 195, Série I de 24 de agosto de 1990. [cited 2019 Oct 10]. p. 3452–9. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
114. Vandekieft G K. Breaking Bad News. American Family Physician [Internet]. 2001 [cited 2019 May 15];64(12):1975–8. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2001/1215/afp20011215p1975.pdf>
115. Júnior Â da SM. Ação Comunicativa Dialógica e as Políticas Curriculares na Formação Médica : aproximações e distanciamentos entre Brasil e Portugal. Goiânia. Tese [Doutoramento em Educação] - Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2012 [Internet]. [cited 2019 Oct 15]. Available from: [http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/687/1/ANTONIO DA SILVA MENEZES JUNIOR.pdf](http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/687/1/ANTONIO%20DA%20SILVA%20MENEZES%20JUNIOR.pdf)
116. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde e Debate. 2003;27(65):316–23.
117. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board (London). Specialty Training Curriculum for Palliative Medicine 2010 [Internet]. Palliative Medicine 28 oct 2014; [cited 2019 Oct 12]. p. 1–106. Available from:

[https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/2010 Palliative Medicine curriculum
%28amendment 2014%29.pdf](https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/2010%20Palliative%20Medicine%20curriculum%20amendment%202014.pdf)

118. Fagerlin A, Schneider CE. Enough: The Failure of the Living Will. Hastings Center Report. 2004;34(2):30–42.
119. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The Preparedness of Students to Discuss End-of-Life issues with Patients. Acad Med. 1998;73:418–22.
120. Rhodes RL, Tindall K, Xuan L, Paulk ME, Halm EA. Communication About Advance Directives and End-of-Life Care Options Among Internal Residents HHS Public Access. Am J Hosp Palliat Care. 2016;25(3):289–313.
121. Knaus WA, Connors AF, Dawson N Von, Lynn J. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized - Patients - The study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT). Jama [Internet]. 1995 [cited 2019 Apr 8];274(20):1591–8. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/298239462_A_CONTROLLED_TRIAL_TO_IMPROVE_CARE_FOR_SERIOUSLY_ILL_HOSPITALIZED-PATIENTS_-_THE_STUDY_TO_UNDERSTAND_PROGNOSES_AND_PREFERENCES_FOR_OUTCOMES_AND_RISKS_OF_TREATMENTS_SUPPORT
122. Ury WA, Berkman CS, Weber CM, Pignotti MG, Leipzig RM. Assessing Medical Students' Training in End-of-life Communication. Acad Med. 2003;78(5):530–7.
123. Allen SL, Leatherman, Davis KS, Rousseau PC, Iverson PJ, Mauldin PD, Moran WP. Advanced Care Directives: Overcoming the Obstacles. J Grad Med Educ. 2015 Mar 1;7(1):91–4.
124. Buss MK, Alexander GC, Switzer GE, Arnold RM. Assessing competence of residents to discuss end-of-life issues. J Palliat Med. 2005 Apr;8(2):363–71.
125. Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM. Opening the black box: How do physicians communicate about advance directives? Ann Intern Med. 1998;129(6):441–9.
126. Simon J, Porterfield P, Bouchal SR, Heyland D. “Not yet” and “Just ask”: barriers and facilitators to advance care planning-a qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. BMJ Support Palliat Care [Internet].

2015 [cited 2019 Aug 30];5:54–62. Available from: <http://spcare.bmj.com/>

127. Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med*. 1998;158(4):383–90.
128. Figueiredo AM da C. Relatório Pedagógico. Coimbra. Relatório elaborado para admissão a Provas de Agregação - Faculdade de Medicina da Univ. de Coimbra; 2008 [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13267/1/Relat. Pedag. Agregado.pdf>
129. Martins e Silva J. Um Projecto em Educação Médica. Colectânea de reflexões, artigos e outros documentos. Lisboa [Internet]. Vol. I, Edições Colibri. 2009 [cited 2020 Apr 12]. Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1122/1/19224_um projecto vol I.pdf
130. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 116, de 03 de abr de 2014. Aprova Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Internet]. Diário Oficial da União 06 jun 2014. 2014 [cited 2020 Jan 12]. p. 1–47. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&Itemid=30192
131. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. 2018 [cited 2020 Jan 12]. p. 1–286. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>
132. Meireles MA de C, Fernandes C do CP, Silva LS e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(2):67–78.
133. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Alves LA, Siqueira-Batista R. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):47–58.
134. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CES/CNS nº 4, de 7 de nov de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Internet]. Diário Oficial da União 09 nov 2001. 2001 [cited 2020 Jan 12]. p. 1–6.

Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

135. Texto da Declaração de Bolonha, de 19 de jun de 1999. Declaração Conjunta dos Ministros da Educação europeus reunidos em Bolonha. [Internet]. 1999 [cited 2020 Jan 12]. p. 1–8. Available from: http://www.abc.org.br/wp-content/uploads/2009/09/www.ufabc_.edu_.br_images_stories_pdfs_declaracaodebolonhaportugues.pdf
136. Victorino RM, Jolie C, McKimm J. O Licenciado Médico em Portugal - Core Graduates Learning Outcomes Project [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2005 [cited 2020 Jan 12]. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F2055226585/licenciadomedico_portugal2005-2.pdf
137. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 118.
138. Câmara RH. Análise de conteúdo : da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais Rev Interinstitucional Psicol. 2011;6(2):179–91.
139. Silva AH, Ivete M, Foss T. Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos [Internet]. Vol. 16, In: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade; 2013 nov 3-5; Brasília/DF. 2013 [cited 2020 Aug 14]. p. 1–14. Available from: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>
140. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. Resenha de: Santos, FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin [Internet]. Vol. 6, Revista Eletrônica de Educação. 2012 [cited 2020 Aug 12]. p. 383–7. Available from: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>
141. Silva LRC, Damaceno AD, Martins M da CR. Pesquisa Documental: Alternativa Investigativa na Formação Docente In: IX Congresso Nacional de Educação; 2009 ou 26-29; Paraná, Brasil [Internet]. Vol. 24. [cited 2020 Aug 12]. p. 1–13. Available from: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124_1712.pdf
142. Ministério da Educação (Brasil). Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior. Cadastro e-MEC [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://emec.mec.gov.br/>

143. Ranking Universitário Folha [Internet]. Ranking de cursos de graduação de Medicina. [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://ruf.folha.uol.com.br/2018/ranking-de-cursos/medicina/>
144. IREG-Observatory on Academic Ranking and Excellence [Internet]. Princípios de Berlin para rankings de instituições de educação superior. [cited 2020 Aug 11]. Available from: <http://ireg-observatory.org/en/index.php/berlin-principles-portuguese>
145. Associação Brasileira de Mantenedores do Ensino Superior [Internet]. Desmistificando os Rankings Acadêmicos- entrevista cedida ao Jornal da PUC-Campinas. [cited 2020 Aug 11]. Available from: <http://jornal.puc-campinas.edu.br/desmistificando-os-rankings-academicos/>
146. Ranking Universitário Folha [Internet]. Como é feito o Ranking Universitário Folha. [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://ruf.folha.uol.com.br/2018/o-ruf/ranking-universidades/>
147. Universidade Federal do Pará. SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas [Internet]. Estrutura Curricular Curso Medicina. [cited 2020 Aug 13]. Available from: https://sigaa.ufpa.br/sigaa/public/curso/curriculo.jsf?lc=pt_BR&id=148113
148. Universidade Federal de Pernambuco [Internet]. Organização Curricular Curso de Medicina Bacharelado UFPE. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://www.ufpe.br/medicina-bacharelado-ccs/organizacao-curricular>
149. Universidade de Brasília [Internet]. Fluxo Curricular Curso Medicina. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <http://fm.unb.br/graduacao/fluxo-curricular>
150. Universidade de São Paulo [Internet]. Grade Curricular Faculdade Medicina USP. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5043&codhab=0&tipo=V&print=true>
151. Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Grade Curricular Bacharelado Medicina. [cited 2020 Jul 7]. Available from: http://www.ufrgs.br/ufrgs/ensino/graduacao/cursos/exibeCurso?cod_curso=336
152. Universidade do Porto [Internet]. Mestrado Integrado em Medicina. Plano Oficial 2013

(Reforma Curricular). [cited 2020 Jul 10]. Available from:
https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=5402&pv_ano_lectivo=2017&pv_tipo_cur_sigla=MI&pv_origem=CUR

153. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar [Internet]. Mestrado Integrado em Medicina. Plano oficial em Vigor. [cited 2020 Jul 10]. Available from:
https://sigarra.up.pt/icbas/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=23742&pv_ano_lectivo=2020&pv_tipo_cur_sigla=&pv_origem=CUR
154. Universidade do Minho [Internet]. Plano de Estudos. Escola de Medicina. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.med.uminho.pt/pt/Medicina/Paginas/Plano-Estudos.aspx>
155. Universidade do Algarve [Internet]. Plano de Estudos. Mestrado Integrado. Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.ualg.pt/pt/curso/1537>
156. Universidade do Algarve [Internet]. Unidades Curriculares do Plano de Estudos. Mestrado Integrado . Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://dcbm.ualg.pt/pt/content/unidades-curriculares-0>
157. Universidade de Coimbra [Internet]. Plano de Estudos. Mestrado Integrado em Medicina. [cited 2020 Jul 10]. p. 18–18. Available from:
<https://apps.uc.pt/courses/PT/programme/5841/2018-2019>
158. Universidade da Beira Interior [Internet]. Plano de Estudos: Mestrado Integrado Medicina [2020]. [cited 2020 Jul 10]. Available from:
<https://www.ubi.pt/PlanoDeEstudos/52/1630/2020>
159. Universidade Nova de Lisboa [Internet]. Estrutura Curricular Curso Medicina. Mestrado Integrado em Medicina. [cited 2020 Jul 10]. Available from:
<https://guia.unl.pt/pt/2019/fcm/program/9813#structure>
160. Universidade de Lisboa. Creditações MIM [Internet]. Núcleo Curricular Obrigatório- Faculdade de Medicina. [cited 2020 Jul 10]. Available from:
<https://www.medicina.ulisboa.pt/creditacoes-mim-nucleo-curricular-obrigatorio>
161. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Unidade Curricular Optativa [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <http://www.medicina.ulisboa.pt/wp->

content/uploads/Optativas_Medicina_Disciplinas_mai2019.pdf

162. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 [Internet]. Ministério da Saúde, Brasília/DF. 2011 [cited 2020 Aug 12]. p. 160. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcmt_2011.pdf
163. Ministério da Saúde (Portugal), Retrato da Saúde 2018 [Internet]. Ministério da Saúde, Lisboa. 2018 [cited 2020 Aug 12]. p. 1–88. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
164. Toledo AP de, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):109–17.
165. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília/DF 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
166. Ministério da saúde (Brasil). Portaria no 483, de 1ª de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 2 abr 2014, Seção 1, p. 50-51. [cited 2020 Aug 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
167. Ministério da saúde (Brasil). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 22 set 2017. [cited 2020 Aug 20]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
168. Cesar J, Silva de O. Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina [Internet]. Vol. 43, *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019 [cited 2019 Oct 10]. p. 169–75. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022019000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

169. Erigleide M, Stella M, Alves J. Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação de Medicina [Internet]. Vol. 42, Revista Brasileira de Educação Médica. 2018 [cited 2019 Oct 10]. p. 78–86. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0078.pdf>
170. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [Internet]. [cited 2020 Aug 10]. 1–197 p. Available from: <http://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>
171. Ostgathe C, Voltz R, Nauck F, Klaschik E. Undergraduate training in palliative medicine in Germany: What effect does a curriculum without compulsory palliative care have on medical students' knowledge, skills and attitudes? Palliative Medicine [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 10];21(2):155–6. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L46455842%0Ahttp://dx.doi.org/10.1177/0269216306075543>
172. Portugal. Assembléia da República. Decreto-Lei nº 101, de 6 de jun de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Internet]. Diário da República nº 109, I série-A de 6 de junho de 2006. [cited 2019 Oct 10]. p. 3856–65. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
173. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (Portugal). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Biênio 2019-2020 [Internet]. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). 2019 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
174. Mirarchi FL, Ray M, Cooney T. TRIAD IV: Nationwide Survey of Medical Students' Understanding of Living Wills and DNR Orders. J Patient Saf. 2014;00(00):190–6.
175. Siu MW, Cheung TY, Chiu MM, Kwok TY, Choi WL, Lo TK, et al. The preparedness of Hong Kong medical students towards advance directives and end-of-life issues. East Asian Arch Psychiatry. 2010;20(4):155–62.
176. Ilse B, Alt-Epping B, Kiesewetter I, Elsner F, Hildebrandt J, Laske A, et al. Undergraduate education in palliative medicine in Germany: A longitudinal perspective

on curricular and infrastructural development Career choice, professional education and development. BMC Medical Education [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 20];15(1):1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0439-6>

177. Fernandez-Obanza Windscheid E, Perez Tenreiro M, Calvo Lopez R, Mayan Conesa P, Bembrive Vazquez L. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009 [cited 2019 Sep 13]. p. 1–340. Available from: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>