



Interface - Comunicação, Saúde,  
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Percínio Costa, Álvaro; Poles, Kátia; Silva, Alexandre Ernesto  
Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 20, núm. 59, outubro-diciembre, 2016,  
pp. 1041-1052  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180147757018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Formação em cuidados paliativos:

experiência de alunos de medicina e enfermagem

Álvaro Percínio Costa<sup>(a)</sup>

Kátia Poles<sup>(b)</sup>

Alexandre Ernesto Silva<sup>(c)</sup>

Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):1041-52.

The research remarks the importance of training professionals capable of handling the subjectivity required to palliative care. This is a qualitative study, with an exploratory and descriptive approach. It aims to explain and analyze the experience of undergraduate medical and nursing students in palliative care, identifying the challenges and understanding the formative requirements for this type of care. It was possible to identify five aspects that make up the experience: change in the perception about palliative care, identification with the patients and their family, rationalization and awareness process, palliative care education and practice learning and multidisciplinary work. The study shows the importance of practice activities in palliative care learning, the valorization of the multidisciplinary teams, the suffering involved in the process of self-identification with the end-of-life patient and the cycle of empathy and estrangement resulting in the emotional maturity needed in palliative care.

**Keywords:** Teaching. Medical Education. Nursing Education. Palliative care. Attitude towards death.

Ganha destaque a importância da formação de profissionais capazes de lidar com a subjetividade necessária aos cuidados paliativos. Este é um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que objetiva conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem durante atendimento a pacientes em cuidados paliativos, identificando dificuldades e aspectos formadores para esse cuidado. Destacaram-se cinco temas que compõem a experiência: mudança na percepção sobre cuidados paliativos, identificação com o paciente e a família, processo de racionalização e sensibilização, formação em cuidados paliativos e aprendizado com a prática e trabalho em equipe multidisciplinar. O estudo demonstra: a importância das atividades práticas no aprendizado em cuidados paliativos, a valorização do trabalho multidisciplinar, o sofrimento pelo processo de autoidentificação com o paciente em final de vida, e o ciclo de empatia e distanciamento resultante na maturidade emocional necessária ao paliativismo.

**Palavras-chave:** Ensino. Educação médica. Educação em enfermagem. Cuidados paliativos. Atitude frente à morte.

(a,b,c) Campus Centro-Oeste "Dona Lindu", Universidade Federal de São João del-Rei. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, bairro Chanadour. Divinópolis, MG, Brasil. 35501-296. alvaropercinio@gmail.com; kpoles@usp.br; alexandresilva@ufsj.edu.br

## Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Os CP devem reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida impostas pela doença, bem como promover a reflexão necessária para o enfrentamento da condição irreversível e/ou possibilidade de morte<sup>1-4</sup>.

Segundo a OMS, os princípios dos CP são: fornecer alívio para dor, astenia, inapetência, dispneia, dentre outras; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto<sup>4</sup>.

O reconhecimento da fase de final de vida pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e da família para perdas e morte. Mesmo após a morte do paciente, a equipe de CP deve dar atenção ao processo de luto familiar: como a morte ocorreu, qual o grau de conforto e quais impactos trouxe aos familiares e à própria equipe interdisciplinar. A assistência familiar pós-morte pode e deve ser iniciada com intervenções preventivas<sup>4</sup>.

No Brasil, os CP surgiram na década de 1980, fim da ditadura, quando o sistema de saúde era voltado somente para a cura das doenças. Expandem-se em 1997, com a criação da Associação Brasileira de CP<sup>5</sup>. Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura, no hospital, a unidade IV, exclusivamente para os CP<sup>6</sup>. Em 2005, é criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e um grande avanço foi registrado em 2011: o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu os CP como área de atuação médica, a partir da Resolução CFM 1973/2011<sup>7</sup>.

Ainda existem fatores que influenciam a prática do paliativismo, como: ausência de uma política nacional de CP, dificuldade de acesso aos opioides, ausência de disciplina específica na formação de profissionais de saúde, e a escassez de serviços e programas especializados em CP. Além disso, o envelhecimento da população nacional e o aumento da incidência de câncer tornam os doentes que carecem de CP um problema de enorme impacto social<sup>5</sup>.

A medicina paliativa e a curativa complementam-se para dar apoio ao paciente durante seu processo de adoecimento, bem como durante seu processo de morrer, sendo este último parte natural do viver. A falta de preparo para enfrentar situações de comunicação e suporte aos pacientes em fase final de vida leva a um grande prejuízo na relação profissional de saúde-paciente. O profissional se sente impotente e fracassado por não cumprir o objetivo da medicina curativa, e o paciente se sente desamparado por não ter o apoio necessário em uma situação de tão grande fragilidade<sup>8</sup>. O profissional que não apresenta nenhum grau de formação em CP tende, com o tempo, a criar um distanciamento afetivo do paciente. Surge daí a necessidade de avaliar o conhecimento sobre CP e responder por meio de mudanças na formação destes profissionais<sup>8,9</sup>.

Atualmente, o ensino dos CP vem sendo pouco abordado no currículo da graduação dos profissionais de saúde. Para que os futuros profissionais tenham uma visão humanística acerca das necessidades dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é necessário que haja uma modificação no currículo dos cursos de graduação, privilegiando-se conteúdos específicos sobre CP<sup>10</sup>.

Diante do exposto, questiona-se: Como é a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento ao paciente em CP? Quais são as dificuldades percebidas por eles? Como a formação contribui para esse tipo de atendimento? Justifica-se a realização do estudo em virtude da identificação de subsídios que nortearão a formação e a prática dos profissionais de saúde em CP.

O objetivo deste estudo é conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em CP, compreendendo os aspectos de sua formação para esse tipo de cuidado.

## Metodologia

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que foi realizado com alunos de medicina e enfermagem que participaram há, pelo menos, seis meses do Programa de Extensão “Bem Cuidar”, desenvolvido na Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO). O Programa de Extensão “Bem Cuidar” tem por objetivo capacitar pacientes em CP e seus cuidadores para o cuidado e/ou autocuidado por meio de ações de cunho educativo, favorecendo, dessa forma, o conforto durante a internação e possibilitando a habilitação para a alta hospitalar. Essas atividades ocorrem no setor oncológico de um hospital de médio porte do Centro-Oeste mineiro, sendo realizadas por graduandos dos cursos de Medicina e Enfermagem, bem como por professores, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Foram incluídos os alunos que aceitaram participar da pesquisa e que preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de dez entrevistas semiestruturadas em local privado da UFSJ/CCO. A pesquisa foi realizada sem amostragem predefinida, levando em consideração o conceito de saturação de dados. Durante as entrevistas, foram feitas perguntas do tipo: Quais são as dificuldades enfrentadas por você no atendimento aos pacientes em CP? Como tem sido a sua formação com relação aos CP? O que você acha que deveria ser aprimorado na sua formação em CP?

A análise do material foi feita por meio de análise temática. Nas entrevistas já coletadas, foram buscados dados sobre a experiência e formação dos alunos em CP. Procurou-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação<sup>11</sup>. A pré-análise consiste: na escolha do material a ser analisado, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A exploração do material é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. Para tanto, realizou-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias que comandaram a especificação dos temas. A categorização permitiu reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. O tratamento dos resultados e interpretação consiste na organização dos dados brutos, de modo a se constituírem os temas, os quais podem ser definidos como unidades que se libertam naturalmente do texto analisado.

## Resultados

Foram entrevistados dez alunos, cinco de medicina e cinco de enfermagem, do terceiro ao nono período, de faixa etária entre 21 e trinta anos. As siglas EM e EE significam entrevista com aluno de medicina e enfermagem, respectivamente, sendo seguidas pelo número de ordem de realização da entrevista. A seguir, são apresentados os temas que compõem a experiência dos alunos.

### Mudança na percepção sobre cuidados paliativos

O processo de mudança na percepção do que se tratavam os CP foi relatado em muitas entrevistas. Os alunos informaram que, antes de serem preparados para o contato com os pacientes, tinham em mente que os CP iniciavam-se quando não se tinha mais o que fazer por aquele doente. Com o aprofundamento no assunto e as atividades práticas, perceberam a grande demanda de cuidados que este tipo de paciente possuía e que havia ainda muito a ser feito.

“Quando eu entrei no programa eu percebi que o paliativo é totalmente diferente do vemos na graduação, não é morrer, é ter qualidade de vida durante o tratamento mesmo quando não há possibilidade de cura”. EE1

Segundo alguns entrevistados, o agente principal para essa mudança estava no espaço de fala dos pacientes e familiares, que expressavam as necessidades de intervenção por meio de seus discursos. A cada demanda diária, o aluno ia formando um leque de soluções que serviam tanto para aquele paciente quanto para todos os outros. Essa escuta é citada pelos entrevistados como a ferramenta mais importante para se alcançar a melhora da qualidade de vida.

“Então quando eu passei a os (pacientes e familiares) deixar demandarem, eu fui entendendo qual era meu papel ali. [...] à medida que eles foram falando eu pensava: o paciente precisa ouvir isso, ele precisa que a gente toque nesse ponto, a família precisa que a gente fale disso aqui”. EE6

Os alunos apontam que, com o ganho de experiência, percebiam que, além da parte técnica, voltada para o tratamento da dor física, também é importante que exista integração deste cuidado com outros que visem o tratamento da dor psicológica, espiritual e social. Concluem que esta ampliação da percepção das necessidades do paciente resultava em maior humanização do atendimento.

“Uma conversa para ver o que ele está pensando, o que ele está sentindo. E não, por exemplo, está sentindo dor na perna então tá, vou dar um remédio. Não, queremos saber o que ele realmente está sentindo, não só dor física, outro tipo de dor também. Acho que isso importa para os pacientes”. EM4

### Identificação com o paciente e com a família

Durante a pesquisa, foram expressos graus variáveis de empatia entre os alunos, pacientes e cuidadores. A maioria dos entrevistados relatou que se sentia afetada pelo sofrimento dos pacientes e seus familiares, enquanto uma minoria informou não se abalar tanto. Os alunos que falaram da ocorrência desta contratransferência referiram-se ao surgimento de associações entre sua história de vida e a situação dos pacientes. Muitos contaram que se identificam com os familiares e lidam com seus sofrimentos imaginando-se em suas situações. A empatia leva os entrevistados a considerarem-se na posição do familiar ao perder o seu ente querido, de forma que, em várias entrevistas, foi identificada a preferência e facilidade maior em lidar com os pacientes do que com os familiares.

“Então acho que uma dificuldade é eu pensar que ele (paciente) poderia ser um familiar meu. Será que poderia ser meu pai, ou minha mãe que poderia estar ali”? EE3

“Eu me projeto no cuidador, como se fosse eu cuidando da minha mãe e do meu pai. Eu não sei como que ia ser”. EM4

Alguns alunos tinham histórias familiares de morte por câncer e conviveram com a doença durante algum tempo no âmbito familiar. Estes informaram que, com frequência, a história do paciente lhes trazia recordações de sua história, sendo que, em alguns momentos, o paciente era comparado ao parente afetado.

“Meu avô morreu de câncer recentemente, então eu associei muito. Eu vi o sofrimento dele. Então quando eu vejo um paciente sofrendo eu me lembro dele e aí é difícil”. EE5

Já em outras situações, fatores como idade, sexo e características físicas próprias do paciente levavam a uma identificação por parte do aluno, que acabava por associá-lo a um parente, independente de história familiar de câncer. Essa empatia, geralmente, leva à comparação entre o paciente e a mãe ou pai dos alunos. Estes afirmam que esta identificação ocorria, sobretudo, quando se viam como o cuidador, imaginando como seria cuidar de um pai ou uma mãe doente.

“Eu tenho muita dificuldade com paciente do sexo feminino, por exemplo, assim, nova, da idade da minha mãe”. EM4

“No momento que eu cheguei ao quarto o jeito que o paciente falou me lembrou muito meu avô. Então no primeiro momento até eu me acostumar com aquilo ali foi difícil”. EE8

De todos os relatos de identificação, os que se dão em maior grau de intensidade são os que provêm da identificação dos alunos com o paciente, imaginando-se em seu lugar. Os entrevistados relatam que isso ocorre com mais frequência quando as idades dos pacientes são mais próximas das suas, levando-os a se imaginarem nesta situação de final de vida.

“Quanto mais próximo da minha idade é mais difícil para eu chegar neste paciente”. EM2

“O paciente que é jovem fica com uma aparência muito degradada e aí não tem como você não pensar em você. Pensar que eu tenho 22 anos e podia estar assim”. EM4

### Processo de racionalização e sensibilização

A prática de CP envolve fortemente o estado psicológico do paciente e, conseqüentemente, o prestador de cuidados sofre influências em seu estado emocional. Falas sobre como ocorrem estas influências, os mecanismos criados para lidar com elas e as suas conseqüências permearam grande parte das entrevistas, trazendo à tona um processo cíclico de racionalização e sensibilização, que foi expresso por grande parte dos alunos. Alguns estudantes informaram uma atitude mais neutra e distante no início de suas atividades práticas, que foi, com o tempo, se transformando com um aumento da sensibilidade. Já outros entrevistados informaram o processo contrário: iniciaram as práticas de atendimento em um estado mais sensível, empático e, com o passar do tempo, passaram a racionalizar as impressões do contato com estes pacientes.

“Dentro da profissão a gente escuta muito que o profissional não pode mostrar emoção. Só que no programa a gente vê que isso não é bem verdade. Tem momentos que é necessário você sentar com o paciente, sentar com a família, estar ali junto com eles compartilhando essa emoção”. EE8

“Eu tenho ficado muito triste com a morte. O que eu faço é não pensar. Mas tem dia que eu estou mais estressada e vejo que o paciente morreu e fico muito triste”. EM4

Este processo de racionalização, segundo os alunos, é caracterizado por um distanciamento da situação do paciente, impedindo o surgimento da empatia e limitando a expressão emocional durante as visitas. Informaram que este era um mecanismo para se proteger do sofrimento percebido na situação paliativa. Foram citados mecanismos como não se imaginar no lugar do paciente, não imaginar um familiar no lugar do paciente, tentar esquecer o que ocorreu nas visitas quando saem do hospital e tornar-se frio emocionalmente. Alguns relataram que, com o passar do tempo, surge um processo de banalização da morte, modificando as impressões que esta lhes criava antes.

“Às vezes eu sou meio frio assim. Mas é a profissão que escolhi e vou me aprimorando, vou vendo os pacientes, vendo as conseqüências e não posso me deixar levar pelo emocional”. EE3

“Eu acho que a gente vai meio que acostumando, com a morte mesmo. No começo quando eu ia era pior. Está melhorando. Acho que com o tempo... tudo com o tempo a gente vai acostumando”. EE5

Em outro momento, esse distanciamento evolui para a perspectiva de sensibilização com as situações, quando se cria a empatia com o paciente. Os entrevistados informaram que esta empatia surge quando se abre o espaço franco para a escuta. Outros relataram tratar o paciente como se fosse um familiar. Esta mudança de atitude gera, segundo os alunos, uma otimização do atendimento, pois se passa a ter melhor compreensão das necessidades do paciente e de como se pode, verdadeiramente, contribuir para a melhora de sua qualidade de vida.

“Eu tenho uma abordagem com os pacientes do jeito que eu gostaria que tratassem meus familiares.” EE3

“Acho que é empatia, de se colocar no lugar do outro. O que cada um já trouxe da própria vida. Da capacidade que cada um tem de ouvir, de se interessar.” EM7

Outros entrevistados complementaram informando que é importante ter a atitude empática e não ser imparcial e insensível, porém, existe a necessidade de manter uma postura calma e equilibrada para servir de ponto de apoio para o paciente e seus familiares, que podem estar abalados. Relatam que o prestador de CP precisa ter controle de seus impulsos e sentimentos, habilidade que é bem lapidada na prática diária.

“Eu conseguia manter uma atitude não tanto emotiva nem imparcial. [...] Eu tentava ficar na frente do paciente, principalmente quando ele ou a família começava a chorar, eu tentava manter meu estado emocional tranquilo. Porque quando a família se desespera, quando as pessoas começam a chorar na nossa frente temos que manter uma certa serenidade”. EE6

“Então quando eles estão nesse sofrimento não é que a gente precisa esconder nossas emoções. Nós precisamos levar nossas emoções junto com as emoções deles sem influenciar nosso trabalho. Isso é umas das coisas que eu fui aprendendo com o passar das visitas”. EE8

Por fim, muitos entrevistados informaram que se sentiam tristes por vivenciarem as situações de sofrimento dos pacientes, mas que, mesmo assim, esta convivência gera aprendizados extracurriculares que são verdadeiras lições de vida. E que, assim, surge uma visão mais positiva da vida e a tentativa de um aproveitamento máximo de cada momento na convivência com pacientes que tinham expectativa de vida limitada.

“Temos que chegar aqui e aproveitar o momento mesmo. Porque você pode cair em uma situação que não vai ter mais a oportunidade de fazer isso. Então emocionalmente para mim também foi muito válido, foi muito positivo”. EE6

## Formação em cuidados paliativos

Os entrevistados foram questionados sobre o tema formação em CP e informaram tanto sobre os aprendizados pessoais quanto os conteúdos fornecidos pela grade curricular dos cursos de medicina e de enfermagem. Todos foram categóricos em afirmar que a abordagem curricular dos CP é insuficiente, tanto em conteúdo quanto em instigar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto. O aluno que não se envolve com atividades extracurriculares relacionadas aos CP gradua-se sem estar preparado para dar suporte aos pacientes e familiares nestas situações.

“A grade curricular padrão não abordou em nenhum momento a questão dos CP”. EM2

“Eu acho que aquele aluno que não tem muito interesse nesse assunto sai com uma formação muito fraca no que se refere aos CP”. EE8



Por outro lado, estas atividades extracurriculares foram identificadas como grandes fornecedoras de ensinamentos, tanto no campo teórico, quanto no campo prático. Destas, o grande destaque foi dado à disciplina optativa de CP, que é oferecida para o curso de medicina e enfermagem. Os entrevistados a apontaram como fornecedora de ferramentas para que eles se aprofundassem mais no assunto, além de levar a uma mudança no conceito de CP que eles conheciam. Já o programa Bem Cuidar foi apontado como desenvolvedor de conhecimento prático justamente pelo contato direto com os pacientes, com a equipe, com o ambiente hospitalar, além das discussões realizadas nas reuniões. Alguns alunos informaram que esta dinâmica teórico/prática é fundamental para que se dê a formação em CP, sendo que uma não funciona bem sem a outra.

“Pensando-se na prática não resta dúvida da importância do programa Bem Cuidar, mas para teoria eu achei que a disciplina optativa é melhor. A optativa contribuiu demais para você pegar do básico mesmo e evoluir em um conhecimento. Eu acho que a optativa foi o que mais ajudou”. EM7

Quando questionados sobre o que deveria ser feito para enriquecer o conteúdo curricular de CP, a maioria informou que o assunto deveria ser abordado mais vezes dentro das disciplinas clínicas e psicossociais, desenvolvendo melhor o lado teórico. Complementaram sugerindo o desenvolvimento da filosofia paliativa durante as atividades práticas curriculares, como, por exemplo, nos internatos.

“Bom, eu acho que o curso devia oferecer com certeza uma matéria curricular que abordasse os CP em algumas aulas”. EM4

“Deveria ser teórico-prático. Pegar o aluno levar ao hospital e fazer uma visita e conversar com o paciente assim, para mostrar na prática como se faz”. EE6

Corroborando com isto, os alunos entrevistados relataram grande aprendizado advindo das visitas realizadas aos pacientes em CP. Aprendizado que, segundo eles, não pode ser transmitido por meio de aulas teóricas, mas que se desenvolve, paulatinamente, com a realização das atividades práticas. Atividades que permitem refinar os diversos tipos de habilidades que são necessárias para o profissional de saúde que atua com pacientes em situação tão delicada como a dos CP.

“Tem coisa que a gente só aprende com a prática, por exemplo, lidar com o paciente. Uma coisa é outra pessoa falando ou até eu mesmo falar e outra é você chegar ao hospital e o paciente estar ali precisando de você. É bem diferente na prática”. EE5

Em várias falas, os participantes descreveram esta situação como difícil, impactante, além de muito variável para cada paciente e familiar atendidos. Para muitos, as primeiras visitas foram as mais difíceis, gerando angústia em querer estar mais preparado para o momento. Porém, afirmam que é devido a isto que o aprendizado prático se torna enriquecedor. Lidar com essa diversidade de situações desafiadoras os faz criarem mecanismos próprios para trazerem conforto aos pacientes e seus familiares. Perdem a inibição, o medo, aprendem a escutar, a orientar e ensinar o que for preciso e, sobretudo, a apoiar o paciente e sua família, caracterizando um verdadeiro aprendizado de humanização do atendimento.

“Até que você acostuma, pega a prática e consegue quebrar o impacto de entrar em um quarto deste assim leva um tempinho”. EM2

“Cada atendimento, cada paciente, cada familiar é visto de uma forma diferente”. EE3

Relatam que aprendem a lidar com a pessoa como pessoa, e não como doença, mudando o foco do que é aprendido nas disciplinas curriculares da graduação, pautadas no modelo biomédico. Mudança



que se torna gratificante quando percebem que os pacientes estão satisfeitos em ter alguém que se importa e que presta atenção neles. Os alunos demonstram satisfação com essa oportunidade de aprender a olhar o ser humano como uma estrutura maior do que o aspecto puramente biológico. A escuta atenciosa do paciente e da família é a principal ferramenta para realizar esta mudança de olhar e para desenvolver as estratégias de atuação.

“Complementa o que eu aprendo na faculdade, voltando-me para um caráter mais humano, pensando na pessoa como pessoa mesmo, sem ser doença, sem ser leito, sem ser quarto [...] aprender a olhar a pessoa como uma estrutura maior, não só o lado biológico”. EM2

Os entrevistados afirmam que esta formação humanística os torna melhores profissionais, além de proporcionar aprendizados que vão além do âmbito do trabalho. Referem que lidar com pacientes em final de vida proporciona uma oportunidade de reflexão sobre a valorização da vida, de seus momentos e de seus relacionamentos interpessoais como um todo.

“Devido às doenças que atendemos vamos valorizando a nossa vida”. EE3

“Esses pacientes nos ensinam. Fico pensando se eu seria tão forte como eles são se isso acontecesse comigo”. EM2

A satisfação com todas estas lições é enfatizada em várias falas. A satisfação é relacionada à oportunidade de estar ajudando e fazendo o bem para outras pessoas. Muitos alunos relataram que, após as visitas ao hospital, vão para casa mais felizes, gratificados e com mais ânimo para continuar seguindo com os seus atendimentos.

“Quando eu vou para o hospital o que eu pretendo fazer é ajudar os pacientes e seus familiares. E quando eu saio do hospital me sinto com o dia feito. De ter orientado, ensinado, ter feito uma boa ação para os familiares e para os pacientes”. EE3

“Eu estou aprendendo a lidar com pessoas que estão no final da vida. E é bem complicado a gente auxiliar nesse momento difícil. Mas quando você vê que tem uma resposta do paciente e do acompanhante, dá uma gratificação, a gente tem um ânimo a mais para ir ao hospital”. EE5

Por fim, os entrevistados condensaram todas essas informações em falas que demonstram a necessidade de uma reforma curricular que dê mais espaço para os CP em suas formações. Sugerem mais desenvolvimento teórico sobre o tema, porém sem deixar de lado uma abordagem prática transversal nas diversas disciplinas curriculares que são realizadas durante a graduação.

“Eu acredito, sem a menor dúvida, que podiam colocar essa matéria com algumas aulas para fazer as pessoas atinarem mais para essa área”. EM4

### **Trabalho em equipe multidisciplinar**

Os alunos, em geral, conceituaram a multidisciplinaridade como uma ajuda mútua para o bem-estar do paciente. Concluíram que atender em equipe facilita a abordagem do paciente e da família e possibilita uma maior capacidade de oferecer conforto. Informaram que as orientações à família e ao paciente tornam-se mais adequadas, pois sempre existe uma segunda pessoa para corrigir uma informação divergente, para complementar com outras falas relevantes, fazer outras perguntas que seriam importantes ou direcionar para outro foco de interesse. Isto, segundo eles, corrige falhas no atendimento.

“A pessoa pode lembrar algo que você esqueceu, algo que seria importante perguntar. Tendo mais uma pessoa acho que deixa menos falhas na questão do atendimento ao paciente e a família”. EE8

Muitos entrevistados citaram como importante a diferença de abordagem que existe entre o curso de medicina e o de enfermagem. Os alunos deixam explícito que estas diferenças atuam de forma complementar para o melhor atendimento. Além disso, destaca-se grande troca de conhecimentos e experiência que advêm deste convívio de pessoas com diferentes visões, tanto por serem de cursos diferentes quanto por estarem em períodos diferentes da graduação.

“Ajuda porque eu tenho o olhar de enfermeiro e você tem o olhar de médico então é uma forma diferenciada de atender os pacientes”. EE3

“Eu não sei uma coisa e ela sabe, não tem porque eu não perguntar para ela. Ela pode muito bem me falar, do mesmo jeito que eu posso ensiná-la alguma coisa”. EE5

## Discussão

O conceito de saúde torna-se completo apenas quando tem seu sentido ampliado para além da questão biológica e abrange toda a esfera biopsicossocial e espiritual à qual o indivíduo se insere e se define. Essa complexidade deve ser sempre considerada quando se presta atendimento em saúde, seja este curativo ou paliativo. Devido a esta importância, surge a atual tendência de transformação das linhas curriculares formadoras de profissionais da saúde com a inserção de nuances de humanização. Transformação que se reflete na busca pela ampliação do ensino em CP, sendo um passo importante a recente regulamentação da Medicina Paliativa<sup>7,12</sup>. Desta forma, observa-se a necessidade de formação de um profissional capaz de lidar com a subjetividade. Esta mudança, porém, mostra-se como grande desafio: Como ensinar, nas salas de aula, a melhor maneira de fornecer palavras de conforto? A ter compreensão das verdadeiras necessidades dos pacientes? A praticar a empatia?

Apesar da universalidade desta nova conceituação de saúde, as falas dos entrevistados evidenciam que, quando se trata da esfera dos CP, ela torna-se ainda mais nítida. Ao falarem das dificuldades, dos aprendizados e das recompensas do atendimento aos pacientes em final de vida, os alunos expressam a grande importância da visão humanizada. O lidar com estes pacientes mostrou o que é preciso para exercer o paliativismo, transpondo-se para suas práticas em saúde no geral, ao mesmo tempo em que demonstra as falhas teóricas em suas formações. Corroborando com outros estudos, os dados apontam a incipiência de conteúdo específico sobre CP nos currículos da graduação, levando à falta de preparo para lidar com situações de final de vida<sup>10,13,14</sup>.

As críticas apresentadas ao currículo formador, quanto a sua deficiência em conteúdos sobre o tema do paliativismo, indicam que o desafio citado acima ainda não foi superado. O ensino dos CP no Brasil ainda engatinha por meio de iniciativas exitosas, porém pontuais, quando se pensa no grande número de pessoas que morrem sem esses cuidados<sup>12</sup>. A grande dificuldade é lidar com o que não se pode tornar técnico – lidar com a subjetividade do ser. Porém, os próprios alunos acreditam que essa reformulação curricular é possível. Os entrevistados perceberam, em disciplina optativa sobre os CP, que o assunto é amplo e não cabe nas raras e rasas aulas fornecidas pela grade curricular. Estas têm de ser mais completas e em maior número, apresentadas de forma longitudinal durante todo o processo de formação, criando a noção de que a cura e o paliativismo andam lado a lado. Cria-se, assim, a motivação dos alunos para essa problemática, que gera significados profundos na formação e atuação profissional<sup>14</sup>.

Torna-se nítido que as atividades práticas com o paciente em CP são um verdadeiro laboratório de criação de saberes individuais e compartilhados. Sem estas atividades não se consegue alcançar a formação consistente destes alunos para o paliativismo<sup>15</sup>. Isto se torna óbvio quando se percebe que a formação em qualquer outra área da saúde baseia-se em uma abordagem teórico-prática.

Com os CP não seria diferente. Quando o aluno se posiciona na situação de fornecedor de conforto ao paciente em final de vida, ele é forçado a transitar por um complexo de impressões, sentimentos e transferências impossíveis de serem simuladas em sala de aula. É justamente do processo de aprender a lidar com esta complexidade que o aluno extrai o aprendizado que completa sua formação teórica. Essa vivência permite o exercício de atitudes como compaixão, respeito, diálogo, e práticas terapêuticas como o controle da dor<sup>10</sup>.

Neste momento de lidar com a prática, destaca-se aspecto de importância deste estudo: a grande diversidade de atitudes encontradas entre os alunos. Suas falas indicam que cada um passa por um processo único de procura pelo seu próprio caminho para o melhor atendimento. Este processo é resultado da interação de vários fatores como: educação familiar, formação pessoal, grau de sensibilização, conhecimentos sobre os CP; e, apesar de ser heterogêneo, culmina, de certa forma, no mesmo nível de humanização e de comunicação, que são habilidades consideradas pilares dos CP<sup>13</sup>. Na prática, a subjetividade do cuidador e a do paciente se tocam e geram respostas pessoais à situação de final de vida.

As falas antagônicas de empatia e frieza no atendimento acabam por se complementarem em um ciclo de transformação e aprendizado. O aluno, em um momento, se aproxima do paciente e compartilha sua dor e, em outro, se afasta emocionalmente para conseguir continuar prestando o cuidado sem afetar negativamente seu aspecto emocional. Após este período de descanso, retorna com a empatia, iniciando novo ciclo. Apesar de este processo ser generalizado entre os entrevistados, deve-se ter em mente que este não ocorre de maneira idêntica em todos, devendo-se considerar, neste ponto, os aspectos da individualidade. O tempo em que ocorre cada fase, o grau de empatia, o nível do distanciamento emocional e o processo de aprendizado são diferentes para cada aluno.

O resultado desta experimentação de relações é o amadurecimento do profissional, que passa a encontrar as atitudes adequadas para cada momento do atendimento a pacientes em final de vida. Alguns dos alunos entrevistados já se encontravam nesta fase e tinham a noção de que os pacientes e familiares precisam de um profissional que mantenha o controle emocional necessário para conseguir fornecer apoio, mas que, ao mesmo tempo, seja empático com a suas situações de final de vida. O que exige do profissional a capacidade de compreensão, enfrentamento e tolerância<sup>10</sup>. Os que não estavam nessa fase, ainda encontravam-se à procura da melhor maneira de lidar com esses pacientes, o que apenas reflete a pluralidade de respostas a este processo.

Outra noção que se desenvolve neste caminho é a de que a ajuda do colega profissional tende a contribuir sobremaneira com a qualidade do atendimento, e de que o convívio com o outro aluno gera um aprendizado em parceria. Aqui, as diferenças nas abordagens acabam por ter papel de complementação, uma suprimindo a falha da outra. Os alunos, então, passam a perceber o valor da multidisciplinaridade, mesmo que ainda não saibam definir quais são as sutilezas das abordagens por cada profissão. Nesse momento, as capacidades que cada um desenvolveu valem mais do que os conhecimentos específicos de cada curso para a busca do atendimento amplo em CP. O trabalho em equipe multiprofissional deve ser estimulado com o compartilhamento de responsabilidades, escuta ativa entre membros, e de tomada de decisão em conjunto<sup>13</sup>.

Por fim, percebe-se que o caminho traçado, pelo aluno, para vencer os desafios impostos pelo paliativismo gera conhecimentos que podem ser transpostos do âmbito profissional para o pessoal. Este processo de formação os transforma em seres humanos melhores, capazes de desenvolver, em seus relacionamentos, espaços de acolhimento e expressão de sentimentos, como dor e sofrimento<sup>10</sup>. A aproximação com a morte cria uma relativização do tempo, valorizando sua passagem e, consequentemente, valorizando o uso que se dá a ele. Cada segundo com o paciente em fase final de vida deve ser utilizado em prol do seu conforto e, quando se consegue isto, o sentimento onipresente é o de gratificação por se estar gastando os próprios segundos de vida praticando o bem.

## Conclusões

A experiência dos alunos com os CP os fizeram perceber os vários aspectos de atuação dessa especialidade e a sua implicação no conceito de saúde ampliado, que se completa com o processo de morrer com dignidade e com o mínimo de dor, seja ela de qual tipo for. O desenvolvimento das habilidades necessárias para se prestar esse tipo de cuidado só foi possível no decorrer das atividades práticas, momento em que também foi percebida a importância da multidisciplinaridade na atuação em paliativismo.

Durante essa fase, iniciou-se um ciclo de empatia e distanciamento que possibilita o desenvolvimento, por parte dos alunos, de um equilíbrio emocional necessário para o atendimento em CP. Durante esse processo, ocorrem reações de autoidentificação ou identificação familiar com as situações em que se encontram os pacientes, que têm potencial de gerar sofrimento no aluno, que, por sua vez, se resolve depois de atingido o equilíbrio supracitado. A falta de disciplinas teóricas curriculares gera dificuldades no aprendizado em CP. A criação de disciplina optativa é uma opção para suplantarmos essa defasagem, mas não consegue abranger e gerar interesse sobre o tema para todos os graduandos.

Deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos CP nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, e incentivar pesquisas que visem o aprimoramento desta formação. Somente assim, conseguiremos garantir, aos pacientes em final de vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todo o conforto e dignidade a que eles têm direito.

## Colaboradores

Álvaro Percínio Costa participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final; Kátia Poles participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final; Alexandre Ernesto Silva participou da concepção do estudo e revisão do texto final.

## Referências

1. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saude*. 2003; 27(1):15-34.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
3. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):500-1.
4. Cuidados Paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1996-2015 [acesso 2015 Jul 29]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=474](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474)
5. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos; 2011-15 [acesso 2015 Jul 29]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/site/inicio.php>
6. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

7. Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União. 1 Ago 2011. Seção I:144-7.
8. Figueiredo MT. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. Mundo Saude. 2003; 27(1):165-70.
9. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. Mundo Saude. 2010; 34(3):320-6.
10. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1207-19.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
12. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(2):285-90.
13. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(1):120-5.
14. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):109-17.
15. Feuz C, Rosewall T, Willis S. Radiation therapy students knowledge, attitudes, and beliefs about palliative and end-of-life care for cancer patients. J Med Imag Rad Sci. 2015; 46(3):271-9.

Costa AP, Poles K, Silva AE. Formación en cuidados paliativos: la experiencia de los estudiantes de medicina y enfermería. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):1041-52.

En el presente trabajo se destaca la importancia de la formación de profesionales capaces de manejar la subjetividad que es necesaria a los cuidados paliativos. Ese es un estudio cualitativo dirigido a comprender la experiencia de estudiantes de medicina y enfermería durante la atención a pacientes en cuidados paliativos, sus dificultades y aspectos formadores. Se identifican cinco aspectos que componen esa experiencia: cambio en la percepción de los cuidados paliativos, identificación con el paciente y la familia, proceso de racionalización y sensibilización, formación en cuidados paliativos y aprendizaje con la práctica y trabajo en equipos multidisciplinares. El estudio demuestra la importancia de las actividades prácticas de aprendizaje, la valoración del trabajo multidisciplinario, el sufrimiento mediante el proceso de identificación con el paciente al final de la vida y el ciclo de la empatía y alejamiento que resulta en la madurez emocional que es necesaria a los cuidados paliativos.

*Palabras clave:* Educación. Educación médica. Educación en enfermería. Cuidados paliativos. Actitud frente a la muerte.

Submetido em 23/10/15. Aprovado em 05/01/16.