

## CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPÇÕES DO CONSTRUTO E DA PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO DA MEDICINA

*Rafael Rossa Marsarotto  
Arnaldo Nogaro  
Samuel Salvi Romero*

**Resumo:** A crescente demanda por cuidados paliativos reflete o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas diagnosticadas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Portanto, este artigo caracterizado como descritivo exploratório e de natureza qualitativa, teve por objetivo geral investigar a percepção do construto e a implementação da prática dos cuidados paliativos nos cenários de atuação de medicina. Os participantes, 7 profissionais médicos e 8 acadêmicos de medicina, foram submetidos a uma entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico e de atuação profissional. Os resultados estão apresentados em duas categorias: compreensão e importância dos cuidados paliativos; e, formação e prática em cuidados paliativos. A análise dos dados é temática de conteúdo. Os resultados e discussões apontam que alunos têm conhecimento superficial do tema, o que pode afetar o cuidado de futuros pacientes paliativos e que as experiências práticas beneficiam entendimento e aplicação clínica.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Educação em saúde. Construto e implementação prática. Medicina.

### PALLIATIVE CARE: PERCEPTIONS OF THE CONSTRUCTION AND PRACTICE IN THE FIELD OF MEDICINE

**Abstract:** The growing demand for palliative care reflects the increase in life expectancy and the number of people diagnosed with Non-Communicable Chronic Diseases. Therefore, this article, characterized as descriptive exploratory and qualitative in nature, aimed to investigate the perception of the construct and the implementation of palliative care practice in medical practice scenarios. The participants, 7 medical professionals and 8 medical students, underwent a semi-structured interview and a sociodemographic and professional practice questionnaire. The results are presented in two categories: understanding and importance of palliative care; and training and practice in palliative care. The data analysis is content-based. The results and discussions indicate that students have a superficial knowledge of the subject, which may affect the care of future palliative patients, and that practical experiences benefit understanding and clinical application.

**Keywords:** Palliative care. Health education. Construct and practical implementation. Medicine.

### CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPCIONES DEL CONSTRUTO Y DE LA PRÁCTICA EN EL CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA MEDICINA

**Resumen:** La creciente demanda de cuidados paliativos refleja el aumento de la esperanza de vida y el número de personas diagnosticadas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Por lo tanto, este artículo, caracterizado como exploratorio descriptivo y de naturaleza cualitativa, tuvo como objetivo general investigar la percepción del constructo y la implementación de la práctica de los cuidados paliativos en los escenarios de actuación de la medicina. Los participantes, 7 profesionales médicos y 8 estudiantes de medicina, fueron sometidos a una entrevista semiestruturada y un cuestionario sociodemográfico y de actuación profesional. Los resultados se presentan en dos categorías: comprensión e importancia de los cuidados paliativos; y formación y práctica en cuidados paliativos. El análisis de los datos es de contenido. Los resultados y



discusiones apuntan que los estudiantes tienen un conocimiento superficial del tema, lo que puede afectar el cuidado de futuros pacientes paliativos, y que las experiencias prácticas benefician el entendimiento y la aplicación clínica.

**Palabras-clave:** Cuidados paliativos, Educación para la salud, Constructo e implementación práctica, Medicina

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional decorrente da maior longevidade, o avanço no tratamento das doenças infecciosas e os avanços da tecnologia foram alguns dos fatores que tornaram o mundo um lugar de doentes crônicos (OLIVEIRA, 2019). A maior causa de mortes no mundo são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), representando 70% deste desfecho (SANTOS *et al.*, 2019).

No Brasil, as DCNTs representam 74% das mortes. As principais DCNTs são as doenças circulatórias, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes. Ainda, muitos dos pacientes que possuem estas doenças têm uma estimativa de vida de apenas um ano, necessitando de cuidados especiais durante este período de suas vidas. (SANTOS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, ocorreu a ascensão de um desfecho com o qual a sociedade médica parece ainda não saber lidar: a morte. Os médicos são ensinados a construir itinerários de cuidado contra a mortalidade e os hospitais são vistos como locais de cura. Porém, é necessário que o médico entenda que há limites, reconhecendo que há barreiras que nem ele e nem a tecnologia podem ultrapassar (CORREIA, 2020; FRANCO *et al.*, 2020).

A mesma tecnologia, permit a cura de doenças antes incuráveis, quando usada em excesso é elevada ao patamar da tecnolatria e/ou iatrogenia, ou seja, a qual é conceituada como uma crença de que a tecnologia pode curar tudo, sem levar em conta os problemas mais comuns dos pacientes, tais quais a dor, a dispneia, a náusea e o medo (ANCP, 2012; SANTOS *et al.*, 2017).

É nesse cenário que na década de 1960, Cicely Saunders (1959, 1964, 1966, 2018) desenvolveu uma nova forma de cuidar de doentes incuráveis, de olhar para situações difíceis e delicadas, em que a morte se aproxima inevitavelmente. A profissional substituiu o “curar” pelo “cuidar” e promoveu o entendimento sobre a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP) (BERTACHINI, 2011; SAUNDERS, 1959, 1964, 1966; PESSINI, 2011).

Saunders (1959-64-66) apoia o tratamento através de CP no conceito de Dor Total, dor física, psicológica, social e espiritual, que abrange não só o paciente, mas, também, os familiares que compartilham o processo de doença. A primeira definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre CP é de 1990, indicando que eram cuidados para doentes que não respondiam a tratamentos e, portanto, o controle da dor e dos aspectos psicossociais e espirituais eram prioridade, com o objetivo era alcançar os melhores escores para a qualidade de vida do paciente e sua família (DOURADO, 2017).

Em 2002, a definição foi atualizada, agora CP são os cuidados em que a qualidade de vida do doente e seus familiares são a prioridade em doenças que ameaçam a vida, e, portanto, a identificação precoce e a prevenção do sofrimento são de suma importância, sendo que para isso é necessário um tratamento impecável da dor e dos outros aspectos psicossociais e espirituais (DOURADO, 2017; OMS 2002).

Atualmente, cerca de 40 milhões de pessoas no mundo necessitam de CP ao final de cada ano, mas apenas 14% os recebem. No Brasil, estima-se que de todas as mortes derivadas de DCNTs, 57.2% teriam necessitado de CP, o que representa um total de 702.195 pacientes. Entretanto, o Brasil carece de uma estrutura e de um ensino adequado para abranger tamanha demanda (SANTOS *et al.*, 2019).

A grande maioria dos profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros afirmam ter o conhecimento acerca do tema de CP, mas estudos mostram que há divergências em relação ao seu real conceito (MELO *et al.*, 2021).

Muitos deles, quando contestados acerca das lacunas em seu conhecimento sobre o assunto, indicam que nunca haviam vivenciado o tema durante sua formação, conhecendo casos apenas na prática profissional, o que cria dificuldades e inseguranças na realização de CP, que são requeridos em todos os níveis de atenção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, no Brasil, apesar de existirem mais de 300 escolas médicas, apenas 5% abordam a temática, aspecto que veio a ser reconsiderado com legislação complementar em 2022. Até este ano, não havia uma política nacional sobre CP (DALL'OGGIO *et al.*, 2021). Entretanto, o Conselho Nacional de Educação emitiu o Parecer CNE/CES n. 265/2022, alterou a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), tornando obrigatório o ensino de CP nas escolas médicas.

Neste contexto, a proposição da pesquisa que resultou neste artigo buscou responder à pergunta: qual é a percepção do construto e a implementação da prática nos cenários de atuação da medicina por parte de alunos de medicina e médicos? Para isso, teve como objetivo investigar a percepção do construto e a implementação da prática dos CPs nos cenários de atuação de medicina de alunos de medicina de uma universidade do Norte gaúcho, bem como dos profissionais médicos que atuam no cenário da prática, no intuito de diagnosticar a respeito do conhecimento do tema. Ressalta-se que o interesse acerca do tema surgiu sobretudo de experiência pessoais do aluno-pesquisador dentro dos cenários de atuação prática de medicina durante o decorrer da formação médica.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa constitui-se como um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, envolvendo 7 médicos de um hospital público

de um município de médio porte do Norte do Rio Grande do Sul e, 8 acadêmicos de medicina de uma universidade do Alto Uruguai gaúcho, do mesmo município. O projeto foi direcionado ao protocolo da Instituição Hospitalar, chefia do corpo médico e secretaria do Curso de Medicina da Instituição Universitária selecionada, para que pudesse ser identificado no contexto dos trabalhos científicos desenvolvidos naqueles setores. Após a aprovação do protocolo do projeto, deu-se sequência ao conteúdo da pesquisa.

O município onde ocorreu a pesquisa localiza-se ao norte do Rio Grande do Sul, na região do Alto Uruguai, sobre a cordilheira da Serra Geral, na Região Sul do Brasil. Considerada um centro sub-regional no país, é a segunda cidade mais populosa do norte do estado, sendo superada somente pelo município de Passo Fundo. Conforme Censo de 2010 possui uma população de 105.705 habitantes, observando-se que a população estimada para o ano de 2018 é de 105.059 pessoas. Nesse contexto, a população masculina representava em 2010, 46.224 habitantes, enquanto a população feminina é de 49.863 habitantes. (IBGE,2023).

Conforme descrito no Plano Municipal de Saúde o município possui 12 unidades Básicas de Saúde, com 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família, distribuídas na região central, bairros e zona rural. A Secretaria de Saúde também mantém os serviços de Vigilância em Saúde com Núcleo de Epidemiologia e Imunizações, Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS (SAE), Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Unidade Referência Animal; Serviços de Saúde Mental: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial AD – CAPS AD; Centro de Especialidades Odontológicas; SAMU/ Ambulância Cidadã; Unidade de Saúde Prisional; Unidades Odontológicas Escolares; Unidade de Pronto Atendimento; Centro de Referência da Mulher e Ambulatório de Feridas Crônicas. Ainda, a Fundação Hospitalar escolhida é mantida pelo Fundo Estadual da Saúde, sob gerência do município de

Erechim.

A escolha dos participantes ocorreu mediante sorteio, realizado com a inserção dos nomes em um aplicativo (<https://sorteador.com.br>) que possibilitou essa organização entre todos os possíveis profissionais e alunos. Em seguida, foi feito o contato com os possíveis participantes e posteriormente, em caso de sinalização positiva para participação na pesquisa, agendado horário de acordo com a disponibilidade do mesmo e realizada a coleta dos dados. Ressalta-se, ainda, participação foi voluntária, não acarretando nenhum bônus ou ônus de qualquer espécie para as partes envolvidas.

Os critérios de inclusão foram: ser médico assistencial da Fundação Hospitalar de caráter público selecionada ou ser aluno matriculado no Curso de Medicina na instituição de ensino escolhida. Os critérios de exclusão foram: estar em férias; apresentar licença maternidade e/ou licença interesse; afastamento por quaisquer patologias; estar no primeiro ano do Curso de Medicina da instituição selecionada; e ser menor de idade.

Para a coleta de dados os participantes foram informados sobre a pesquisa, bem como seu tema, problema e o protocolo orientador das suas questões éticas. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico e de atuação profissional, e de uma entrevista semiestruturada relacionada às questões acerca do tema central da pesquisa, procedimentos que foram seguidos após a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - C.A.A.E.: 57840622.1.0000.5351.).

Para a entrevista, as seguintes perguntas foram realizadas: (1) Você já ouviu falar em Cuidados Paliativos? O que você entende por Cuidados Paliativos? (2) Você considera o tema importante? De que forma esse tema pode contribuir para a atuação em Medicina? (3) Você se utiliza dos Cuidados Paliativos? Se sim, de que forma? Como você realiza a implementação no cotidiano profissional? (Profissionais apenas

respondem); (4) Se você, ainda, não realizou esta forma de atendimento, quais seriam as características associadas para que possa implementar?(Profissionais apenas respondem); (5) Como você considera que o atendimento em relação ao tema deveria ser realizado? Descreva sobre as suas percepções; (6) Na sua formação, os cuidados paliativos são ou foram uma temática abordada? Se sim, de que forma? A abordagem foi realizada em que contexto?

Para a organização, interpretação e análise dos dados utilizou-se o Método de Análise Temática de Conteúdo de Bardin (2011). Os resultados serão problematizados na sequência.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As categorias emergiram a partir das questões constantes na entrevista que obedeceu a metodologia de planejamento acerca do processo qualitativo de pesquisa, prevendo a interlocução de saberes entre entrevistados e pesquisador, possibilitando a inferência de resultados potencialmente importantes, a partir da análise de discurso.

A categorização, para Minayo (2012), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Foram definidas duas categorias: compreensão e importância dos cuidados paliativos; e, formação e prática em cuidados paliativos. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

#### **3.1 Caracterização dos participantes do estudo**

O perfil dos entrevistados destoa brevemente dos estudos utilizados, tendo uma predominância do sexo feminino, promovendo uma reflexão acerca do comportamento e atuação dos profissionais de saúde, incluindo os da medicina, sobretudo do processo de feminização da formação em

medicina. A entrada da mulher no ensino superior e, conseqüentemente, no mercado de trabalho em algumas profissões foi mais lenta e gradativa do que outras. No magistério, na enfermagem, por exemplo, ocorreu de maneira muito intensa, em áreas como medicina, engenharias, computação foi mais lenta. Scheffer e Cassenote (2013) demonstram que verifica-se a tendência consistente de feminização da medicina no Brasil, que se observa ao longo das últimas décadas e que se acentuou recentemente. Segundo matéria no portal G1 (2024), em 2023, a partir de fornecidos pelo Conselho Federal de Medicina, os homens eram 50,08% do total, enquanto as mulheres compunham 49,92%. A estimativa é que, ainda em 2024, o número de médicas ultrapasse o de médicos. Atualmente, entre os profissionais com 39 anos ou menos, as mulheres já são a maioria, representando 58% em comparação a 42% dos homens.

Também, nota-se que a maioria dos profissionais possuíam formação recente, apenas um tinha formação superior a dez anos, mostrando um perfil de jovens adultos deste estudo, e que 71% dos mesmos possuíam residência médica (Strictu Sensu). Ainda, em relação aos alunos selecionados, houve predomínio de alunos dos últimos anos de formação, sendo que apenas 25% não estava nos dois anos finais do curso.

### **3.2 Compreensão e importância dos cuidados paliativos**

Neste tópico aborda-se o conhecimento e a compreensão dos médicos e alunos na perspectiva de possibilitar a discussão da sua importância. Estratificou-se os alunos e médicos para possibilitar melhor análise de cada grupo.

#### **Alunos**

Todos os alunos afirmaram direta ou indiretamente que já ouviram falar em CP e reconhecem sua importância. Porém, apresentaram definições simplificadas, centradas, sobretudo, no alívio da dor física e na terminalidade da vida, não levando em consideração aspectos multidisciplinares e seus benefícios, independentemente da expectativa

de vida. Entretanto, ressaltam a comunicação eficaz entre a equipe médica e o paciente e seus familiares como um meio de atender melhor às suas demandas.

É perceptível que todos os alunos compreendem que um dos grandes objetivos dos CPs é aliviar o sofrimento do paciente. Entretanto, muitas vezes, não é especificado o tipo de sofrimento que irá se abordar: dor física, psicológica ou espiritual, trazendo, junto disso, ideias vagas de como irão tratar e auxiliar o paciente. Ainda, veem os CPs apenas como tratamento de algo que já se instalou, e não de maneira preventiva, conforme depoimentos abaixo:

[...] que aquela pessoa consiga se sentir confortável, sem dor, enfim, se sinta valorizado enquanto ser humano (A1)

1.

[...] deixar que ela tenha uma morte menos dolorosa possível e viva o fim ali nas melhores condições, sem dor e tudo mais (A3).

[...] porque a gente consegue preservar o paciente do sofrimento dele, uma doença ou, enfim, uma situação que a gente não possa oferecer uma cura desse problema para ele (A6).

A subjetividade trazida pelos alunos denota tanto a incompreensão do conceito de Dor Total, como do caráter preventivo dos CPs. As respostas obtidas evidenciaram lacunas, pois segundo a OMS (2002), os CPs não devem ser dispensados apenas utilizando tratamento efetivo, mas também como forma de prevenção do sofrimento e da dor. A palavra dor etimologicamente vem do latim *dolore*, compreendida como “imprecisão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele” (PESSINI, 2004, p. 15). Helmann (2009) subdivide a dor em aguda e crônica e fala de sua expressão no âmbito privado e público, cada qual com características próprias de manifestação e sentido. Saunders (1959, 1964, 1966) introduziu o conceito de Dor Total para referir-se à dor física, mental, social e espiritual, lembrada por Pessini e Bertachini (2004, 2011), demandando uma visão antropológica holística para cuidar da dor, já que

é preciso saber quais dores precisarão ser tratadas e/ou prevenidas. Preocupar-se com a dor e o sofrimento é voltar-se para o resgate da dignidade do ser humano no contexto da atuação médica.

Embora seja importante prestar atenção à dor e ao sofrimento, este difere daquela por ser mais subjetivo e estar mais ligado aos valores da pessoa (PESSINI, 2004). Pode haver dor sem sofrimento e sofrimento sem dor, no entanto, a dor é uma das principais causas do sofrimento. Não há como pensar a dor na relação com os cuidados paliativos, sem considerar o sofrimento, pois este é mais abrangente e complexo (existencial), requerendo transpor os sentidos físicos da dor e interpretar seu significado global, evitando práticas que amenizem a dor, mas provoquem sofrimento. No desenvolvimento dos procedimentos necessários a quem está sob cuidados paliativos, lidar com a dor em todas as suas formas “é algo crítico e de suma importância para um cuidado digno dos que estão morrendo” (PESSINI, 2004, p. 22).

Ainda, há forte associação de CPs com doenças que não possuem cura, o que, em partes, é verdade, porém, esta é uma parcela pequena da atuação destes cuidados:

[...] envolve a parte de fim da vida ali, de quando não tem mais o que fazer (A6).

[...] cuidados quando a pessoa já não tem mais cura. Enfim, está no final da vida (A5).

[...] preservar o paciente do sofrimento dele, uma doença ou, enfim, uma situação que a gente não possa oferecer uma cura (A6).

D’Alessandro, Pires e Forte (2020) e Bertachi e Pessini (2011) enfatizam que os CPs são para todo paciente que tem uma doença ameaçadora da vida, seja aguda ou crônica, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamento curativo. Portanto, não há necessidade de esperar que a doença se torne incurável para implementar CP, deve-se ter transição gradual entre o tratamento curativo e paliativo.

Os depoimentos revelam visão focada em proporcionar mais uma boa

morte do que melhorar a qualidade de vida restante dos pacientes:

[...] deixar aquele término de vida da pessoa de uma forma mais humana e melhor (A1).

[...] presta cuidados para as pessoas que estão prestes a morrer (A2).

[...] deixar que ela tenha uma morte a menos dolorosa possível (A3).

[...] pessoas que já estão muito idosas e que já estão no fim da vida. Daí a gente tem os CP e cuida dessas pessoas. Até elas falecerem (A4).

[...] dar um conforto no fim da vida de pessoas com doenças terminais (A8).

As falas dos participantes demonstraram certa confusão nos conceitos e definição de CPs, uma vez que, segundo OMS (2002) e Matsumoto (2012), estes cuidados buscam melhorar a qualidade de vida diante de uma doença que a ameaça. Ou seja, estes cuidados não são apenas para pessoas que estão próximas da morte, mas envolve um público muito maior, sendo que a principal preocupação é melhorar a qualidade de vida restante para aquele paciente, independentemente do tempo que ainda resta para aquela pessoa e não apenas propor uma boa morte. Neste sentido, destoando do grupo, a fala de A7, demonstrou a compreensão dos CPs como uma área multidisciplinar, levando em conta aspectos físicos, familiares, espirituais e psicossociais dos pacientes.

É um cuidado continuado, muito grande, que começa desde a descoberta da doença... focada em aliviar a dor do paciente, em promover alívio, conforto não só de uma forma ... mas envolvendo outras áreas e também a espiritualidade do paciente e da família... tomar as decisões... dialogando tanto com o paciente quando não for possível com a família paciente (A7, ENTREVISTA, 2023).

Isso vai ao encontro das orientações da *Worldwide Palliative Care Alliance* (2014), e do conceito de Dor Total de Saunders (1959-64-66) e explicado por Pessini e Bertachini (2004, 2011). Bem como, compreende a sua abordagem contínua desde o diagnóstico até o fim da vida, reconhecendo a importância da integração precoce dos CP no curso da doença, o que

está em conformidade com o que foi proposto por D'Alessandro, Pires e Forte (2020), que frisam a transição gradual entre os cuidados curativos e paliativos.

Portanto, nota-se que os acadêmicos demonstram visão humanizada e preocupada em relação ao conforto e dignidade durante a terminalidade da vida, bem como a compreensão da sua importância. Entretanto, revelam incompreensões acerca dos conceitos e definições, o que pode comprometer a tomada de decisão em relação ao paciente sobre sua condição ou doença. Isso vai ao encontro do que Pieters e colaboradores (2019) constataram, que há uma percepção da relevância do tema por parte dos alunos, porém uma incompreensão real de seus conceitos, o que pode prejudicar nas tomadas de decisões futuras perante pacientes paliativos.

### **Médicos**

Todos os médicos entrevistados afirmaram que conheciam o tema e a sua relevância. Os principais pontos abordados por eles em relação aos conceitos e relevância dos CPs foram: aumento na qualidade de vida do paciente, focando no tempo ainda restante de vida e não apenas no pré-morte; comunicação eficaz entre equipe, família e paciente para individualização do cuidado; e necessidade de evitar iatrogenias e distanásia.

Primeiramente, observa-se uma visão focada na personalização do cuidado, visando adequar-se às diferentes demandas dos pacientes paliativos, sejam elas físicas, espirituais ou familiares, sempre buscando conforto e melhora na qualidade de vida. Ademais, é na comunicação efetiva entre médico, família e paciente que está o principal pilar para estas condutas, pois consideram os CP como uma abordagem voltada para as demandas do doente. A seguir, alguns relatos dos entrevistados:

Cada paciente vai ter um tipo de cuidado paliativo

que ele vai aceitar e tolerar. Então, a gente tem que ter esse cuidado ainda mais personalizado para o paciente no cuidado paliativo (M1).

[...] na questão do trato além do paciente com os familiares, explicar bem chegar a um acordo juntos... explicando e tendo a ciência, se o paciente vai ter consciência, se não, dos familiares tendo entendimento e o acordo de ambos, junto com a equipe médica que está cuidando do paciente (M4).

[...] é uma forma de a gente conversar com a família também e se a gente entender o que é, a gente consegue passar para eles da melhor forma (M7).

Os excertos apresentados permitem a percepção e identificação de uma visão mais abrangente dos CPs, que busca entender com maior profundidade as reais necessidades desse paciente e de sua família, abrangendo o conceito de Dor Total.

Outro ponto levantado, foi a visão de tratamento voltado para melhorar a qualidade de vida do paciente, intervindo com medidas de conforto, apoio psicológico ou existencial por meio da espiritualidade. Sobretudo, a atuação visando a não maleficência, evitando-se procedimentos invasivos desnecessários, bem como tratamentos que não mudem prognóstico e apenas geram dor. Junto disso, notou-se a dissociação da ideia de que CPs estão ligados apenas à terminalidade, pois considera a vida que ainda resta para o paciente, e a importância de melhorar a qualidade deste tempo, como demonstram os depoimentos abaixo.

CP é preparar o indivíduo para continuar vivendo com qualidade... paliativo não é deixar morrer, é melhorar a qualidade de vida (M2).

[...] é bem importante... para a qualidade de vida do paciente, para a gente fazer mais o bem e evitar as maleficências (M5).

[...] eu acho que evita muitas iatrogenias, muitas coisas que são feitas com pacientes desnecessários, prolongamento de vida de pacientes [...] não é esperar o paciente morrer, mas também não é ficar tentando prolongar algo que já não tem mais (M6).

Esta proposta de cuidado possui sinergia com o que é proposto pela OMS

(2002), que ressalta a qualidade de vida como um dos principais pilares do tratamento, bem como no conceito de Dor Total de Saunders (1959-64-66) explorado por Pessini e Bertachini (2004, 2011), já que aborda a visão mais holística do paciente e de suas necessidades.

Esta visão é reforçada por D'Alessandro, Pires e Forte (2020) ao proporem tratamentos voltados não apenas para a terminalidade em si, mas para o restante da vida do paciente. Compactua, ainda, com os achados de Piili e colaboradores (2018), que demonstram que médicos com conhecimento sobre CP estão mais dispostos a escolher com clareza entre manter ou descontinuar tratamentos que prolonguem a vida de pacientes terminais.

Por fim, destaca-se a fala de M3, médica pediatra, que trabalha a questão de paliativismo na neonatologia.

É uma forma de você dar qualidade de vida para o paciente, de uma doença que não tem mais o que ser feito para ele, que ele está sofrendo com isso e que não vai conseguir melhorar ou dar uma vida igual a nossa...bebezinhos com malformações, que são incompatíveis com a vida, e a gente já acaba fazendo CP com eles lá em sala de parto...Às vezes é um fator que vai ficar algum tempo ali, mas, tipo, não vai ter uma qualidade de vida. Então a gente vai acabar decidindo ali...pelo protocolo de reanimação na última parte, tem a parte ética...Então, nesse momento a gente tem que pensar e, tem que ter empatia...A gente tem, a psicóloga daqui é muito boa nisso, o que a gente teria que ter aqui é uma comissão de CP (M3, ENTREVISTA, 2024).

Aqui emergem as questões éticas sobre quando se deve iniciar estes cuidados em neonatos, pois, muitas vezes, trata-se de uma decisão a ser tomada em sala de parto, que considera malformações, qualidade de vida futura e todos os cuidados que serão ou não necessários, mas que ainda são incertos naquele momento. Isso demonstra a importância do conhecimento do tema, pois ressalta a necessidade de protocolos que facilitem as tomadas de decisões, da empatia no cuidado deste paciente, e de um saber científico mais profundo sobre as necessidades e demandas do paliativismo no início da vida e, não apenas na sua

terminalidade.

Nota-se uma semelhança do relato acima com o que é proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos, por meio da publicação dos Documentos Científicos de 2017 e 2021 (SBP, 2017-21), nos quais preza-se, dentre outras orientações, pelo entendimento da doença, o tratamento disponível e as possíveis limitações, as necessidades individualizadas e a capacidade de antecipar eventos futuros a depender das condições do paciente pediátrico.

Os dados permitem observar, como é esperado em decorrência de sua formação completa e experiência profissional, que os médicos possuem conhecimento mais aprofundado do que o dos alunos, bem como visão mais voltada em propiciar qualidade de vida ao paciente, sem focar necessariamente em sua terminalidade. Os acadêmicos apresentam foco muito grande na dor física e na proximidade da morte, e buscam uma visão mais comunicativa com a família em explicar a situação para gerar compreensão das medidas a serem tomadas, desmistificando este cuidado, porém, de certa forma distorcida, pois demonstram visão muito mais centrada em ter uma morte tranquila, do que o fim de vida bem vivido.

O exposto aqui remete aos processos formativos e à responsabilidade dos formadores em oportunizar conhecimento e práticas em CP na formação inicial, antecipando aspectos relevantes para o exercício profissional, tema a ser considerado na próxima categoria.

### **3.3 Formação e prática em cuidados paliativos**

A abordagem desta seção não mantém as subcategorias acima elencadas, com a pretensão de proporcionar melhor entendimento e comparação entre as falas de médicos e alunos. Nela, pretende-se construir uma aproximação entre o conhecimento oriundo dos médicos e alunos, sobre os CPs e sua implicância na atuação profissional presente

ou futura.

O relato dos estudantes indica que 100% deles tiveram algum tipo de exposição aos CPs durante sua formação universitária, contudo, essa experiência parece ter sido predominantemente superficial e essencialmente teórica, com escassa experiência prática. Essas interações ocorreram principalmente no contexto de disciplinas como oncologia, clínica da dor e psicologia médica, por meio de aulas expositivas, seminários e exibição de documentários. Além disso, o único contato prático mencionado foi o estágio realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, conforme retratam suas manifestações abaixo.

No contexto da oncologia eu lembro que era bem realizada essa abordagem de CP (A1).

Foi sim mencionado em algumas matérias durante a faculdade, mas a gente não teve especificamente nenhuma parte prática que a gente pudesse abordar os CP. Então, apenas de forma teórica (A2).

[...] foi abordado em duas matérias que eu me lembro: clínica da dor e psicologia médica. Foi falado, meio por cima, sobre o que é, o que aborda, como funciona (A7).

Pouquíssimas vezes, acho que mais em caso clínico, quando a gente atende a algum paciente que está nessa situação, principalmente na UTI (A7).

Por outro lado, três (47%) dos médicos relatam não ter tido qualquer exposição aos CP durante sua graduação, de acordo com seus relatos.

Na faculdade, nunca foi abordado e começou na prática mesmo, e tendo paciente, nem na residência (M3).

Na formação da faculdade, praticamente nada (M4).

Não, não foram abordados. Nenhum momento eu tive aula ou alguma coisa assim (M6).

Para um dos médicos, em seu julgamento, os CPs foram abordados de forma incoerente: "Foram abordadas de uma forma errada, por exemplo,

CP: vamos tirar todos os medicamentos de conforto (M5)". Três destes profissionais tiveram imersão mais abrangente no tema, tanto teórica quanto prática, por meio de participação em ligas acadêmicas e em disciplinas como oncologia, UTI, medicina legal e geriatria. Vale ressaltar que este grupo teve sua formação concluída em período recente, entre três e quatro anos passados. Suas falas ilustram o exposto.

Tive aulas e palestras sobre CP. Tinha, também, uma liga acadêmica na faculdade de CP [...] foi abordado, assim, de forma teórica e na prática, em especial com os pacientes oncológicos (M1).

Essa cadeira foi abordada principalmente na matéria de Geriatria. Mas acredito que de uma forma geral, todos os professores, todas as cadeiras, me trouxeram um pouco disso, que é do cuidado integral com o paciente, na integralidade do paciente ali (M2).

Foi abordado na disciplina de UTI, que era uma disciplina não obrigatória (M7).

No ano de 2022, o Conselho Nacional de Educação emitiu Parecer CNE/CES n. 265/2022 (BRASIL, 2022), instituindo a obrigatoriedade dos cursos de formação de médicos em oferecer na formação inicial CP, abrangendo a comunicação, gerenciamento de dor e outros sintomas, boas práticas em CP, bem como na indicação precoce de CP, indicando controle de sintomas dentro dos aspectos físicos, psicossociais, espirituais e culturais e identificando riscos potenciais de luto complicado. Ademais, segundo Dall'Oglio *et al.* (2021), desde 2014, embora não explícitos, os CP foram inseridos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de medicina, aconselhando seu ensino.

Sendo assim, observa-se que há uma lacuna tanto na formação dos alunos quanto dos médicos. Pois, em 2014, dos entrevistados médicos, apenas um já havia completado sua formação e os demais, formados há menos tempo, mesmo assim, deveriam ter tido algum contato com a temática. Entretanto, como nos apresenta Dall'Oglio *et al.* (2021), na época não havia políticas nacionais tornando este ensino obrigatório.

No que tange aos alunos, constata-se que, mesmo aqueles que já estão

nos anos finais da graduação deveriam ter apresentado maior profundidade acerca do tema, visto que o parecer da CNE (BRASIL, 2022), período no qual todos os acadêmicos envolvidos na pesquisa estavam no período pré-internato, conforme previsto pela Resolução CNE/CES nº 4, de sete de novembro de 2001 do CNE, ou seja, ainda estariam em período de formação inicial de sua graduação. O que pactua com os achados de Pieters *et al.* (2019), em estudo com alunos de medicina estadunidenses, que constatou que a graduação de medicina não contém os requisitos mínimos para uma formação de qualidade no assunto.

A preocupação expressa pelos órgãos reguladores brasileiros ao propor normas que recomendem a inclusão de CP na formação médica constitui-se em uma medida importante que só será efetiva se as instituições que preparam médicos estiverem cientes e convencidas do caráter imprescindível de oferecer embasamento teórico e vivências práticas aos futuros profissionais. Para isso pode-se pensar em componentes curriculares específicos, mas o mais recomendado é que sejam definidas como um pilar da formação, trabalhado de forma transversar e ao longo de todo processo formativo. Trata-se de uma competência a ser desenvolvida, o que demanda empenho e clareza do que se deseja, uma vez que sua complexidade envolve conhecimento sobre o tema e práticas a campo, pois ensinar a curar e ensinar a cuidar de quem precisa de CP fazem parte das atribuições do médico.

Introduzir os CP na formação médica demanda que se repense alguns pressupostos sobre os quais ela se assenta, dentre eles o de que o médico vai até onde sua técnica de curar e salvar alcance, deixando para outros profissionais preocuparem-se com o sofrimento emocional e psicológico. Paiva (2009) reforça a relevância de pensar no currículo médico e proporcionar ao estudante de medicina uma formação na qual ele possa entrar em contato com as questões psicológicas que envolvem a sua relação com a medicina, com a doença, com o doente, com o tratamento e com a morte.

Também, nota-se uma preocupação substancial dos estudantes em promover uma educação continuada sobre o tema, a fim de habilitá-los a adotarem boas práticas, o que pode estar intrinsecamente relacionado à lacuna identificada na sua formação, demonstrada nos relatos que seguem.

[...] precisaria ter cursos preparatórios e não só para os médicos, mas para todos os profissionais da saúde envolvidos nesse trâmite (A2).

[...] acho que devia existir algum tipo de educação continuada pra gente aprender mais sobre isso desde o que é CP, como colocar em prática como abordar com a família para explicar tudo mais, porque geralmente, se a gente não entende o familiar, muito menos (A3).

[...] penso que deveria ter alguma equipe, formar alguma equipe, ter algum curso sobre CP que define bem o que cada paciente necessita (A4).

Como nos mostra Freitas (2017), a compreensão sobre o tema aumenta após um simples estudo sobre os conceitos básicos de CP, reforçando a necessidade abordada no Parecer CNE/CES n.265/2022 (BRASIL, 2022), de ensinar os alunos nas escolas médicas.

Observando-se por um ângulo de maior efetividade, os médicos apresentam perspectiva mais pragmática, propondo estratégias concretas como: a definição criteriosa do momento para iniciar os CP, o estabelecimento de protocolos para orientar condutas mais assertivas, a criação de comissões específicas, comunicação eficaz e a ênfase da abordagem multidisciplinar.

[...] acho que o primeiro de tudo, do cuidado paliativo, é a gente identificar a possibilidade de a gente poder utilizar (M1).

[...] a comissão de CP acho que ajudaria muito, para a gente ter um respaldo e até porque não tem muito material para ter um protocolo... que a gente tenha um pouquinho mais de respaldo e uma equipe multiprofissional trabalhando (M3).

Acho que devia ter protocolos mais definidos, principalmente em cada instituição hospitalar (M4).

No âmbito da prática em CP, percebe-se que para os médicos que os aplicam rotineiramente ou já aplicaram, evitar a distanásia, manter uma comunicação transparente entre a equipe de saúde, paciente e familiares, personalizar o cuidado e considerar os aspectos éticos são aspectos primordiais. Observe-se seus posicionamentos.

Se o paciente tiver condições de conversar, entender o que o paciente e a família desejam. Em especial o paciente. Se ele puder se comunicar, quais medidas a gente vai ofertar para ele (M4).

[...]ele tem que ser feito de forma multidisciplinar. Então, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, assistente social, nós médicos. Acho que tem que envolver muito a família pra explicar pra eles que tu não tá não dando oxigênio, tu tá apenas ofertando algo que não seja invasivo, por exemplo (M7).

Percebe-se uma semelhança entre o presente estudo e as conclusões de Ribeiro *et al.*, (2020), que demonstrou um conhecimento amplo no assunto dos profissionais atuantes, porém, evidenciou déficits em suas formações, indicando que a maior parte do seu conhecimento de CP vinha da prática e seus estudos feitos após a graduação. Por outro lado, a percepção dos médicos que não aplicam os CP em sua prática diária assemelha-se à concepção inicial dos alunos sobre como esses cuidados deveriam ser aplicados, sobre um foco no tratamento da dor física e na comunicação, segundo o que pensa o M6: “[...] uma conversa aberta com os familiares, entender, entrar num consenso de qual que é a melhor saída para o paciente. E aí avaliar caso a caso... principalmente controle de dor eu acho que é uma coisa bem interessante”. Isso evidencia que a prática altera a percepção e aprimora a compreensão do tema, uma vez que todos os médicos que efetivamente aplicam os CP possuem compreensão mais sólida sobre sua implementação prática.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo que resultou de pesquisa de campo, de natureza qualitativa, realizada com médicos e acadêmicos de medicina, denota a importância da inclusão do ensino de CP dentro dos cursos de medicina e da educação continuada para profissionais médicos.

Percebeu-se na primeira categoria que grande parte dos alunos demonstrou conhecimento raso acerca do tema, com uma percepção superficial nos conceitos de Dor Total, do momento de início dos CP, bem como o seu público-alvo. Observou-se uma forte associação, por parte dos alunos, entre os CP e o momento da morte, em detrimento de uma melhora na qualidade de vida destes pacientes. Isso, pode resultar em condutas futuras que desfavorecem as boas práticas perante pacientes paliativos ou candidatos para tal.

Por sua vez, na segunda categoria, observa-se no relato dos médicos que experiências práticas com pacientes reais aprimoram e enriquecem a percepção do construto e a implementação prática dos CP. Observou-se na fala dos profissionais uma grande preocupação em melhorar a qualidade de vida dos pacientes e prevenir a maleficência, tendo como base para busca de suas demandas a boa comunicação com paciente e sua família, sejam elas físicas, emocionais ou existenciais, alcançando o conceito de Dor Total subjetivamente.

Foram construídas reflexões que permitiram inferir que a incompreensão de CP, pode resultar em limitações e negligências de tratamento perante os aspectos de dor física, emocional, familiar e existencial do paciente paliativo. Por outro lado, os apontamentos sugeridos por este estudo denotam que o conhecimento bem estabelecido sobre o tema resulta em maiores buscas pela qualidade de vida destes pacientes, ligado à abordagem holística e multidisciplinar.

Salienta-se, contudo, que há limitações neste estudo, visto que seu número de participantes e a faixa etária dos mesmos pode significar que

as percepções identificadas em cada um dos grupos podem representar apenas uma parcela dessas populações.

Portanto, propõe-se neste espaço, ampliar a discussão do tema, expandindo-a para cenários mais abrangentes e multidisciplinares, gerando maiores certezas, permitindo maior debate e desenvolvimento de ações concretas que gerem otimizações e melhorias das boas práticas de CPs perante um cenário cada vez mais demandante dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2012. Disponível em: <https://encr.pw/Z8cA7>. Acesso em: 12 abr. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais. *In*: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (org.) **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 19-55.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº4**, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <https://l1nk.dev/vdvqf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Disponível em: <https://l1nk.dev/knZzw>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Parecer CNE/CES nº 265/2022**. Disponível em: <https://l1nk.dev/Q68yH>. Acesso em: 20 abr. 2024.

CORREIA, Divanise Suruagy *et al.* Percepção e vivência da morte de estudante de medicina durante a graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. e013, 2020.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares; PIRES, Carina Tischler; FORTE, Daniel Neves (Coord.). **Manual de cuidados paliativos**. 2020.

DALL'OGGIO, Laura Maria *et al.* Ensino de Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras: uma revisão integrativa. **Revista Espaço Para a Saúde**, v.22, p. e705, 2021.

DE FREITAS, Eni Devay. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação

em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 527-35, 2017.

DE MELO, Camila Mumbach *et al.* Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, v. 24, n. 277, p. 5833-5839, 2021.

DOS SANTOS, Cledy Eliana *et al.* Palliative care in Brazil: present and future. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 6, p.796-800, 2019.

DOURADO, Tayná Batista. **Cuidado paliativo**: a integralidade do cuidado e seus avanços na história. 2017. Tese (Doutorado em Medicina), Marília/SP: Faculdade de Medicina de Marília, 2017.

FRANCO, Indayá da Silva Machado Freire *et al.* Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivências de Profissionais de Saúde. **Revista Cuidado é Fundamental Online**. v.12, p.703-709, 2020.

G1. Saúde. **Brasil chega a 575 mil médicos ativos, vê número de mulheres aumentar e desigualdade persistir entre regiões**. 08 abr. 2024. Disponível em: <https://shre.ink/g83k> Acesso em: nov. 2024.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

MINAYO, Maria C. de S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas, componentes estruturais de ação. **Relatório mundial doenças não transmissíveis e saúde mental**. Geneva: OMS; 2002. p. 105. Disponível em: <https://11nk.dev/IPiXN>. Acesso em: 28 abr. 2024.

PAIVA, Lucélia E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. *In*: SANTOS, Franklin Santana (org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 77-87.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p.11-30.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Editora Loyola. 2004.

PIETERS, Jolien *et al.* **Palliative care education in the undergraduate medical curricula**: students' views on the importance of, their confidence in, and

knowledge of palliative care. **BMC Palliative Care**, v.18, n. 72, 2019.

PIILLI, Reetta *et al.* Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making? **BMC Palliative Care** v. 17, n. 94, 2018.

RIBEIRO, Aline Lima *et al.* Cuidados paliativos: percepção da equipe multiprofissional atuante em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 4, 2021.

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 21, n. 2, p. 268-77, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos nº 1, fevereiro de 2017.** Cuidados Paliativos Pediátrico: o que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. Disponível em: <https://encr.pw/pDuuF>. Acesso em: 08 mar. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos nº 5, 8 de novembro de 2021.** Cuidados Paliativos Pediátrico: o que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. Disponível em: <https://acesse.dev/pDuuF>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SAUNDERS, Cicely. Care of the dying-3: Control of pain in terminal cancer. **Nursing times**, p. 1031-1032, 1959.

SAUNDERS, Cicely. Care of patients, suffering from terminal illness at St Joseph's Hospice, Hackney, London. **Nursing Mirror**, v.10, 1964.

SAUNDERS, Cicely. The care of the dying. **Guys Hospice Gaz.** v.80, p.136-142, 1966.

SAUNDERS, Cicely. **Velai Comigo-Inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos.** São Paulo: Editora FSS, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fact sheet nº 402:** Palliative care. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care.** Disponível em: <https://l1nq.com/Ylcsg>. Acesso em: 09 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**, 2014. Disponível em <https://acesse.dev/UPsXV>. Acesso em: 16 nov. 2023.

---

**Notas:**

<sup>1</sup> Para preservar a identidade dos participantes, identificamos os alunos e médicos com as letras iniciais seguidas de números de acordo com a ordem da realização das entrevistas. Ex. Aluno 1 (A1), aluno 2 (A2), médico 1 (M1), médico 2, (M2) e assim sucessivamente.

---

**SOBRE OS AUTORES:****Rafael Rossa Marsarotto**

Graduado em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2915-5491>

E-mail: [rafaelmarsarotto@gmail.com](mailto:rafaelmarsarotto@gmail.com)

**Arnaldo Nogaro**

Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação (PPGEDU), do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS) e do Curso de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Doutor em Educação.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0517-0511>

E-mail: [narnaldo@uricer.edu.br](mailto:narnaldo@uricer.edu.br)

**Samuel Salvi Romero**

Professor do Curso de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Doutor em Saúde Coletiva. Enfermeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4372-8347>

E-mail: [samuel@uricer.edu.br](mailto:samuel@uricer.edu.br)

**Artigo recebido em:** 14 jun. 2024. | **Artigo aprovado em:** 30 nov. 2024.