

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto**

**REFLEXÕES SOBRE O ENSINO DE BIOÉTICA
E CUIDADOS PALIATIVOS
NAS ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

José Ricardo de Oliveira

Belo Horizonte
2014

José Ricardo de Oliveira

**REFLEXÕES SOBRE O ENSINO DE BIOÉTICA
E CUIDADOS PALIATIVOS
NAS ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como exigência parcial à obtenção do grau de Doutor em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Nilton Alves de Rezende

Co-orientador: Prof. Dr. Amauri Carlos Ferreira

Belo Horizonte
2014

O842r Oliveira, José Ricardo de.
Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas Escolas Médicas do estado de Minas Gerais [manuscrito]. / José Ricardo de Oliveira. - Belo Horizonte: 2014.
175f.: il.
Orientador: Nilton Alves de Rezende.
Coorientador: Amauri Carlos Ferreira.
Área de concentração: Ciências Clínicas.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Ética. 2. Bioética. 3. Cuidados Paliativos. 4. Educação Médica. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Rezende, Nilton Alves de. II. Ferreira, Amauri Carlos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM: WB 60



UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR

Professor Jaime Arturo Ramírez

VICE-REITORA

Professora Sandra Regina Goulart Almeida

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professor Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

PRÓ-REITORA DE PESQUISA

Professora Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

DIRETOR

Professor Tarcizo Afonso Nunes

VICE-DIRETOR

Professor Humberto José Alves

COORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professora Sandhi Maria Barreto

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CHEFE DO DEPARTAMENTO

Professor Unai Tupinambás

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO**

Professora Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO**

Professora Tereza Cristina de Abreu Ferrari (Coordenadora)

Professor Paulo Caramelli (Subcoordenador)

Professora Valéria Maria Azeredo Passos

Professora Gilda Aparecida Ferreira

Professora Rosângela Teixeira

Professor Marcus Vinícius Melo de Andrade

Doutoranda Andréa de Lima Bastos (Representante discente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO
ADULTO



ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO JOSE RICARDO DE OLIVEIRA

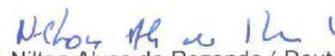
Realizou-se, no dia 11 de dezembro de 2014, às 14:00 horas, Sala 268, 2º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada **REFLEXÕES SOBRE O ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**, apresentada por **JOSE RICARDO DE OLIVEIRA**, número de registro 2011656774, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Nilton Alves de Rezende - Orientador (UFMG), Prof. Amauri Carlos Ferreira - Coorientador (PUC Minas), Profª. Mirelle Finkler (UFSC), Prof. Toshio Chiba (INCA-USP), Profª. Maria Monica Freitas Ribeiro (UFMG), Prof. Lucas José de Campos Machado (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

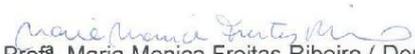
Finalizados os trabalhos, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2014.


Prof. Nilton Alves de Rezende (Doutor)


Prof. Amauri Carlos Ferreira (Doutor)


Profª. Mirelle Finkler (Doutora)


Prof. Toshio Chiba (Doutor)


Profª. Maria Monica Freitas Ribeiro (Doutora)


Prof. Lucas José de Campos Machado (Doutor)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO
ADULTO

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

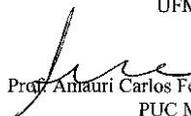
**REFLEXÕES SOBRE O ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

JOSE RICARDO DE OLIVEIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO, como requisito para obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO, área de concentração CIÊNCIAS CLÍNICAS.

Aprovada em 11 de dezembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

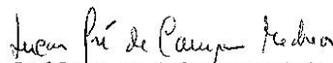

Prof. Nilton Alves de Rezende - Orientador
UFMG


Prof. Amauri Carlos Ferreira - Coorientador
PUC Minas


Prof. Mirelle Finkler
UFSC


Prof. Toshio Chiba
INCA-USP


Prof. Maria Monica Freitas Ribeiro
UFMG


Prof. Lucas José de Campos Machado
UFMG

Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2014.

Dedico esta Tese aos anjos da guarda, meu pai e minha irmã, Joaquim e Beth, que partiram e me acompanham nessa caminhada, ajudando a entoar o hino paliATIVISTA quando ergo a bandeira de Bioética e Cuidados Paliativos em solo mineiro.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais:

Agradeço,

a receptividade generosa dos professores Nilton Alves de Rezende e Amauri Carlos Ferreira, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG e do Departamento de Filosofia e Teologia da PUC Minas, respectivamente, pela orientação e co-orientação, desde a elaboração do projeto à realização do trabalho de pesquisa e redação final;

à professora Mirelle Finkler (UFSC) a cessão de seu instrumento de pesquisa, intitulado “Formação ética em Odontologia: realidades e desafios” [doutorado, 2009] e a contribuição no exame final de defesa;

aos professores Joaquim Antônio César Mota e Maria Mônica Freitas Ribeiro (UFMG) a preciosa avaliação do projeto de pesquisa e a participação no exame de qualificação;

aos professores Toshio Chiba (INCA-USP), Maria Mônica Freitas Ribeiro e Lucas José de Campos Machado (UFMG) pela contribuição pessoal e em grupo no exame de defesa, quando o sonho tornou-se realidade;

ao professor Ciro Augusto Floriani (ENSP/Fiocruz-PPGBIOS) pela participação suplente na banca de defesa;

à professora Yonne de Souza Grossi, do Departamento de Sociologia e Relações Internacionais da PUC Minas, pela especial colaboração à estruturação do manuscrito e respostas a diversas dúvidas;

à Beatriz Marinho Gomes pelo trabalho incansável de editoração: projeto, artigo, manuscrito e tese;

à acadêmica Letícia Pereira de Castro, da Faculdade de Medicina de Itajubá, pela contribuição voluntária na pesquisa de campo;

à minha família, em especial a minha mãe, Aparecida, que disse aos filhos as palavras sábias: “Para sair daqui só estudando.” e o meu pai, Joaquim, que me pediu: “Sei que o seu carro está lá fora. Leva-me para casa!”, fazendo-me mais humilde.

à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, que entre vindas e idas, que me acolheu há 36 anos como aluno, depois médico e professor, e agora cuidador.

A pergunta que se faz é: como cuidar dessas pessoas que estudam em salas de anatomia onde jazem cadáveres desconhecidos, mutilam pequenos animais em laboratórios de fisiologia, vêem corpos vivos sendo abertos em centros cirúrgicos, observam a dor e a tristeza fechados em hospitais e freqüentam toda sorte de ambientes onde o sofrimento humano chega ao limite suportável para a vida?

Antonello (2006, p. 159)

RESUMO

O ensino de cuidados paliativos na graduação das Escolas Médicas do estado de Minas Gerais é fundamental para se compreender a relação escola-médico-equipe interdisciplinar de assistência à saúde no que diz respeito à terminalidade da vida humana. O tema matriz tem como foco a análise dos currículos dessas escolas para se verificar como está contemplado o ensino de cuidados paliativos na graduação. O estudo de caso exploratório e de natureza genuinamente qualitativa utilizou três instrumentos operacionais: questionário, entrevista e documento informatizado, em quatro etapas. Na primeira etapa foram consultadas 28 escolas para se verificar como era administrado o ensino de bioética e cuidados paliativos e foi aplicado questionário a professores para avaliar o ensino desta temática. Na segunda etapa foi realizado trabalho de campo com aplicação de questionário estruturado a um grupo de alunos, em duas escolas, e aprofundamento do estudo. A terceira etapa caracterizou-se pela comparação dos dados obtidos nas etapas anteriores com os dados extraídos da literatura nacional e internacional, e reflexão sobre a formação acadêmica nas áreas de bioética e cuidados paliativos. Na última etapa foram entrevistados alguns alunos que cursavam o último ano do curso médico em duas escolas. Esta última etapa permitiu uma discussão crítica e transversal da formação acadêmica na área da temática. Os resultados mostraram que o conhecimento de bioética com ênfase em cuidados paliativos e com a formação dos médicos que atendam às necessidades emergentes desta área da saúde não está suficientemente aplicado nas Escolas Médicas do estado de Minas Gerais. Também, não se observa uma correlação entre o ensino de ética e de bioética e o ensino de cuidados paliativos. A articulação entre o ensino de bioética e cuidados paliativos tem sido pouco investigada na área da saúde. Considerando-se o desinteresse curricular em relação ao ensino da bioética, com ênfase em cuidados paliativos, propõe-se uma reflexão e uma ação programática para a formação docente e subsequente inserção do ensino curricular específico e de caráter transversal, de bioética e cuidados paliativos, nos cursos de graduação das Escolas Médicas de Minas Gerais.

Palavras-chave: Ética Bioética. Cuidados Paliativos. Educação Médica.

ABSTRACT

The teaching of palliative care in the Medical School courses in the state of Minas Gerais is paramount to understand the relation between medicine-physician-health care interdisciplinary team regarding the finity of human life. The main theme of this work is the analysis of Minas Gerais' Medical Schools curriculum with the objective of verifying how the teaching of palliative care is inserted in these schools' graduation courses. An exploratory case study of qualitative nature used three operational tools: survey, interview and electronic document, in four stages. In the first stage 28 schools were consulted in order to verify how palliative care and bioethics were taught. In the second stage, a fieldwork was conducted with structured interviews being applied to students in two medical schools and also the deepening of the study. In the second stage a fieldwork was conducted with structured interviews being applied to students in two medical schools. In the third stage, the data acquired in previous stages were compiled and compared to national and international literature on academic formation in bioethics and palliative care. In the fourth stage, students in the last year of the medical school were interviewed. This last stage allowed a critical and transversal discussion of the academic formation in said field. The results showed that bioethics knowledge focusing on palliative care and also on the formation of physicians who work with this health field's emergent needs was not well covered in the medical schools of Minas Gerais. Also there was not a correlation between ethics and bioethics teaching and the teaching of palliative care. The articulation between the teaching of bioethics and palliative care is underinvestigated in the health field. Considering the lack of concern over the teaching of bioethics with focus on palliative care, we propose a reflection and a programmatic action in the formation of teachers and also the insertion of the transversal and specific curricular teaching of bioethics and palliative care in the graduation curriculum of the medical schools of Minas Gerais.

Keywords: Ethics. Bioethics. Palliative Care. Medical Education.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Faculdades de Medicina do estado de Minas Gerais e faculdades participantes (projeto piloto) por categoria administrativa e por região geográfica, 2011-2014	75
TABELA 2:	Sinopse do ensino de Ética nas EMMG, 2011-2014	100

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Síntese do ensino de ética nas Escolas Médicas Brasileiras, 1981-2001	53
QUADRO 2:	Características administrativas, relações de vagas de graduação e especialização das EMMG, e sócio-demográficas dos professores de curso (projeto piloto), 2011-2013	81
QUADRO 3:	Analogia entre a tipologia das escolas médicas e o comprometimento com a formação ética das escolas de odontologia brasileiras	82
QUADRO 4:	Respostas dos questionários aplicados aos professores de cinco EMMG (EM1, EM2, EM3, EM4 e EM5), 2011-2013	83
QUADRO 5:	Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 6º P (3º A) e ao professor da EM1, 2011-2013	88
QUADRO 6:	Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 11º P e 12ºP (6º A) e ao professor da EM1, 2011-2014.....	91
QUADRO 7:	Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 11º P (6º A) e ao professor da EM2, 2011-2014.....	95

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Fluxograma das etapas metodológicas (coleta de dados), 2011-2014.....	74
FIGURA 2:	Localização das IES selecionadas para o estudo.	76
FIGURA 3:	Currículo Formal, Informal, Escolar, Paralelo e Oculto.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS¹

A	ano
ABLAM	Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas Médicas
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AEE	<i>authentic early experience</i> [experiência autêntica inicial]
AL	América Latina
AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
BI	Bacharelado Interdisciplinar
BI-Saúde	Bacharelado Interdisciplinar-Saúde
BPPM	Bases Psicossociais da Prática Médica
CEM	Código de Ética Médica
CEREM-MG	Comissão Estadual de Residência Médica
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CH	carga horária
CNE	Conselho Nacional de Educação
COEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CP	cuidado(s) paliativo(s)
CT	categoria(s) temática(s)
CTI	centro de tratamento intensivo
DAV	diretivas antecipadas de vontade
DCN Medicina	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU	Diário Oficial da União
EM	Escola(s) Médica(s)

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no primeiro momento em que foram citadas no texto acadêmico as abreviaturas estavam precedidas de seu correspondente por extenso. Após isso, foram empregadas as siglas. Justifica-se o uso de siglas, nessa Tese, com intenção de identificação visual e mnemônica, como representam os logotipos e as logomarcas de elementos do *design* gráfico reconhecível.

EMB	Escola(s) Médica(s) do Brasil
EMMG	Escola(s) Médica(s) do estado de Minas Gerais
EMSP	Escola(s) Médica(s) do estado de São Paulo
EPM-UNIFESP	Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FA	Faculdade Atenas
FAMED-PUCRS	Faculdade de Medicina da PUCRS
FAMED-UFBA	Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia
FAMINAS-MG	Faculdade de Minas
FASEH	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
FCMMG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
FCM-UERJ	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FIP-Moc	Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros
FM	Faculdades de Medicina
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FMB	Faculdade(s) de Medicina Brasileira(s)
FMIt	Faculdade de Medicina de Itajubá
FM-UFMG	Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais
FM-UFRJ	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNJOB	Faculdade de Medicina de Barbacena
GD	grupo de discussão
H0	hipótese nula
H1	hipótese alternativa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE	Hospital-Escola
HSPE	Hospital do Servidor Público Estadual
HU	Hospital-Universitário
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
ICS-FUNORTE	Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas
IEC-PUC Minas	Instituto de Educação Continuada da PUC Minas
IES	Instituição de Ensino Superior
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco

LA	liga(s) acadêmicas(s)
MCP	Medicina Centrada na Pessoa
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP	Medicina Paliativa
MS	Ministério da Saúde
nº	número
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	período
PBL	<i>problem-based learning</i> [ABP] [aprendizagem baseada em problemas]
PG	Pós-Graduação
PIC	Prática Investigação Científica
PMC	Prática Médica na Comunidade
PPOS	<i>Patient-practitioner orientation scale</i>
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RM	Residência Médica
SAMMG	Sociedade de Acadêmicos de Medicina de Minas Gerais
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUPREMA	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
TanCP	Tanatologia e Cuidados Paliativos
TCC	Termo de Compromisso e Concordância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UFSJ	Universidade Federal de São João del Rei
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UnB	Universidade de Brasília
UNEC	Centro Universitário de Caratinga
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNI-BH	Centro Universitário de Belo Horizonte
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UNIFENAS-BH	Universidade José do Rosário Vellano - Campus Universitário de Belo Horizonte
Unimed-BH	Cooperativa de Trabalho Médico de Belo Horizonte e da Região Metropolitana
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UNIPAC	Universidade Presidente Antônio Carlos
UNIPAM	Centro Universitário de Patos de Minas
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNIUBE	Universidade de Uberaba
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UNIVAS	Universidade do Vale do Sapucaí
USP	Universidade de São Paulo
UT	unidade(s) temática(s)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
2	ANTIGOS E NOVOS CENÁRIOS	35
2.1	<i>Panorama sobre conceitos de bioética e de cuidados paliativos.....</i>	35
2.1.1	A equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos.....	42
2.1.2	Tendências da inserção curricular de bioética e de cuidados paliativos.....	51
3	A PESQUISA	69
3.1	<i>Antecedentes referenciais.....</i>	69
3.2	<i>Metodologia.....</i>	73
3.2.1	Trabalho de campo: definição de caso	74
3.2.2	Coleta de dados	76
3.2.3	Análise dos questionários aplicados às EMMG (projeto piloto) por unidade e categorias temáticas.....	80
3.2.4	Registro e análise dos dados de EM1	85
3.2.5	Análise dos questionários e entrevistas de EM1	87
3.2.6	Análise de questionários e entrevistas de EM2	94
3.3	<i>Análise documental de EMMG.....</i>	98
4	DISCURSO PROGRAMÁTICO	103
4.1	<i>Fundamentos.....</i>	103
4.2	<i>Temáticas tradicionais e inovadoras.....</i>	105
4.3	<i>Formação docente.....</i>	110
4.4	<i>Por que a medicina do cuidado?.....</i>	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICE A - Percurso profissional nas áreas de bioética e de cuidados paliativos	139
	APÊNDICE B - Andamento do Projeto - Certificado do Parecer (CAAE)	143
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os membros da Faculdade de Medicina Brasileira: professores e alunos).....	145
	APÊNDICE D - Documentação de concordância e questionário estruturado para professores	147
	APÊNDICE E - Questionário estruturado (modificado para aplicação aos alunos)	159
	APÊNDICE F - Artigo: Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil	167
	APÊNDICE G - Representação das áreas de Ética, Bioética e Cuidados Paliativos por Escola Médica do Estado de Minas Gerais, 2011-2014.....	173

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre bioética em relação à terminalidade da vida humana contemplam alguns temas como bioética, cuidados paliativos (CP), equipe interdisciplinar de saúde, eutanásia, distanásia e ortotanásia. A relevância temática pretende-se trazer para o campo da bioética uma discussão sobre o ensino médico de CP. A atenção aos pacientes sem perspectiva terapêutica convencional² estabelece a relação de cuidado dos membros da equipe interdisciplinar³ de saúde com pacientes, familiares e cuidadores.

A formação, a capacitação e a socialização dos médicos, inclusive nos aspectos bioéticos que visam garantir sua excelência profissional, são essenciais no cenário da atenção aos pacientes com doenças em fase terminal. Neste sentido, esta pesquisa contempla a tríade escola de medicina-médico-equipe interdisciplinar de assistência à saúde.

Do ponto de vista pessoal, a par de se ampliar a competência técnico-científica, constata-se uma tomada de consciência quanto à urgência de inserção da temática terminalidade humana nos currículos das EMMG. Essa inquietação origina-se de duas vertentes, vivenciadas pelo autor, que se interconectam. A primeira advém da experiência clínica com pacientes sem perspectiva terapêutica convencional (APÊNDICE A); a segunda vertente consolida-se com a pesquisa de mestrado desenvolvida por ele (OLIVEIRA, 2007).

A formação acadêmica em CP oferece uma experiência profissional ao futuro médico para sua prática em determinadas equipes da saúde. Todavia, os responsáveis pela elaboração dos currículos nas Escolas Médicas do estado de Minas Gerais (EMMG) possuem certo desinteresse específico com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da bioética com ênfase em CP. Este aspecto é relevante se for considerado que o Brasil está em processo de transição demográfica e epidemiológica. O país passa para a fase de predominância das doenças crônico-

² A terminologia “paciente sem perspectiva de tratamento convencional” é preferida, substituindo-se à antiga conotação de pacientes terminais.

³ O campo interdisciplinar é a intersecção de fato ao aproximar e interagir as áreas, as disciplinas e as especialidades, em núcleos, equipes, grupos mediante estudos, pesquisas e abordagens interdisciplinares. “Pode-se afirmar que as abordagens interdisciplinares significaram uma inovação importante no processo de gerar o conhecimento.” (DOMINGUES *et al.*, 2001, p. 16).

degenerativas em que existe limitação para as atividades de vida diária e intensificação de cuidados que muitas vezes, ao contrário do que se espera, comprometem a **qualidade de morte**. A tendência observada, internacionalmente é reduzir as internações e incentivar o acompanhamento do paciente no domicílio, permitindo o rodízio de leitos hospitalares. O modelo de atenção domiciliar adquire importância estratégica, tanto na saúde pública, como na saúde suplementar, na medida em que o Brasil caminha para uma população mais envelhecida, necessitando de mais cuidados de atenção à sua saúde. Portanto, é necessário investir na formação de recursos humanos e difundir os conhecimentos demográficos e epidemiológicos da população brasileira para divulgar o melhor grau de opções dos cuidados ao final da vida, tanto individual quanto coletivamente (WAGNER, 2013; SILVA, 2004).

A relevância da pesquisa do ponto de vista técnico-científico respalda a necessidade de avançar o conhecimento no campo da educação médica e ensino-aprendizagem de CP com paciente sem perspectiva de tratamento convencional. Tornou-se necessário analisar os currículos de graduação médica e investigar os discursos dos docentes e discentes sobre o tema. Trata-se da disseminação dos saberes pelos profissionais na área de bioética e CP.

Tendo em vista a complexidade desta reflexão de que há necessidade do ensino de CP nas EM para uma melhor atuação interdisciplinar do médico na equipe de saúde com paciente portador de doença avançada e terminal.

O corpus teórico que desvela possibilidades de construção textual e de análise dos resultados ancora-se em autores filósofos, bioeticistas, sociólogos, pesquisadores de CP e de educação médica, entre outros. A pesquisa privilegia dois campos do conhecimento: o da bioética e o do CP.

Existe rica literatura e práxis sedimentada, internacionalmente, sobre a bioética e os CP. Entretanto, no Brasil, convive-se com dilemas éticos relativos ao tema, tanto no modelo do ensino médico, quanto na qualidade de assistência à morte.⁴ Há, portanto, algumas indagações, que serão objetos de pesquisa deste estudo:

⁴ Em 2006, faleceram 1.031.691 pessoas, no Brasil. Apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias, corresponderam ao montante de mais de 725 mil brasileiros, com possibilidade de intenso sofrimento em decorrência da falta de formação, educação continuada e recursos humanos direcionados aos CP (BRASIL, 2006).

1. Qual o motivo da aparente ausência de uma disciplina curricular, obrigatória ou optativa, relacionada com a terminalidade da vida humana ou sobre os cuidados de pacientes sem perspectiva terapêutica convencional nas escolas de medicina?
2. Por que não há evidência nas atuais propostas pedagógicas, especificamente na área médica, da implantação de disciplina sobre a temática da terminalidade humana?
3. O motivo da ausência e da falta de evidência nessas questões estaria relacionado a certo temor desses profissionais de saúde em refletir e discutir sobre a terminalidade da vida humana individual e/ou coletivamente?

O objetivo geral do estudo é analisar os currículos das EMMG, com a finalidade de se verificar como está contemplado o ensino de CP na graduação destas escolas.

Para atender ao objetivo proposto por este estudo, levantam-se duas hipóteses:

- hipótese nula (H0): o ensino de Cuidados Paliativos é suficientemente contemplado no currículo de graduação das Escolas Médicas do estado de Minas Gerais e
- hipótese alternativa (H1): o ensino de Cuidados Paliativos não é suficientemente contemplado nas Escolas Médicas do estado de Minas Gerais.

O percurso metodológico inclui estudo de caso de natureza qualitativa, na tentativa de entender e responder aos questionamentos do emergente e necessário ensino de Cuidados Paliativos na área médica.

A estrutura deste trabalho tem algo de encaixe e foi apresentada em cinco seções. A primeira é a Introdução que problematiza o ensino de CP nas EMMG e a sua importância para a formação dos médicos, as lacunas da literatura sobre o estudo de bioética com ênfase em CP e o objetivo geral de se verificar como está contemplado o ensino de CP na graduação destas escolas. Na seção 2 – Antigos e Novos Cenários – apresenta-se a discussão teórica sobre o conhecimento de bioética e CP, a prática médica com o trabalho em equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos e a revisão sobre as tendências da inserção curricular de Cuidados Paliativos nas EMMG. Na seção 3 – A Pesquisa – é descrito o percurso metodológico com abordagem qualitativa. Nesta seção, são apresentados os instrumentos da coleta de dados, o questionário estruturado, a entrevista estruturada, o registro em caderno de campo, os documentos das matrizes curriculares e de outros registros relacionados com o ensino médico. Ainda exibem-se e analisam-se os resultados da pesquisa em perspectiva analítica. Na seção 4 – Discurso Programático – torna-se necessário abordar o preparo do docente no tocante a sua formação e competência em bioética e em cuidados paliativos, incorporando-se uma proposta pedagógica. Na

última seção – Considerações Finais – é feita uma reflexão propositiva, a partir de uma ação programática para a formação docente e inserção do ensino de Cuidados Paliativos no currículo formal das EMMG.

Assim, a proposta de se estudar e responder a essa condição curricular do ensino-aprendizado de CP nas EMMG é uma tarefa inicial que requer ousadia. Os achados podem contribuir para se iniciar um cadastro nacional das práticas pedagógicas da bioética com ênfase em CP, e ser tema matriz de pesquisas futuras no campo da educação médica.

2 ANTIGOS E NOVOS CENÁRIOS

A articulação entre o ensino de bioética e de CP tem sido pouco investigada na área da saúde brasileira, mas tem sido linha de pesquisa do autor, tanto no campo teórico, quanto no campo da prática (OLIVEIRA *et al.*, 2009; OLIVEIRA; FERREIRA; REZENDE, 2013).

Níveis de sofisticação tecnológica contribuem não só para a melhoria da expectativa de vida como também para a construção coletiva de uma cultura envolvendo o processo do morrer e da morte.

Uma discussão teórica, para referenciar a pesquisa nas áreas de bioética e de CP, contempla alguns estudos visitados no campo da interdisciplinaridade. Na equipe interdisciplinar de saúde, distingue-se o médico com a sua formação acadêmica que possibilita um ganho profissional. A partir da segunda metade do século XX, a reflexão bioética e a prática na atenção de paciente com doença avançada e terminal denominada CP emergem em países desenvolvidos.

Neste capítulo, vamos rever um percurso histórico da morte em distintos cenários da civilização, com suas práticas, ritos e mitos. Transformações econômico-sociais provocam mudanças no cenário onde a morte ocorre: do lar, “**morte domesticada**” para o hospital, “**morte interdita**” (ARIÈS, 1989, grifo nosso). Vamos descrever o processo do morrer com dignidade, a questão da bioética e dos CP, a prática de trabalho em equipe interdisciplinar de saúde e as tendências do ensino curricular de bioética e de CP nas EM.

2.1 *Panorama sobre conceitos de bioética e de cuidados paliativos*

Por que, para a maioria da população, há uma situação contraditória na qual a morte é uma realidade trágica e, para outra minoria, é uma realidade oculta? “A morte abandonou seu velho céu trágico e tornou-se o núcleo lírico do homem: sua **invisível verdade**, seu **visível segredo**.” (FOUCAULT, 2006, p. 190, grifo nosso). A morte foi afastada da vida cotidiana, embora continue a acompanhar o ser humano e frequentar seu imaginário, bem como as artes e as mídias. De todas as inquietações que instigam o ser humano, a mais determinante é o medo da morte. O temor, que o acompanha desde que assomam em sua mente as primeiras noções de mundo – a ideia da morte e o medo que ela inspira perseguem o homem, é a mola mestra de quase todas suas atividades, assim com a

principal fonte de angústia. Estas atividades são destinadas, “[...] em sua maior parte, a evitar a fatalidade da morte, a vencê-la mediante a negação de que ela seja o destino final do homem.” (BECKER, 2007, p. 11).

É possível conferir ao doente liberdade sobre suas escolhas? Será o enclausuramento, na circunstância doença, a maneira como as pessoas dão sentido às suas vidas? É possível escolher a forma do morrer e da morte com dignidade? Estabelecem-se laços sociais de fraternidade entre a rede social da pessoa adoecida e dos sadios? (OLIVEIRA, 2007).

Sennett (2001) trabalha com quatro vínculos afetivos, inter-relacionados na sociedade moderna: autoridade, solidão, fraternidade e rituais. O autor busca compreender como as pessoas dão sentido às suas vidas e estuda sobre os laços afetivos das complexas relações entre a psicologia e a política. Em síntese diz:

O vínculo de autoridade constrói-se a partir de imagens de força e fraqueza; é a expressão emocional do poder. A solidão é a percepção de estar isolado de outras pessoas, da inexistência de um vínculo. A fraternidade baseia-se em imagens de semelhança; é uma emoção provocada pelo sentimento do ‘nós’, seja em termos nacionais, sexuais ou políticos. O ritual é o vínculo mais passional e menos consciente de todos; é uma união afetiva alcançada por meio do drama. [...] O ritual unifica, mas é um sentimento de união estranho, porque desaparece no instante em que o ritual termina (SENNETT, 2001, p. 13-14).

É possível conferir aos indivíduos gravemente enfermos, liberdade sobre suas escolhas e decisões? Kovács (2004) indaga se a pessoa tem o direito de decidir sobre sua própria morte e de buscar a dignidade nos momentos finais.

Pode-se planejar a própria morte? Os profissionais de saúde, que têm o dever de cuidar das necessidades dos pacientes, podem atender a um pedido para morrer? Podem ser interrompidos tratamentos que têm como objetivo apenas o prolongamento da vida, sem garantia da qualidade dela? (KOVÁCS, 2004, p. 166).

Quando o paciente com doença avançada e terminal está em processo do morrer, em geral é tratado sem respeito a sua autonomia e dignidade. “Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde o paciente deverá ser hospitalizado.” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 12).

Neste contexto, indaga-se sobre a contribuição da educação e da formação médicas, nas EMMG, no processo que concerne à terminalidade da vida humana, com ênfase em bioética e em cuidados paliativos. Trata-se de um convite à reflexão, mesmo porque não existem normas definitivas tanto na eutanásia quanto na ortotanásia, mas sim vivências ao

se lidar com o processo do morrer e da morte. Observa-se um movimento social que busca dignidade no processo do morrer, que não é o apressamento da morte, a eutanásia, nem o prolongamento da vida com intenso sofrimento, a distanásia. A bioética do século XXI deve retomar a discussão dessas questões relativas ao processo do morrer, da morte e do desenvolvimento humano (KOVÁCS, 2004).

Mas o que é Bioética? Ao lado dos notáveis avanços técnicos e biotecnológicos, há questionamentos éticos, políticos, legais, econômicos e socioambientais a eles diretamente relacionados, necessitando-se de reflexão sobre a interpretação e o controle dos mesmos. De mesmo modo, os progressos científicos e tecnológicos na área da saúde ampliam as discussões sobre o limite destes avanços, suas aplicações e a ética na pesquisa com seres humanos. A bioética, como movimento social e fenômeno cultural, teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1960. Antes de tornar-se uma disciplina, já era um movimento social, pois tentava responder aos conflitos éticos agravados ou originados pelo avanço da ciência, em especial no campo da biomedicina (MAINETTI, 1994; OLIVEIRA, 1997; COHEN, 2005).

Mainetti situa a bioética norte-americana na perspectiva de que:

A história do movimento da bioética nos EUA pode analisar-se sobre três aspectos configuradores da disciplina enquanto reforma social. Em primeiro lugar, as situações que provocaram os conflitos normativos no campo biomédico. Em segundo lugar, as regulações que transformaram a práxis científica e profissional da saúde. Em terceiro lugar, as instituições que produziram a nova ordem acadêmica, política e assistencial (MAINETTI, 1994, p. 70).

Assim como os direitos humanos, fica evidente que a bioética é uma construção histórica, que vai se aperfeiçoando ao longo do tempo (OLIVEIRA, 1997; FROEHLICH, 2006). Não resta dúvida de que a bioética, tanto na assistência, como na pesquisa em saúde, é um tema legítimo dos direitos humanos. Froehlich (2006) diz que, em cerca de 3000 anos da história humana, encontramos na filosofia grega e na formação do cristianismo as bases éticas e religiosas dos direitos humanos que resultaram na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

No Brasil, as discussões sobre a bioética, “[...] que poderíamos imprecisamente situar no período de redemocratização do país [...]” (REGO, 2004, p. 28), incentivaram um debate até os dias atuais sobre avanços da genética, transplantes de órgãos, aborto, autonomia dos pacientes, eutanásia e ortotanásia. As discussões marcam um lugar de encontro interdisciplinar entre profissionais de diversas áreas do conhecimento.

Existe, no momento, uma tendência dialógica entre filósofos, cientistas, médicos, economistas, teólogos, sociólogos, escritores, ecologistas e outros especialistas que trabalham numa atividade em que a vida é discutida nas fronteiras do conhecimento, em seu início, meio e fim. Há um debate atual fomentado pela Bioética sobre os avanços da ciência que penetra no cotidiano das pessoas e da mídia (OLIVEIRA, 2007). A discussão auxilia a participação de pacientes, familiares, membros da equipe de saúde na escolha e na tomada de decisões sobre suas vidas. De fato, a bioética é a “ética aplicada”⁵ às situações de vida cotidiana. A bioética clínica adquire densidade nos comitês de bioética hospitalar e de ética em pesquisas envolvendo seres humanos e animais. Berlinguer (2004, p. 9) polemiza com duas expressões sumárias, ao tratar a “bioética de fronteira” e a “bioética cotidiana”, fazendo uma distinção heurística e traz a bioética, “[...] mais próxima à experiência de todas as pessoas e de todos os dias.” (BERLINGUER, 2004, p. 10). Dessa forma, um movimento social dá voz às situações bioéticas persistentes como o aborto e a eutanásia e às situações bioéticas emergentes, como a engenharia genética e a saúde pública (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998). “A partir dessas incursões, conclui-se que a bioética não se reduz a discutir com a ciência e nem se concentra só na área da saúde.” (OLIVEIRA, 2007, p. 16).

Mas até que ponto há de se considerar as experimentações com seres humanos em seu benefício? Como proteger as gerações futuras? Quais as regras a serem seguidas por cientistas em suas pesquisas e as (im)possíveis aplicações clínicas? O projeto do genoma humano, por exemplo, com probabilidade de alteração do código genético, até onde deve chegar? O emprego da tecnologia na prática médica, até onde investir sem agredir? A tarefa bioética é responder sobre o que devemos fazer?

Neste cenário a opinião pública assim como os políticos, a ética e o fazer ciência devem estar cada vez mais engajados em refletir sobre esse tema. Isso porque a bioética cuida da dignidade e da vida, especificamente, do significado e do sentido da existência humanas.

Portanto, um grande desafio para a bioética no século XXI é de lidar com o “[...] melhoramento biotecnológico das capacidades humanas biológicas [...]” (PESSINI, 2006, p. 125). Deve ser assinalado que, a genética, a nanotecnologia, a clonagem, a criogenia, as

⁵ “Fortalecida a partir dos anos 60 do século passado, a ‘ética aplicada’ compreende três campos distintos: a ética dos negócios, a ética ambiental e a bioética.” (GARRAFA, 2006, p. 32).

tecnologias de informação e a medicina antienvelhecimento são tentativas de apropriações científicas a favor, não somente, do prolongamento do tempo de vida, mas da imortalidade dos seres humanos, “[...] para nos tornar mais que humanos.” (PESSINI, 2006, p. 139).

Nesse sentido, há autores que referenciam a bioética aos dilemas acerca da vida e da morte, e aos cenários onde a morte ocorre (KOVÁCS, 2004; BERLINGUER, 2004; PESSINI; BERTACHINI, 2004; OLIVEIRA, 2007).

Ariès (1989) revisou o tema das atitudes perante a morte, analisando-o por meio da ótica da história das mentalidades, numa noção sincrônica de como ocorreu a passagem, lenta e progressivamente, da morte familiar e **domesticada** na Idade Média, para a **morte interdita** dos dias atuais. Afirma que “A morte, outrora tão presente, de tal modo era familiar, vai desvanecer-se e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de um interdito.” (ARIÈS, 1989, p. 55).

Na descrição da enfermidade, Tolstói (2007) narra com precisão clínica a morte do protagonista Ivan Ilitch. Na primeira metade do século XIX, o autor dá um testemunho literário do período de transição após a complacência frente à morte da idade média.

Durante aqueles três dias, no decorrer dos quais o tempo deixou de existir para ele, o infeliz debateu-se dentro daquele saco preto⁶ onde uma força invisível e invencível o obrigava a entrar. [...] Procurou o seu costumeiro terror da morte e não mais o encontrou. [...] Em lugar da morte ele via a luz. [...] Aspirou profundamente o ar, não completou a respiração, esticou o corpo e morreu (TOLSTÓI, 2007, p. 79-80).

Foucault (2006) afirma que a morte na vida do século XIX identifica o **mórbido**, anteriormente o **macabro – dança dos esqueletos**. O autor identifica a vida com o olhar na morte anatomizada.

Privilégio do tísico: outrora se contraía a lepra, tendo como pano de fundo grandes castigos coletivos; o homem do século XIX torna-se pulmonar, realizando seu incomunicável segredo nessa febre que apressa as coisas e as atrai. Por isso, as doenças do peito são exatamente da mesma natureza que as do amor: são a paixão, vida a quem a morte transmite uma fisionomia que não muda.

Norbert Elias (2001) observa que o historiador Philippe Ariès em História da Morte no Ocidente, apresentou um retrato vívido das mudanças no comportamento e atitudes dos povos ocidentais diante da morte. “Ele tenta transmitir sua suposição de que antigamente

⁶ Imagem alusiva que usa Tolstói para descrever esta situação.

as pessoas morriam serenas e calmas.” (ELIAS, 2001, p. 19). Elias faz uma advertência para a suposta **morte domesticada**: “Em comparação com o presente, a morte naquela época (Idade Média) era, para jovens e velhos, menos oculta, mais presente, mais familiar. Isso não quer dizer que fosse mais pacífica.” (ELIAS, 2001, p. 21).

Vovelle (1997) fala que a ideia de uma morte acrônica deixa-o bastante pensativo, porque a morte sempre se inscreve num movimento histórico para uma aventura da sensibilidade coletiva. O autor adverte que houve mudanças em diferentes ritmos.

Dentro da rede de signos⁷ que levamos em conta, inscreve-se ao mesmo tempo toda uma dialética de revezamento e substituições. Primeira dialética: a do cemitério e, em seguida, a do monumento e da igreja ou lugar de culto (VOVELLE, 1997, p. 363-364).

Vovelle interessou-se pelas representações e práticas da morte, com o surgimento de novos cemitérios na periferia das cidades europeias, que substituíram, entre 1770 e 1830, o sepultamento no interior das igrejas. Esclarece sobre os **mortos no exílio**, como afirmou Philippe Áries.

O exílio, porém, não significou esquecimento, e nada está mais distante do ‘tabu’ da morte no século XX do que essa reserva em relação aos mortos. O lugar que lhes foi então reservado e em torno do qual se elaborou uma rede de gestos, práticas e rituais coletivos substituiu em boa parte a igreja no que parece legítimo denominar-se um novo ‘culto’ laicizado, se não espontâneo, pelo menos expressivo de um modo de sentir inconsciente, mais do que um sistema ordenado (VOVELLE, 1997, p. 349).

Kübler-Ross afirma “[...] que o homem, basicamente, não mudou. A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis.” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 9). No século XX ocorreram transformações expressivas para melhoria da qualidade e da expectativa de vida. Por outro lado, o tratamento dispensado à morte, após a Revolução Industrial, sofreu uma banalização, que passou a ser vista como **tabu, interdita, roubada e vergonhosa**. Esta mudança de atitude pode ser atribuída ao grande desenvolvimento tecnológico, à cura de várias doenças e à maior longevidade (KOVÁCS, 2004; ELIAS, 2001).

⁷ Os signos aos quais Vovelle se refere dizem respeito àqueles dos túmulos aos livros de horas, impressos, gravuras, pintura, e daí aos cemitérios e monumentos, chegando até ao cinema e às histórias em quadrinhos (VOVELLE, 1997).

Elias alerta “A vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida. Diz-se às vezes que a morte é **recalcada**.” (ELIAS, 2001, p. 15, grifo nosso). Kovács afirma que a interdição da morte está relacionada ao avanço da tecnologia médica, ocorrendo o deslocamento do local da morte: das casas para o hospital. “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária.” (KOVÁCS, 2014, p. 95).

O processo do morrer e da morte contemporâneo está associado aos hospitais denominados “**catedrais da saúde**”, que Pessini apresenta entre as “**catedrais contemporâneas da saúde e do sofrimento humanos**” (PESSINI, 2004, p. 12-13, grifo nosso). É a **morte interdita**, frequentemente confinada aos centros de tratamentos intensivos (CTI). A caricatura da morte atual é “[...] o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte.” (KOVÁCS, 2014, p. 95).

Níveis de sofisticação tecnológica e biotecnológica contribuem não só para a melhoria da expectativa de vida, como também para a construção de uma cultura, envolvendo o processo do morrer. Mas, os avanços científicos facilitam também o prolongamento da vida biológica mesmo quando não é desejável. Uma nova prática denominada cuidados paliativos emerge, como variável interveniente, a partir da segunda metade do século XX. Mas o que são os Cuidados Paliativos? O que significam? A maioria dos profissionais da saúde ainda desconhece o que significa, e nem sequer sabe da existência de programas e serviços de CP em instituições de saúde no país (PESSINI; BERTACHINI, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou CP como sendo o cuidado ativo e total ao paciente cuja doença avançada não responda mais ao tratamento curativo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

O desenvolvimento de programas de Cuidados Paliativos no Brasil, como prioridade para alcançar um bom índice de qualidade de morte, precisa ser integrado em políticas públicas de saúde e formação profissional na área. É importante que o médico reconheça a necessidade da mudança do enfoque terapêutico de **cura** para o de **cuidado integral**. A atuação profissional, em equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, busca aliviar o sofrimento por meio de uma avaliação minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, quer sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual. Para Varga (2005) de uma maneira geral e de outra particular, a saúde é uma necessidade para que o ser humano possa ter uma vida normal e seja capaz de cumprir os deveres derivados dos fins existenciais universais e das circunstâncias particulares de cada um. Isso implica

conhecer não só os fatos do **caso clínico**, mas os valores de paciente e de familiares. Ferreira *et al.* (2014) diz que a palavra valor provém de *valere*, do latim, que significa passar bem. Já estar doente seria uma desvalorização, uma perda do próprio valor⁸. É preciso compreender a interação do doente com sua doença e a influência dos seus valores e de suas escolhas autônomas. A afirmação do valor que “descreve as preferências gerais e os valores do paciente em relação ao tratamento médico”, e a instrução diretiva que “expressa a preferência ou recusa por determinado tratamento”, que são questões centrais das diretivas antecipadas de vontade (DAV) (NUNES; ANJOS, 2014, p. 242). Daí a relação direta da temática dor, sofrimento e morte com a ética e para o contexto de determinada doença avançada e terminal. É preciso considerar a **autonomia** que expressa o poder de decisão do indivíduo e que qualifica a sua **dignidade** (LEPARGNEUR, 1996). A assistência oferecida ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional, aliando o princípio de autonomia ao sentimento de dignidade, poderia cuidar da travessia?

2.1.1 A equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos

Uma nova forma de cuidado circunscreve as relações entre paciente com doença avançada e em fase terminal, família, cuidador, e outros profissionais de saúde, incluindo o médico. Quais seriam as atitudes dessas pessoas frente ao processo do morrer e da morte?

A atitude do homem diante do processo do morrer e da morte não será equacionada de pronto. Desde as civilizações antigas, refletir sobre a morte constitui um desafio para a humanidade e também para o médico.

A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida (KLAFKE⁹, 1991 *apud* VIANNA; PICCELLI, 1998, p. 21),

Porém, a educação médica acadêmica com o conhecimento, a habilidade e a atitude, e o processo contínuo de aprendizagem adquiridos frente à dramática questão da terminalidade humana, contemplam

⁸ “Canguilhem realiza um raciocínio por antonímia com *não valor*, que significaria estar doente, ou seja, uma desvalorização, uma perda do próprio valor. Em oposição ao bem-estar, o estar doente seria nocivo, social e individualmente desvalorizado e indesejável.” (FERREIRA *et al.*, 2014, p. 284).

⁹ KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R. M. S. (Ed.). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

[...] a educação formal a respeito do assunto nas escolas de medicina, desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema por parte dos profissionais, poderia modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal (VIANNA; PICCELLI, 1998, p. 26).

A formação dos profissionais de saúde, voltada para o manejo técnico-científico da doença e para a busca da cura, coloca a morte como inimiga e o médico como adversário da morte. Traz como consequência dicotomias órgão-corpo, corpo-mente, doença-doente e a dissociação entre o médico ser humano ou apenas um técnico — talvez como defesa diante da angústia que a morte do paciente, vivida como fracasso pessoal e profissional, pode trazer (ESSLINGER, 2004). É oportuno mencionar que a relação médico-paciente é uma relação entre seres humanos, entre sujeitos, que pode ser mediada pela tecnologia, mas que não pode ser por ela determinada. Ser mero leitor e/ou executor tecnicista é viver expropriado de seu saber. Como ressalta Nelson (1999, p. 776): “Quando não é possível salvar uma vida, eu aprendi e tenho começado a ensinar o que eu chamo de “salvar uma morte” [...] a ajudar a família a compreender a inevitabilidade da morte [...]. Salvar mortes, eu passei a entender, é tão gratificante como salvar vidas.”¹⁰

Muitos doentes, que não se beneficiam de tratamentos curativos disponíveis, podem receber considerável conforto e melhora do seu estado geral com a instituição do tratamento paliativo, de preferência de caráter integral: físico, mental, social e espiritual. Isto é, de tratamento dirigido ao alívio do sofrimento, em todas as suas dimensões — tratamento da dor total, segundo Cicely Mary Saunders (*apud* PESSINI, 2004, p. 20; PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 28). Afora isto, em nossa sociedade o processo do morrer e da morte tem ocorrido mais frequentemente dentro dos hospitais.¹¹ Contribuem para isso, além da efetividade da medicina no controle das doenças, as mudanças sociais da época atual que convergem para banir a morte das residências e do imaginário coletivo. Questiona-se sobre o que leva o paciente com doença terminal à unidade hospitalar, e daí aos CTI em detrimento da morte no aconchego familiar. Os fatores são multivariados, mas

¹⁰ “When it is not possible to save a life, I have learned and have begun to teach how to ‘save a death’, as I have come to call it—to help a patient preserve comfort and dignity despite overwhelming illness and to help a family understand the inevitability of the death, how the death might at this time be appropriate, and how to move forward in the process of bereavement. Saving deaths, I have come to realize, is as important and rewarding as saving lives.”

¹¹ No Brasil, em 2006, faleceram 690 mil pessoas em hospitais e 224 mil em casa (BRASIL, 2006).

identifica-se a ausência ou dificuldade de comunicação, especialmente dos médicos assistentes com a família do paciente, sintomas mal controlados e negação da morte como um evento natural (ESSLINGER, 2004). No mundo atual, grande parte dos doentes morre na enfermaria ou no CTI dos hospitais, submetidos a desconfortáveis regimes administrativos e terapêuticos, em precárias condições clínicas, recebendo grande abuso de recursos tecnológicos (distanásia) e poucas medidas para obtenção de conforto ou alívio das dores e do sofrimento (ortotanásia) (OLIVEIRA, 2007; KOVÁCS, 2004; ESSLINGER, 2004; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

“Os limites acerca de tratamentos devem ser informados e esclarecidos para evitar processos distanásicos.” (KOVÁCS, 2014, p. 101). É oportuno convidar paciente, familiares e equipe de cuidados para reflexão sobre um possível desfecho de doença avançada – o estágio terminal, para alcançar o objetivo de respeitar a autonomia, os valores e as escolhas. Assim como assegurar as DAV, que embora ainda não seja uma lei, são referências do CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).¹² Neste documento consta previsão para que se detalhem, por escrito, os desejos e valores que devem nortear as decisões médicas sobre o diagnóstico, propedêutica e tratamentos do paciente (KOVÁCS, 2014).

Quando se consegue compreender o processo do morrer e da morte com dignidade, a atenção ao **paciente sem perspectiva de terapêutica convencional** torna-se mais fácil para o binômio paciente-família e para os profissionais da saúde. O doente se beneficia quando toma consciência desse processo e nele se torna sujeito e protagonista (OLIVEIRA, 2007).

O respeito pela autonomia reflete-se na defesa pelo direito de conhecer a situação clínica, segundo sua capacidade de assimilar a verdade, e no direito de decidir sobre o tratamento em colaboração com os profissionais da equipe interdisciplinar de saúde. Há também outras exigências éticas, como o respeito ao direito humano de não ser abandonado na atenção ao cuidado na terminalidade (OLIVEIRA, 2007, 2009).

Nesse sentido, pensar no outro é despertar em nós a atitude de cuidado, o que nos leva a refletir sobre as palavras de Boff (2004, p. 91): “O cuidado somente surge quando a

¹² O CFM editou a Resolução n. 1.995/2012, que dispõe sobre as DAV. Cita-se, na íntegra, o Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de sua busca, de seu sofrimento e de seu sucesso, enfim de sua vida”. A atitude de cuidar de nós mesmos e do outro que se encontra frágil, demarca nossa implicação com o mesmo, faz parte de uma ação advinda de escolha pessoal e/ou profissional. Assim quando nos referimos à fragilidade humana, a igualamos em seus ciclos de vida e de processo do morrer e da morte. Necessitamos do olhar cuidadoso de outro, em cada fase da vida, vida que é de nossa responsabilidade.

Pessini e Bertachini (2006) dizem que o ser humano precisa de ajuda para nascer e também para morrer. É nessa hora que ele precisa de solidariedade e dignidade, e não de viver preso a máquinas, fios, tubos e longe das pessoas que lhe são mais preciosas (KOVÁCS, 2004).

Todavia, para que não ocorra este encarceramento quase mecânico do paciente, torna-se necessário que os responsáveis pelo ensino médico preocupem-se em despertar a sensibilidade de professores e estudantes, no que diz respeito à assistência humanitária dos que estão em situação de limite entre a vida e a morte. Humanidade que significa cuidado, solidariedade, carinho, amor, afago, entre outras atitudes que assistem à sua condição humana de desamparo, desespero, sofrimento, dor e solidão. Portanto, há uma pertinência em se pensar a introdução de temas sobre a terminalidade humana na grade curricular dos cursos de Medicina.

A assistência interdisciplinar em Cuidados Paliativos é realizada por uma equipe composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais necessários ao cuidado, que entendem a importância de se cuidar do paciente na mesma dimensão que se cuida da família e da comunidade (OLIVEIRA, 2007; KOVÁCS, 2004; ESSLINGER, 2004; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A OMS, a *National Hospice and Palliative Care Organization* e os organizadores do *World Hospice and Palliative Care Day* estimam que, em todo o mundo, 10 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer anualmente (15 milhões serão diagnosticadas em 2020) e seis milhões de pessoas morrem por ano de causas relacionadas ao câncer (PESSINI; BERTACHINI, 2006). O impacto do câncer como um problema complexo de saúde pública merece consideração especial em países economicamente menos

desenvolvidos. É frente a esta realidade que os cuidados paliativos e hospices¹³ se apresentam como uma forma inovadora de cuidado na área da saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006). Entretanto, Silva (2004), a partir de uma análise de revisão bibliográfica, conclui

[...] que os cuidados paliativos encontram-se estruturados nos países economicamente desenvolvidos, mas que ainda estão em fase de implementação nos países economicamente menos desenvolvidos. Nestes, programas e serviços que respeitem as culturas e as crenças de cada país têm maior possibilidade de sucesso do que programas não adaptados (SILVA, 2004, p. VII).

No entanto, Silva (2004) adverte que a formação de recursos humanos não é suficiente para mudar o modelo vigente de assistência ao doente com doença terminal. “É preciso um debate amplo com a sociedade para que se discutam temas essenciais como a morte e a finitude.” (SILVA, 2004, p. 61).

Muitos países iniciaram suas atividades em CP após à publicação do estudo¹⁴ Support¹⁵ (1995 *apud* MACIEL *et al.*, 2008), que apontou algumas questões fundamentais no final da vida: a comunicação entre os pacientes, os familiares e a equipe de saúde é deficiente; o custo da atenção é elevado; metade dos pacientes morre com dor moderada ou intensa e sem prescrição analgésica.

O *International Observatory on End of Life Care* (IOELC) da *Lancaster University* no Reino Unido divulgou os resultados de um estudo (WRIGHT *et al.*, 2006) realizado em 234 países membros da ONU. Este estudo separou os países estudados em quatro grupos, de acordo com a quantidade e qualidade dos Serviços de Cuidados Paliativos existentes em cada um deles:

- Grupo I (78 países) - não há iniciativas de formação de pessoas ou serviços.
- Grupo II (41 países) - há iniciativas isoladas e ainda pouco eficazes.

¹³ A palavra *hospice* tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, boas vindas ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade. Nos tempos medievais, o termo *hospice* era usado para descrever o lugar de acolhida para peregrinos e viajantes, uma hospedaria. Na Europa, há associação entre *hospice* e o cuidado dispensado aos pacientes que estão morrendo, data de 1842 com o trabalho de *Jeanne Garnier*, em *Lyon*, na França. Já o termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto e *palliare* também de origem latina que significa proteger, amparar, cobrir, abrigar (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 9-13; OLIVEIRA, 2007, p. 57).

¹⁴ Estudo multicêntrico realizado em cinco grandes hospitais norte-americanos, entre 1989 e 1994, envolveu cerca de 9105 pacientes portadores de doenças intratáveis e prognóstico de vida estimado em seis meses.

¹⁵ The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *Journal of the American Medical Association*, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, 1995.

- Grupo III (80 países) - possuem serviços isolados, mas sem políticas estruturadas. O Brasil pertence a este grupo, onde foram identificados à época do estudo 14 serviços.
- Grupo IV (35 países) - possuem serviços estruturados de Cuidados Paliativos e políticas públicas definidas.

O movimento dos CP no Brasil encontra-se em franco desenvolvimento (FLORIANI, 2008; FIGUEIREDO, 2008; PESSINI; BERTACHINI, 2004). A aprovação em 2011, pelo CFM, como área de atuação de algumas especialidades médicas, fez avançar esse processo no Brasil. Outro percurso estaria na formação universitária, apontado como:

Um dos caminhos para fortalecer este movimento é a inserção dos CP nos cursos de graduação médica, seja em disciplinas específicas, nas quais o ensino se concentra no aprofundamento dos aspectos técnicos e humanos, ou por meio de um ensino transversal, quando os CP poderão ser discutidos ao longo de todo o percurso da graduação, em qualquer disciplina médica. Esta inserção pode ser considerada fundamental para a consolidação dos CP no Brasil (FONSECA; GEOVANINI, 2013, p. 124).

No entanto, a revista *britânica The Economist* (apud ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010) publicou um ranking de 40 países no quesito assistência na fase final de vida. A pesquisa foi realizada pela *Economist Intelligent Unit* e o relatório final, intitulado “**A Qualidade da Morte**”, consistiu em entrevistas com médicos, especialistas e profissionais de saúde, e avaliações de quatro categorias: existência de assistência básica, acesso, custos e qualidade dos cuidados. Além dessas categorias, foram analisados 24 indicadores, dentre os quais expectativa de vida, investimento em saúde comparado ao PIB, conscientização da sociedade sobre CP e existência de políticas públicas para a área. Entre os primeiros lugares em CP estão: Reino Unido (1º lugar), Austrália (2º lugar) e Nova Zelândia (3º lugar). Na lanterninha, Brasil (38º lugar), Uganda (39º) e Índia (40º).

Quanto à formação dos profissionais da saúde e de serviços em Cuidados Paliativos, Floriani (2008) informa sobre a expansão global do moderno movimento do sistema *hospice* de atenção à saúde. Investigações recentes informam que eles estão presentes em 115 países, enquanto que em 41 outros países existem condições para seu desenvolvimento. No entanto, fatores de barreiras concorrem à expansão dos CP, entre os quais a falta de qualificação de recursos humanos e a existência de políticas de restrição da dispensa de medicamentos aos cuidados destes pacientes, como os opioides (FLORIANI, 2008). No entanto, apesar desse difícil cenário, iniciativas importantes foram tomadas e

estão em andamento em vários países em desenvolvimento, mas têm passado despercebidas nas Escolas Médicas do Brasil (EMB).

Na América Latina (AL) há diferenças marcantes de organização entre os programas de Cuidados Paliativos. Argentina, Colômbia e Chile têm se esforçado para montar serviços e políticas de CP; porém, a baixa disponibilidade de opioides tem sido também um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento das políticas de CP nesses países (FLORIANI, 2008; FIGUEIREDO, 2013). De um lado, ocorre uma situação inusitada entre os profissionais da área de saúde latino-americanos, que não têm conhecimento farmacológico aprofundado sobre a classe dos opioides e de outro, a sociedade latino-americana trava uma luta crucial contra o tráfico de substâncias alucinógenas e entorpecentes, dentre elas contra o abuso dos análogos do ópio – **guerra às drogas**. Como inserir e implementar política pública direcionada para o uso racional de derivados opioides sem provocar ameaças a mesma sociedade da ilicitude do tráfico? No Brasil (2008), o programa Paraná Sem Dor é um modelo de atendimento de pacientes com câncer por meio do acesso oportuno a medicamentos e cuidados paliativos de que necessitam o mais próximo possível de suas residências e de acordo com as exigências legais. O primeiro país da AL a ter CP como especialidade médica foi Colômbia, em 1998. No total dos países da América do Sul estima-se que existam cerca de 600 médicos especializados em CP, 70% deles atuando no México, Argentina e Chile (FIGUEIREDO, 2013). No Brasil, a área de atuação médica de Medicina Paliativa (MP), com um total de 55 médicos titulados, foi criada em 2012.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Atenção Oncológica e de Assistência à Dor, a Portaria nº 19/GM, de 3 de janeiro de 2002 — nomeado Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Esta normatização cria e organiza os CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a necessidade de implementação do ensino de CP na graduação e na pós-graduação. Porém, esta diretriz não efetivou ainda medidas necessárias às mudanças preconizadas, não se tornando realidade nas Faculdades de Medicina Brasileiras (FMB). Levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) identificou 31 serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, cadastrados no MS. Dados catalogados durante o I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos (12 a 14 de novembro de 2009) informam que existem aproximadamente 80 serviços de Cuidados Paliativos no Brasil e que temos uma grave deficiência de formação e de conhecimento nessa área, o que leva a um atendimento precário das pessoas em sua fase final de vida.

Entre nós, o Diretório Brasileiro de Cuidados Paliativos é um serviço da ANCP, composto de um banco de dados inédito sobre os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, e oferece informações sobre instituições que atuam na área. Segundo esse sítio, há, atualmente, cerca de 90 registros de serviços, de todas as regiões do país (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010b).

De outro modo, como parte do processo de edição do novo Código de Ética Médica (CEM) (2009/2010), que prevê a prática médica em CP e seus desdobramentos como: a resolução que dispõe sobre as DAV (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012) e a Comissão Mista de Especialidades¹⁶, que emitiu parecer favorável para a criação da área de atuação em MP. Questiona-se como se cria uma subespecialidade médica sem se preocupar com a formação acadêmica nos cursos de graduação em Medicina?

Com as regulamentações da prática em CP e da MP, mudanças socioculturais e na qualidade do atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis ou que estejam em fase final de vida são previstas, em futuro próximo. Como avanço em CP no país, a Comissão Nacional de MP da Associação Médica Brasileira (AMB) divulgou 44 aprovados no 1º exame e 11 aprovados no 2º exame de obtenção do certificado de área de atuação em MP (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012, 2014).

Ainda, ao confrontar essa criação de uma subespecialidade médica de MP, indaga-se o modelo generalista não é mais sustentável do que o modelo de CP especializado? Quill e Abernethy (2013) criticaram o modelo especializado norte-americano, citando três pontos negativos¹⁷: a demanda para CP ultrapassa a oferta de especialistas, o especialista pode minar a relação terapêutica e fragmentar o plano de cuidados primário. Os autores concluíram que o modelo generalista, baseado em controle de custo, é o modelo endossado em todo o mundo.

Sendo assim, deve-se projetar um modelo brasileiro sustentável para melhor qualidade de cuidados em saúde a maior parte de nossa sociedade.

¹⁶ A Comissão Mista de Especialidades é formada por representantes do CFM, da AMB e da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC, constituindo-se a Comissão Nacional de MP da AMB.

¹⁷ “*First, the increasing demand for palliative care will soon outstrip the supply of providers. Second, many elements of palliative care can be provided by existing specialist or generalist clinicians regardless of discipline; adding another specialty team to address all suffering may unintentionally undermine existing therapeutic relationships. Third, if palliative care specialists take on all palliative care tasks, primary care clinicians and other specialists may begin to believe that basic symptom management and psychosocial support are not their responsibility, and care may become further fragmented*”. (QUILL; ABERNETHY, 2013, p. 1173).

A exigência de formação específica demanda duas ações. A primeira, em curto prazo, é a implantação do curso de residência médica (RM) em MP e em médio e longo prazo, será a inserção da disciplina curricular de CP na graduação médica. Todavia, quais seriam os elementos facilitadores para que os egressos das EMB, especificamente de Minas Gerais, procurassem essa nova área de atuação?

De fato, os primeiros programas de RM em MP iniciaram suas atividades em março de 2013 e se referem ao ano opcional de R3 com pré-requisito de Medicina de Família e Comunidade, de Pediatria e de Clínica Médica desenvolvidos, respectivamente, no Hospital Regional de Sobradinho (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e Universidade de Brasília (UnB)) com duas vagas; no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) com duas vagas; no HCPA da UFRS com uma vaga; no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) de São Paulo com uma vaga; no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) com uma vaga. No Instituto Nacional do Câncer-Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (INCA-HC IV) foi oferecido aperfeiçoamento nos moldes *fellows* com uma vaga, os mesmos pré-requisitos e um ano de duração ou entrada em fluxo contínuo com quatro meses de duração para o curso de aperfeiçoamento em MP. Já em 2014, observa-se crescimento dos programas de RM em MP, com oferta no Hospital de Câncer de Barretos (SP) com uma vaga; na Faculdade de Medicina da USP (SP) com seis vagas e no Hospital Unimed-BH - Unidade Contorno com duas vagas.

O fato de criar vagas de RM em MP não significou em matrículas e preenchimento das vagas, fato que corrobora também a necessidade de estimular o ensino dos CP nas EMB. Ainda, trabalhar com CP exigiria certa **maturidade** emocional e profissional do médico? Não estaria aí um dos motivos para a baixa procura pelas RM recém-abertas em MP? Como fazer com o médico que se inspira, por exemplo, no Dr. *House* se interessar pelos CP? Talvez, primeiro se devesse olhar o significado etimológico de **educar**, do verbo latino *educere*, que significa “crescer para a **maturidade**” e da palavra educação, de *education* “[...] indica o processo mediante o qual o adulto preparava a geração jovem para a vida.” (GOULART, 2014, p. 111). As exigências como maturidade emocional e profissional (profissionalismo) impostas ao ser humano, à sociedade e ao médico pelo processo de desenvolvimento tecnológico é um processo de educação permanente e continuada, ou seja, não há um momento que a educação esteja concluída e “[...] os recursos destinados a promover esse processo contínuo de aprendizagem estão incluídos no

conceito de Educação Permanente.” (GOULART, 2014, p. 114). No entanto, estas e outras dúvidas serão respondidas, paulatinamente, na medida em que a inserção de um modelo de ensino, pesquisa e prática médica em CP, e uma participação da sociedade frente à educação para o viver e para o morrer, com dignidade, construam uma identidade ao movimento *hospice* brasileiro.

2.1.2 Tendências da inserção curricular de bioética e de cuidados paliativos

Por mais de 2000 anos até o final da Segunda Guerra Mundial, tanto os médicos quanto outros profissionais da área da saúde seguiram uma ética baseada nos ensinamentos originados na Antiguidade Clássica, perpassando pelas variantes na Idade Média e cultura ocidental moderna. O texto que deu origem a esta ética – o Juramento de Hipócrates – constitui o conteúdo de uma extensa coleção de livros denominado *Corpus Hippocraticum* (MAINETTI, 1994; OLIVEIRA, 1997; VALLS, 2004).

As normas das condutas éticas hipocráticas foram reeditadas no início do século XIX por Thomas Percival, médico britânico, que codificou a ética médica para o mundo anglo-saxônico. Ele afirma que

O estudo da ética profissional, não pode falhar em revigorar e ampliar a sua compreensão, persistir na observância dos deveres, abrandar as suas maneiras, ampliar os seus afetos e formá-lo com tal propriedade e dignidade de conduta, que são essenciais ao caráter de um cavalheiro¹⁸ (PERCIVAL¹⁹, 1803 *apud* GOLDIM, 2001).

Esta obra, fundadora da deontologia médica moderna, serviu de modelo para o código de ética médica norte-americano, editado pela *American Medical Association* em 1847 (MAINETTI, 1994; VALLS, 2004).

O ensino da ética nas escolas médicas foi resgatado há 100 anos nos aportes de Abraham Flexner para a educação médica, a partir da publicação de seu relatório em 1910 (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Na verdade, Flexner

[...] não teve idéias originais sobre o ensino médico. Quando fez sua investigação e elaborou seu relatório, as modificações na educação

¹⁸ “*The study of professional Ethics, therefore, cannot fail to invigorate and enlarge your understanding; whilst the observance of the duties which they enjoin, will soften your manners, expand your affections, and form you to that propriety and dignity of conduct, which are essential to the character of a gentleman.*”

¹⁹ PERCIVAL, T. **Medical Ethics**. Manchester: Russell, 1803. 246p.

médica nos EUA já estavam em curso. Ele a fez avançar, por certo. O mesmo acontecia em outras partes do mundo, inclusive no Brasil (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493).

Este fato alinha com a proposta da *World Medical Association*²⁰ que recomendou a inclusão da ética médica e dos direitos humanos no currículo das faculdades de Medicina (FM) em todo o mundo, “[...] assim criando uma nova cultura na profissão médica.” (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007, p. 87). Claudot *et al.* (2007, p. 493) informam que na Europa, assim com nos EUA, há uma disparidade entre os programas das EM, a carga horária e as diferentes categorias de docentes²¹, apesar da implementação de disciplina curricular de Ética.

No Brasil, desde 1990, o tema ética médica tem se tornado parte integrante do currículo básico. Contudo, a inclusão formal de ética médica no currículo resultou de uma variedade de programas, com objetivos e metodologias diversas (CARNEIRO *et al.*, 2010; GERBER; ZAGONEL, 2013).

A partir de uma breve incursão dos seguintes significados etimológicos pretende-se justificar o mosaico das disciplinas e de suas ementas curriculares. Do grego *ethiké* ou do latim *ethica*, ética é o domínio da filosofia que tem por objetivo o juízo de apreciação que distingue o bem e o mal, sendo a reflexão teórica sobre a moral. Já o termo Deontologia surge das palavras gregas *déon*, *déontos* que significa dever e *lógos* que se traduz por tratado, sendo o conjunto de princípios e regras éticas que guiam a conduta profissional do médico. Na prática os termos ética médica e deontologia são utilizados indiferentemente, assim como os códigos de ética e os códigos deontológicos. Já a Medicina Legal é uma especialidade médica e jurídica que utiliza conhecimentos técnico-científicos da medicina para esclarecimento de fatos de interesse da justiça. Do mesmo modo, devido à amplitude conceitual, a “Bioética, como se diz hoje, não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do homem para com o outro homem, e de todos para com a humanidade.” (COMTE-SPONVILLE²²,

²⁰ WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Resolution on the inclusion of medical ethics and human rights in the curriculum of medical Schools world-wide. Adopted by the **World Medical Assembly**, Tel Aviv, Israel, October 1999. Disponível em: <<http://http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e8/>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

²¹ “However, in Europe, as in the US, there is a notable disparity among schools of medicine in their programmes as well as in the number of hours and in the different categories of teachers”. (CLAUDOT *et al.*, 2007, p. 493)

²² COMTE-SPONVILLE, A. **Bom dia, angústia!** São Paulo: Martins Fontes., 1997, p. 61.

1997 *apud* GOLDIM, 2001). A bioética apresenta como conteúdos a aplicação da Filosofia ao campo multi e interdisciplinar da saúde sobre as implicações éticas em face dos desafios epistemológicos e dos paradigmas em atenção à saúde, contemporâneos; realizando estudo, reflexão e ação a eles (GOLDIM, 2001; GOMES; MOURA; AMORIM, 2006).

Quatro estudos com dados primários foram recuperados na literatura em revisão integrativa²³, utilizando-se das palavras-chave: Ética, Ética Médica, Bioética, Deontologia e Medicina Legal, para se conhecer a realidade do ensino de ética nos cursos de graduação em medicina. Tais estudos (QUADRO 1) foram realizados em:

- 1981 (BRASIL²⁴, 1984 *apud* DANTAS; SOUSA, 2008, p. 516),
- 1984 (MELO *et al.*²⁵, 1986 *apud* DANTAS; SOUSA, 2008, p. 516),
- 1992 (MEIRA; CUNHA, 1994) e
- 2001 (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003).

QUADRO 1: Síntese do ensino de ética nas Escolas Médicas Brasileiras, 1981-2001

Autor	Coleta de dados/publicação	Tipo de estudo	Número de EMB/EMB respondentes	Oferta curricular	Carga horária/período do curso
BRASIL, SEE	1981/1984	Cadastro	76/76	52% Medicina Legal/Deontologia 22% Ética Médica	...
MELO, N. S.; FÉ I. A. M.; PEREIRA, C. A. L.; BARUKI, S.; MESQUITA, W. P.	1984/1986	Envio de questionários via postal	76/51	32,8% Ética Médica	10 a 40 h: 80%: 4º e 5º anos
MEIRA, A. R.; CUNHA, M. M. S.	1992/1994	Entrevistas presenciais e telefônicas	79/79	94,9% Ética Médica + Deontologia 91% Ética Médica + Medicina Legal 33,7% Ética Médica	10 a 40 h; 4º e 5º anos
MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D. R.	2001/2003	Envio de questionários via postal e entrevistas telefônicas	103/93	100% Ética Médica/Deontologia 81,5% Ética Médica + Medicina Legal 37,7% Ética Médica 16,6% Ética Médica e Bioética 26,7% Bioética	até 45 h: 63,4%; 4º ano

Fonte: Dados compilados pelo autor.

Ao se fazer uma análise comparativa entre os resultados das últimas duas enquetes realizadas (1992 e 2001), de forma a identificar tendências curriculares inovadoras no campo da ética, da deontologia e da bioética, percebe-se que houve confluências e discrepâncias:

1. a variação do número de EMB de 79 para 103;

²³ “A revisão integrativa permite ao leitor reconhecer os profissionais que mais investigam determinado assunto [...]” (GERBER; ZAGONEL, 2013, p. 170).

²⁴ BRASIL. Secretaria de Educação Superior. **Cadastro de Escolas Médicas**. Brasília: SES, 1984. Mimeo.

²⁵ MELO, N. S. *et al.* **O ensino da ética médica nas Faculdades de Medicina Brasileiras**. São Paulo, 1986. Mimeo.

2. houve aumento de 5,1% da disciplina de Ética Médica²⁶ no currículo da graduação;
3. em 1992, 33,7% das FM ministravam a Ética Médica como disciplina autônoma, e em nenhuma o nome era Bioética; após uma década, o número de escolas em que a ética era disciplina independente aumentou 4% e em 26,7% a designação utilizada era Bioética (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003, DANTAS; SOUSA, 2008);
4. a carga horária da disciplina de Ética Médica concentrava-se no 4º ano e estava na faixa de 10 a 40 horas (resultado obtido nas duas pesquisas);
5. não houve variações significativas no ensino da ética nas EMB, mas nota-se uma perspectiva para seu crescimento (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003; DANTAS; SOUSA, 2008).

Em síntese, estudos anteriores e outros recentes revelaram que o espaço curricular da ética médica permanece desorganizado e com variedade de programas, e que a inserção de bioética foi tardia em relação a ética médica, nas EMB. Como também persiste pouca carga horária oferecida no período de graduação do curso médico (0,6% da carga horária integral destinada ao ensino de ética), o reduzido número de docentes com formação em bioética, o conteúdo introduzido nos anos intermediários da graduação e não longitudinalmente como seria o ideal, além da tematização se dar em discussões teóricas. Diante dessa situação, podem-se compreender as limitações do ensino de ética e de bioética em cumprir minimamente suas finalidades (MEIRA; CUNHA, 1994; MUÑOZ; MUÑOZ, 2003; SIQUEIRA, J. E., 2006; GUEDERT, 2012; CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014). Caberia discutir a diferença entre a presença da ética e bioética e a ausência nos currículos de medicina. Quais as implicações da presença maior de uma que de outra, ou da presença de ética e a da ausência da bioética?

Também, não se deve propor uma **globalização curricular** da bioética, ementa única e pontual no ensino médico, sem dar relevância a sua forma interdisciplinar, sem observar fatores como a regionalização da faculdade, sem valorizar a competência moral dos alunos, sem integrar a tematização nos seis anos do curso, assim como na pós-graduação. Com isto, desvirtua-se das características interdisciplinares da **bioética**

²⁶ Considerar equivalente à disciplina de Ética Médica as disciplinas denominadas de Medicina Legal, Ética Médica, Deontologia, entre outras que podem ser caracterizadas por abordar basicamente os direitos e deveres éticos profissionais, e a responsabilidade civil e criminal do exercício profissional.

intercultural²⁷. Ou, incluir disciplinas, eixos ou módulos de estudo acerca de conceitos relacionados à ética, à bioética e às humanidades médicas na grade curricular da EM. Apesar dessas mudanças sejam bem vindas, “[...] devem ser muito bem estruturadas estas ações, pois não somente existe o ato de ensinar, mas existe também o ato de aprender com o aluno, o que foi muito divulgado na obra de pedagogia conscientizadora de Paulo Freire.” (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007, p. 89).

Novas investigações no campo da ética e da bioética contribuem para ampliar conhecimentos sobre a realidade do ensino na área da saúde e da medicina. Um conjunto de pesquisas recentes articula essa discussão temática no campo da saúde, trazendo o registro de aspectos históricos da bioética brasileira — *made in Brazil*. No estudo de Monteiro (2005) os atributos mais citados para um professor de ética e bioética foram experiência profissional e domínio do conteúdo, que poderia agregar cultura humanística, conhecimento de filosofia moral e normas profissionais, além de história da Medicina. Prado (2006) traçou um panorama da bioética que, mesmo que com início tardio, representa importante progresso no campo da reflexão ética no país. Também Prado e Garrafa (2006) correlacionaram o ensino da bioética na graduação com melhor prática profissional odontológica.

Figueiredo, Garrafa e Portillo (2008), com objetivo de conhecer as produções científicas sobre o ensino da bioética, identificaram pequeno número de trabalhos publicados. Dantas e Sousa (2008) realizaram uma revisão dos levantamentos nacionais publicados nos últimos 30 anos e afirmaram que houve “[...] **estagnação** no número de disciplinas específicas para a ética médica [...]”, baixa carga horária exclusiva e reduzido número de professores da área e a maioria vinculado à especialidade de Medicina Legal (DANTAS; SOUZA, 2008, p. 507, grifo nosso). Portanto, não houve variações significativas no ensino de ética médica nas EMB, nas décadas de 1980, 1990 e 2000.

Finkler (2009) analisou a dimensão ética do processo de formação profissional em Odontologia no sentido de se formar profissionais de saúde eticamente competentes. Por fim, Finkler *et al.* (2010/2011) problematizam a socialização profissional, a partir do aprimoramento de sua dimensão ética, justificando a inserção da disciplina de Bioética nos

²⁷ “Os dilemas interculturais requerem, cada vez mais, de um ensino da bioética ampliada para capacitar o estudante no desenvolvimento de competências de reflexão, de acordo com esses eixos de deliberação, em prol da comunicação intercultural respeitosa e de um pluralismo efetivo.” (KOTTOW, M. Aspectos Didáticos em Bioética Intercultural. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 274, 2011).

novos currículos acadêmicos de Odontologia, encontrando eco na defesa de “[...] sua inserção transversal ao longo dos currículos de graduação em Medicina.” (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008, p. 482).

Portanto, observa-se a presença incipiente da disciplina curricular de Bioética nas EMB, por meio de estudos elaborados de questionários e de revisão de trabalhos publicados. Já existiria um caminho inicial para a inserção curricular de Cuidados Paliativos. Neste sentido a Bioética poderia contribuir como uma disciplina capaz de fomentar a reflexão sobre os valores morais e a deliberação sobre os conflitos éticos. (REGO, 2004). Isto porque, o conhecimento da bioética precede a atenção com os pacientes sem perspectiva de tratamento convencional. Ao se estudar os conflitos éticos, que deveriam ordenar a expressão da vida humana, poder-se-ia, então, pensar a formação e desenvolvimento moral do estudante de medicina na perspectiva da cura e do cuidado com o outro, em situação limite entre a vida e a morte.

A discussão sobre o conhecimento, o método de ensino e o interesse sobre ética médica e bioética na graduação está contemplada em três trabalhos. Caramico, Zaher e Rosito (2007) relataram experiência do ensino de Bioética em uma EM do estado de São Paulo, constatando como visto em outras EMB que se “[...] necessita da construção de uma identidade própria, como forma de superar uma série de fatores peculiares advindos do modelo tradicional de ensino-aprendizagem.” (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007, p. 76). Já Oliveira, Guaiumi e Cipullo (2008) avaliaram como é realizado o ensino da Bioética nas FM do estado de São Paulo e constataram que o método do ensino é na “[...] maioria das vezes sob a forma de aulas teóricas [...]” (OLIVEIRA; GUAIUMI; CIPULLO, 2008, p. 125), causa provável da desmotivação dos alunos para o tema. Almeida (2008) entrevistou alunos e docentes na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMED-UFBA) e concluiu que professores médicos e estudantes consideram ética médica e bioética muito importante, podendo fundamentar a melhora do ensino dessa disciplina em nossas faculdades.

Alguns autores aprofundaram a pesquisa com o objetivo de conhecer e analisar problemas éticos vivenciados por alunos e médicos. Serodio e Almeida (2009) entrevistaram profissionais que exercem atividades de ensino com estudantes na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Os autores verificaram que os dilemas éticos “[...] podem ser explorados por diferentes estratégias de ensino-aprendizagem. Cabe às escolas médicas estimular as diversas disciplinas a abrir espaços formais para as discussões e investir na conscientização e no preparo docente para

esta tarefa.” (SERODIO; ALMEIDA, 2009, p. 55). Já Guedert (2012) entrevistaram médicos atuantes em assistência e ensino em pediatria na FM-UFSC, identificando problemas éticos de “[...] determinados ambientes educacionais, como os envolvendo cuidados de final de vida, associados ao ambiente hospitalar e os relacionados ao contexto social e políticas de saúde, que ocorrem predominantemente na atenção básica”. (GUEDERT, 2012, p. 12).

Por fim, citam-se as estratégias bem sucedidas do ensino de bioética nas EMB. Siqueira, Sakai e Eisele (2002) (Universidade Estadual de Londrina - UEL) participaram da inserção da temática de ética/bioética, longitudinalmente, no curso de Medicina da UEL, a já existente disciplina de Deontologia e Bioética do quinto ano com CH de 34 horas. Grisard (2002) (Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI) participou de comissão pedagógica que introduziu disciplinas humanísticas (Sociologia, Antropologia e História da Medicina), assim como ensino da ética médica e da bioética por meio de uma disciplina própria do primeiro ao oitavo períodos, totalizando 135 horas da CH, do curso médico da UNIVALI. Rios *et al.* (2008) (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP) relatam a experiência de integração curricular das disciplinas de humanidades médicas²⁸, com CH total de 240 horas (0,2% de 11.025 horas), distribuídas em seis disciplinas entre os primeiro e quinto anos da FMUSP. Gomes, Moura e Amorim (2006) (Universidade Federal do Ceará - UFC) participaram da inserção de disciplinas específicas de ética médica e de bioética no primeiro, quinto e oitavo semestres, totalizando uma carga horária de 196 horas e, transversalmente, no currículo médico da UFC. Drumond *et al.* (2000) (Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES) formaram um núcleo interdisciplinar para promover a discussão de bioética nos cursos de graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIMONTES. Antonello (2006) (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS) participou de mudanças curriculares com o estudo da ética e bioética, a atenção integral à saúde e a humanização da assistência, tratado como temas transversais, assim como a inserção de algumas disciplinas voltadas à formação integral dos discentes no curso médico da PUCRS. Já Caramico, Zaher e Rosito (2007) (Centro Universitário São Camilo - SP) participaram da

²⁸ Ayres *et al.* (2013) apresentaram o desenvolvimento, a reformulação e a relevância da disciplina em Humanidades Médicas na FMUSP, concluindo que “[...] o desenho da disciplina se mostrou adequado aos objetivos educacionais propostos, reforçando a relevância das Humanidades para o currículo da escola médica.” (AYRES *et al.*, 2013, p. 455).

inserção da cadeira de Bioética no 4º semestre (2º ano) do Curso de Medicina, que teve início em 2003, incorporando alguns fatores modelares tradicionais a uma metodologia ativa, por meio de aprendizagem baseada em problemas entre outras.

Apesar desses atuais e exemplares trabalhos na área de bioética, percebe-se que existe pouca referência na literatura nacional, quanto ao ensino de CP.

A OMS e o Conselho Federal de Medicina (CFM), dentre outras entidades, preconizam para um enfermo, portador de doença em fase terminal, que sejam adotados os CP, ou seja, uma abordagem voltada para a melhor qualidade de vida, tanto de pacientes, quanto de seus familiares e cuidadores. Mas, há o relato contundente e provocativo de que “Não existe ensino de cuidados paliativos no Brasil. Médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais.”²⁹ (PINHEIRO *et al.*, 2012, p. 19), enfatizando o olhar pedagógico descompromissado das EM sobre esta questão.

De certa forma, essa realidade do ensino de CP nas EMB converge para dados obtidos em trabalhos no campo da assistência de CP oncológicos. Na modalidade de estudo de caso, Wagner (2013) informa que embora algumas ações dos CP oncológicos foram implementadas no município de Juiz de Fora (MG), quando se emprega todos os atributos essenciais à prática paliativista, conclui-se que de modo geral não existem CP nos serviços de saúde oncológicos, públicos ou privados (WAGNER, 2013, p. 155). Outros pesquisadores, em estudo de levantamento bibliográfico, afirmam que “O Brasil ainda não possui uma estrutura pública de CP oncológicos adequada à demanda existente, tanto sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo.” (SILVA; HORTALE, 2006, p. 2064).

Poletto, Santini e Bettinelli (2013) entrevistaram 11 médicos, que se formaram e atuavam no Rio Grande do Sul, dando destaque à categoria “conversa sobre formação médica”. O estudo evidenciou “[...] a necessidade de reflexões com discussões amplas e profundas sobre a formação acadêmica, já que se percebe pelo estudo que, na visão de profissionais graduados há mais de cinco anos, a morte e o morrer não são contemplados nos projetos pedagógicos.” (POLETTO; SANTINI; BETTINELLI, 2013, p. 186).

Em recente pesquisa realizada no Hospital Universitário de Brasília e na Faculdade de Ciências da Saúde - UnB, Vianna e Piccelli (1998) avaliaram o perfil de atores sociais acadêmicos (estudantes de medicina, médicos e professores de medicina) na sua relação

²⁹ “*There is no curricular palliative care teaching in Brazil. Brazilian's doctors are not training to deal with terminally ill patients.*”

com a morte e com os “pacientes terminais”. A maioria manifestou interesse pelo tema morte (93%), mas o grupo de estudantes (143 de 220 discentes) foi o que apresentou maior dificuldade para tratar do assunto. Os autores sugerem que a educação formal sobre a matéria nas EM, bem como o processo de educação permanente e continuada por parte dos profissionais, poderiam modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a terminalidade humana (VIANNA; PICCELLI, 1998).

Em estudo realizado em 2004, na FM de São José do Rio Preto (SP), Pinheiro *et al.* (2011) avaliaram o conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida, investigando a respeito dos tipos morais de morte: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Os autores concluem que os “Estudantes de medicina mostram desconhecimento sobre conceitos clássicos em Bioética.”³⁰ (PINHEIRO *et al.*, 2011, p. 171).

Um exemplo raro de pesquisa no campo de ensino dos CP no Brasil foi o estudo de Toledo e Priolli (2012), que descreveram atitudes e práticas, conforme relato de 58 coordenadores das EMB participantes da pesquisa (32,4% de 179 coordenadores). Constatou-se que “[...] a maioria (96,6%) considerou muito importante o ensino dos cuidados no fim da vida [...]” (TOLEDO; PRIOLLI, 2012, p. 109); entretanto, 73% acreditam que a carga horária é insuficiente. Embora os coordenadores confirmem a sua importância, “[...] ainda é dada pouca prioridade ao ensino deste tema no Brasil.” (TOLEDO; PRIOLLI, 2012, p. 109).

Algumas iniciativas exitosas no ensino de CP nas EMB podem ser citadas. A EPM-UNIFESP foi a primeira EM disponibilizá-la, por meio do professor Marco Tullio de Assis Figueiredo, os cursos de CP em caráter eletivo a alunos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, de 1994 a 2008. A partir de 2007 passou a ofertar também o curso de Tanatologia, coordenado pela professora Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo, que se estendeu de 2007 a 2009 (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Em 2003, foi criada a disciplina de Cuidados Paliativos e o Serviço de Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Caxias do Sul - RS que se iniciaram em 2004 e funcionam até hoje.

Pinheiro *et al.* (2012) (Faculdade de Medicina do ABC - FMABC-SP) informam que em 2004 a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA), em parceria

³⁰ “*These medical students were unfamiliar with common bioethical concepts.*”

com o Departamento de Oncologia da FMABC, criaram um Ambulatório Clínico de Cuidados Paliativos (ACCP) na própria FM. Esse ACCP é frequentado, uma vez por semana, por médicos residentes e estudantes de medicina, sob a supervisão de médicos de família.

Oliveira e Pereira (2012) (Curso de Medicina - UNIFENAS-BH), utilizando-se da metodologia ativa de ensino-aprendizagem, no 4º período (2º ano) do curso médico desde 2011, ministram uma estratégia curricular³¹ de Prática Médica na Comunidade, com foco na Relação Médico-Paciente, Bioética e Cuidados Paliativos. Fripp (2009) (Programa de Internação Domiciliar - PIDI/HE/UFPel) e Fripp, Facchini e Silva (2012) (Universidade Federal de Pelotas - UFPel/Hospital Escola - HE) buscam inserir o acadêmico da área de saúde com a prática do cuidado em saúde e acompanhamento de pacientes no PIDI Oncológico.

Rodrigues *et al.* (2012) (Universidade Federal de Uberlândia - UFU) ministram estágio acadêmico em serviço hospitalar e ambulatorial de Cuidados Paliativos no HE-UFU-Hospital do Câncer, durante o Internato de Saúde Coletiva do 12º período (6º ano) da FM.

Em sua dissertação, Figueiredo (2013) trouxe à baila sua inquietação de educadora e pesquisadora da área de CP. O relato de sua experiência junto à Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt), com a oferta curricular da disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP), desde 2010, aos alunos do 1º, 2º e 4º anos do curso médico, vislumbrou uma possibilidade inovadora de se ajustar ao conteúdo tradicional, um procedimento didático exemplar de estudo-ensino da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos no currículo de medicina (FIGUEIREDO, STANO, 2013; FIGUEIREDO, 2013). A autora sugere “[...] que a inclusão de uma disciplina como TanCP no currículo das escolas de medicina pode contribuir para uma transformação positiva e necessária no perfil do médico atual.” (FIGUEIREDO, 2013, p. 11).

O estudante de medicina, ao longo de sua formação, recebe treinamento para lidar com situações cotidianas e mesmo conflituosas, em modalidade curricular³² formal,

³¹ Estratégia curricular refere-se a disposição das estratégias educacionais no currículo, adotada por esta escola médica, que está presente a Prática Médica na Comunidade entre outras. Disponível em: <<http://www.unifenas.br/medicinabh.asp>>. Acesso em: 3 jul.2014).

³² “A palavra ‘currículo’ (*curriculum*) é de origem latina e significa percurso, carreira, ato de percorrer [...]” (TAVARES, A. P. *et al.*, 2007, p. 255).

informal e paralela³³ (TAVARES, C. H. F. *et al.*, 2007). Quatro pesquisas abordam as questões de conflitos éticos narrados pelos alunos, em estudos qualitativos exploratórios propostos para avaliar o efeito da prática no campo de estágio, em três hospitais-escolas (HE). No hospital-universitário da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HU-FCM-UERJ), pesquisadores avaliaram 128 estudantes do internato, enfatizando a perspectiva da percepção dos mesmos quanto aos conflitos e dilemas morais, confirmando um grau de defasagem no conteúdo curricular e nas estratégias pedagógicas (TAQUETTE *et al.*, 2005). Do mesmo modo, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FM-UFRS), ao se avaliar o preparo dos acadêmicos para o enfrentamento da morte em suas práticas educativas, constatou-se a presença dos sentimentos de medo, impotência e banalização da morte (AZEREDO, 2007). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA-UFRS), estudiosos entrevistaram cinco alunos do internato, quanto ao sentir-se preparado frente à morte e ao morrer (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011), identificando uma lacuna na formação acadêmica nesta área do conhecimento e orientam incluir vivências do cotidiano prático com discussões sobre o tema de forma continuada. Nesse sentido, Quintana *et al.* (2008) avaliaram um grupo de alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), empregando pesquisa etnográfica³⁴, frente o contato com a doença, o sofrimento e a morte, frente à dissociação entre o ciclo básico e ciclo profissionalizante com o regime de progressão linear. São situações e fatores que geram no estudante desgaste emocional, frustração e sentimentos ambivalentes. Os autores sugerem um modelo equilibrado entre os modelos biomédico e o biopsicossocial, mudanças capilares de comportamento, da forma de ensinar e da pessoa do médico-professor e um ensino ético voltado para o desenvolvimento moral dos estudantes, como estratégia de prevenir

³³ Se considerarmos o currículo escolar como o conjunto das atividades pedagógicas formais e informais, o currículo formal pode ser definido em documentos oficiais das EMB como a grade de disciplinas, módulos, blocos temáticos e as correspondentes cargas horárias e sua distribuição por períodos acadêmicos. Já “As atividades em busca de complementação da formação e aumento da experiência clínica dos alunos de Medicina — equidistantes e livres dos controles acadêmicos — configuram o chamado currículo paralelo.” (TAVARES, A. P. *et al.*, 2007, p. 254).

³⁴ A etnografia (do grego *ethno* - nação, povo e *graphein* - escrever) é por excelência o método utilizado pela antropologia na coleta de dados. “A etnografia é um esquema de pesquisa desenvolvido pelos antropólogos para estudar a cultura e a sociedade, tendo como significado etimológico ‘descrição cultural’. Esta abordagem investigativa desenvolveu-se na Antropologia, como uma tentativa de ‘descrição densa’ da cultura.” (COSTA, 2005, p. 36).

[...] a negação das emoções como forma de defesa contra a angústia seria que as disciplinas específicas da formação não se limitassem a abordar os aspectos biológicos dos pacientes e incluíssem, também, os componentes emocionais [...]. Para esta finalidade é interessante sugerir, ainda, atividades de tutoria e ensino em pequenos grupos como formas de favorecer a emergência das emoções e a possibilidade de reflexão [...] (QUINTANA *et al.*, 2008, p. 12).

A criação de ligas acadêmicas (LA) de MP nas EMB ou grupos de Cuidados Paliativos em HE configura o **currículo informal**, que “[...] é composto pelo conjunto de experiências de formação buscadas pelos estudantes no interior da própria instituição [...]” (TAVARES, C. H. F *et al.*, 2007, p. 247). A inserção do aluno em LA começa nos primeiros períodos, conforme constataram Carvalho *et al.* (2013) que 42,4% dos alunos entrevistados (156 alunos do 8º período de um curso médico) já haviam participado desta atividade.

A participação em LA de Cuidados Paliativos oferece complementação de ensino-aprendizagem e experiência clínica interdisciplinar para certo número de alunos (GOMES; MOURA; AMORIM, 2006; DRUMOND *et al.*, 2000; FRIPP; FACCHINI; SILVA, 2012; FIGUEIREDO, 2008; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2010; FIGUEIREDO; STANO, 2013; FIGUEIREDO, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012; LIGA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CAXIAS DO SUL, 2013; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010a; LIGA ACADÊMICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2013; LIGA DE CUIDADOS PALIATIVOS DA FMUSP, 2014).

O aumento considerável do número de LA nos cursos de graduação em Medicina no Brasil vem se contrapondo à sobrecarga de compromissos obrigatórios, tanto dos discentes, quanto dos docentes, “[...] que executam sem muita liberdade, reflexão ou prazer [...] atividades de ensino e pesquisa em diferentes cenários da prática médica.” (TORRES *et al.*, 2008, p. 714). Observa-se uma tendência da constituição, projeto e estatuto de uma liga receber atenção/fiscalização direta da coordenação e/ou de órgão representativo do curso médico, como forma de aproximar a liga acadêmica do **currículo formal** e sua futura institucionalização. Há um projeto³⁵ pioneiro, promovido pela Sociedade de Acadêmicos de Medicina de Minas Gerais (SAMMG) (SOCIEDADE DE ACADÊMICOS

³⁵ Projeto Se Liga: “Trata-se de uma forma de avaliação das Ligas de MG, a começar pelas pertencentes à região metropolitana de Belo Horizonte, de acordo com os critérios da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas Médicas (ABLAM).” (SOCIEDADE DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DE MINAS GERAIS, 2013).

DE MEDICINA DE MINAS GERAIS, 2013) com o objetivo de requerer o reconhecimento e o valor pontuado das LA, na avaliação curricular da Comissão de Residência Médica de Minas Gerais (CEREM - MG). Fato que já ocorre com a validação em atividade complementar por algumas IES, ainda não considerado como um procedimento padrão, pois a participação do aluno não é de todo obrigatória (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS MÉDICAS, 2014).

Outras experiências do ensino da relação médico-paciente, compreendendo treinamento em habilidades de comunicação e de atitudes encontradas foram aprendizagem por modelos, com pacientes simulados, uso de videogravação e Atenção Primária da Saúde como ambiente de ensino. “Assim, deve-se buscar a construção de um ambiente de ensino com relacionamentos dialógicos e reflexivos com o professor, com a comunidade e com a equipe.” (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013, p. 318). O impacto da simulação de consultas médicas na capacidade de comunicação e de empatia dos alunos foi medido no currículo integrado dos cursos de Medicina da UEL (NUNES *et al.*, 2008) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (SCHWELLER *et al.*, 2011). Essa intervenção didática foi proposta para facilitar uma aprendizagem interdisciplinar. A inclusão curricular deste conteúdo está bem estabelecida (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013, p. 311), pois ao profissional médico compete “[...] ter sensibilidade para se relacionar de forma interdisciplinar e resistir às pressões laborais que podem induzir a indiferença e o distanciamento humano e afetivo.” (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013, p. 318). Já na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), pesquisadores apresentam proposta curricular progressiva com a formação médica em ciclos. No primeiro momento, “[...] o contato e a reflexão do estudante com questões científicas, artísticas, políticas e sociais [...]” e no segundo momento, “[...] o ingresso de estudantes no curso profissional com mais maturidade, capazes de analisar criticamente suas decisões, com visão humanitária, política e social sistematizada e qualificada pela experiência no primeiro ciclo [...]” (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2014, p. 340).

A construção do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e de atitudes na assistência à saúde requer formação de futuros profissionais capacitados a trabalhar em equipe interdisciplinar e aptos para prestar atendimento integral aos pacientes e familiares, incluindo as novas exigências de profissionalismo médico para o século XXI.

A discussão anterior articulou dois campos de conhecimento — o da bioética e o dos cuidados paliativos — objetivando demarcar uma das perguntas deste trabalho, qual seja, que lugares esses saberes ocupam nos cursos de Medicina do estado de Minas Gerias

e autorizados pelo MEC? Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) (BRASIL, 2001a) construídas na terceira fase do panorama histórico da educação médica brasileira direciona para mudanças metodológicas que busca um avanço no complexo processo da formação (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014). As DCN contemplam seis competências e habilidades gerais, necessárias para se formar o médico: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gestão em saúde e educação permanente. As DCN e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. O registro da ética/bioética, do processo de morte e da equipe multiprofissional está presente em partes do texto:

[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos [...].

[...] devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, [...].

[...] compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos — gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, [...].

[...] atuar em equipe multiprofissional, [...] (BRASIL, 2001a, p. 38).

Nesse sentido, as DCN Medicina, editadas em 2001, revisadas e homologadas em 2014³⁶, definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos no Brasil. Estas diretrizes contemplam o registro da ética e da bioética no corpo do texto, mas não especificam frente a frente a questão emblemática do ensino de Cuidados Paliativos nas EMB. Porém, uma análise dos significados de ética e de bioética adotados nas DCN revelou que são tomadas como sinônimos de ética profissional ou deontologia. Portanto, neste aspecto as DCN não inovam. Apenas reproduzem a concepção hegemônica e tradicional da **ética no currículo** das profissões da saúde ao invés de encaminhar a formação acadêmica a partir de um **currículo ético**. (FINKLER *et al.*, 2010). Estes autores analisaram o compromisso a partir das DCN, com o profissionalismo e a formação ética do cirurgião-dentista:

³⁶ Despacho do Ministro foi publicado no Diário Oficial da União, de 6 de junho de 2014, Seção 1, p. 17 e editada a Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 do Ministério da Educação, que “Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.” Disponível: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=06/06/2014>>. Acesso em: 02 jul.2014.

Esta reflexão problematiza o discurso e a prática que se estabelecem em torno do tema da formação ética dos profissionais da saúde e, mais particularmente, do cirurgião-dentista, situando o atual momento de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais no ensino superior brasileiro. Procura-se, desta forma, indicar alguns limites e possibilidades para uma formação ética condizente com o novo perfil profissional almejado (FINKLER *et al.*, 2010, p. 449).

A Comissão da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) analisou³⁷ recentemente as DCN em Medicina, reforçando que as DCN constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, adotados por todas as IES. A base conceitual das novas DCN Medicina apoia-se em um conjunto de referenciais que inclui a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos, na área médica para o SUS. Em relação à formação de médicos contida no novo texto das DCN Medicina, encontra-se o registro:

É oportuno ainda registrar que, na perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as DCNs Medicina estimulam o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, indutoras, na maioria das vezes, da mera transmissão de conhecimento e informações, e buscam garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2014, p. 7).

As DCN Medicina contemplam a formação do egresso na dimensão do **profissionalismo**, que tem por objetivo dotar o futuro médico de 22 competências e habilidades específicas (BRASIL, 2001a).

Um dos maiores desafios apresentados pelas DCN é o desenvolvimento de currículos que favoreçam a incorporação do profissionalismo, cuja importância é reclamada pela sociedade, uma vez que a insatisfação com a prática da medicina não pode ser ignorada (CAMPOS *et al.*, 2007, p. 37).

³⁷ “Após meses de discussão, a CES do CNE aprovou em 03 de abril de 2014 as novas DCN Medicina, com a obrigatoriedade de que pelo menos 30% da carga horária do estágio obrigatório, em regime de internato, ocorra no Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção básica e em serviço de urgência e emergência. O documento segue agora para o ministro da Educação, Henrique Paim, a quem caberá analisar e homologar as diretrizes.” (Empresa Brasil de Comunicação S/A - EBC. Agência Brasil. **Novas diretrizes para cursos de medicina incluem estágio no SUS**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/Novas%20diretrizes%20para%20cursos%20de%20medicina%20incluem%20est%C3%A1gio%20obrigat%C3%B3rio%20no%20SUS>>. Acesso em: 01 maio 2014.

Estudo recente analisou o método de ensino e conteúdo das disciplinas do currículo de um curso de Medicina, tendo como referência o perfil do egresso e as competências/habilidades propostas pelas DCN, concluindo que:

As reformas curriculares que ocorreram a partir das DCN visaram aproximar o estudante de Medicina da sociedade e do sistema de saúde brasileiro. Para que essa mudança ocorra, é necessário que as IES, seu corpo docente, os governantes e a sociedade atentem para fatores que influenciam a qualidade do profissional da saúde.

Entre estes fatores vale ressaltar os paradigmas que estão presentes, tanto o da complexidade quanto o paradigma tradicional newtoniano-cartesiano, os valores éticos e morais, as relações de poder que envolvem todas as esferas tanto da saúde quanto da educação, além das características psicológicas do estudante de Medicina (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014, p. 228).

Partindo do pressuposto de que a ética na formação é diferente de formação ética, os autores constataam que

[...] embora não haja um compromisso evidentemente expresso nas DCN do Curso de Graduação em odontologia, é necessário que as IES percebam sua importância e aceitem os diversos desafios que se impõem para um novo perfil de cirurgião-dentista socialmente mais sensível e eticamente competente (FINKLER *et al.*, 2010/2011, p. 459).

Descortinam-se possibilidades para se avaliar os espaços político, teórico e prático/didático-pedagógico, no ensino médico sobre o processo da terminalidade humana. A tendência de mudança na formação médica, migrando da pauta da agenda de saúde, ou seja, da discussão teórica para a consolidação da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos é um longo percurso de aprendizado, erros e acertos por parte dos responsáveis diretos e indiretos pela formação de um(a) competente médico(a) brasileiro(a).

O cuidado com pessoas em situações de terminalidade exige do profissional médico, além de sua competência técnico-científica, um perfil humanista. A competência de cuidado com conhecimento, habilidade e atitude — cuidar do outro — no campo da saúde é um dos pressupostos da dignidade humana. A reflexão bioética enriquece “[...] o fazer médico e o saber médico com a oportunidade de termos, na mesma discussão, a presença de juristas, filósofos, sociólogos e outros profissionais.” (D’ÁVILA, 2003, p. 51).

A escassez bibliográfica, as limitações estruturais dos estudos e a falta de um cadastro nacional das EMB com informações específicas sobre o ensino de bioética e de

CP, entre nós, dificultam a pesquisa. Como estaria integrado esse tema no currículo das atuais 216 EMB³⁸ mesmo sabendo que o processo de inserção das disciplinas de Bioética e de Deontologia Médica encontra-se em expansão curricular na área da saúde (DANTAS; SOUSA, 2008; MUÑOZ; MUÑOZ, 2003; MEIRA; CUNHA, 1994), ainda que frequentemente estas disciplinas estejam associadas. Todavia, o ensino de CP nas EMB tem merecido pouca atenção dos pesquisadores brasileiros. Apesar da importância do ensino acadêmico de bioética e CP, há pouca referência de pesquisa nacional, fato que aponta para oportunidades a estudos adicionais no campo da educação médica e em saúde.

Em que disposição encontra-se o ensino acadêmico dos CP na formação profissional do futuro médico no estado de Minas Gerais? O momento exige inclinar-se sobre o domínio da realidade empírica.

³⁸ Este número atualmente corresponde às 244 EMB autorizadas pelo MEC (BRASIL, 2014), sendo 44% públicas e 56% privadas, com acesso a 21.660 vagas para o 1º ano do curso médico (NASSIF, 2014).

3 A PESQUISA

A construção do objeto deste estudo exige a busca de um método que permita verificar se o ensino de CP está suficientemente contemplado na graduação das EMMG. A construção de uma metodologia depende da criatividade do pesquisador e está “[...] condicionada principalmente pela natureza do fenômeno e pelas formas particulares de desenvolvimento que assume a realidade a investigar [...]” (COSTA, 2005, p. 30), visto que o método e técnicas de investigação é parte integrante dos pressupostos teóricos.

Este trabalho trata-se de um estudo de caso exploratório e de natureza qualitativa que utilizou três instrumentos operacionais: questionário, entrevista e documento informatizado. A dimensão que o trabalho de campo representou para o pesquisador, possibilitando seu amadurecimento teórico-metodológico na construção do estudo. O que é um trabalho de campo? Trata-se de uma incursão empírica, utilizada pelos antropólogos, que faz uso de um caderno denominado diário de campo onde são anotadas as observações de contatos, no dia-a-dia, com os sujeitos pesquisados. Assim, o grau de significância dessa atividade e de seus desdobramentos, durante três anos, garante a exigência, quase no sentido de obrigatoriedade, de se fazer um relato minucioso sobre a criatividade desse percurso metodológico.

3.1 *Antecedentes referenciais*

A pesquisa de campo foi realizada no período de maio de 2011 a maio de 2014. No início, o projeto foi divulgado pelo autor em forma de reuniões com a coordenação de **quatro** cursos de Medicina localizados na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, Brasil. Explicou-se sobre o objetivo do estudo de natureza educacional e que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) com o Parecer nº ETIC 0634.0.203.000-10 (APÊNDICE B). Após o aceite de professor e de aluno, individualmente, o TCLE foi assinado em duas vias (APÊNDICE C). Foi aplicado questionário estruturado (APÊNDICE D) a esse grupo de EM. Posteriormente, realizou-se uma busca ativa e sistemática, por meio do envio de correspondências eletrônicas, contendo documentação de concordância e questionário estruturado (APÊNDICE C e APÊNDICE D), aos professores de **24** cursos de graduação das EM de outras regiões do estado de Minas Gerais. Em outro momento, a pesquisa de

campo desdobrou-se em entrevistas, anotações no caderno de campo, análise documental e aplicação de questionário estruturado (APÊNDICE C e APÊNDICE E) e entrevistas a grupo de alunos de graduação de duas EMMG.

De acordo com Turato (2003), aconselha-se um trabalho de campo³⁹ com duração aproximada de um ano para alunos de doutorado, de quatro a seis meses para alunos de iniciação científica, e justifica:

Mesmo que, operacionalmente, o pesquisador possa alcançar, em poucos meses, um tamanho de amostra de entrevistados metodologicamente adequado para construir sua teoria, na prática sabemos que, além do tempo físico, há um tempo interno (afetivo-intelectual) para trabalhar os dados coletados, que exige permanência prolongada no campo (TURATO, 2003, p. 340).

No projeto piloto, o autor reuniu-se com o coordenador do curso de Medicina ou seu representante, explicando sobre a pesquisa e solicitou resposta a um questionário (APÊNDICE D) estruturado que seria aplicado aos professores de quatro faculdades da região metropolitana de Belo Horizonte e duas faculdades do interior do estado de Minas.

Segundo Pope e Mays (2005) a primeira tarefa na pesquisa observacional é escolher o **estabelecimento** ou **campo**. A escolha da amostragem de um estabelecimento é tipicamente **intencional** do fenômeno em estudo, como ocorre nas pesquisas qualitativas. Os autores justificam que:

A idéia não é escolher um estabelecimento a fim de generalizar para toda uma população (como seria numa amostra estatística), mas selecionar um grupo ou um estabelecimento, geralmente informado por conhecimento prévio e trabalho teórico, o que provavelmente demonstrará aspectos e eventos ou categorias notáveis de comportamento relevantes para a pergunta de pesquisa (POPE; MAYS, 2005, p. 44).

Esses autores observam que o processo de seleção de locais para estudo de caso⁴⁰ é central para garantir que a interpretação inadequada dos resultados seja minimizada e sugerem a seguinte estratégia:

³⁹ Trabalho de campo: trata-se de uma incursão empírica, utilizada pelos antropólogos, que fazem uso de um caderno denominado diário de campo onde são anotadas as observações de contatos, no dia-a-dia, com os sujeitos pesquisados.

⁴⁰ “O termo estudo de caso vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, na qual se refere a uma análise detalhada de um caso individual [...] reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto” (GOLDENBERG, 2002, p. 33-34).

Já que usualmente os recursos para um trabalho com estudo de caso são limitados, é necessária uma amostra ‘intencional’⁴¹ que seja típica do fenômeno que está sendo investigado, na qual uma teoria específica possa ser testada ou na qual os casos confirmem ou refutem uma hipótese (POPE; MAYS, 2005, p. 65).

Sobre o tamanho da amostra em pesquisa qualitativa, o pesquisador não deve defini-la antes da entrada em campo ou mesmo no início da coleta de dados. Isso porque ele conta com a opção metodológica de trabalhar com a amostragem proposital ou intencional. Não faz sentido citar o número de entrevistados quando se recorreu à amostragem por saturação. Segundo Turato:

[...] o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a representar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. Neste modo, o grupo a ser estudado deve guardar, em seu interno, indivíduos reunidos pelo critério que denomino ‘homogeneidade ampla’, situação correspondente a uma soma de características/variáveis em comum a todos os sujeitos que compõem a amostra. O pesquisador, entendendo que novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa, decide encerrar sua amostragem (TURATO, 2003, p. 362-363).

Particularmente, os procedimentos metodológicos de natureza qualitativa e fenomenológica, em especial de história oral, envolvem sujeitos entrevistados que constituem o universo da pesquisa. Esse universo não se importa com o número de entrevistados, não pode ser generalizado. Porém, pesquisadores vindos principalmente da área de saúde têm criado novas nomenclaturas para cunharem o universo da pesquisa qualitativa, trabalhando com a interdisciplinaridade, supondo que essa medida pressupõe o esmaecimento cada vez maior da fronteira entre as ciências e as disciplinas. Alguns deles, Turato (2003), Pope e Mays (2005), Flick (2004) e Bosi e Mercado-Martínez (2004) chamam de **amostragem intencional** a escolha do universo qualitativo.

Para o processo de “**categorização**” foram utilizados os critérios de” [...] **repetição** e o de **relevância** dos pontos constantes no discurso dos entrevistados.” (TURATO, 2003, p. 446). Além da categorização, utilizou-se a estratégia metodológica da

⁴¹ PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Newbury Park: Sage, 1990.

“subcategorização”⁴² (TURATO, 2003, p. 445), “[...] tendo em vista a grande quantidade de material que geralmente se tem em mãos nas abordagens qualitativas de pesquisa.” (COSTA, 2005, p. 52).

Yin (2007) demonstrou a importância do método de pesquisa de **estudo de caso**, em uma variedade de campos, como estratégia de pesquisa para conhecer os “[...] fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo [...]” (YIN, 2007, p. 20). O autor propôs quatro tipos de triangulação: de dados, de pesquisadores, da teoria e metodológica (PATTON⁴³, 1987 *apud* YIN, 2007).

Pope e Mays (2005, p. 66), referindo-se à triangulação dos dados encontrados na pesquisa com fontes da literatura ou métodos, expressam que o ponto-chave na abordagem do estudo de caso, pode ser vista como uma estratégia para combinar sistematicamente dados e métodos a fim de validar o estudo.

Nesta pesquisa, realizou-se uma pesquisa observacional e exploratória com desenho metodológico qualitativo, denominada triangulação de métodos⁴⁴ que “[...] é particularmente recomendada para estudos de avaliação.” (MINAYO, 2008, p. 362), justificando-se a integração de métodos diante da necessidade de se quantificar as tendências do ensino de CP nas EMMG. Sobretudo, identificar as possíveis barreiras para a sua inserção curricular nos cursos de Medicina. Segundo Newman e Benz (1998), aceitar a premissa da interação contínua entre pesquisa qualitativa e quantitativa está no fato de que o conhecimento científico é baseado em métodos de verificação de hipóteses. As contribuições de informação derivadas da perspectiva qualitativa, indutiva, que não há controle sobre os eventos ou quantitativa, dedutiva, em que há controle sobre os eventos podem ser avaliadas. Costa (2005) sugere e utiliza a estratégia metodológica de triangulação de métodos (questionários, entrevistas e observação) para se conseguir o rigor e a credibilidade necessários à pesquisa qualitativa em uma abordagem etnográfica quando

⁴² “[...] subcategorização, que definimos como o procedimento de pôr em destaque, dentro de um grande tópico (a categoria), outros tópicos particulares que merecem discussão em relevo, porém que guardam certa dependência temática com um amplo tópico categorizado.” (TURATO, 2003, p. 445).

⁴³ PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage, 1987. 176p.

⁴⁴ “*Triangulação de Métodos* que pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os autores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um *construto* (SCHUTZ, 1982)^(*) específico.” (MINAYO, 2008, p. 361).

^(*) SCHUTZ, A. *Collected Papers I. Common-sense and Scientific Interpretations of Human Action*. 2. ed. Haia: Martinus Nijhoff, 1982.

foram utilizados “[...] o trabalho de campo prolongado e a triangulação na análise de dados.” (COSTA, 2005, p. 57).

Dessa forma, nesta pesquisa as abordagens metodológicas foram sequenciais: questionário estruturado, entrevista diretiva, registro em caderno de campo e informações eletrônicas sobre as matrizes curriculares para identificação de fatores facilitadores e de barreiras relacionados à inserção curricular de Cuidados Paliativos nas EMMG.

3.2 *Metodologia*

Diante da heterogeneidade e complexidade do objeto de estudo deste trabalho, das limitações conceituais e da escassez de marcos teóricos como socialização primária do estudante de medicina, profissionalização, ética médica, bioética e cuidados paliativos; a escolha de um caminho metodológico, segundo Finkler:

[...] torna-se um desafio selecionar um método adequado que, sendo exequível, seja coerente com o marco conceitual construído e não incorra no erro de reduzir ou fragmentar o objeto, já que a impossibilidade de abarcar toda a sua completude, obriga a eleição de determinadas opções metodológicas (FINKLER, 2009, p. 76).

O trabalho foi desenvolvido em quatro etapas:

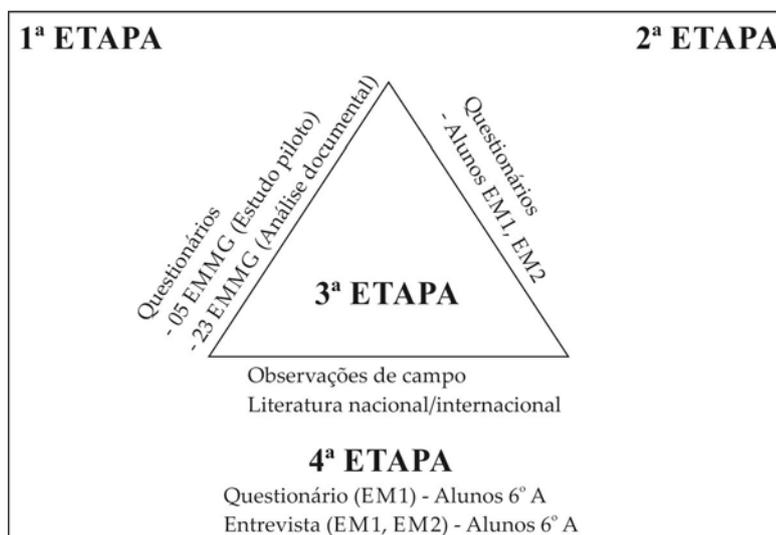
- Primeira etapa: foram consultadas 28 EMMG, cadastradas pelo MEC. Um questionário estruturado (APÊNDICE D) foi aplicado aos professores destas EM com a finalidade de se identificar o ensino de bioética e CP na formação acadêmica nos cursos de graduação em Medicina, quer seja no formato de disciplinas eletivas e/ou optativas, ou em cursos regulares ou de extensão, entre outros produtos pedagógicos da referida temática.
- Segunda etapa: foi realizado trabalho de campo com visitas técnicas⁴⁵ e aplicação de questionário estruturado aos alunos, em duas EMMG, EM1 e EM2, que não possui e possui ensino curricular de bioética e CP.
- Terceira etapa: Os dados coletados nos vários instrumentos (questionários, entrevistas e observação de campo) foram categorizados e analisados separadamente e depois triangulados, ou seja, qualificados ou interpretados, com a literatura nacional e internacional sobre a formação na graduação

⁴⁵ Visitas técnicas foram realizadas pelo autor ou pelo acadêmico voluntário sob supervisão do autor.

médica. Portanto, utilizou-se a **triangulação de métodos** (MINAYO, 2008; YIN, 2007) que é “[...] particularmente recomendada para estudos de avaliação.” (MINAYO, 2008, p. 362) e a **triangulação de dados** (YIN, 2007) com a análise e reflexão dos resultados obtidos nas etapas anteriores. Foi redigido um artigo científico e publicado na Revista Brasileira de Educação Médica (OLIVEIRA; FERREIRA; REZENDE, 2013) (APÊNDICE F).

- Quarta etapa⁴⁶: para subsidiar uma discussão crítica e transversal sobre a formação acadêmica foi realizado novo trabalho de campo, com visitas técnicas à EM1 e EM2 e foi aplicado o questionário estruturado e entrevistas a um grupo de alunos que cursava o último ano e internato no HE.

FIGURA 1: Fluxograma das etapas metodológicas (coleta de dados), 2011-2014



Fonte: Dados da pesquisa.

3.2.1 Trabalho de campo: definição de caso

O campo de abrangência desse estudo foi o estado de Minas Gerais, que ocupa o segundo lugar no país em número de EM e vagas para o primeiro ano do curso médico, totalizando 32 faculdades e 2.750 vagas (NASSIF, 2011; BRASIL, 2014).

Os sujeitos dessa pesquisa foram o coordenador e/ou membro de colegiado do curso, professores e alunos que foram indagados sobre a presença ou não de conteúdo teórico em grade curricular na área de bioética e Cuidados Paliativos.

⁴⁶ A quarta etapa foi realizada após o exame de qualificação, ou seja, entre os abril e maio de 2014.

A amostra refere-se às 32 EMMG⁴⁷ autorizadas pelo MEC (BRASIL, 2014). Destas escolas, 10 são federais, uma estadual e nenhuma escola municipal, totalizando 11 (34%) escolas públicas e 21 (66%) escolas privadas. Esta disposição condiz com a que é observada no Brasil, com 44% de escolas públicas e 56% de escolas privadas, prevalecendo numericamente o contingente de escolas privadas (NASSIF, 2014). Foi excluída uma FM⁴⁸ em decorrência de seu fechamento em janeiro de 2013 (TAB. 1). Outras três EMMG também foram excluídas, pois foram criadas em data posterior à remessa dos questionários de pesquisa. Das 28 EMMG, seis escolas foram selecionadas para o **estudo piloto** deste trabalho, utilizando-se critérios intencionais por possuírem registros curriculares positivos e negativos ao objeto de pesquisa (a partir da análise primária das matrizes curriculares) e situarem-se na proximidade geográfica do autor (FIG. 1).

TABELA 1: Faculdades de Medicina do estado de Minas Gerais e faculdades participantes (projeto piloto) por categoria administrativa e por região geográfica, 2011-2014

Região	Faculdades selecionadas		Faculdades participantes	
	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas
Central	3	7	1 (EM1)	3 (EM3, EM4, EM5)
Mata	2	2	1 (EM6)	0
Sul de Minas	1	3	0	1 (EM2)
Triângulo	2	2	0	0
Alto do Paranaíba	0	1	0	0
Centro-Oeste de Minas	1	1	0	0
Noroeste de Minas	0	1	0	0
Norte de Minas	1	2	0	0
Jequitinhonha	1	0	0	0
Rio Doce	0	2	0	0
Total de escolas/Percentual	11 (34%)	21 (66 %)	2 (33%)	4 (67)

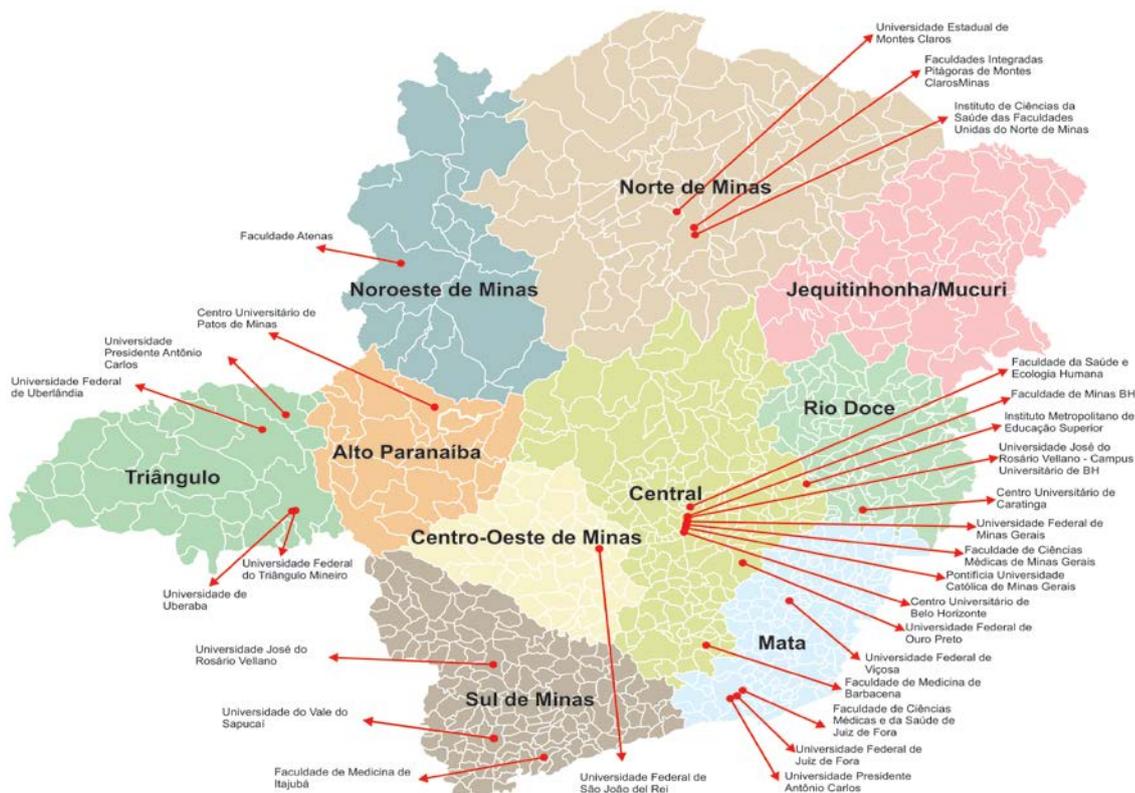
Nota: EM1, EM2, EM3, EM4, EM5 e EM6 são as nomenclaturas das Escolas Médicas participantes no projeto piloto.

Fonte: Dados compilados pelo autor.

⁴⁷ Este número atualmente corresponde às 37 EMMG autorizadas pelo MEC (BRASIL, 2014), sendo 38% públicas e 62% privadas, com acesso a 2.986 vagas para o 1º ano do curso médico (NASSIF, 2014).

⁴⁸ A Faculdade de Educação Mário Penna/Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR-BH foi desativada pelo MEC em 23 de janeiro de 2013 (Portaria nº 19. Processo MEC, Informações de ocorrência. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-ies/visualizar-ocorrencia/71f9fda2caf32e5ed3033369f6cef3f6/OTA2>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

FIGURA 2: Localização das IES selecionadas para o estudo.



Fonte: Dados da pesquisa.

3.2.2 Coleta de dados

A primeira etapa da coleta de dados compreendeu o **projeto piloto**, que o autor se reuniu com o coordenador do curso de medicina ou seu representante, explicando sobre o objetivo do estudo de natureza educacional. Foram aplicados os questionários estruturados (APÊNDICE C e APÊNDICE D) em quatro faculdades da região metropolitana de Belo Horizonte e duas faculdades do interior do estado de Minas Gerais. No mesmo momento, foram consultadas as outras 22 EMMG cadastradas pelo MEC, aplicando-se o mesmo instrumento de pesquisa, por meio digital (questionário online do tipo *Google docs Budget spreadsheet*TM)⁴⁹.

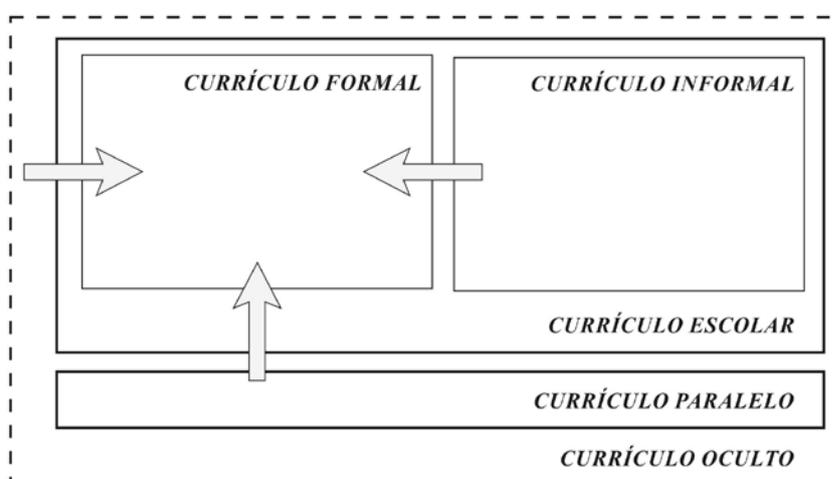
⁴⁹ O *Google docs* é um pacote de aplicativos do *Google* baseado em programação *Asynchronous Javascript and XML*, que funciona on-line. Os aplicativos são compatíveis com o *OpenOffice.org/BrOffice.org*, *KOffice* e *Microsoft Office*, e atualmente compõe-se de um processador de texto, um editor de apresentações, um editor de planilhas e um editor de formulários. Um dos recursos mais peculiares é a portabilidade de documentos, que permite a edição do mesmo documento por mais de um usuário (GOOGLE..., 2013).

Procurou-se identificar, no **currículo**⁵⁰ **formal, informal, paralelo e oculto**, formatos de disciplinas eletivas e/ou optativas, abrangentes ou pontuais, em cursos regulares ou cursos de extensão, em estágios extracurriculares entre outros produtos pedagógicos da referida temática de estudo.

Embora haja algum grau de divergência conceitual do que se trata de **currículo**, a Figura 3 apresenta, de forma esquemática, os diversos **tipos de currículos** que integram a formação do estudante.

Por sua vez o currículo escolar pode ser visto um conjunto de experiências planejadas (**currículo formal**) ou não planejadas, mas disponibilizadas no ambiente escolar (**currículo informal**) para que ocorra o processo de formação pretendido. As experiências buscadas pelo estudante fora da instituição integram o **currículo paralelo** (MAIA, 2005, p. 48, grifo nosso).

FIGURA 3: Currículo Formal, Informal, Escolar, Paralelo e Oculto



Fonte: Maia (2005).

Destaca-se o **profissionalismo** como meta **intencional e planejada (currículo formal)** ou não (**currículo informal**), no currículo, a dimensão humanística, considerando-se a polissemia que o termo evoca e compreende-se como “[...]”

⁵⁰ “Currículo é o conceito com o qual consideramos o processo de educação. Entretanto, longe de confinar esse conceito às prescrições formais, reconhecemos seu caráter dinâmico, histórico e contingente, impactado por demandas econômicas, sociais, científicas, tecnológicas e culturais, pela diversidade de ações de sujeitos e grupos”. Além de “[...] alerta também aos desafios e riscos do paradigma curricular calcado na ideia de competências, que vem sendo assumido por muitos países como princípio normativo de seus sistemas nacionais de educação.” Educação: Currículo. In: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/educacao-curriculo#historia>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

intrinsecamente ligada a valores, atitudes, posturas e comportamentos [...]” (MAIA, 2005, p. 47),” [...] em decorrência de casualidades das relações entre professores, alunos e pacientes.” (MAIA, 2005, p. 47). Saber vem do latim *sapere*, isto é, ter gosto, degustar. O saber científico é considerado como um novo paradigma curricular de competências.

Em outras palavras, a formação humanística acontece predominantemente no que se chama de ‘**currículo oculto**’. [...] Na verdade, o **currículo oculto** inclui também experiências relacionadas ao desenvolvimento de outras dimensões da formação, além dos aspectos relacionais e atitudinais com conhecimentos e habilidades profissionais (MAIA, 2005, p. 48, grifo nosso).

Contrapondo-se ao currículo formal, o **currículo oculto** significa “[...] o conjunto de normas e valores implícitos nas atividades escolares, porém não mencionados pelos professores ou não intencionalmente buscados por eles.” (SANTOS; PARAÍSO, 2014, p. 64). O **currículo oculto** engloba os demais currículos, “[...] estabelecendo-se como um **pano de fundo** [...].” (TAVARES, C. H. F. *et al.*, 2007, p. 247) no processo paradigmático de formação e competência acadêmica com conhecimentos, habilidades, valores e atitudes. “É nele que se situa o vasto conjunto de experiências de formação que ocorrem de forma não intencional, ligadas, principalmente, ao desenvolvimento de valores e atitudes.” (SILVA, 2004⁵¹ *apud* TAVARES, C. H. F *et al.*, 2007, p. 247).

Arroyo (2011) explora as DCN e as políticas curriculares, focaliza a escola, a sala de aula, o currículo como território onde essas tensões se particularizam e radicalizam. O autor coloca em evidência “[...] a sala de aula, espaço central do trabalho docente, das tensas relações entre mestres e alunos, sobre o que ensinar-aprender, sobre o currículo, redefinindo na prática em tantas ações e tantos projetos que nossa criatividade coletiva inventa” (ARROYO, 2011, p. 9). Na construção espacial do sistema escolar, o currículo é o núcleo mais estruturante da função da escola. “Por causa disso, é o território mais cercado, mais normatizado. Mas também o mais politizado, inovado, ressignificado.” (ARROYO, 2011, p. 13).

Para esta etapa, dois questionários estruturados, um completo e outro modificado (APÊNDICE D e APÊNDICE E) foram elaborados a partir dos fatores relacionados ao

⁵¹ SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

currículo formal que influenciam a formação ética dos estudantes (FINKLER, 2009) e das características sociodemográficas dos atores sociais da EM. Finkler (2009) decompôs estes fatores em categorias de análise, operacionalizando-as sob a forma de questões. A partir daí, estas categorias de análise foram reagrupadas por temas, criando-se as seguintes categorias temáticas (CT): enfoque teórico, abordagem pedagógica e abordagem ética e bioética. Seguindo esta lógica, neste trabalho, adicionamos a CT **abordagem em cuidados paliativos**.

As unidades temáticas (UT) utilizadas foram: perfil do egresso, enfoque teórico, estrutura curricular, conteúdos, integração com os serviços de saúde, capacitação docente, orientação didática e cenários de ensino-aprendizagem, tutoria e avaliação de aprendizagem, concepção de ética, ética docente, disciplinas de ética, formação docente, referenciais teóricos em bioética, concepção de CP, inserção de Cuidados Paliativos no currículo, disciplina de Cuidados Paliativos, formação docente em CP, referenciais teóricos em CP, barreiras aos CP, farmacologia nas fases pré-clínica e clínica. Nestas quatro CT e 22 subcategorias das UT correspondentes foi utilizado o modelo do questionário construído por Lampert (2002), que avaliou em seu estudo as tendências curriculares das EMB, adaptado posteriormente por Finkler (2009) para o estudo da dimensão ética da formação profissional. Foram distribuídas 22 questões para os docentes e 11 questões para os alunos, cada uma delas com três assertivas, dentre as quais o participante deveria eleger a que mais se assemelhasse à sua experiência curricular e justificá-la. A valoração ascendente das assertivas partiu-se da correlação com o modelo hegemônico tradicional ao modelo de formação da integralidade humanística, em três níveis: Nível 1 - pouca preocupação com a formação ética dos estudantes (inexpressiva); Nível 2 - demonstra algum comprometimento, mas que se reflete apenas em ações pontuais/isoladas (pontual); Nível 3 - insere a dimensão ética, bioética e CP de maneira expressiva na formação acadêmica (abrangente).

Na segunda etapa, coletaram-se dados de questionários estruturados, observações diretas e análise documental, com visitas técnicas em duas EMMG (EM1 e EM2). O autor e/ou o acadêmico voluntário visitaram estas EMMG, cujos currículos foram filtrados a partir de critérios de registros positivos ou negativos para o ensino de CP. Também foi realizada uma amostragem comparativa com as EMMG que não possuem que ensino curricular de bioética e CP utilizando-se critérios de intencionalidade e de excelência de busca entre as melhores escolas no *ranking* das Instituições de Ensino Superior (IES) do estado de Minas Gerais.

Na terceira etapa, o foco esteve na análise e na reflexão, triangulação de dados e a comunicação analítica dos resultados da pesquisa. Na última etapa, foi realizado novo trabalho de campo com visitas técnicas à EM1 e EM2.

3.2.3 Análise dos questionários aplicados às EMMG (projeto piloto) por unidade e categorias temáticas

Estes resultados preliminares foram classificados de acordo com o comprometimento predominante do conjunto de seis EMMG em relação ao objeto de estudo (dimensão ética, bioética e CP da formação profissional médica). Isto foi possível porque cada uma das alternativas de resposta do questionário estruturado aplicada a seis professores de cursos médicos, em cada UT, correspondia a um comprometimento com a dimensão ética da formação profissional: inexpressivo, pontual ou abrangente (FINKLER, 2009) e aos seus equivalentes quanto ao modelo de ensino: tradicional, inovador ou avançado (LAMPERT, 2002).

Os participantes receberam informações, em encontro pessoal e/ou por meio digital (e-mail), a respeito da instituição de origem da pesquisa e objetivo do estudo. O documento continha um texto de apresentação do estudo, seguido pelo Termo de Compromisso e Concordância (TCC) da EMB e um questionário estruturado. Após o aceite do TCC e assinatura do TCLE o professor respondeu ao questionário de 22 perguntas voltadas para análise do ensino de bioética e de CP na EMMG (APÊNDICE C e APÊNDICE D).

As EM5 e EM6 não responderam aos questionários em tempo oportuno e foram inseridas na segunda fase do estudo. De início, com essa amostra intencional foram aplicados quatro questionários às EMMG: EM1, EM2, EM3 e EM4, durante o projeto piloto (maio a junho de 2011) e outros dois questionários à EM5 e à EM6, de iguais conteúdos, na segunda fase de coleta de dados (janeiro de 2012 a dezembro de 2013). Por fim, não houve resposta da EM6.

O Quadro 2 resume os dados coletados e consolidados de questionários aplicados e respondidos pelos professores de cinco das seis escolas (EM1, EM2, EM3, EM4, EM5) do projeto piloto, conforme categoria administrativa, sendo uma pública federal e quatro particulares.

A caracterização sociodemográfica da amostra dos professores de Medicina (QUADRO 2), do projeto piloto possui as seguintes características: idade média de 52 anos; quatro professores médicos que atuam há mais de 15 anos e um professor filósofo

com atuação superior a 28 anos; dois possuíam titulação de doutorado e três titulação de mestrado; todos participantes eram do gênero masculino. Estes dados mostram experiência profissional e qualificação acadêmica desse grupo de professores. As proporções entre número de alunos por número de leitos do HE variaram entre 1,5 a duas vezes; duas escolas não possuíam HE próprio, mas tinham clínica-escola e convênios com HE da rede pública de saúde; 60% das EM possuíam modalidade de treinamento em Programa de Residência Médica. Estes outros dados mostram o compromisso desse grupo de EMMG com a formação acadêmica no campo de estágio curricular e com a oferta de vagas para a pós-graduação.

QUADRO 2: Características administrativas, relações de vagas de graduação e especialização das EMMG, e sócio-demográficas dos professores de curso (projeto piloto), 2011-2013

Escola médica	Categoria administrativa, ano de fundação	Vagas para o 1º ano	Hospital-escola (HE) (leitos)	Residência Médica (RM)	PROFESSOR		
					Idade	Graduação (tempo)	Pós-graduação (PG)
EM1	Pública Federal	320	501	Sim	44	21 anos	Ginecologia e Obstetrícia (Pós-doutorado)
EM2	Privada	70	150	Sim	67	mais de 40 anos	Anatomia Patológica (Mestrado)
EM3	Privada	80	Convênios rede pública	Não	44	18 anos	Psiquiatria (Mestrado) e Educação Médica (Doutorando)
EM4	Privada	80	150	Sim	53	28 anos (Filosofia) e 18 anos (Direito)	Filosofia e Direito (Doutorado)
EM5	Privada	80	Convênios rede pública	Não	51	26 anos	Medicina Família e Saúde Pública (Especializações) Ciências Aplicadas à Saúde da Criança e do Adolescente (Mestrado)

Fonte: Dados compilados pelo autor.

Foi utilizado um esquema híbrido de tipologia das escolas elaborado por Lampert (2002), estudiosa das tendências de mudanças na educação médica e as definições de Finkler (2009), que analisou a dimensão ética do processo de formação odontológica. É oportuno registrar que, uma classificação tipológica das tendências curriculares das EM, com a construção e aplicação de um instrumento empírico e métodos que avaliem o ajuste dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos cursos de graduação seja uma tentativa de simplificar a situação real muito complexa da vida acadêmica destas instituições de ensino médico. Já a abordagem em **Bioética e Cuidados Paliativos**, proposta pelo autor, foi introduzida junto ao esquema modificado (QUADRO 3).

QUADRO 3: Analogia entre a tipologia das escolas médicas e o comprometimento com a formação ética das escolas de odontologia brasileiras

Modelo de Ensino	Tipologia das escolas médicas (1)	Característica	Comprometimento com formação ética dos estudantes de odontologia (2)	Característica (3)
Paradigma hegemônico	Tradicional	Enfoque teórico biomédico Estrutura curricular segmentada Ensino-aprendizagem centrado no professor, com ênfase em aulas teóricas expositivas e práticas demonstrativas	Inexpressiva	Ética como sinônimo de Deontologia; Corpo docente não se julga responsável pela formação ética
	Inovadora	Equilíbrio do biológico e do social no enfoque teórico Estrutura curricular com atividades parcialmente integradas Ensino-aprendizagem, com ênfase em aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar	Pontual	Introdução à temática de Bioética e de Cuidados Paliativos Abordagem das questões éticas em ações isoladas Alguns docentes ou disciplinas comprometidos
Paradigma da integralidade	Avançada	Enfoque teórico epidemiológico-social Estrutura curricular em módulos Ensino-aprendizagem adota metodologias ativas, com ênfase na realidade de saúde, com abordagem multidisciplinar, usando serviços e espaços comunitários nas práticas (Humanidades médica, bioética, cuidados paliativos voltados para a abordagem da terminalidade humana)	Abrangente	Ética Médica, Bioética e Cuidados Paliativos como dimensões da formação profissional, inseridas de forma transversal no currículo Valorização do desenvolvimento moral, político e crítico dos estudantes Grande parte do corpo docente comprometido

(1) Lampert (2002); (2) Finkler (2009); (3) Característica modificada pelo autor (em negrito).

Fonte: Finkler (2009) (Reprodução autorizada por Finkler e modificada por Oliveira, Rezende e Ferreira, 2010).

De uma parte do processo nacional de avaliação curricular, a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) foi constituída no ano de 2006 (ABEM, 2011-2012). Em sua primeira reunião, em março do mesmo ano, foi aprovado o Projeto Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras⁵².

Pesquisas complementares também foram utilizadas de registros eletrônicos das matrizes curriculares nos sítios do MEC e de outros institutos de pesquisa brasileiros (NASSIF, 2011; BRASIL, 2014). Porém a tipificação das EM em Tradicional, Inovadora, Avançada é um processo complexo e dinâmico, é construído com avaliações de

⁵² Projeto “Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras” (2006) possui três subprojetos: Internato Médico, Avaliação com dois Componentes – (1) ‘Avaliação do estudante: contribuição do Teste de Progresso’ e (2) Continuação do projeto de avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área de saúde – e Situação do ensino de Urgência e Emergência nos cursos de graduação de Medicina. (ABEM, 2011-2012). A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas criou o Projeto CINAEM, que reúne entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica; com o objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil (SIQUEIRA, B. P., 2006).

indicadores internos e externos principalmente quando se soma as variáveis intervenientes da Bioética e dos CP como nesta pesquisa.

O Quadro 4 resume as respostas dos questionários aplicados aos professores das EM1, EM2, EM3, EM4 e EM5. A análise de categorização dos dados foi baseada nas frequências absolutas e/ou percentagens simples para as variáveis categóricas, e as EM foram situadas em uma de três tipologias.

QUADRO 4: Respostas dos questionários aplicados aos professores de cinco EMMG (EM1, EM2, EM3, EM4 e EM5), 2011-2013

Categorias/Unidades temáticas	Inexpressiva (Tradicional)	Pontual (Inovadora)	Abrangente (Avançada)	Não respondeu (1)/ Não se aplica (2)
ENFOQUE TEÓRICO				
1- Perfil do egresso	..	EM2, EM4	EM1, EM3, EM5	..
2- Enfoque teórico	EM4	EM1, EM2, EM3	EM5	..
ABORDAGEM PEDAGÓGICA				
3- Estrutura curricular	EM1, EM4	EM2, EM5	EM3	..
4- Conteúdos	..	EM1, EM3, EM4	EM2, EM5	..
5- Integração com serviços de saúde	..	EM1, EM2	EM3, EM4, EM5	..
6- Capacitação docente	..	EM1, EM4, EM5	EM2, EM3	..
7- Orientação didática e cenários de ensino-aprendizagem	EM4	EM1, EM2, EM5	EM3	..
8- Tutoria e avaliação de aprendizagem	EM4	EM2	EM1, EM3	EM5
ABORDAGEM ÉTICA E BIOÉTICA				
9- Concepção de ética	..	EM1	EM2, EM3, EM5	EM4
10- Ética docente	..	EM4	EM2, EM3, EM5	EM1
11- Inserção da ética na matriz curricular	..	EM1, EM3, EM4	EM2, EM5	..
12- Disciplinas de ética	EM1	EM4, EM5	EM2, EM3	..
13- Formação docente	..	EM1, EM2, EM3, EM5	..	EM4
14- Referenciais teóricos em Bioética	..	EM1	EM2, EM3, EM4, EM5	..
ABORDAGEM EM CP				
15- Concepção de CP	EM4	..	EM2, EM3, EM5	EM1
16- Inserção de CP no currículo	..	EM1, EM2, EM3, EM4	EM5	..
17- Disciplina de CP	EM4, EM5	EM2, EM3	..	EM1
18- Formação docente em CP	EM2	EM4, EM5	EM3	EM1
19- Referenciais teóricos em CP	EM1	EM3, EM5	EM2	EM4
20- Barreiras aos CP	EM1, EM4	..	..	EM2, EM3, EM5
21- Farmacologia/ currículo pré-clínico	EM1, EM2	..	..	EM3, EM4, EM5
22- Farmacologia/ currículo clínico	EM1, EM2	..	..	EM3, EM4, EM5

(1) Não respondeu = não disponibilizou o dado; (2) Não se aplica = não pode existir o dado.

Fonte: Dados compilados pelo autor.

A EM1 (QUADRO 5) possui tipologia tradicional, no enfoque teórico atividades de ética e de bioética pontuais e nenhuma atividade pedagógica de abordagem em CP. As EM2 e EM3 possuem tipologia inovadora, no enfoque teórico e disciplinas ou estratégias educacionais curriculares direcionadas para ética, bioética e CP. A EM4 foi considerada como tipologia tradicional, no enfoque teórico, mas apresentava abordagem pedagógica em cuidados paliativos. As EM possuíam disciplinas de Ética ou conteúdo correlato em outras disciplinas, níveis e abordagens diversos.

Já a EM5 foi considerada como tipologia avançada, no enfoque teórico mas com comprometimento e com formação ética pontual, e tendência para se qualificar em tematização ética transversal, verificado nesse depoimento:

“Há envolvimento e compromisso dos docentes com o caráter ético”; “Crescer na discussão ética tem sido uma das tônicas das discussões docentes e docentes e coordenação. Cabe ressaltar que há disciplinas específicas sobre a discussão ética, entretanto há uma sensibilização, uma resposta positiva e grande abertura dos docentes para implementar o aspecto ético nos temas de sua disciplina” (professor, 51 anos).

Ao se utilizar os questionamentos heterogêneos de diferentes tipos e natureza da Bioética: ser nova disciplina, substituir a Ética Médica e/ou ter conteúdo curricular transversal (Rego, 2004). Outros exemplos, extraídos do questionário de EM5, que são representativos das experiências inovadoras desse curso médico.

“A opção pedagógica da instituição, após ampla discussão e amadurecimento, foi pela organização de disciplinas integradoras, mantendo o ciclo básico e o profissionalizante” (professor, 51 anos).

As disciplinas de Atividades de Integração I, II, III e IV da EM5 são realizadas nos primeiros quatro períodos, ou seja, durante os dois anos iniciais do curso. O ponto de vista do professor das disciplinas de Introdução a Ética Médica, Bioética e Deontologia da EM5: “Há empenho e discussão avançada em abordar os temas de bioética em diferentes disciplinas; o que já foi discutido no Núcleo Docente Estruturante”. Aprofunda o seu depoimento, “Os docentes pretendem trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade. Esta proposta é discutida e os Núcleos de Disciplinas estão apresentando sugestões para sua implementação” e conclui com entusiasmo: “Diria que já iniciou e está avançando”. Rego (2004) defende a ética como um tema transversal nos currículos em geral, mas isto não é possível para a maioria das EM.

Rego (2004) traz considerações sobre a formação pedagógica no campo da bioética de que é necessário um investimento na preparação de nossos docentes e incita a reflexão sobre os (pré)conceitos “[...] abandonando de vez a idéia de que o médico, por utilizar uma técnica aprimorada ou cientificamente adequada, seja por ‘natureza’ ético. Não é.” (REGO, 2004, p. 29). O autor não prescinde do modelo tradicional de disciplina, ao lado de modernização da metodologia didática e da atualização dos conteúdos temáticos.

Na EM5 há o relato de que o debate sobre CP se intensificou após sua referência no CEM⁵³ e das considerações atuais feitas pelas diversas áreas e categorias profissionais além da categoria médica. Isto refletiu nas disciplinas de Introdução à Ética Médica e de Bioética, onde o tema foi apresentado. Nesta escola na semana de iniciação científica realizada em 2012, “o tema de CP foi discutido com profissionais das áreas de direito, enfermagem e medicina” (professor, 51 anos).

3.2.4 Registro e análise dos dados de EM1

A escolha intencional da EM1 para o aprofundamento do estudo de caso seguiu três critérios: ser uma escola médica que prima pelo ensino-pesquisa-extensão de padrão ouro de acordo com o *ranking* das EMB, estar situada na região de atividade profissional do autor, e fato dos sujeitos da pesquisa que compuseram a amostra de conveniência serem alunos do pesquisador. A escolha dos entrevistados teve como critério o acesso ao estudante, sua disponibilidade e a concordância em participar da pesquisa. Desde o início ficou entendido que poderiam ocorrer os vieses de informação devido à influência hierárquica do professor/pesquisador sobre os seus próprios alunos.

A EM1 possui um modelo de ensino que difere, pelo menos parcialmente, do modelo biomédico tradicional. Os alunos têm contato direto desde o início do 3º ano com pacientes do SUS e participação ativa no atendimento destes pacientes nos ambulatórios, nas unidades de atenção básica, e inclusive em pequenas comunidades rurais⁵⁴. Esta EM está em processo de mudança curricular (2014/02 e 2015/01), com proposta de duas disciplinas de ética, uma semipresencial denominada Conferências de Ética e Bioética, no 6º período e de 15 horas/aluno e outra presencial de Ética Médica mais focada na deontologia, no 7º período e de 45 horas/aluno, incentivo à inserção intencional e sistemática de conteúdos de ética em todas as atividades teórico-práticas obrigatórias ou optativas, do 1º ao 12º período. Pode-se indagar se uma transição paradigmática, do ensino

⁵³ “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (Capítulo I, XXII - CEM/CFM, 13 de abril de 2010).

⁵⁴ Como parte de atender não apenas às DCN Medicina, mas também ao contexto social, nas necessidades de saúde da população e no desenvolvimento da prática médica, a EM1 apresenta o novo currículo para o curso de Medicina, introduzindo o aluno na Iniciação à Atenção Primária à Saúde no 2º período a partir de 2014/0 (anotações do caderno de campo do pesquisador).

de ética médica, do modelo inexpressivo (tradicional) para o modelo abrangente (avançado) é um discurso ou uma meta dos responsáveis pela gestão curricular?

A disciplina de Semiologia II, pertencente à grade curricular do 6º período desta escola, que tem como cenário da prática o HE, é composta de cinco módulos e subturmas que foram selecionadas de forma intencional para este estudo exploratório qualitativo.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário estruturado e modificado para os alunos (APÊNDICE E). Foi aplicado um total de 13 questionários. Dez alunos eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Todos eram solteiros. A média de idade foi de 24 anos, variando de 21 a 29 anos. Estes dados situam esse grupo de alunos na faixa de adultos jovens e a entrada no curso médico ocorreu na fase de adolescência, e devem preocupar os educadores da EM1 sobre o processo de maturidade e formação ética. Nenhum aluno possuía graduação em outro curso.

As atividades didáticas dessa disciplina compreendem a leitura de prontuários, exame clínico de pacientes internados nas enfermarias, grupo de discussão (GD) dos temas da disciplina (exame clínico do abdome, dor abdominal, ascite, icterícias, desnutrição, diarreias agudas, cirrose hepática, hepatites virais) e uma atividade extra que foi uma mini-aula dialogada sobre atenção domiciliar/cuidados paliativos.

Estes alunos, voluntariamente, acompanharam visitas domiciliares aos pacientes que estavam em um programa de cuidados paliativos, na região metropolitana de Belo Horizonte. Essa oficina e as visitas domiciliares foram consideradas uma prática pedagógica do **currículo informal e oculto**, e realizadas intencionalmente pelo autor ao grupo de alunos que não são representativos do contingente da turma e do período letivo. Ainda que se pudesse aqui caracterizar os dados coletados (a partir de aplicação de questionários estruturados e adaptados), com seus vieses, a estrutura intencional fazia parte dos caminhos metodológicos da pesquisa. O campo de prática da disciplina Semiologia II - Módulo Adulto/Aparelho Digestivo é um cenário real com pacientes internados em enfermarias de Clínica Médica e Gastroenterologia de um hospital-universitário. Os pacientes são referenciados por professores, médicos-residentes, alunos do internato de Clínica Médica ou de Cirurgia e monitores da disciplina de Gastroenterologia. Portanto, examinar os pacientes de outros professores assistentes, constitui-se em uma questão ética à complexa relação professor-paciente-família-aluno. A avaliação somativa dos alunos confere à Semiologia II o total de 25,2 pontos (em 100 pontos) e 8,4 pontos para o módulo Aparelho Digestivo do total. Essa avaliação somativa e a disposição da grade curricular competem com outras disciplinas, escolhidas por eles como mais importantes,

possivelmente porque possuem avaliações teóricas de maiores pontuações como a Anatomia Patológica e a Patologia Clínica, desestimulando o aluno para sua regularidade em frequência e participação nesse campo de estágio.

Na última aula, os alunos responderam ao questionário estruturado, modificado e adaptado (APÊNDICE E), contendo introdução e 11 perguntas voltadas para avaliar o ensino de bioética e CP na EM1. As características analisadas foram o perfil do egresso, enfoque teórico, estrutura curricular, conteúdos (competências), orientação didática e cenários de ensino-aprendizagem, concepção de ética, disciplinas de ética, referenciais teóricos em bioética, disciplina de Cuidados Paliativos, ensino de farmacologia nas fases pré-clínica e clínica do curso médico.

3.2.5 Análise dos questionários e entrevistas de EM1

Os resultados obtidos por meio dos questionários foram analisados no intuito de avaliar a concepção relativa à formação ética, bioética e deontológica, que se poderia usar na graduação da área da saúde. Estes resultados preliminares são classificados de acordo com o comprometimento predominante do conjunto de faculdades em relação à dimensão ética da formação profissional. Isto foi possível porque cada uma das alternativas de resposta do questionário (APÊNDICE D e APÊNDICE E) correspondia a um comprometimento caracterizado como Inexpressivo (equivalente a Tradicional), Pontual (equivalente a Inovadora) ou Abrangente (equivalente a Avançada)⁵⁵.

O Quadro 5 apresenta o produto dos dados gerados da aplicação dos questionários estruturados aos alunos (APÊNDICE E) e aquele respondido pelo professor (APÊNDICE D) da EM1. Desta forma, o quadro expressa as respostas fornecidas pelos discentes e professor a cada CT e UT, de acordo com o enfoque teórico, comprometimento e a dimensão ética, e conhecimentos nas áreas de bioética e CP na formação médica.

Os alunos avaliaram a EM1 como tradicional e inovadora, enquanto o professor qualificou-a como inovadora na UT do enfoque teórico. Há discordância de representantes sociais, entre os alunos e o professor, na abordagem pedagógica e UT da estrutura curricular que foi apontado como de grau inovador pelos discentes e de grau tradicional pelo docente. A maioria dos alunos não percebeu a dicotomia entre o período básico e o

⁵⁵ Analogia entre a tipologia das escolas médicas segundo Lampert (2002) e o comprometimento das escolas com a formação ética dos estudantes de Odontologia segundo Finkler (2009).

clínico do curso médico. O estudo farmacológico mostrou-se descontextualizado da prática clínica e o ensino da dor não recebeu um tratamento diferenciado mas somente abordagem da dor em geral. A análise apresentou resultados equilibrados (alunos e professor) entre as CT e UT das abordagens de ética, bioética e CP.

QUADRO 5: Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 6º P (3º A) e ao professor da EM1, 2011-2013

Categoria/Unidades temáticas	Tipologia da FM (número de entrevistados)	Professor
Enfoque teórico		
1- Perfil do egresso	Tradicional (2) Inovadora (5) Avançada (5) Nula (1)	Avançada
2- Enfoque teórico	Tradicional (5) Inovadora (5) Avançada (1) Nula (2)	Inovadora
Abordagem pedagógica		
3- Estrutura curricular	Tradicional (4) Inovadora (8) Avançada (1)	Tradicional
4- Conteúdos	Tradicional (6) Inovadora (7) Avançada (0)	Inovadora (disciplina humanística)
5- Integração com serviços	..	SUS integração parcial/Gestão
6- Capacitação docente	..	Periodicamente
7- Orientação didática e cenários	Tradicional (2) Inovadora (8) Avançada (3)	Inovadora (Treinamento de Habilidades)
8- Tutoria e avaliação	..	Inovadora (Avaliação Somativa-Formativa)
Abordagem ética e bioética		
9- Concepção de ética	Deontologia (7) Deontologia/Reflexões Bioética (4) Bioética /transversal (2)	Deontologia Deontologia/Reflexões Bioéticas Bioética /transversal
10- Ética docente	..	...
11- Inserção ética curricular	..	Inovadora (Deontologia/ Reflexões Bioéticas) Avançada
12- Disciplinas de ética	Ética Legal (8) Ética Legal/Bioética (3) Bioética/transversal (1) Nula (1)	Ética Legal
13- Formação docente	..	Medicina Legal
Abordagem cuidados paliativos		
14- Referenciais teóricos em Bioética	Nula (6) Bioética Clínica (6) Bioética transversal (1)	Bioética Clínica
15- Concepção e Disciplina de Cuidados Paliativos	Nula (6) Bioética (5) Bioética/ CP (1) CP/transversal (1)	Não possui CP, departamento universitário e/ou corpo docente especializado em Medicina Paliativa.
16- Farmacologia, Dor e Sofrimento	Dor (8) Dor oncológica (1) Farmacologia descontextualizada (3) Nula (1)	Dor (princípio geral)

Nota: Resposta “Nula” refere-se à “Não se aplica” (não pode existir o dado) ou “Não respondeu” (não disponibilizou o dado).

Fonte: Dados compilados pelo autor.

A seguir, extraímos alguns depoimentos obtidos dos questionários aplicados na EM1, para ilustrar a pertinência da reflexão de professor e de estudantes sobre os seus processos de aquisição e construção do conhecimento científico. A dicotomia curricular, entre o ciclo básico e o ciclo clínico, dificulta o aprendizado em crescente ou em forma espiralar, como se percebe:

“Há uma dicotomia entre o ciclo básico e o profissionalizante, organizado em disciplinas modulares específicas” (professor, 44 anos).

O representante do colegiado (EM1) afirma que as mudanças curriculares e a implementação de práticas integrativas estão em pauta na perspectiva de reduzir as distâncias entre os segmentos polares do ensino e da aprendizagem. Apesar do avanço de um lugar tradicional para outro inovador já exaustivamente discutido na EM1, ainda gera dúvidas para duas alunas se são realísticos e representativos:

“A proposta do curso (pedagógica) aproxima-se da alternativa referente ao currículo integrado. Entretanto, existe delimitação dos ciclos básico e profissionalizante e as matérias modulares nem sempre alcançam o inter-relacionamento ao qual se propõem” (aluna, 24 anos).

“Ciclo básico muito descontextualizado. Não há correlação com a prática médica no ciclo básico” (aluna, 24 anos).

As dificuldades encontradas pelos professores e suas consequências para os estudantes no ensino-aprendizagem de ética e de bioética podem ser vistas nos depoimentos dessas estudantes:

“Não há referenciais teóricos em uma abordagem ou estudo aprofundado, embora se discuta problemáticas de saúde e prática profissional em sua interface com a ética” (aluna, 24 anos).

“Alguns temas sobre ética e bioética foram discutidos durante a disciplina Tutoria (5º período) de acordo com a demanda dos alunos. Uma abordagem reflexiva, sem focar referenciais teóricos ou seguindo roteiro prévio” (aluna, 24 anos).

As disposições curriculares das EM, com ênfase em bioética e em CP, foram bem variadas, o que justifica fazer uma triangulação de dados com as respostas ao questionário aplicado aos alunos. Quando se permite questionar se a Bioética deve ser uma nova disciplina, ou mesmo substituir a disciplina de Ética Médica e se pode prescindir da criação de disciplinas formais nestas áreas do conhecimento (COSTA, 2005; REGO, 2004). Rego diz que estamos longe de possuir docente competente tanto no domínio da caixa de ferramentas básica da bioética quanto de seu papel no processo de

desenvolvimento moral de alunos, o que não permite a implantação de mudanças no ensino curricular e transversal de bioética (REGO, 2004).

A formação do corpo docente relativa aos temas de ética e bioética mereceu comentários de alunas preocupadas com formação profissional humanista, crítica e reflexiva, justificada em princípios éticos, legais e bioéticos (BRASIL, 2001a).

“Alguns professores abordam os referenciais bioéticos, desenvolvem reflexões e discutem problemas, porém eles são minoria” (aluna, 24 anos).

“As discussões são superficiais, muitas vezes apenas para explicar o porquê adotar ou não uma dada prática diante do paciente. Exemplo: ‘Não seria ético falar isso’ na frente do paciente” (aluna, 22 anos).

Há contraste nos depoimentos de alunos e de alunas nas questões relativas ao ensino de farmacologia, terapêutica da dor e abordagem do sofrimento humano. As frases a seguir ilustram o ponto de vista com certa tendência de gênero. De alunas:

“O estudo de farmacologia é dado no ciclo básico, fragmentado, e visto fora do contexto prático” (aluna, 24 anos).

“Não houve uma abordagem consistente a respeito da terapêutica da dor” (aluna, 25 anos).

Já o grupo de alunos (sexo masculino) resumiu a resposta de que a escola aborda de forma consistente o ensino farmacológico da terapêutica da dor tanto na fase pré-clínica quanto na fase clínica do curso médico.

É fato que a farmacologia é ministrada no ciclo básico, distante do enfoque voltado para a prática médica atual da terapêutica da dor oncológica. É necessário informar a estatística de uso per capita de opioides como um indicador de qualidade de saúde pública⁵⁶ e a existência de barreiras à prescrição de opioides no Brasil.

No acompanhamento das avaliações dos alunos, foram replicados os questionários ao grupo de 13 alunos da EM1, no período de abril e maio de 2014, obtendo-se apenas três questionários respondidos (23% dos questionários enviados). Após análise destes dados, foi possível constatar que não ocorreu mudança na progressão do 3º para o 6º ano no curso de Medicina em relação ao ensino acadêmico de CP.

⁵⁶ Seguindo as instruções da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2011, que desenvolveu um quadro de monitorização global para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, incluindo o indicador de CP “o acesso aos cuidados paliativos, medido pelo nível de consumo (equivalentes de morfina) de analgésicos opioides fortes (excluindo a metadona) para cada morte por câncer” (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2013) (tradução livre do autor). Disponível em: <<http://cuidadospaliativos.org/recursos/indicadores-de-cp>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

Outra análise comparativa das respostas de alunos do 6º ano com a de professor (QUADRO 6) mostrou, no enfoque teórico, uma avaliação de grau inovador. Já na abordagem pedagógica e estrutura curricular foi apontada como de grau tradicional (alunos e professor). Há, portanto, concordância desses representantes sociais do 6º ano da EM1, sendo essa avaliação mais concisa e real em grau de que a avaliação do grupo precedente de alunos do 3º ano.

QUADRO 6: Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 11º P e 12ºP (6º A) e ao professor da EM1, 2011-2014.

Categorias/Unidades temáticas	Tipologia da FM (número de alunos)	Professor (1)
Enfoque teórico		
1- Perfil do egresso	Avançada (5)	Avançada
2- Enfoque teórico	Tradicional (0) Inovadora (4) Avançada (1)	Inovadora
Abordagem pedagógica		
3- Estrutura curricular	Tradicional (4) Inovadora (1) Avançada (0)	Tradicional
4- Conteúdos	Tradicional (2) Inovadora (3) Avançada (0)	Inovadora (disciplina humanística)
5- Integração com serviços	..	SUS integração parcial/Gestão
6- Capacitação docente	..	Periodicamente
7- Orientação didática e cenários	Tradicional (2) Inovadora (2) Avançada (1)	Inovadora (Treinamento de Habilidades)
8- Tutoria e avaliação	..	Inovadora (Avaliação Somativa-Formativa)
Abordagem ética e bioética		
9- Concepção de ética	Deontologia (0) Deontologia /Reflexões Bioética (5) Bioética /transversal (0)	Deontologia Deontologia/Reflexões Bioéticas Bioética /transversal
10- Ética docente	..	...
11- Inserção ética curricular	..	Inovadora (Deontologia/ Reflexões Bioéticas) Avançada
12- Disciplinas de ética	Ética Legal (5) Ética Legal/Bioética (0)	Ética Legal
13- Formação docente	..	Medicina Legal
Abordagem cuidados paliativos		
14- Referenciais teóricos em Bioética	Bioética Clínica (5)	Bioética Clínica
15- Concepção e Disciplina de Cuidados Paliativos	Bioética (0) Bioética/ CP (0) Cuidados Paliativos (0)	Não possui Cuidados Paliativos, departamento universitário e/ou corpo docente especializado em Medicina Paliativa.
16- Farmacologia, Dor e Sofrimento	Dor oncológica (1) Farmacologia descontextualizada (4)	Dor (princípio geral)

(1) Foram mantidas as respostas do Professor na fase do projeto piloto.

Fonte: Dados compilados pelo autor.

Outra verificação (Quadro 6) mostrou resultados equilibrados entre as CT e UT das abordagens de ética, bioética e CP. Mas o referencial teórico enfatizou a bioética principialista e se discutiu os dilemas éticos da prática clínica. Possui disciplina de Ética

Médica e Medicina Legal. Não possui disciplina de Bioética e CP, e o ensino de farmacologia, da mesma forma como na primeira avaliação (alunos do 3º ano) continuava descontextualizado devido à dicotomia entre o curso básico e o clínico.

Dando continuidade ao processo de coleta de dados⁵⁷, uma entrevista estruturada foi aplicada a um grupo de cinco alunos da EM1, que estão cursando o 6º ano (11º e 12º períodos), especificamente o internato de Clínica Médica no HE, objetivando responder as seguintes perguntas: O curso de Medicina da EM1 possui na grade curricular a disciplina de Bioética e Cuidados Paliativos? Além do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula por outras disciplinas, você observa que os princípios bioéticos também são aplicados na prática do HE? Você já presenciou situações em que o professor ou médico-residente discute sobre esse tema diante de um paciente em fase terminal de doença?

A seguir, citam-se alguns exemplos extraídos das entrevistas de alunos do sexto ano da EM1, onde se vê a pertinência da reflexão sobre a prática clínica no HE; em destaque os depoimentos:

“Apesar de não apresentar na grade curricular disciplina específica de Bioética e Cuidados Paliativos, o curso de Medicina possibilita por diversas vezes sobre esse assunto, principalmente em seu ciclo clínico. Acompanhar discussão de caso com os serviços de Clínica Médica, Oncologia e Clínica de Dor aumentou ainda mais tal possibilidade” (aluna, 25 anos).

“O hospital-escola é um hospital de alta complexidade e referência para oncologia, ocorrendo grande discussão sobre os pacientes com doenças graves [...]” (aluno, 25 anos).

Os relatos mostram que a ausência curricular de Bioética e Cuidados Paliativos não dificultou a **discussão** frente ao paciente com doença avançada, ou seja, à beira do leito. Mas uma discussão de caso não necessariamente envolve uma **reflexão** bioética. Pode ser meramente uma discussão baseada em fatos, não focando na análise e reflexão de valores morais. A lacuna curricular é suprida, em parte pelo trabalho da equipe de CP no HE, difundindo o conhecimento e a reflexão neste campo emergente da prática médica. Vale ressaltar que esta equipe possui uma atuação setorializada na instituição, conforme constatação na visita técnica. Portanto, a rotina de interconsulta solicitada para paciente sem perspectiva de cura é diferente nas enfermarias frequentadas por alunos do 3º ano da EM1 das enfermarias dos alunos do 6º ano. Assim como não é solicitada à equipe de

⁵⁷ O processo de coleta de dados, por sugestão da banca de qualificação, foi realizado também durante o internato do 6º ano do curso de medicina; objetivando-se à comparação com os dados preliminares.

Cuidados Paliativos interconsulta, não foi possibilitada essa experiência clínica aos discentes do 3º ano.

Há correlação no depoimento de alunos entrevistados ao ensino-aprendizagem médico internacional com questões relativas à abordagem pedagógica paliativa. Um aluno sugere a inserção da disciplina de Cuidados Paliativos no currículo da EM1.

“O princípio bioético é aplicado ou não é aplicado de acordo com o conhecimento do professor e/ou médico-residente ou a importância que ele dá à bioética” (aluno, 23 anos).

“Os pacientes do hospital-escola têm um perfil de doenças mais raras e, muitas vezes, evoluem rapidamente para os cuidados paliativos, o que nos propicia, diariamente a presenciar essas situações” (aluna, 27 anos).

“Depende do professor e/ou do médico-residente. Eu vejo que o ensino dessas áreas é muito restrito e já presenciei várias vezes situações tanto de posturas éticas quanto de total desrespeito com o paciente” (aluna, 27 anos).

“[...] mas acredito que se deveriam formalizar as disciplinas curriculares (*Bioética e Cuidados Paliativos*)” (aluno, 25 anos).

Estudo recente com alunos do 6º ano da FM de Botucatu (Universidade Estadual Paulista - UNESP) revela que embora a ética e a bioética tenha carga horária restrita (42 horas-aula em seis anos de curso médico) “Os alunos consideraram a formação curricular acadêmica e o exemplo prático dos professores como importantes fontes de aprendizado da ética e bioética.” (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014, p. 182).

Destaca-se que a abordagem do conteúdo de ética médica e bioética “[...] resultou de reforma curricular ao final da década de 1990 em meio ao movimento das EM da América Latina que passaram a ter as necessidades de saúde como objeto.” (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014, p. 184). No Brasil, a humanização do atendimento preconizada pela política de saúde do SUS, além do desenvolvimento de um profissional humanista, crítico e reflexivo previsto nas DCN Medicina incentivou esta abordagem curricular nos cursos médicos.

A partir do reconhecimento da importância de CP, o ensino formal foi integrado à matriz curricular das EM nos países dos continentes Americano, Europeu e Oceania (BLOCK; BILLINGS, 1998; BILLINGS; BLOCK, 1997; FIELD; CASSEL, 1997). Billings *et al.* (2010) advertem que o senso de preparo para os cuidados de fim de vida e as percepções de qualidade de ensino dos estudantes de medicina são mais significativos com mais cursos (ensino formal com aulas teóricas) e ensino clínico à beira do leito (ensino informal com experiências clínicas). Por outro lado, o currículo oculto (inferências através

do comportamento e da cultura médicas) transmitindo mensagens negativas pode prejudicar a aprendizagem dos alunos.⁵⁸ Os autores sugerem que

[...] as mensagens implícitas bem como o ensino intencional têm um impacto significativo no desenvolvimento profissional dos alunos. Por conseguinte, isto tem implicações para a concepção de intervenções e treinar os médicos em cuidado adequado no fim de vida. (BILLINGS *et al.*, 2010, p. 319)⁵⁹.

3.2.6 Análise de questionários e entrevistas de EM2

A coleta de dados realizou-se por meio da aplicação de questionário estruturado e modificado (APÊNDICE D). Foi aplicado um total de 11 questionários para alunos do sexto ano dos quais cinco responderam, todos eram do sexo feminino com de idade de 24 anos, variando de 23 a 29 anos. Estes dados situam esse grupo de alunos em condição semelhante ao grupo da EM1 e também devem preocupar os educadores da EM2 sobre o processo de maturidade e formação ética. Nenhuma aluna possuía graduação em outro curso.

As características temáticas analisadas da EM2 foram as mesmas utilizadas para a EM1. O resultado de dados gerados da aplicação de questionário ao professor e aos alunos da graduação da EM2 (APÊNDICE D e APÊNDICE E) encontra-se no Quadro 7, que foi compilado da mesma forma que o produto de análise da EM1.

No enfoque teórico, os alunos avaliaram como tradicional e inovadora e o professor qualificou como inovadora. Já na abordagem pedagógica e estrutura curricular, há discordância, que foi apontada como inovadora pelos alunos e tradicional pelo professor. A análise apresentou resultados equilibrados entre as CT e UT das abordagens de ética, bioética e CP. A EM2 possui na grade curricular as disciplinas de Ética e Bioética, Tanatologia e Cuidados Paliativos, no 1º, 2º e 4º anos do curso médico. O ensino de farmacologia está focado na abordagem geral da dor, que se relacionou com a dicotomia da estrutura curricular entre o ensino básico e o clínico.

⁵⁸ “*Medical students' sense of preparedness for end-of-life care and perceptions of educational quality are greater with more coursework and bedside teaching. By contrast, the hidden curriculum conveying negative messages may impair learning.*” (BILLINGS *et al.*, 2010, p. 319)

⁵⁹ “*Our findings suggest that implicit messages as well as intentional teaching have a significant impact on students' professional development. This has implications for designing interventions to train physicians to provide outstanding end-of-life care.*” (BILLINGS *et al.*, 2010, p. 319)

QUADRO 7:- Respostas dos questionários aplicados aos alunos do 11º P (6º A) e ao professor da EM2, 2011-2014.

Categorias/Unidades temáticas	Tipologia da FM (número de entrevistados)	Professor
Enfoque teórico		
1- Perfil do egresso	Tradicional (0) Inovadora (0) Avançada (5) Nula (0)	Inovadora
2- Enfoque teórico	Tradicional (2) Inovadora (3) Avançada (0) Nula (0)	Inovadora
Abordagem pedagógica		
3- Estrutura curricular	Tradicional (1) Inovadora (4) Avançada (0)	Tradicional
4- Conteúdos	Tradicional (0) Inovadora (2) Avançada (3)	Avançada (disciplina humanística e capacitação docente)
5- Integração com serviços	..	SUS integração parcial
6- Capacitação docente	..	Frequentemente
7- Orientação didática e cenários	Tradicional (3) Inovadora (0) Avançada (0) Nula (2)	Inovadora (metodologias alternativas)
8- Tutoria e avaliação	..	Inovadora (Avaliação Somativa-Formativa)
Abordagem ética e bioética		
9- Concepção de ética	Deontologia (0) Deontologia/Reflexões Bioética (2) Bioética /transversal (2) Nula (1)	Ética e Bioética Fundamentos Humanísticos Tanatologia e Cuidados Paliativos
10- Ética docente	..	Avançada (educação moral)
11- Inserção ética curricular	..	Avançada (ética transversal)
12- Disciplinas de ética	Ética Legal (0) Ética Legal/Bioética (2) Bioética/transversal (2) Nula (1)	Ética Legal Bioética: disciplina e transversal
13- Formação docente	..	Medicina Legal; Bioética
Abordagem cuidados paliativos		
14- Referenciais teóricos em Bioética	Nula (1) Bioética Clínica (4)	Bioética Clínica
15- Concepção e Disciplina de Cuidados Paliativos	Nula (1) Bioética (0) Bioética/ CP (1) CP/transversal (3)	Possui disciplinas específicas de Tanatologia e Cuidados Paliativos
16- Farmacologia, Dor e Sofrimento	Dor geral (2) Dor oncológica e sofrimento humano (2) Farmacologia descontextualizada (0) Nula (1)	Dor (princípio geral)

Nota: Resposta “Nula” refere-se à resposta “Não se aplica” (não pode existir o dado) ou “Não respondeu” (não disponibilizou o dado).

Fonte: Dados compilados pelo autor.

A análise comparativa dos resultados de questionários aplicados aos alunos do último ano do curso médico de EM1 e EM2 mostrou as respostas da EM2, que tem as disciplinas de Ética, Bioética e Cuidados Paliativos, serem aparentemente semelhantes, em uma primeira aproximação, às repostas da EM1 que não possui estas disciplinas. Mas foi

um equilíbrio aparente, o que corrobora os dados secundários de autores que foram introduzidos na construção do objeto e na triangulação metodológica deste estudo. Por isso, foi necessário entrevistar em profundidade os alunos sobre a formação curricular e a vivência à beira do leito frente às questões éticas da terminalidade humana, sendo uma das indicações da banca de qualificação.

Dando continuidade ao processo de coleta de dados⁶⁰, quatro alunos foram novamente entrevistados, durante o internato hospitalar com as seguintes perguntas: Além do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula, você observa que os princípios bioéticos também são aplicados na prática do HE? Você já presenciou situações em que o professor ou médico-residente discute sobre esse tema diante de um paciente em fase terminal de doença?

Alguns depoimentos extraídos das respostas dos alunos da EM2 ilustram a pertinência da reflexão de estudantes sobre seus processos de aquisição e prática do conhecimento de cuidados paliativos:

“Durante a graduação muitos professores abordaram este tema em sala de aula, com a finalidade de nos tornarmos profissionais mais humanizados, buscando sempre prevenir e aliviar o sofrimento dos pacientes com doença progressiva e irreversível, promovendo qualidade de vida do mesmo e de sua família. Porém, durante a prática médica na enfermaria do Hospital Escola, tais princípios, não são discutidos com a mesma intensidade diante da patologia de cada paciente, como ocorria em sala de aula.” (Aluna, 25 anos)

“Durante a visita na enfermaria podemos observar que os princípios discutidos em sala de aula, durante a graduação, não são comentados da mesma maneira diante de um paciente em fase terminal no Hospital Escola. Podemos observar que ainda persiste a conduta de alguns profissionais que priorizam a ‘tentativa de tratamento’, mesmo que sem prognóstico. Porém, observamos que a conduta de muitos profissionais está mudando diante de um paciente em fase terminal, principalmente os médicos mais novos, que tem priorizado o bem estar e a qualidade de vida do paciente diante de uma patologia sem prognóstico.” (Aluna, 29 anos).

“[...] Mas essa discussão (sobre a qualidade de vida dos pacientes terminais) não é levada como ‘cuidados paliativos’, muitas vezes parece que cuidados paliativos é uma especialidade da medicina, que tem que ser estudada para ser aplicada, e não uma área médica que naturalmente está incluída no dia-a-dia da enfermaria.” (Aluna, 24 anos).

O ensino de Cuidados Paliativos em sala de aula do 1º ao 4º anos do curso médico, que compõe o currículo formal da EM2, não esteve alinhado com a vivência clínica no HE. Este fato é previsível, pois a construção de uma cultura paliativista é realizada em longo

⁶⁰ O processo de coleta de dados, por sugestão da banca de qualificação, foi realizado também durante o internato do sexto-ano do curso de medicina; objetivando-se à comparação com os dados preliminares.

prazo, sendo que o corpo de professores e preceptores de residência médica atuante no HE difere na composição e na formação pedagógica do corpo de professores da FM. Outro aspecto que deve ser salientado é que a mudança de paradigma na atenção médica e no cenário hospitalar é lentificada pelo domínio hegemônico da técnica e da cura. No entanto, a inserção de um novo profissional com conhecimento teórico e prático em CP pode catalisar esse processo lento de transformação. A aluna traz relato condizente com esse momento no HE:

“Durante visita na enfermaria de Clínica Médica, os profissionais médicos parecem estar sempre focados no diagnóstico do paciente e no melhor tratamento para o mesmo, deixando de lado muitas vezes sua qualidade de vida. Porém, há três semanas, o Hospital Escola contratou um profissional que está responsável, junto à equipe multidisciplinar, por cuidar desses pacientes em fase terminal. Um exemplo prático foi observado com paciente de 78 anos, que apresentava câncer de intestino e já havia realizado uma cirurgia devido à obstrução intestinal e realização de colostomia. A paciente foi internada, pois não se alimentava há três dias. Apresentava-se caquética, já em fase terminal da doença. Foi sugerida a passagem de sonda para alimentação, porém a paciente não aceitou tal conduta. O médico conversou com os familiares e apresentou toda a situação e optou-se por não realizar o procedimento, como foi a escolha da paciente.” (Aluna, 25 anos).

Desta forma, compartilhar decisões com a família, valorizar a autonomia do paciente sem perspectiva de cura, empenhar-se na busca da qualidade de vida acima da quantidade de vida e respeitar o processo de morrer com dignidade são atitudes humanísticas que devem ser incorporadas à técnica médica. Na verdade, “[...] além de alguém que detém a ciência e a técnica, o médico é um cuidador.” (AYRES, 2014, p. 139),

A aluna conclui a narrativa desse caso clínico:

“Diante de tal situação e outras já vivenciadas no hospital-escola, podemos observar que as condutas frente a esses pacientes vêm sofrendo mudanças. Atualmente, o desejo do paciente e sua qualidade de vida, diante de uma doença em fase terminal, têm prevalecido a qualquer outra forma de tratamento que não irá alterar o prognóstico de sua patologia. Sendo assim, analisa-se que os cuidados paliativos vêm sendo implementados na prática do HE, mesmo que de maneira ‘lenta’, objetivando modificar a conduta de alguns profissionais diante de um paciente em fase terminal.” (Aluna, 25 anos).

Ayres (2014) comenta sobre as diferenças entre o currículo formal com as experiências clínicas em campo dos estágios no HE da FMUSP. O autor adverte que além de ter a disciplina de Medicina e Humanidades Médicas tem que se “[...] interferir na cultura institucional do Hospital das Clínicas, e nos demais serviços em que ocorre

aprendizado, de modo a que eles [alunos]⁶¹ percebam a busca do cuidado como um valor compartilhado.” (AYRES, 2014, p. 141).

3.3 *Análise documental de EMMG*

Com o objetivo de conhecer a importância atribuída às disciplinas de Ética Médica, Bioética e CP na graduação médica, carga horária (CH), localização semestral e anual foram analisados os dados secundários obtidos nos sítios eletrônicos do MEC, da ABEM e EMB⁶² das 28 faculdades de Medicina distribuídas por regiões geoeconômicas do estado de Minas Gerais. Os registros dessas EM foram estudados utilizando a metodologia de revisão integrativa, utilizando-se das palavras-chave: Ética, Ética Médica, Bioética, Deontologia e Medicina Legal, para se conhecer a realidade do ensino de ética nos cursos de graduação em medicina.

Foi elaborada uma planilha (APÊNDICE G) formada pelas IES estudadas no estado de Minas Gerais e com informações encontradas nos sítios eletrônicos (*Web site*) das respectivas IES e de suas EM via *link* do sítio eletrônico do MEC e dados coletados do projeto piloto. A maioria das informações era concisa quanto à metodologia aplicada nos cursos de Medicina. No entanto, algumas informações não eram claras, devido ampla terminologia curricular e não se teve acesso as ementas destas disciplinas. Assim, uma parte da análise baseou-se na grade curricular o que pode ter ocasionado interpretação incorreta dos dados coletados. Uma IES excluída do estudo não ofereceu, em seu sítio eletrônico⁶³, informação quanto à metodologia e ao projeto pedagógico, o que está em desacordo com o disposto na Portaria nº 2.864, de 24 de agosto de 2005 (BRASIL, 2005), do Ministério da Educação, que determina o acesso público às matrizes curriculares dos cursos de graduação.

Com exceção do grupo do projeto piloto (composto por cinco EMMG), o outro grupo de 23 IES não respondeu aos e-mails (questionário estruturado, online, de formato *Google docs Budget spreadsheet*TM) enviados aos correios eletrônicos institucionais ou

⁶¹ “Alunos” foi acrescentado pelo pesquisador para auxiliar na contextualização do texto.

⁶² O sítio eletrônico Escolas Médicas do Brasil, coordenado pelo Dr. Antônio Celso Nunes Nassif (NASSIF, 2011) e disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br>, foi usado como fonte de pesquisa e *link* para consulta digital dos currículos, informações cadastrais, tipologia e metodologia de ensino das IES.

⁶³ De uma IES particular não há registro eletrônico da matriz curricular e também não respondeu ao questionário de pesquisa.

pessoais dos coordenadores do curso médico, encontrados na lista do MEC. Houve insistência e resiliência do pesquisador **a não resposta**, ao que poderia se constituir nas perdas da coleta de dados? Estas correspondências digitais foram enviadas no mínimo de três vezes para cada IES, no período de maio de 2011 a dezembro de 2013 que se refere a primeira e segundas etapas da coleta de dados. De fato, para duas EMMG públicas foram enviados os questionários, pessoalmente, por meio de dois professores para cada uma delas. Caberia indagar o que pode significar **a não resposta** ao questionário por parte do grupo de 23 EMMG? Poder-se-ia considerar **a não resposta** às mensagens como desinteresse pelo tema ou seria diferente se fosse perguntado de outra maneira?

Três faculdades foram criadas recentemente, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) (Curso de Medicina, Federal, 12/12/2013), Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) (Federal, 12/12/2013) e Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) (Federal, 12/12/2013), e não foram incluídas na lista de *mailing*, pois a data de criação das mesmas extrapolou o período da pesquisa de campo e não possuíam alunos matriculados.

A análise documental do ensino de Ética nas 28 EMMG (TAB. 2) mostrou que as EM possuem a disciplina de Ética e/ou conteúdo correlato em outras disciplinas curriculares. Anteriormente, Ribeiro e Julio (2011) analisam 18 matrizes curriculares de 26 EMMG, encontrando resultado menos otimista: seis não possuíam disciplina específica sobre ética, bioética, deontologia ou responsabilidade civil. De 12 cursos restantes “[...] apenas nove cursos oferecem a disciplina de ética, oito a disciplina de bioética, e apenas três a disciplina de deontologia [...]” (RIBEIRO; JULIO, 2011, p. 265). A análise comparativa (dos dois estudos) demonstra que houve mudanças, em um intervalo de quatro anos, do ensino da ética nas EMMG. A disciplina de Ética aparece com nomes consagrados como Deontologia Médica, Medicina Legal, Ética Médica e outros inovadores como Antropologia e Ética, Psicologia Médica e Ética, Filosofia e Ética, Ética e Espiritualidade, Ética e Humanismo, Ética do Início da Vida, Ética e Bioética, e neologismo como Ontoética. Já a disciplina de Bioética é oferecida por 13 EMMG, correspondendo a 46,5% das EM pesquisadas (incremento de 62,5%) mas há pouca carga horária (na faixa de 20 a 40 horas) e o conteúdo é introduzido nos anos iniciais e intermediários do curso médico.

TABELA 2: Sinopse do ensino de Ética nas EMMG, 2011-2014

Disciplina	Número de escolas médicas
Antropologia e Sociologia Aplicada à Saúde	1
Antropologia Médica	1
Antropologia Social	1
Aspectos Jurídicos da Prática Médica	1
Bases Humanísticas	1
Bioética	9
Introdução à Bioética	1
Ontoética: Ética e Moral	1
Ciências Sociais e Saúde	1
Concepção e Formação do Ser Humano	2
Deontologia	1
Deontologia Médica	1
Medicina Legal e Deontologia	2
Medicina Legal e Deontologia Médica	1
Desenvolvimento Pessoal II (Deontologia Médica)	1
Diagnóstico e Terapia da Dor	1
Dor	1
Ética	1
Ética e Bioética	3
Ética e Espiritualidade	1
Ética e Humanismo I, II, III	1
Ética Médica	1
Ética no início da vida	1
Ética, Bioética e Saúde Pública	1
Introdução a Ética Médica	1
Filosofia: Antropologia e Ética	1
Filosofia: Modernidade	1
Fundamentos Humanísticos I, II	1
Habilidades e Atitudes (Treinamento de Habilidades)	1
Legislação	1
Medicina Legal	7
Medicina Legal e Deontologia	2
Medicina Legal e Deontologia Médica	1
Medicina Legal I	1
Medicina Legal/Bioética	1
Medicina Legal/Ética Médica I, II	1
Atenção à Saúde VII (Medicina Legal)	1
Medicina, Ciência e Sociedade	1
Metodologia Científica I	1
Prática Investigação Científica I (PIC)	1
Prática Médica na Comunidade (PMC)	1
Psicologia Geral	1
Psicologia I, II	1
Psicologia Médica	11
Psicologia Médica Aplicada	1
Psicologia Médica e Ética	1
Psicologia Médica: Abordagem inicial do paciente	1
Bases Psicossociais da Prática Médica (BPPM)	1
Recepção: Relacionamento Humano, Cultural e Ambiental	1
Saúde e Sociedade	3
Semântica Médica I	1
Sociologia	1
Sociologia Médica	1
Tanatologia e Cuidados Paliativos I, II, III	1
Tópicos em Clínica Médica	1
Tutoria	2

Fonte: Dados da pesquisa.

Na EM2, a Bioética está presente no 1º, 2º e 4º anos, totalizando-se 108 horas de carga horária, despontando para uma inovação nesta área do ensino médico. Esta EM também inseriu a disciplina Tanatologia e CP na matriz curricular⁶⁴, totalizando-se 90 horas de carga horária nos mesmos anos. Já na EM3, existe a estratégia da Prática Médica na Comunidade, com ênfase em CP, durante o 4º período.

Face aos dados obtidos é possível reconhecer a inexistência de programas curriculares sedimentados em bioética, com ênfase em CP, na maioria das EMMG.

A fundamentação de um modelo teórico e prático do ensino de bioética e de CP necessita de reflexão, baseando-se em experiências exitosas analisadas nessa pesquisa. Desta forma, é necessário discutir o preparo do docente no tocante a sua formação e competência em bioética e em CP, nas EMMG.

⁶⁴ Na EM2 a disposição do ensino de bioética e de CP da grade curricular apresenta a característica de transversalidade, nos primeiros quatro anos do curso médico: Ética e Bioética I, Tanatologia e Cuidados Paliativos I (1ºA); Ética e Bioética II, Tanatologia e Cuidados Paliativos II (2ºA); Ética e Bioética III, Tanatologia e Cuidados Paliativos III (4º A) (APÊNDICE G).

4 DISCURSO PROGRAMÁTICO

O campo das humanidades⁶⁵ visto na Sociologia Médica⁶⁶ (FREYRE, 2009; RASIA, 2009), deveria estar presente de forma longitudinal na formação desse profissional de forma humanista, crítica e reflexiva. Trata-se da necessidade de uma aproximação e de formação sociológica e antropológica do médico, “[...] como condição para um entendimento do homem, não só do homem doente, mas das circunstâncias que envolvem o adoecimento.” (RASIA, 2009, p. 13). O treinamento de algumas habilidades e atitudes como empatia, reflexão ética e bioética, comunicação e deliberação, poderia inserir-se no currículo das EM e contribuir para a formação qualificada dos futuros profissionais, tanto na competência técnica como na humanística.

Entretanto, docentes da USP afirmam que “[...] o ensino de temas das áreas humanas para a construção da identidade e atitude médica, aqui e em vários lugares no mundo, é tarefa difícil que, somada a problemas estruturais, encontra resistências em alunos e professores.” (RIOS *et al.*, 2008, p. 113). Mas, a avaliação do ambiente de ensino poderia identificar aspectos da educação médica e necessidades curriculares que, se investigadas, possibilitariam verificar os pontos de resistências às mudanças e propor medidas para superá-las (VIEIRA; TAMOUSAUSKAS, 2013).

4.1 Fundamentos

Reino Unido, Canadá e Austrália possuem uma história de educação médica em CP anterior aos EUA e Europa Ocidental (HOROWITZ; GRAMLING; QUILL, 2014). Menezes (2004) informa que a MP é uma especialidade médica reconhecida e disciplina obrigatória no currículo de formação médica em várias universidades de países como a Inglaterra, EUA, Canadá e Austrália, entre outros. Um estudo realizado em 1975 nos EUA constatou 6% das EM oferecia disciplina de Cuidados Paliativos e sugeriu a

⁶⁵ “Todas as disciplinas do currículo médico têm pontos de contato com a área de humanidades. Chamamos de Disciplinas de Humanidades Médicas àquelas cujos conteúdos estão diretamente ligados às áreas humanas no âmbito da Medicina — Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política” (RIOS *et al.*, 2008, p. 114).

⁶⁶ “A Sociologia Médica cujas obras propriamente sociológicas e antropológicas, surgem na Inglaterra e nos Estados Unidos, no final dos anos 20, do século passado, inspiram Gilberto Freyre e sua discussão sobre a medicina no Brasil, nos trópicos. Freyre toma medicina e os médicos como objeto de análise sociológica.” (RASIA, 2009, p. 13).

implementação do ensino de CP naquele país. Trinta e cinco anos depois há consistência no ensino dos cuidados no fim de vida (*end-of-life* [EoL] *care*) nas FM daquele país (DICKINSON, 2011). Já na década de 1990, 30% das EM norte-americanas ofereciam disciplina e/ou curso dedicado aos Cuidados Paliativos, e muitas destas incluíam algum tópico entre as disciplinas existentes; porém há recomendação para se padronizar, especificamente, o ensino de CP para os alunos de Medicina (VAN AALST-COHEN; RIGGS; BYOCK, 2008; PERIYAKOIL; BASAVIAH, 2013). Um estudo comparativo dos estudantes de Medicina britânicos e norte-americanos observou que a educação em CP é mais eficaz na Grã-Bretanha do que nos EUA. Há sugestão de três mudanças como potencial de se melhorar a educação em CP dos estudantes de Medicina norte-americanos: aumento de cursos curriculares, implementação do número dos modelos de medicina paliativa e criação de departamentos acadêmicos de MP (HAMMEL *et al.*, 2007). Outra pesquisa americana evidenciou que o ensino sobre os cuidados no final da vida possuem duas modalidades de aprendizagem com resultados positivos para o preparo dos estudantes no currículo formal, com aulas teóricas e experiências práticas clínicas, e impacto negativo no currículo oculto, relacionado com a cultura médica americana (BILLINGS *et al.*, 2010).

Na AL há registro do ensino de CP no curso médico em Cuba e no Uruguai que possuem Cuidados Paliativos na grade curricular, seja como disciplina isolada ou como conteúdo dentro de outras disciplinas (FIGUEIREDO, 2013). Por outro lado, percebe-se certo distanciamento de professores no Brasil frente às questões emblemáticas no trato com a terminalidade da vida, uma vez que não se contempla disciplina de Cuidados Paliativos no currículo formal da maioria das EMB (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Como alcançar a prerrogativa de associar as competências técnico-científicas e ético-humanistas na formação de profissionais de saúde considerando que somos iguais enquanto espécie, mas diferentes na situação limite do fato de estar doente? Em princípio, os nossos valores e crenças são moralmente diferentes. Mas, sabe-se que é necessário prestar o cuidado ativo ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, como o câncer, a síndrome da imunodeficiência adquirida, as doenças neurológicas com sequelas que comprometem as atividades de vida diária e as insuficiências orgânicas terminais.

(Re)inventar o cuidado, apesar de nunca ter deixado de existir, como referência da dignidade do ser humano, único, subjetivo e integral seria o caminho, sendo o cuidar do outro no campo da saúde um dos pressupostos da dignidade humana. O cuidado com pessoas em situações de terminalidade da vida reivindica do profissional médico, além de sua competência técnico-científica, um perfil humanista. Ayres (2014) relata sua

contribuição acadêmica ao montar uma disciplina sobre Medicina e Humanidades no curso de graduação médica da FMUSP. “A idéia era justamente tentar ensinar aos alunos elementos humanísticos que pudessem ser importantes para a sua formação. [...] nessa disciplina que estamos ministrando, o eixo conceitual é a questão do cuidado” (AYRES, 2014, p. 139).

A perspectiva do médico não abandonar o sujeito no seu desamparo, ou seja, nos momentos finais de uma doença, deveria justificar esse campo de aprendizagem acadêmica. Pesquisar, escrever e ensinar sobre Medicina do cuidado é tarefa difícil por ser despojada do poder social, imersa no sabor de ser médico e cuidador, e inserir os conteúdos e as práticas pedagógicas inovadoras no campo do ensino acadêmico de temas relacionados aos CP. Ser solidário no cuidado pode ser uma das mais importantes tarefas do médico como bem diz Alves “[...] amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mais pela solidariedade humana que se revela na sua espera meditativa.” (ALVES, 2002a, p. 15). Será também que a possibilidade de desamparo não refletiria **certa dificuldade** do médico em lidar com o tema (morte) e com os conflitos éticos (falta de competência ética)? O médico necessitaria de **certa maturidade** emocional para enfrentar os conflitos éticos?

4.2 *Temáticas tradicionais e inovadoras*

Completa-se 206 anos de ensino médico no Brasil, com a criação da escola de Cirurgia da Bahia em 1808, com um percurso político-pedagógico variável através dos tempos desde a migração da Corte Portuguesa no período colonial até o ano de 2014 com destaque para a distribuição regional das EM, suas vinculações jurídicas e regionalizações (AMARAL, 2007).

Novos cursos de medicina no Brasil foram surgindo e, em 1992 havia 76 e 216 cursos em 2013, com oferta de 19.338 vagas para o primeiro ano. Do início dos anos 2000 até 2013, dobrou-se a quantidade de FM no país, que ocupa o segundo lugar no *ranking* de países com maior número de EM, atrás apenas da Índia, número superior ao da China (150) e dos EUA (149), que possuem população maior que a brasileira. No Brasil, esse crescimento se deve às EM particulares, que representa 56% do total (NASSIF, 2014). É oportuno ressaltar que estes dados atendem a interesses políticos com um esforço do governo federal de implantar novos cursos, justificando-se na premissa da ausência do médico em regiões carentes de infraestrutura econômica, social e política (BRASIL, 2014;

NASSIF, 2013). Neste aspecto deve-se questionar o modelo de atenção à saúde no Brasil como o Projeto Mais Médico. Precisamos de mais médicos ou médicos melhor capacitados?

Na AL, na primeira metade do século XX a influência europeia predominava na formação médica, principalmente a francesa e a alemã (COSTA, 2007). O impacto do Relatório Flexner (1910) propiciou o fechamento de diversas faculdades americanas e influenciou a mudança curricular com destaque para as disciplinas das ciências básicas (AMARAL, 2007). Na segunda metade do século XX,

[...] com as novas relações econômicas e culturais estabelecidas no mundo, houve diminuição da influência européia, passando a haver influência norte-americana na educação médica, com predominância do modelo flexneriano em reformas sucessivas do ensino superior em saúde, modelo que continua a ter hegemonia na formação em saúde até os dias atuais (COSTA, 2007, p. 22).

Entretanto, em 1975 na FM-UFMG ocorreram mudanças curriculares, rompendo-se com a “**redoma flexneriana**”, por meio da introdução de fatores biopsicossociais de doença, eliminação do ensino teórico de especialidades médicas, expansão da carga horária pediátrica e internato rural obrigatório em hospitais fora da rede universitária (SALGADO, 2013, p. 130, grifo nosso).

O Informe Lalonde (1974), duas conferências mundiais de educação médica (Edimburgo, 1988 e 1993), de cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000) marcam a construção do novo paradigma na educação médica. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1987), o movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Brasileira (1988), e mais recentemente, a homologação das DCN Medicina (BRASIL, 2001a) dão sequência “[...] as mudanças nas ações de saúde e na formação de recursos humanos com preparação adequada para prestar uma assistência de qualidade em saúde, com abordagem integral, interdisciplinar, multiprofissional e equitativa.” (LAMPERT, 2003, p. 18). Com a realização desses eventos internacionais nos anos de 1980 e 1990, verifica-se que os “[...] dilemas do ensino médico fazem parte das preocupações dos organismos internacionais, não sendo uma realidade apenas brasileira.” (ALMEIDA, 1999, p. 128).

No início da década de 1980, foi idealizada uma abordagem denominada Medicina Centrada na Pessoa (MCP) “[...] como um dos métodos clínicos de abordagem integral e humanística”, que mantém a resolubilidade das ações dos profissionais, respeitando a autonomia das pessoas.” (FERREIRA *et al.*, 2014, p. 287). Ribeiro e Amaral (2008), que

apresentaram uma revisão da MCP e da importância de ensiná-la nas EM. Os autores aplicaram a escala para avaliação de atitudes a respeito da relação médico-paciente, a *patient-practitioner orientation scale* (PPOS)⁶⁷ em 738 estudantes de seis diferentes períodos do curso de Medicina da FM-UFMG, comparando-os com os dados secundários de estudantes norte-americanos. Os autores obtiveram que

Os escores foram mais elevados entre estudantes brasileiros, com atitudes mais centradas no paciente do que os estudantes norte-americanos. A análise das subescalas de poder e cuidado mostra que há uma valorização do cuidado. Entretanto, houve uma tendência à concentração de poder no médico (RIBEIRO; AMARAL, 2008, p. 90).

Entretanto, os mesmos autores observaram maior valorização do aspecto biomédico, concentração no poder do médico e relação médico-paciente assimétrica. “Isto sugere uma dificuldade de compartilhar com o paciente as decisões a respeito de seu problema.” (RIBEIRO; AMARAL, 2008, p. 95-96).

É oportuno ressaltar que o desenho curricular tradicional das EMB preserva uma forte tendência baseada no modelo proposto por Flexner. Essas escolas médicas possuíam cadeiras ou cátedras, e hoje, possuem departamentos e disciplinas, compondo-se a grade curricular dicotômica, em ciclo básico nos dois primeiros anos e ciclo profissionalizante ou clínico nos quatro anos seguintes. Será que essa estrutura político-pedagógica configura certa hegemonia e certo antagonismo oculto, não dialógico, das chamadas ciências biomédicas? Koifman esclarece:

No que concerne à formação médica, é possível identificar dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas — que reforça a prática individualista da medicina — e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática (KOIFMAN, 2001, p. 50-51).

De um lado, permite-se a formação sólida nas áreas básicas, que culminou com o desvelamento do genoma humano. Do outro, permite-se a imersão nas áreas clínicas, reconhecendo o ser humano, na medicina centrada na pessoa.

⁶⁷ “[...] a escala *Patient practitioner orientation scale* (PPOS ou escala de orientação médico-paciente), com 18 itens, que avalia a atitude individual quanto à relação médico-paciente de práticas centradas no médico ou no paciente. Os escores variam de 1 a 6, e escores mais altos significam atitudes mais centradas no paciente” (RIBEIRO; AMARAL, 2008, p. 94).

Quando se discutem as situações limites entre a vida e a morte, a análise do processo da terminalidade humana está em desacordo com as melhores práticas médicas que deveriam ocorrer nos hospitais. Constatam-se pontos de fraqueza na prática e na formação de médicos.

[...] o que se observa é limitar a experiência do sofrimento humano ao domínio biológico. Se levamos esta discussão às diversas faculdades de medicina do país, veremos que, salvo raras exceções, ainda predomina no modelo curricular a racionalidade biomédica clássica. A medicina restringe-se ao corpo, às lesões e às doenças (SILVA, 2004, p. 56).

O autor afirma que este modelo de ensino biomédico é incapaz, *per si*, “[...] de dar conta das diversas dimensões implicadas no sofrimento humano.” (SILVA, 2004, p. 56). E traz a indagação: “Por que não encontramos disciplinas como bioética, sociologia e antropologia médicas e filosofia incorporadas às disciplinas tradicionais das instituições de ensino médico?” (SILVA, 2004, p. 56).

Outros autores apresentam as diretrizes, a estrutura curricular e as estratégias pedagógicas de um novo modelo de curso de Medicina proposto pela UFSB⁶⁸, e descrevem o funcionamento do Bacharelado Interdisciplinar (BI) como formação geral em Artes, Humanidades e Ciências e o BI-Saúde, como etapa para formação do médico (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2014).

A PBL (ABP)⁶⁹ foi concebida no Canadá nos anos 1960, na Universidade de McMaster e se espalhou pelo mundo, inclusive no Brasil, contando na atualidade com um expressivo número de instituições que adotam esta prática pedagógica (GOMES, 2011).

Na década passada, surge exemplo de EMB de tipologia avançada ou inovadora-avançada que implementaram as diretrizes curriculares com enfoque nas ciências clínicas, integração entre o ciclo básico e clínico, e inserção do aluno na prática médica na fase

⁶⁸ “O projeto político-pedagógico da UFSB funda-se em três aspectos: primeiro, arquitetura curricular organizada em ciclos de formação, com modularidade progressiva (oferecendo certificações independentes, mas interdependentes por escolha, a cada ciclo); segundo, regime letivo quadrimestral, com otimização de equipamentos, instalações, pessoal e recursos financeiros; por último, em complemento, uma combinação de pluralismo pedagógico e uso intensivo de tecnologias digitais de ensino-aprendizagem.” (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2014, p. 341).

⁶⁹ O modelo pedagógico ou metodológico da aprendizagem baseado em problemas (ABP), como eixo estruturante, (do inglês *Problem-based learning*) (PBL) “refere-se a uma metodologia de ensino que integra as várias disciplinas, buscando solucionar uma questão prática (*problem-solving mode*) de saúde de uma pessoa, de uma comunidade ou de uma sociedade específica.” (LAMPERT, 2002, p. 92).

inicial do curso médico na atenção primária à saúde — **desospitalização do ensino médico**.

Em uma época marcada por avanços tecnocientíficos, deve ser reconhecida a necessidade de implantação de mudanças na formação médica regionalizada que levam à diferenciação do perfil do egresso da escola médica e conseqüentemente, a um novo profissional com competência técnica e comprometimento ético, humanizado e capaz de construir a integralidade do cuidado do paciente (GOMES, 2011).

Na verdade, os modelos curriculares tradicional, inovador e avançado possuem pontos positivos e pontos negativos. Tanto a tipologia tradicional caracterizada por enfoque teórico biomédico, estrutura curricular segmentada e ensino-aprendizagem centrado no professor, com ênfase em aulas expositivas e práticas demonstrativas, quanto a tipologia avançada caracterizada por enfoque teórico epidemiológico-social, estrutura curricular em módulos (blocos em disposição espiralar) e ensino-aprendizagem em pequenos grupos de trabalho, assim como avaliação de ensino-aprendizagem de caráter avaliativo, provas teóricas e avaliativo-formativas, provas com cenário prático com *feedback*, respectivamente, possuem pontos fracos e fortes (REGO, 1998; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GOMES, 2011).

A tipologia curricular inovadora ou avançada, com o paradigma da integralidade e a dimensão cuidadora (AYRES, 2014), complementa o paradigma flexneriano (tradicional), insere o enfoque equilibrado entre o biológico e o social (LAMPERT, 2003) e propõe uma reflexão teórica e prática sobre a dificuldade de mudanças metodológicas ou pedagógicas. Entretanto, a mudança do método tradicional, isoladamente, para a PBL (ABP) não é suficiente para a mudança do perfil do egresso da escola médica (GOMES, 2011). O autor propõe estratégias educacionais complementares às mudanças curriculares como

[...] a inserção na comunidade utilizando-se a pedagogia problematizadora, a democratização da relação docente-discente aos moldes de Freire⁷⁰ e a utilização de portfólio como ferramenta formativa de avaliação e reflexiva da prática podem ser alternativas na formação de um profissional crítico e reflexivo, comprometido com a cidadania e com responsabilidade social (GOMES, 2011, p. 116).

⁷⁰ “Os ensinamentos e propostas de Paulo Freire de uma educação emancipadora, que liberte os seres humanos e transforme o mundo podem ser utilizados na educação médica a fim de contribuir na formação de um profissional crítico e reflexivo, capaz de agir e contribuir para uma sociedade melhor” (GOMES, 2011, p. 116).

A inserção do ensino de CP na graduação do ensino médico “[...] é uma opção a ser discutida nos currículos atuais para que se possa estimular a capacidade técnica especializada nesta área do saber e difundir as técnicas de cuidado para qualquer especialidade médica.” (FONSECA; GEOVANINI, 2013, p. 120).

Interessante é constatar que o principal ator no processo de assistência à saúde – o paciente – é escutado de maneira insuficiente nas suas necessidades de implementação das reformas curriculares das EMB. Isso ocorre por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, que são as formas de controle social do SUS. As DCN Medicina foram elaboradas a partir dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2001b).

4.3 *Formação docente*

Costa identificou os fatores que limitam as mudanças na prática docente na área médica em pesquisa etnográfica (COSTA, 2005, 2007) e apontou algumas indagações em trabalho de revisão da literatura (COSTA, 2007):

Estarão os professores da área da saúde aptos a classificar sua própria prática docente? Estarão preparados para a implementação da prática reflexiva ou necessitam de orientação, estímulo e cooperação? Com a ressignificação do papel docente, de transmissor de conhecimentos para mediador e facilitador da aprendizagem dos alunos, é importante ter clareza teórica sobre pontos como: o que significa ser um bom professor? O que é entendido por excelência em docência? (COSTA, 2007, p. 26).

Rego sugere o modelo do ensino de ética e de bioética disciplinar, longitudinal ou híbrido e orienta que estes modelos deveriam ser adaptados e ajustados para cada realidade curricular (REGO, 2001, 2004, 2012; REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Por outro lado, Harden (2011) deixou uma mensagem composta de 10 itens endereçada para uma nova geração de educadores médicos. Entre estes itens, “[...] os alunos são jogadores importantes, no planejamento, entrega e avaliação de um currículo. Eles são os 'nativos digitais’”⁷¹ (HARDEN, 2011, p. 777). A construção conjunta professor-aluno de procedimentos didáticos, retomando a experiência da disciplina de

⁷¹ “Students are important players in planning, delivering and evaluating a curriculum. Each student has different needs and aspirations. They are the ‘digital natives!’”

TanCP e o Projeto Extracurricular (“A Arte do Cuidar”)⁷² da FMIIt, “[...] cujo aprendizado complementa o saber tradicional do médico moderno.” (FIGUEIREDO; STANO, 2013, p. 298), que poderia servir de referência para docentes de CP em outras EMMG.

Para facilitar a boa prática nesta situação do ensino médico, a *Board of Hospice and Palliative Medicine Competencies Work Group*, em 2007, e outras instituições enumeraram as competências e habilidades em CP para estudantes de medicina norte-americanos, como a comunicação com paciente e familiares, manejo da dor e de outros sintomas do paciente, qualidade de vida e envolvimento interdisciplinar da equipe de saúde. O treinamento em CP deve ser focado no desenvolvimento de habilidades e atitudes básicas pelos estudantes de medicina com base no cuidado integral como parte integrante do tratamento e da cura (HOROWITZ; GRAMLING; QUILL, 2014). Na perspectiva de que cuidar é mais amplo do que curar...

A *authentic early experience* (AEE) [experiência autêntica inicial] e a inserção da *métis*^{73,74}, citados na educação médica inglesa e australiana, oferece vivência ao estudante de medicina para realizar contato humano em um contexto social e clínico (YARDLEY, 2011) e para melhorar a aprendizagem do mesmo. Autores sugerem que a formação de diferentes tipos de habilidades (*métis*) é algo que os educadores devem esperar e procurar trabalhar em seu próprio contexto local (YARDLEY; BROSANAN; RICHARDSON, 2013) e que o aluno crie sua própria habilidade (*métis*) que inclui a compreensão sobre como lidar com o conhecimento que irá proporcionar um melhor cuidado ao paciente (YARDLEY, 2011).

⁷² O Projeto Extracurricular da FMIIt, “Arte de Cuidar”, foi criado pela disciplina de TanCp, em início de 2011, e tem como missão principal elaborar material didático produzido por alunos e destinado ao ensino de outros alunos. “Até o momento já elaborou 4 cursos de CP, coordenou estágios de observação em CP para cerca de 120 alunos em Serviços parceiros nas cidades de São Paulo, Barretos e Rio de Janeiro, organizou dois Saraus de CP em outubro de 2011 e outubro de 2012 e publicou dois Manuais de CP e 3 Vídeos educativos.” (FIGUEIREDO; STANO, 2013, p. 298).

⁷³ Na mitologia grega, *Métis* (habilidades) é a deusa titânica, da saúde, proteção, astúcia, prudência e virtudes. (Métis. In: WIKIPÉDIA, A enciclopédia livre, [s.l.]: 14 out. 2013. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9tis>>. Acesso em: 10 maio 2014.

⁷⁴ “Scott’s^(*) concept of *métis* provides a useful theoretical framework for understanding how AEE works for students in terms of their creation of meaning and how they choose to use it in relation to formally recognised knowledge” (YARDLEY; BROSANAN; RICHARDSON, 2013, p. 109).

(*) SCOTT, J. C. **Seeing like a state**: how certain schemes to improve the human condition have failed. New Haven: Yale University Press. 1998. 464p.

Entretanto, os professores de medicina “[...] continuam a ensinar como sabem e resistem a novas metodologias de ensino-aprendizagem.” (COSTA, 2007, p. 22). O autor revisou os fatores que limitam mudanças nessa prática docente, e ressalta

[...] a desvalorização das atividades de ensino e a supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a deficiência na formação pedagógica do professor de Medicina, a resistência docente a mudanças e o individualismo dos professores universitários (COSTA, 2007, p. 21).

Isto posto, pode-se pensar sobre uma formação do futuro médico que tem privilegiado a garantia da vida em todas as suas dimensões. O preparo do professor de medicina merece uma atenção especial. Tanto na incorporação de novas metodologias de ensino quanto da avaliação de aprendizagem. Os docentes devem ser preparados em temas transversais de bioética e de CP em variados cenários. Mas o encantamento de se estar do mundo de modo saudável, oculta o temor da morte. Todavia, vida e morte são momentos de um único processo vital. Assim, caberia o ensino aos futuros médicos de como lidar e cuidar de pacientes com doença avançada e terminal, a morrer com dignidade. Salienta-se que na área de saúde, especialmente na medicina,

[...] ao lado das atividades de ensino, há grande sobrecarga de atividades assistenciais e administrativas, além da enorme pressão por produtividade científica. O tempo dedicado às atividades de ensino na graduação normalmente necessita ser dividido com o ensino de pós-graduação *senso latu* (programas de residência médica) e *senso estrito* (TORRES *et al.*, 2008, p. 714).

Estes aspectos nos fazem especular sobre o contexto universitário onde transcorre a formação dos estudantes e a lógica de suas escolhas nas atividades extracurriculares⁷⁵. No cenário acadêmico,

[...] há o crescimento da oferta dessas atividades, marcadamente nas duas últimas décadas, associado às exigências e incentivos à produtividade docente. Descortina-se, a partir disso, um conjunto de práticas e discursos que se apoiam mutuamente, compondo um arranjo que conforma o terreno por onde passam os estudantes e que, tendenciosamente, condiciona suas escolhas (CARVALHO *et al.*, 2013, p. 489).

⁷⁵ O “currículo paralelo” é definido por Rego (1994) como “[...] o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos (de medicina) desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes a estrutura curricular formal estabelecida pela faculdade [...]” (REGO, S. T. A. **A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão.** 1994. Mestrado [Dissertação] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994).

O tempo despendido no preparo dos *papers* (RODRIGUES, REZENDE, 2010, p. 375) é mais valorizado do que as atividades docentes em sala de aula. Se compartilhado com alunos, paciente e professor (médico), na verdade pode contribuir para os dois lados das tarefas acadêmicas do professor e do aluno e possibilitar a inserção de outros indicadores de qualidade na avaliação dos docentes e discentes do curso de Medicina, como a formação em bioética e cuidados paliativos, necessários à formação médica e humanística.

Um currículo médico deve contemplar princípios longitudinais que desenvolvam conteúdos humanísticos e perpassem as disciplinas ao longo de todo o curso. Como compartilhar tais princípios além dos conteúdos técnicos próprios de sua estrutura é um desafio para o projeto político-pedagógico de todas as EM. Na FM da PUCRS, a capacitação docente continuada para temas interdisciplinares, tais como de bioética, cuidados paliativos, medicina do curar e do cuidado, espiritualidade, entre outros, estão associados à reciclagem dos docentes e à formação integral dos alunos, “[...] fomentando uma prática verdadeiramente voltada ao cuidado.” (ANTONELLO, 2006, p. 159), como propõe a política nacional de humanização da assistência em saúde⁷⁶.

4.4 Por que a medicina do cuidado?

“Os tempos atuais demandam mais do médico: demandam compromisso ético com o indivíduo, enfermo ou não, e com a comunidade.” (REGO; KOIFMAN, 2007, p. 201). Além de implementar as mudanças na prática médica, constata-se que “[...] o perfil dos novos profissionais repete formas inadequadas de relação com os usuários e pouca capacidade de cuidar de pessoas e coletivos.” (REGO, KOIFMAN, 2007, p. 202). Portanto, o profissional não pode ser formado apenas nos aspectos tecnicistas e racionalistas da Medicina.

Quais espaços a medicina do cuidado ocuparia no cenário atual da área da saúde? Há pertinência de se discutir o sentido da existência e o percurso humano? Urge formar e lapidar as mãos talentosas do médico que **às vezes curam e sempre deveriam cuidar** da

⁷⁶ A Política Nacional de Humanização existe desde 2000 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011).

vida, da autonomia da existência e da morte dignas de um paciente em fase de doença avançada.

A travessia de saberes do conhecimento científico e do senso comum perpassa as multidimensões do cuidado nas dimensões cognitivas (dos conhecimentos e das conexões) e interativas (dos encontros) para, em seguida, atuar nas multiextensões do cuidar, ou seja, o cuidar do eu, do outro, da família, da casa e do lugar (TEIXEIRA, 2008). “O ato de se curvar sobre o outro para tentar curá-lo pode tornar-se uma meta para quem escolhe a arte de cuidar do outro, prolongando sua existência no mundo.” (FERREIRA, 2009, p. 9), com qualidade.

Porém a palavra **existência** vem do latim *existere, sistere ex.*, que etimologicamente denota origem, mostrar-se, aparecer, sair de. Diversos filósofos vão utilizá-la de acordo com a reflexão epocal, a corrente filosófica ou o modo de pensar a vida. O termo *existenz* foi utilizado por Hannah Arendt, mantendo sua grafia em Alemão que está inscrita para indicar **o ser do homem** (OLIVEIRA, 2007).

A filosofia da existência propõe investigar o sentido e o sentimento ligados ao existir no tempo, por algum tempo. Com esse objetivo, o caráter de indagação da existência coloca ao ser humano umas questões que permanecem no tempo, tais como: o que é a morte? O que é dor? O que é sofrimento? Qual o sentido de viver para morrer? Enfim, o que é um corpo em sua expressão de existir para morrer?

O ser humano está presente no mundo com o seu corpo, por um tempo. Presença tanto físico-biológica, como também lugar de sentido, corpo próprio em sua intencionalidade fenomenológica. É com o corpo que o ser humano organiza seu estar no mundo mesmo que seja de forma provisória em um **finito intervalo vital**, nos dizeres de Arendt:

[...] estar vivo significa viver em um mundo que precede à própria chegada e que sobreviverá à partida. Nesse nível do estar meramente vivo, o aparecer e o desaparecer — à medida que um segue o outro — são eventos primordiais que tais, demarcam o tempo, o intervalo intemporal entre o nascimento e a morte (ARENDR, 2000, p. 17).

Desse modo, pode-se pensar sobre uma formação do futuro médico que tem privilegiado a garantia da vida em todas as suas dimensões. Mas o encantamento de se estar do mundo de modo saudável, oculta o temor da morte. Todavia, vida e morte são momentos de único processo vital. O corpo na sua finitude assume o sentido humano de que as coisas vivas não permanecem e (re)significá-las é encontrar o sentido para se viver

no mundo. Não há como transpor certos limites. O ser humano vive uma existência finita, **o ser do homem**. A dor, o sofrimento e a própria morte são elementos constitutivos desse limite. Existe um sentimento de impotência em lidar com a transitoriedade e a inexorabilidade do limite corporal.

Ao transpor os ciclos intermitentes como os de geração, fecundidade, crescimento e morte, é preciso pensar na matéria que vive algum tempo em seu princípio de dissolução. Esse ciclo de vida conduz o ser humano a refletir sobre sua finitude, **o seu próprio ser no mundo**.

O estar no mundo possibilita ao ser humano perceber-se enquanto ser temporal que necessita se situar no intervalo entre nascer e morrer. A vida para. Ela pode parar a qualquer momento. O sofrimento de não mais pertencer ao mundo angustia o ser humano. Novo ou velho possui ou tem (ou não) significado diferente. Incomoda. Mas, o fato contingente não é verdadeiro no imaginário e não é de fácil aceitação para a realidade da sociedade contemporânea.

No entanto, o envelhecimento é uma fase da vida, segundo Portella e Bettinelli (2004), “[...] assim como é inerente também à natureza que nos cerca. Se olharmos ao nosso redor, os animais e as flores, por exemplo, veremos que ambos têm um ciclo de vida que se cumpre normal e dinamicamente [...]. Com o ser humano não deveria ser diferente.” (PORTELLA; BETTINELLI, 2004, p. 102). O ciclo da natureza é repleto de vidas, esperanças e (des)continuidades, mas não para todas as árvores, todas as flores e todos os frutos. Alves declara:

Assim se dizem as estações: primavera, verão, outono, inverno. Mas se poderia dizer: verão, outono, inverno e primavera, porque o tempo é circular. O inverno não é o fim. É um começo. Dentro do inverno uma criança espera... Dentro de cada fim há um começo à espera... (ALVES, 2002b, p. 41).

A compreensão de que não se permanece no mundo abre o espaço das narrativas, para refletir dramas em relação à perda da autonomia diante dos limites que a própria vida impõe. Compreender limites do eu em sua finitude, **o tempo que resta de vida**, é entender a efemeridade das coisas que estão no mundo. Dessa forma, há uma possibilidade em aliviar o sofrimento diante da morte, como é possível escutar tal sofrimento a partir do acolhimento. Este procedimento é o da escuta ou o respeito ao **silêncio** do outro. Como há possibilidade de alívio da dor, pois ela está imbricada na subjetividade e nos sentidos. A dor que é física depende de procedimentos técnicos. Já o sofrimento é da ordem de não

permanência no tempo. Por que, então, cuidar do sofrimento e da dor do outro que caminha para a morte?

Boff (2004) interpreta o cuidado com enfoque ontológico e holístico, e informa que “[...] alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*. [...] Em sua forma mais antiga, *cura* em latim se escrevia *coera* e era usada num contexto de relações de amor e de amizade” (BOFF, 2004, p. 90). O ser humano poderia encontrar a si mesmo em atividade criativa, individual ou coletiva, e em atividade compartilhada, os outros. “[...] isso nos levaria à constituição de pessoas eticamente mais estruturadas. Uma ética do cuidado produzindo seres humanos que cuidam de ‘si mesmos’ (*selves*) e dos outros.” (HUMBERG; FULGENCIO, 2014, p. s/n).

Feldman (2006) esteve à frente da disciplina de Psicologia Médica Aplicada na FM-UFMG e apresenta 40 inquietações e experiências em forma de perguntas e respostas vivenciadas com um grupo de 5.760 alunos, durante 18 anos. Entre suas indagações, uma é exemplar da relação médico-paciente com doença avançada e terminal: “Como lidar com o paciente fragilizado pela dor física e emocional, ameaçado com a perda de sua autonomia, atemorizado com o vislumbrar da própria morte?” (FELDMAN, 2006, p. s/n). Feldman responde com a comunicação de más notícias e o princípio de dignidade na vida e na morte:

Se percebermos que ele [paciente] deseja conhecer a verdade, é importante lhe comunicarmos sua verdadeira situação [...]. Se, por outro lado, percebermos que o paciente não quer ou não está pronto para saber a verdade, omiti-la é uma questão de respeito por ele (FELDMAN, 2006, p. 236).

A vida, mesmo chegando ao final, teima em continuar imprevisível (FELDMAN, 2006, p. 236).

Existem formas mais fáceis e mais difíceis de se viver, como existem formas mais fáceis e mais difíceis de se morrer. O profissional de saúde, com suas habilidades interpessoais, pode ajudar o paciente terminal [paciente com doença avançada e terminal] a ‘morrer mais fácil’, com mais dignidade (FELDMAN, 2006, p. 241).

Ainda que em situações distintas de saúde e de doença, como a observada entre o médico e o seu paciente, a relação médico-paciente aproxima os processos de transferência e contratransferência e o momento de vulnerabilidade próprios do adoecer, sofrimento, dor e morte. Schmidt *et al.* relacionam que:

Tais processos presentificam os primeiros passos na trajetória do homem para tornar-se humano, quando em meio a tanta e tão real vulnerabilidade, era acolhido por outro humano, cuja pretensa

onipotência inspiraria segurança. Essa verticalidade, antes de ser significativa de uma sujeição a ser repudiada, expressa a capacidade adquirida pelo médico de definir, avaliar e intervir sobre a condição de fragilidade apresentada pelo paciente, capacidade esta resultante de uma árdua formação profissional (SCHMIDT *et al.*, 2013, p. 390).

Alunos da disciplina de Psicologia Médica da FM da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM-UFRJ)⁷⁷, durante o estágio de semiologia clínica, entrevistaram pacientes com doenças terminais. A propósito, os alunos dizem

[...] que a possibilidade que tivemos, [...], de discutir inúmeros pontos que nos afligiam (e que, de forma diferente, esperamos que continuem a nos afligir) só nos reforçou a convicção de que é fundamental que discussões como esta perpassem todo o curso médico e não apenas uma disciplina específica (ZAIHAFI *et al.*, 1992, p. 63).

Caberia indagar, como encontram esses egressos, hoje, em suas práticas profissionais?

A unicidade do tema espera que outros trabalhos acadêmicos e outras vozes como a participação da sociedade brasileira congreguem a pluralidade no campo do ensino médico de bioética e cuidados paliativos⁷⁸. A apresentação deste discurso programático possibilita, quem sabe, uma abertura na agenda dos profissionais, gestores e professores, responsáveis pela elaboração curricular e o projeto político-pedagógico nas EMMG para se discutir e efetivar a inserção de bioética e CP nas mesmas.

⁷⁷ Trata-se do estudo de caso apresentado por um grupo de alunos do professor Sérgio Zaidhaft (estudioso das questões relativas à morte e formação médica), na disciplina de Psicologia Médica do segundo semestre de 1990 (FM-UFRJ). O autor registra “[...] as reflexões e os sentimentos de estudantes que ingressaram recentemente no ciclo profissional, frente a seu primeiro contacto com pacientes terminais.” (ZAIHAFI *et al.*, 1992, p. 58)

⁷⁸ Dois fatos recentes aconteceram: um internacional, Resolução de autoria da OMS (2014) e outro brasileiro, Projeto de Lei n. 599/2014 que prevê a criação de uma Rede de CP no estado de São Paulo. Os documentos possuem em comum a possibilidade de incluir a formação e a capacitação para CP no currículo dos profissionais de saúde. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Newsletter Junho/2014. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/home.php>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como problemática foram levantadas algumas questões: certo **desinteresse** de professores da área médica em introduzir a disciplina de Cuidados Paliativos na grade curricular; a falta de evidência nas propostas pedagógicas implantando disciplina sobre a temática do cuidado com paciente sem perspectiva terapêutica convencional quando esses educadores almejam mudanças curriculares. É possível que o motivo do desinteresse e da falta de evidência de inserir esta disciplina nos currículos das EMMG esteja ligado a certo temor desses profissionais para enfrentarem a dramática questão da terminalidade humana.

Nesse sentido, as DCN, editada em 2001 e revisada em 2014, definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos. O texto das DCN Medicina, que em breve completa 13 anos, apesar de ser citado em todas as ementas curriculares das EMMG, não é considerado em sua totalidade na composição da matriz curricular das mesmas. Ainda que estas diretrizes contemplem o registro da ética e da equipe multiprofissional, não especificam textualmente a questão emblemática do ensino de bioética e CP nas EMB.

A estrutura dissertativa, na tentativa de entender e responder a esses questionamentos, foi segmentada em cinco seções: Introdução; Antigos e Novos Cenários; A Pesquisa; Discurso Programático; Considerações Finais.

Uma discussão teórica, para referenciar a pesquisa nas áreas de bioética e de CP, contempla os estudos visitados no campo da interdisciplinaridade. Este estudo ancorou-se na área da saúde, especificamente na área médica, e na pesquisa qualitativa.

Pode-se então perguntar qual é o papel da educação e da formação médicas, nas EMMG, no processo que concerne à terminalidade da vida humana, com ênfase em bioética e em CP. A atitude do homem diante do processo do morrer e da morte não será equacionada de pronto. Porém, a educação formal (disciplinas) e a informal (Ligas Acadêmicas) a respeito do tema nas EMMG e desde o início do curso de graduação, pode implementar habilidades e atitudes éticas, perspicácia, prudência, virtude aos alunos frente ao paciente com doença terminal. Assim como a discussão de temas relacionados à bioética e aos CP por parte do corpo de professores e de médicos do HE poderia modificar o comportamento do médico, tornando-os apto a lidar com o paciente com doença avançada e terminal.

O processo de integração de Ética Médica, Bioética e Deontologia Médica encontra-se em expansão curricular nos cursos de graduação das EMB. Também, houve mudanças em Minas Gerais. A partir de análise documental, 28 EMMG mostraram que possuem a disciplina de Ética e/ou conteúdo correlato em outras disciplinas. Bioética é oferecida por 13 EMMG (46,5%), mas há pouca carga horária/aluno (20 a 40 horas) e o conteúdo é introduzido nos anos iniciais e intermediários. As competências em bioética são complexas e necessárias para a formação do futuro médico para terem o atual espaço reservado no currículo formal. Com carência maior, constata-se uma ausência da disciplina, obrigatória ou optativa de Cuidados Paliativos nas EMMG, tendo como pré-requisito a disciplina de Bioética. Três fatos ocorrem na prática médica para a implementação dos CP em nosso País: o destaque dado aos CP na redação do novo CEM; o reconhecimento da área de atuação em MP; a oferta de vagas para R3 em programas de RM. Contudo, em Belo Horizonte, mesmo com pioneira abertura de duas vagas de RM em serviço domiciliar, não se conseguiu preenchimento delas, assim como notificado na USP-SP das seis vagas foram ocupadas quatro delas. Este fato corrobora a argumentação de que se não se ensinar o acadêmico os CP durante sua formação, como sensibilizá-lo para fazer pós-graduação em CP e desenvolver sua futura prática médica interdisciplinar do cuidado?

Podem-se identificar pelo menos dois pontos de estrangulamento e limitações na tese apresentada, apesar de estudo e cuidado em sua elaboração, e permanência prolongada no campo de pesquisa. Um dos objetivos era atingir o universo de 28 EM, em Minas Gerais. Todavia não foi possível obter o resultado esperado. Cinco EM responderam aos questionários. Demais dados referentes as matrizes curriculares foram coletados em rede informatizada. Dois grupos de 13 e cinco alunos da graduação médica, oriundos de uma escola pública (EM1) e de outra privada (EM2), participaram de entrevistas como exemplo de escola onde não aborda o tema dos CP e o aborda na matriz curricular, respectivamente. Outro fato, de 13 alunos da EM1 três alunos na quarta etapa responderam ao questionário e do grupo de 11 alunos da EM2 cinco responderam ao questionário na segunda etapa. Quando o questionário foi aplicado diretamente pelo pesquisador houve menor chance para **a não resposta**. O que pode significar **a não resposta**? Provavelmente, cada um dos sujeitos da pesquisa, aluno e professor, que não respondeu ao questionário fez uma escolha (ou não a fez) para sua abstenção. O tabu da morte, coletivamente e em intensidade diferente, atribuiu peso **a não resposta** do questionário de pesquisa. Outra referência diz respeito a uma análise acurada dos dados pesquisados. É possível que haja limitações

conceituais e escassez de marcos teóricos, apesar da utilização de autores balizados que contribuíram na interpretação e análise dos dados, nesta pesquisa.

Os resultados mostraram que os responsáveis pela elaboração dos currículos – **professores médicos** – **não tem interesse** com a disseminação do conhecimento nas áreas de bioética com ênfase em CP, com a formação dos médicos que atendam às necessidades emergentes desta área da Ciência e com a articulação entre o ensino de bioética e CP que sido pouco investigado na área da saúde. Também, não se observou uma correlação entre o ensino de ética e de bioética e o ensino de cuidados paliativos.

A complexidade da vivência de dilemas éticos da terminalidade humana não foi considerada **zona de conforto** para os discentes. Na perspectiva de alunos, dois fatos relacionaram-se: a identificação da relevância do tema e o currículo oculto que não contemplava de modo suficiente uma educação de qualidade nessa área do conhecimento. Os alunos estabeleceram uma relação entre necessidade de adquirir competências e lacuna didática na questão curricular do ensino de Cuidados Paliativos, propondo a inserção de disciplina específica no projeto político-pedagógico das EMMG.

Para a formação do futuro médico é essencial o desenvolvimento de habilidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais contextualizadas à prática médica atual. O cuidado — cuidar do outro — no campo da saúde é um dos pressupostos da dignidade humana.

De certa forma, o paradigma hegemônico do modelo de ensino médico (tipologia tradicional) demarcado pela estrutura curricular fracionada de ensino-aprendizagem em aulas teóricas expositivas, práticas demonstrativas com grupo grande de alunos e um método clínico que não considera a individualidade do sujeito em relação à sua condição, constituem uma barreira à mobilização de docentes e discentes frente à complexa temática da educação do viver e do morrer.

A proposição deste estudo para as EM que queiram mudar a realidade atual em relação ao tema passa por duas iniciativas. Primeira, qualificar o corpo docente, na verdade um grupo de professores de ética, bioética e áreas afins, que compreendam a perspectiva do cuidar de paciente com doença avançada e terminal, ou seja, como manejar os CP. A outra, inserir a disciplina ou módulo de Cuidados Paliativos na grade curricular, constituir Liga Acadêmica ou grupos de Cuidados Paliativos no HE. É necessária uma mudança capilar de comportamento, metodologia e didática de ensino, perspectiva pessoal e profissional. Estes passos, caminham, avançam e apontam na direção do paradigma da integralidade que complementa o paradigma flexneriano no ensino de CP nas EMMG, que

poderá ser adquirido como competência por todos os profissionais que atuam junto aos pacientes.

A respeito do ensino de humanidades médicas, há necessidade de ampliar os existentes, inserir outros e valorizar todos, abrindo frestas para a implantação efetiva de CP, no contexto teórico e prático dos cursos de medicina. A interdisciplinaridade no campo de humanidades médicas, integrando as disciplinas ou módulos curriculares, mobilizaria a capacitação docente para outras áreas do conhecimento. O que tornaria a prática pedagógica mais apta a integrar o discurso interdisciplinar sobre o desenvolvimento humano (ciclos de vida).

O desenvolvimento da bioética, um pouco mais e dos CP, um pouco menos no Brasil, durante a última década, foi expressivo. O interesse da sociedade brasileira e da comunidade acadêmica e científica no campo da bioética tem aumentado consideravelmente. Considerar a importância da MP, para esta sociedade cada vez mais atenta às questões da dignidade frente ao processo da terminalidade humana, e incentivar a formação, o treinamento e a educação continuada do profissional de saúde nessa direção, passam ser prioridades na saúde pública.

A bioética brasileira deve trazer ao debate a questão dos CP, como faz com os temas: genoma humano, transplante de órgãos, inseminação artificial, alimentos transgênicos, aborto, entre outros. Já o movimento dos CP no Brasil encontra-se em construção, ainda não possui políticas públicas, embora tenha programas e ações de CP. Por certo valor, a aprovação pelo CFM da MP como área de atuação de algumas especialidades médicas, fez avançar esse processo. Outro percurso para fortalecer este movimento, está na formação universitária das EM.

A inserção dos Cuidados Paliativos nos cursos de graduação de medicina seja no formato de disciplina específica, em curto prazo e por meio de um ensino transversal, em longo prazo, quando poderá ser discutido ao longo do percurso da graduação, em outra disciplina ou módulo curricular. Esta inserção acadêmica, assim como é para a Bioética, é fundamental para a consolidação dos CP nas EMMG e possivelmente regionalizada, nas EMB.

A escassez bibliográfica, as limitações estruturais dos estudos, a falta de cadastro em Cuidados Paliativos de EMMG, dificultam a pesquisa, uma vez que o ensino de CP tem sido pouco investigado na área da saúde. Assim, a proposta de se estudar e responder a essa condição curricular do ensino de CP nas EMMG foi uma tarefa inicial que requereu

ousadia. Contribuirá para se iniciar um cadastro nacional das práticas didáticas da bioética, com ênfase em CP, e será tema matriz de futuras pesquisas no campo da educação médica.

Também, é possível pensar no papel dessa Universidade pública no tocante à sua responsabilidade social. Em outras palavras, ela deve retornar os seus avanços científicos em forma de seminários, fóruns, publicações etc. Senão, o conhecimento acumulado pela pesquisa científica ficaria restrito ao meio acadêmico. Mais ainda, o conhecimento ficaria destinado apenas aos profissionais e estudantes obrigados à atualização de seus currículos profissionais. Vale lembrar, a possibilidade de se utilizar formas midiáticas de divulgação dos dados dessa pesquisa de modo que mobilize interesses e uma reflexão crítica da comunidade acadêmica e de sua extensão universitária para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos**: educar para paliar, 6-9 out. 2010, São Paulo: ANCP, out. 2010a. 132p. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=101>>. Acesso em: 18 jan. 2013.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Diretório Brasileiro de Cuidados Paliativos**. São Paulo: ANCP, 4 abr. 2010b. [13 telas]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/diretorio.php>>. Acesso em: 08 fev. 2014.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O Congresso**: Notícias, IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, 6-9 out. 2010, São Paulo: ANCP, 25 jul. 2010c. [13 telas]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/congresso/noticias/tag/the-economist/>>. Acesso em: 18 jan. 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Formação médica na UFSB: I. Bacharelado Interdisciplinar em saúde como primeiro ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.
- ALMEIDA, A. M. Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008.
- ALMEIDA, M. J. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 4, p. 35-48, 1999.
- ALVES, R. **Morte**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2002b. 48p.
- ALVES, R. **O Médico**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2002a. 96p.
- AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva: Política, Planejamento e Administração) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.
- ANTONELLO, I. C. F. Cuidando de cuidadores em formação nas faculdades de medicina. **Revista Bioética**, v. 14, n. 2, p. 159-162, 2006.
- ARENDT, H. A natureza fenomênica do mundo. In: ARENDT, H. **A vida do espírito**: o pensar, o querer, o julgar. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. 383p.
- ARIÈS, P. **Sobre a História da Morte no Ocidente**: desde a idade Média. Lisboa: Teorema, 1989. 191p.
- ARROYO, M. G. **Currículo, território em disputa**. Petrópolis: Vozes, 2011. 375p.
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Indicadores de Cuidado Paliativo para Latinoamérica**. Disponível em: <<http://cuidadospaliativos.org/recursos/indicadores-de-cp>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO. **Projeto ABEM 50 anos: dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: ABEM, 2011-2012. 37p. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/pdf/50anos.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS MÉDICAS. São Paulo: ABLAM, 2014. [9 telas]. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.ablam.org.br/institucional.html>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Notícias. **Aprovados na prova de certificado de área de atuação em Medicina Paliativa**. São Paulo: AMB, 17 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.amb.org.br/Site/M%C3%A9dicos/NOT%C3%8DCIAS/Aprovados-na-prova-de-certificado-de-%C3%A1rea-de-atua%C3%A7%C3%A3o-em-Medicina-Paliativa%2036644.cnt>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Notícias. **Aprovados na prova de certificado de área de atuação em Medicina Paliativa**. São Paulo: AMB, 7 nov. 2014. Disponível em: <<http://amb.org.br/provas/aprovados-certificado-de-area-de-atuacao-em-medicina-paliativa/>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Humanidades como Disciplina da Graduação em Medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 37, n. 3, p. 455-463, 2013.

AYRES, J. R. C. M. In: TOSTES, M. A. (Org.) **(Des)encontro do médico com o paciente: o que pensam os médicos?** Rio de Janeiro: Rubio, 2014. 346p.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação**. 2007. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Pediatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2007.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.

BECKER, E. **A negação da morte**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007. 364p.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004. 280p.

BILLINGS, J. A.; BLOCK, S. D. Palliative care in undergraduate medical education: status report and future directions. **Journal American Medicine Association**, v. 278, p. 733-738, 1997.

BILLINGS, M. E. *et al.* Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 13, n. 3, p. 319-326, 2010.

BLOCK, S.; BILLINGS, J. A. Nurturing humanism through teaching palliative care. **Academic Medicine**, v. 73, n. 7, p. 763-765, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 9 nov. 2001a, Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, 03 out. 2001b, Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE-CES nº 116, de 3 de abril de 2014. Aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 6 jun. 2014, Seção 1, p. 47.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 2.864, de 24 de agosto de 2005. **Diário Oficial da União**, 26 ago. 2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/portaria2864-2005.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Brasília: MEC, 2014. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/matriz.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o programa HumanizaSus?** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [online]. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizasus/>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Assistência Farmacêutica-Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2008. [online]. Disponível em: <http://200.189.113.52/assistencia_farmaceutica_sesa.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2014.

CAMARGO, A.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Ética e Bioética – o que os alunos do 6º ano médico têm a dizer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 182-189, 2014.

CAMPOS, H. H. *et al.* Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidade e perspectivas — mais do que uma necessidade. **Cadernos Abem**, v. 3, p. 34-38, out. 2007.

CARAMICO, H. J.; ZAHER, V. L.; ROSITO, M. M. B. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. **Bioethikos**, v. 1, n. 1, p. 76-90, 2007.

- CARNEIRO, L. A. *et al.* O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010.
- CARVALHO, M. B. *et al.* A Composição do Curriculum Vitae entre estudantes de Medicina e seus condicionantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 483-491, 2013.
- CLAUDOT, F. *et al.* Teaching ethics in Europe. **Journal of Medical Ethics**, v. 33, n. 8, p. 491-495, ago. 2007.
- COHEN, C. Como ensinar a bioética. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 438-443, jul./set. 2005.
- COSTA, N. M. S. C. **A formação e as práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica.** 2005. 201f. Tese (Doutorado em Educação: Currículo) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
- COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 21-30, 2007.
- COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. A Bioética no Século XXI. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V (Org.). **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320p.
- D'ÁVILA, R. L. O Conselho Federal de Medicina e o ensino da Ética e Bioética. **Revista Bioética**, v. 11, n. 2, p. 51-56, 2003.
- DANTAS, F.; SOUSA, E. G. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 507-517, 2008.
- DICKINSON, G. E. Thirty-five years of end-of-life issues in US Medical Schools. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, v. 28, n. 6, p. 412-17, 2011.
- DOHMS, M.; TESSER, C. D.; GROSSEMAN, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 311-319, 2013.
- DOMINGUES, I. *et al.* Um novo olhar sobre o conhecimento. In: DOMINGUES, I. (Org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade.** Belo Horizonte: Editora UFMG; IEAT, 2001. 73p.
- DRUMOND, J. G. F. *et al.* Bioética: instrumento de “integração” interdisciplinar e transdisciplinar na UNIMONTES. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, 3-4 jul. 2000, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Núcleo Institucional de Bioética do Hospital das Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/conres.htm#16>>. Acesso em: 12 dez. 2012.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 112 p.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

FELDMAN, C. **Atendendo o paciente**: perguntas e respostas para o profissional de saúde. 3. ed. Belo Horizonte: Crescer, 2006. 260 p.

FERREIRA, A. C. Apresentação. In: OLIVEIRA, J. R. **Silêncio**. Belo Horizonte: Lutador, 2009. 172 p.

FERREIRA, A. C. Apresentação. In: OLIVEIRA, J. R. **Silêncio**. Belo Horizonte: O Lutador, 2009.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre a saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FIELD, M. J.; CASSEL, C. K. **Approaching death: improving care at the end of life**. Institute of Medicine Committee on Care at the End of Life. Washington, DC: National Academy Press, 1997. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=OWWYAWvyIWgC&oi=fnd&pg=PR1&dq=FIELD+and+approaching+death&ots=DtQXAYTyAU&sig=dxsLqphOHlY8r3Kts-u393rNAOw#v=onepage&q=FIELD%20and%20approaching%20death&f=false>>. Acesso em: 31 maio 2014.

FIGUEIREDO, A. M.; GARRAFA, V.; PORTILLO, J. A. C. Ensino da bioética na área das ciências da saúde no Brasil: estudo de revisão sistemática. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 5, n. 2, p. 47-72, 2008.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados Paliativos no currículo de formação médica**: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências - Profissional) - Universidade Federal de Itajubá, Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Itajubá, 2013.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 298-307, 2013.

FIGUEIREDO, M. T. A. Prefácio. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. 689p.

FIGUEIREDO, M. T. A.; FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados Paliativos**. Itajubá, 4 fev. 2010. Disponível em: <<http://bilhetedeplataforma.blogspot.com.br/2010/05/texto-nossa-vida-dentro-de-nos.html>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

FINKLER, M. *et al.* Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 449-462, nov. 2010/fev.2011.

FINKLER, M. **Formação ética em Odontologia**: realidades e desafios. 2009. 259p. (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312p.

FLORIANI, C. A. Palliative care in Brazil: a challenge to the Health-Care System. **Palliative Care: Research and Treatment**, v. 2, p. 19-24, 2008.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014.

FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. 3. ed. São Paulo: É Realizações, 2009. 288p.

FRIPP, J. C. **Internação domiciliar e cuidados paliativos para pacientes oncológicos no município de Pelotas/RS**. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Pelotas, 2009.

FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 69-78, 2012.

FROEHLICH, C. A. Bioética e direitos além de “humanos”: um enfoque filosófico-jurídico contemporâneo. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 1, p. 87-106, 2006.

GARRAFA, V. Ética Aplicada, Exclusão Social e Educação no Contexto dos Países do Hemisfério Sul. In: SEGRE, M. (Org.). **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Atheneu, 2006.

GERBER, V. K. Q.; ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 168-178, 2013.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002. 112p.

GOLDIM, J. R. Definição de Bioética - Comte-Sponville - 1997. Porto Alegre: Goldim, 2001. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioet97.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

GOLDIM, J. R. **Ética, Ética Médica e Bioética** [diapositivos]. Porto Alegre: Goldim, 2001. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.ppt>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

GOMES, A. M. A.; MOURA, E. R. F.; AMORIM, R. F. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 56-65, 2006.

GOMES, P. A. **(Trans) Formação da educação médica: é possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino-aprendizagem?** 2011. 135f. Tese (Doutorado em Ciências: Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GOOGLE Docs. In: WIKIPEDIA, A enciclopédia livre, [s.l]: 13 out. 2013. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Google_Docs>. Acesso em: 3 jul. 2014.

GOULART, I. B. Educação Permanente / Educação Continuada. In: SOUZA, J. V.; GUERRA, R. (Org.) **Dicionário crítico da educação**. Belo Horizonte: Editora Dimensão/Revista Presença Pedagógica. 2014. 268 p.

GRISARD, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Revista Bioética**, v. 10, p. 97-114, 2002.

GUEDERT, J. M. Vivência de problemas éticos em pediatria e sua interface com a educação médica. 2012. 257p. (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

HAMMEL, J. F *et al.* End-of-Life and Palliative Care education for final-year medical students: a comparison of Britain and the United States. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, n. 6, p. 1356-1366, Dec. 2007.

HARDEN, R. M. Looking back to the future: a message for a new generation of medical educators. **Medical Education**, v. 45, n. 8, p. 777-784, 2011.

HOROWITZ, R.; GRAMLING, R.; QUILL, T. Palliative care education in US medical schools. **Medical Education**, v. 48, n. 1, p. 59-66, 2014.

HUMBERG, L. V.; FULGENCIO, L. Ética do cuidado. **Folha de São Paulo**, Opinião: Tendências e Debates, 26 jan. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/149367-etica-do-cuidado.shtml>>. Acesso em: 26 jan. 2014.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar.-jun. 2001.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. 224p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 296p.

LAMPERT, J. B. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. **Cadernos da ABEM**. v. 1, n. 1, p. 18-20, 2003. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/jadete_final.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2013.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2002. 283p.

LEPARGNEUR, H. Força e Fraqueza dos princípios da bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 1996, p. 131-143.

LIGA ACADÊMICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SÃO JOÃO DEL-REI. **Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São João del-Rei**. São João del-Rei: Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos, 2013. [5 telas]. Disponível em: <<http://www.ligadecuidadospali.wix.com/lacp>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

LIGA DE CUIDADOS PALIATIVOS DA FMUSP. **Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo: Liga de Cuidados Paliativos, 2014. [1 tela]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/2014/05/liga-de-cuidados-paliativos-da-fmusp-promove-curso-introdutorio/>>. Acesso em: 28 maio 2014.

LIGA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CAXIAS DO SUL. **Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Universidade de Caxias do Sul**. Caxias do Sul: Liga de Cuidados Paliativos, 2013. [6 telas]. Disponível em: <<http://www.ucs.br/ucs/centro/cecs/ligas/paliativos/capa/inicial>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

MAIA, J. A. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S. H.; ABDALLA, I. G. orgs. **Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2005. 359 p.

MAINETTI, J. A. **Bioética ilustrada**. La Plata: Quíron, 1994. 165p.

MEIRA, A. R.; CUNHA, M. M. S. O ensino da ética médica em nível de graduação nas faculdades de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 18, n. 1, p. 7-10, 1994.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond; FIOCRUZ, 2004, 228p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MONTEIRO, P. J. C. **O ensino da ética/bioética nos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia na cidade de Manaus**. 2005. 145f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina da São Paulo, 2005.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D. R. O ensino da ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 2, p. 114-124, maio/ago. 2003.

NASSIF, A. C. N. **Escolas Médicas do Brasil**. São Paulo: Nassif, 2013. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>>. Acesso em: 12 maio 2011.

NASSIF, A. C. N. **Escolas Médicas do Brasil**. São Paulo: Nassif, 2014. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

NELSON, J. E. Saving Lives and Saving Deaths. **Annals of Internal Medicine**, v. 130, n. 9, p. 776-777, May 1999.

NEWMAN, I.; BENZ, C. R. **Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the interactive continuum**. Carbondale, Edwarsville: Southern Illinois University Press, 1998. Chap. 2.

NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.

NUNES, S. O. V. *et al.* O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 210-216, 2008.

OLIVEIRA J. R. *et al.* Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 77-94, 2009.

OLIVEIRA J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

OLIVEIRA J. R.; REZENDE, N. A.; FERREIRA, A. C. **Ensino de bioética clínica e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil** [Projeto]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2010. Mimeo.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1997. 144p. (Coleção Polêmica).

OLIVEIRA, G. B.; GUAUIMI, T. J.; CIPULLO, J. P. Avaliação do ensino de Bioética nas faculdades de medicina do estado de São Paulo. **Arquivo de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 125-131, jul.-set. 2008.

OLIVEIRA, J. R. **Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional**: estudo sobre o morrer com dignidade. 2007. 143f. Dissertação (Mestrado em Medicina: Clínica Médica) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2007.

OLIVEIRA, J. R.; PEREIRA, A. A. **Ensino de bioética e cuidados paliativos no Curso de Medicina da Unifenas-BH**. Belo Horizonte: Unifenas, 2012. Mimeo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Câncer**: cuidados paliativos. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PERIYAKOIL, V. S.; BASAVIAH, P. The flipped classroom paradigm for teaching palliative care skills. **American Medical Association Journal of Ethics**, v. 15, n. 12, p. 1034-1037, Dec. 2013.

PESSINI, L. Bioética e o desafio do transumanismo: ideologia ou utopia, ameaça ou esperança? **Revista Bioética**, v. 14, n. 2, p. 125-142, 2006.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 319p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 319p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: EDUNISC; Paulus, 2006. 72p. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde).

PINHEIRO, A. *et al.* Medical students' knowledge about end-of-life decision-making. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 171-176, 2011.

PINHEIRO, T. *et al.* Teaching palliative care in a free clinic: a Brazilian experience. In: CHANG, E.; JOHNSON, A. **Contemporary and innovative practice in palliative care**. Croatia: InTech, 2012. 302p. Disponível em: <http://cdn.intechopen.com/pdfs/27611/InTech-Teaching_palliative_care_in_a_free_clinic_a_brazilian_experience.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

POLETTI, S.; SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. Vivência da morte de idosos na percepção de um grupo de médicos: conversas sobre a formação acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 186-191, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.

PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. Humanização da Velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 319p.

PRADO, M. M. **A bioética na formação em odontologia**: análise de sua importância para uma prática consciente e crítica. 2006. 130 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PRADO, M. M.; GARRAFA, V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 263-274, out./dez. 2006.

QUILL, T. E.; ABERNETHY, A. P. Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 13, p. 1173-1175, mar. 2013.

QUINTANA, A. M. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.

RASIA, J. M., Prefácio à presente edição. In: FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. 3. ed. São Paulo: É Realizações, 2009. 288p.

REGO, S. **A Formação Ética dos Médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 184p.

REGO, S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 35-48, 1998.

REGO, S. Reflexão sobre o processo de formação ética dos médicos. **Cadernos da ABEM**, v. 1, n. 1, p. 28-29, maio 2004.

REGO, S. T. A. **Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**: estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina. 2001. 173f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

REGO, S.; KOIFMAN, L. Educação médica e justiça: um desafio para o século 21. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 201-202, 2007.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RIBEIRO, W. C.; JULIO, R. S. Reflexões sobre erro e educação médica em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 263-267, 2011.

RIOS, I. C. *et al.* A integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP: um caminho para o ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.

RODRIGUES, E. T. *et al.* Internato de Saúde Coletiva (12º período) (Ementa). **Universidade Federal de Uberlândia**: Faculdade de Medicina 2012. p. 1-15. Disponível em: <http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/12_MED0S_Est%C3%A1gio%20Supervisionado%20Integrado%20em%20Regime%20de%20Internato%20Ambulatorial%20Sa%C3%BAde%20Coletiva%20-%20Programa%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2014.

RODRIGUES, L. O. C.; REZENDE, N. A. O tamanduá olímpico a caminho da obesidade científica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 375-379, 2010.

SALGADO, J. A. **Ensino da Medicina no Brasil e em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Edição do Autor, 2013.

SANTOS, L. L. P.; PARAÍSO, M. A. Currículo. In: SOUZA, J. V.; GUERRA, R. (Org.) **Dicionário crítico da educação**. Belo Horizonte: Editora Dimensão/Revista Presença Pedagógica. 2014. 268 p.

SCHMIDT, E. *et al.* A inclusão da *internet* na relação médico-paciente: apenas prós? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 4, p. 386-390, out.-dez. 2013.

SCHWELLER, M. *et al.* Simulação de consultas médicas no treinamento de estudantes de medicina e residentes de clínica médica. In: Seminário inovações em atividades curriculares, 3. Campinas, 2011. **Caderno de Resumos...** Campinas: Universidade de Campinas, 2011. Disponível em: <<http://www.prg.unicamp.br/inovacoes/2011/resumos/resumos/62.html>>. Acesso em: 27 dez. 2012.

SENNETT, R. **Autoridade**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 270p.

SERODIO, A. M. B.; ALMEIDA, J. A. M. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 55-62, 2009.

SILVA, R. C. F. **Cuidados paliativos oncológicos**: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out. 2006.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 156 p.

SIQUEIRA, B. P. CINAEM – Um pouco de sua história. **Cadernos da ABEM**, v. 2, p. 54-56, 2006.

SIQUEIRA, J. E. Ensino de Bioética. In: SEGRE, M. (Org.). **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Atheneu, 2006. 251 p.

SIQUEIRA, J. E.; SAKAI, M. H.; EISELE, R. L. O ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Revista Bioética**, v. 10, n. 1, p. 86-95, 2002.

SOCIEDADE DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. **Encontro de Acadêmicos 2013**. Belo Horizonte: SAMMG, 2013. Mimeo.

SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). **Journal of the American Medical Association**, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, 1995.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p. 23-28, 2005.

TAVARES, A. P. *et al.* O “currículo paralelo” dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 254-265, 2007.

TAVARES, C. H. F. *et al.* O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do Curso Médico da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 245-253, 2007.

TEIXEIRA, E. **Cartografia simbólica do cuidado**: reflexões à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. São Paulo: Mortinari, 2008. 96p.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no Fim da Vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 109-117, 2012.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. São Paulo: Martin Claret, 2007. 155p.

TORRES, A. R. *et al.* Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 713-720, out/dez. 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

VALLS, A. L. **Da ética à bioética**. Petrópolis: Vozes, 2004. 196p.

VAN AALST-COHEN, E. S.; RIGGS, R.; BYOCK, I. R. Palliative Care in Medical School Curricula: a survey of United States Medical Schools. **Journal of Palliative Medicine**, v. 11, n. 9, p. 1200-1202, Nov. 2008.

VARGA, A. C. **Problemas de Bioética**. São Leopoldo: UNISINOS, 2005. 222p.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 21-27, 1998.

VIEIRA, J. E.; TAMOUSKAS, M. R. G. Avaliação das resistências de docentes a propostas de renovações em currículos de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 32-38, 2013.

VOVELLE, M. **Imagens e imaginário na história**. São Paulo: Palas Athenas, 1997. 407p.

WAGNER, D. **Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos**: retrato da assistência no município de Juiz de Fora - MG. 2013. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

WRIGHT, M. *et al.* **Mapping levels of palliative care development**: a global view. International Observatory on End of Life Care (IOELC). Lancaster: Lancaster University, 2006.

YARDLEY, S. J. **Understanding Authentic Early Experience in Undergraduate Medical Education**. 2011. 472f. PhD thesis (Primary Care and Health Sciences) - Keele University, Keele (UK), 2011.

YARDLEY, S.; BROSANAN, C.; RICHARDSON, J. The consequences of authentic early experience for medical students: creation of *métis*. **Medical Education**, v. 47, n. 1, p. 109-119, 2013.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007. 212p.

ZAIDHAFT, S. *et al.* O estudante de Medicina e a morte. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 387p.

APÊNDICE A

Percurso profissional nas áreas de bioética e de cuidados paliativos

Se eu pudesse mexer nos currículos de educação dedicaria metade do tempo à literatura. Tais como estão, eles se orientam no sentido de fomentar “cientistas” da educação. Mas as ciências, todas elas, moram na “caixa das ferramentas”. E os educadores moram na “caixa dos brinquedos”... As ciências da educação nos dão conhecimento sobre as crianças. Mas não é o conhecimento que faz educadores. É preciso amar e respeitar as crianças. E isso a ciência não consegue ensinar. A literatura, sem dar conhecimento científico, nos ensina a amar as crianças. Não seria fantástico que os professores lessem a literatura infantil? Acho que podíamos mesmo fazer um congresso só para a leitura de estórias... (Rubem Alves, Currículos, 2008)

A trajetória da minha vida profissional, que fui diretor clínico em um hospital (1994/2002) de alta complexidade na capital mineira, culminou com a realização do Curso de Especialização em Bioética, Direito e Aplicações do Instituto de Educação Continuada da PUC Minas (IEC-PUC Minas) em 2001. No mesmo ano participei da criação do Capítulo de Bioética da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM), sendo seu primeiro presidente. Em seguida, integrei comissões organizadoras de eventos na área de bioética: I Fórum de Iniciação em Bioética e I Simpósio Internacional de Bioética, proferindo palestras em eventos locais, de forma exemplar, junto aos cursos de Residência Médica, divulgando o conhecimento no campo bioético.

Um pouco do passado, narrando uma *estória*⁷⁹ familiar. Há dez anos, meu pai Joaquim, residia em São Lourenço, sul de Minas Gerais. Ele apresentou um “mal-estar” na manhã do dia 13 de maio de 2004, por volta das onze horas. Após intermináveis 12 horas de espera, estava ele internado em uma unidade de terapia intensiva cardiológica de Belo Horizonte. A partir do diagnóstico de bloqueio atrioventricular total (BAV-T), foi implantado um marca-passo cardíaco. Seguem-se 31 dias de várias complicações, sepses e outras intervenções como ventilação mecânica assistida, traqueostomia, sondagem vesical de demora, nutrição enteral. Ele me pediu: “[...] sei que o seu carro está lá fora. Leva-me para casa!” Tentei cumprir o seu pedido. Infelizmente, a atenção domiciliar, entre nós,

⁷⁹ “Estória é um neologismo proposto por João Ribeiro (membro da Academia Brasileira de Letras) em 1919, para designar, no campo do folclore, a narrativa popular, o conto tradicional”. Estória. In: WIKIPÉDIA, A enciclopédia livre, [s.l.]: 29 jan. 2014. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Est%C3%B3ria>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

encontrava-se em estágio inicial. Até mesmo procurei outra maneira de atendê-lo, quando solicitei sua transferência para outra unidade de internação hospitalar. Não tive o sucesso almejado. Partiu no dia 13 de junho daquele ano, no mesmo leito da internação primária.

Aqui começa a jornada. Autonomia, dignidade, educação para a vida e para a morte, processo do morrer e da morte. Não sabia por onde começar. Precisei de alguns meses de luto para redirecionar, apontar, trilhar novos caminhos em dois campos de atuação profissional. O primeiro a partir de 2005, iniciei uma pesquisa no mestrado do Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG intitulada "Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva de tratamento convencional: estudo sobre o morrer com dignidade". É oportuno apreciar que foi um dos primeiros estudos desse programa com metodologia genuinamente qualitativa. O tema matriz referiu-se ao processo da terminalidade da vida humana. Relacionou-se à bioética e à atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional. Consideraram-se três atitudes: o controle da dor, o processo do morrer e da morte domiciliar e o silêncio que, por horas ou dias, antecede a morte; que poderia incentivar o uso de técnicas dos cuidados paliativos. Foi editado o livro *Silêncio*, como sugestão da banca de defesa pública do mestrado.

Desde março de 2007, participo da inserção da equipe de Cuidados Paliativos domiciliar, em uma cooperativa médica que presta atendimento em saúde suplementar, com cobertura a 1.250.000 usuários na Região Metropolitana de Belo Horizonte, dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde/Atenção Domiciliar. Atualmente, quatro equipes de Cuidados Paliativos atendem um total de cerca de 130 pacientes por mês.

Em 2012, fui aprovado na área de atuação em Medicina Paliativa pela Associação Médica Brasileira/Sociedade Brasileira de Clínica Médica, com registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Em seguida (2013), participei ativamente da aprovação do Programa de Residência em Medicina Paliativa do Hospital Francisco José Neves - Unimed-BH, junto ao MEC, tornando-se a primeira iniciativa em Minas Gerais.

Como professor de Medicina do Adulto e Bioética do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, desde 2008, colaboro com a inserção do ensino de bioética e cuidados paliativos na graduação desta Escola Médica de Minas Gerais (EMMG) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Esta instituição adota metodologia de ensino ativa de ensino e da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como eixo estruturante, participando da construção no ambiente pedagógico de pesquisa e extensão com a Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (2011).

Apresento uma sugestão para uma futura revisão das DCN Medicina:

[...] Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas:

Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

Considerando-se: a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira é necessário e urgente perguntar qual é o papel da educação e da formação médicas, nas Escolas Médicas do Brasil, no processo que concerne à terminalidade da vida humana, com ênfase em bioética e em cuidados paliativos.

Constata-se a necessidade de inserir o ensino das humanidades médicas, abrindo frestas para a implantação efetiva de cuidados paliativos, no contexto teórico e prático dos cursos de Medicina. Proposta:

- Capacitação de docentes para o tema dos cuidados paliativos (em curto prazo);
- Acompanhamento do processo do morrer e da morte pelos discentes, como tema longitudinal e interdisciplinar durante o curso de Medicina (em curto prazo);
- Inserção da disciplina de Cuidados Paliativos na grade curricular das Escolas Médicas do Brasil (em médio prazo).

Durante o VIII Congresso Brasileiro de Bioética (2009), em Búzios (RJ), encontrei-me com a professora Mirelle Finkler, que apresentava em sessão de tema livre o seu trabalho “Formação ética em Odontologia: realidades e desafios”. Então, surgiu-me a ideia de pesquisar sobre o ensino da bioética nas escolas médicas brasileiras com foco em cuidados paliativos.

Como o tempo em cuidados paliativos é outro tempo emprestado do silêncio, sofrimento, dor, gemido, que não é *chronos* e sim *kairós*⁸⁰, busco reflexões em Esconderijos do Tempo:

O tempo

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.

Quando se vê, já são seis horas!

Quando se vê, já é sexta-feira!

Quando se vê, já é natal...

Quando se vê, já terminou o ano...

Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.

Quando se vê passaram 50 anos!

Agora é tarde demais para ser reprovado...

Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.

⁸⁰ “Na teologia cristã, em síntese apertada, pode-se dizer que *chronos*, é o "tempo humano": medido em anos, dias, horas e suas divisões. Enquanto o termo *Kairós* descreve "o tempo de Deus", que não pode ser medido, pois 'para o Senhor um dia é como mil anos e mil anos como um dia'.” Kairós. In: WIKIPÉDIA, A enciclopédia livre, [s.l.]: 15 dez. 2014. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Kair%C3%B3s>>. Acesso em: 25 dez. 2014.

Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas...

Seguraria o amor que está a minha frente e diria que eu o amo...

E tem mais: não deixe de fazer algo de que gosta devido à falta de tempo.

Não deixe de ter pessoas ao seu lado por puro medo de ser feliz.

A única falta que terá será a desse tempo que, infelizmente, nunca mais voltará (QUINTANA, M. Seiscentos e Sessenta e Seis. In: QUINTANA, M. **Esconderijos do Tempo**. Porto Alegre: Editora Globo, 1980).

Por tudo isto, cria-se o objetivo central desta pesquisa, que avaliou o ensino curricular de bioética e cuidados paliativos nas Escolas Médicas do estado de Minas Gerais.

APÊNDICE B
Andamento do Projeto - Certificado do Parecer (CAAE)

Andamento do projeto - CAAE - 0634.0.203.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
ENSINO DE BIOÉTICA CLÍNICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	13/12/2010 10:55:40	08/04/2011 16:10:35		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	08/04/2011 16:10:35	Folha de Rosto	634/10	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	13/12/2010 10:55:40	Folha de Rosto	0634.0.203.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	30/11/2010 06:06:43	Folha de Rosto	FR391221	Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0634.0.203.000-10

Interessado(a): Prof. Nilton Alves de Rezende
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de abril de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Ensino de bioética clínica e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
 Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os membros da Faculdade de Medicina Brasileira: professores e alunos)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS MEMBROS DA FACULDADE DE MEDICINA BRASILEIRA: DOCENTES E DISCENTES)

Por meio deste termo de consentimento, informamos que desenvolvemos uma pesquisa no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG (Programa de Pós-Graduação, nível de Doutorado, em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto), intitulada "ENSINO DE BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL", com o objetivo de identificar e analisar o ensino de bioética e/ou cuidados paliativos nas Faculdades de Medicina Brasileiras. Verificaremos quais são as características curriculares temáticas, formação dos educadores nas áreas correlatas nestas instituições de ensino, especialmente o papel pedagógico na formação de estudantes de medicina quanto à abordagem da terminalidade da vida humana.

Informamos que o pesquisador coletará dados através de entrevista individual ou em grupo ou da observação de atividades nas quais você participa, valendo-se do roteiro de campo para direcionar as coletas de informações necessárias aos propósitos da pesquisa. Garantimos ainda que você tenha resguardada sua identidade e privacidade, assim como de sua instituição de ensino, e os resultados deste estudo somente serão utilizados para melhorar a qualidade de ensino nas Faculdades de Medicina Brasileiras e em última instância melhorar a assistência aos *pacientes sem possibilidade terapêutica convencional*.

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) (**Parecer nº ETIC 0634.0.203.000-10**) possui natureza educacional e, por não se tratar de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico, não são previstos riscos no seu desenvolvimento. O COEP-UFMG pode ser contatado de 9h: 00 às 12h: 00 e de 13h: 30 às 16h: 30, Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901, coep@prpq.ufmg.br, tele fax 31 3409-4592.

A sua participação neste estudo é voluntária, não havendo nenhum pagamento ou recebimento de benefícios. Finalmente, será resguardado o direito de recusa em participar do trabalho em qualquer etapa do mesmo.

Eu, _____, membro da Faculdade de Medicina _____ entendi tudo que foi explicado sobre essa pesquisa e concordo em participar das entrevistas.

Este estudo será feito pelo pesquisador José Ricardo de Oliveira (Aluno do Doutorado), sob orientação dos Professores Dr. Nilton Alves de Rezende e Dr. Amauri Carlos Ferreira (PUC-Minas). Declaramos que conhecemos e cumprimos os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Confirmo que fui selecionado de forma voluntária para participar dessa pesquisa. Eu assinei e recebi uma cópia dessa autorização.

Data e local: _____

Assinatura do membro da
Faculdade de Medicina: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Telefones: (031) 9769-2409 (celular), (031) 3371-7055 (residencial), (031) 3324-7055 (fax)

E-mail: oliveira.jricardo@gmail.com

* Esta terminologia foi preferida pelos pesquisadores, substituindo-se à antiga conotação de "pacientes terminais".

APÊNDICE D

Documentação de concordância e questionário estruturado para professores

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

TÍTULO DO PROJETO:

ENSINO DE BIOÉTICA CLÍNICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL

INTRODUÇÃO

Estudos sobre bioética em relação à terminalidade da vida humana contemplam alguns temas: cuidados paliativos, equipe interdisciplinar de saúde, eutanásia, ortotanásia. Entre eles, a *atenção aos pacientes sem perspectiva terapêutica convencional* estabelece a relação de cuidado dos membros da equipe interdisciplinar de saúde com pacientes, familiares, cuidadores. A terminologia *paciente sem perspectiva de tratamento convencional* foi preferida pelo candidato ao doutorado, substituindo-se à antiga conotação de “pacientes terminais”. Essa relação circunscreve um campo de experiência profissional que visita o cotidiano de determinadas equipes de saúde. Todavia, a academia parece não se preocupar com o conhecimento dessa área e a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da bioética com ênfase em cuidados paliativos.

No que tange a equipe interdisciplinar de saúde, distingue-se o médico e a sua formação capaz de garantir um desempenho profissional nesse campo específico de conhecimento. No mesmo sentido, uma preocupação de pesquisa descreve uma tríade na relação escola-médico-equipe interdisciplinar de saúde. Essa inquietação origina-se de duas vertentes que se interconectam. A primeira advém de uma longa experiência clínica do candidato ao doutorado com pacientes sem perspectiva terapêutica convencional; a segunda vertente consolida-se com a formalização de sua pesquisa de mestrado (Oliveira JR. *Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional: estudo sobre o morrer com dignidade* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007). Estudo que foi elaborado a partir de pesquisa de natureza qualitativa e fenomenológica utilizou dois procedimentos metodológicos: técnicas de história oral e observação participante. Relaciona-se à bioética e à atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional. O cerne da reflexão foi o morrer com dignidade.

Embora haja rica literatura a respeito de bioética e de cuidados paliativos, sobretudo nos últimos 50 anos, convive-se com dilemas recorrentes no século XXI, que autorizam apresentar algumas indagações.

- Por que a pouca frequência de uma disciplina curricular obrigatória ou optativa – com ementa sobre a terminalidade (morte humana) – ocupando cenários nas salas de aula?
- Por que não há transparência nas atuais propostas pedagógicas, especificamente na área médica, implantando de forma exemplar uma disciplina e/ou encontros sobre a temática da terminalidade humana?
- A razão dessa infrequência e transparência envolveria certo temor desses profissionais de saúde em refletir e discutir sobre a terminalidade individual e coletiva?

Apesar do desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil, durante a última década, foi expressivo. O interesse da sociedade brasileira e da comunidade acadêmica e científica nessa área de saúde tem aumentado consideravelmente. No entanto, há no país uma situação paradoxal: de um lado, entidades, governo, pacientes, familiares, cuidadores, todos reconhecem a importância dos Cuidados Paliativos. Do outro, há uma carência enorme de serviços e de profissionais especializados no assunto (estima-se a necessidade de implementar 500 outras equipes, às 100 já existentes, interdisciplinares de saúde em cuidados paliativos no Brasil).

Pode-se então perguntar qual é o papel da educação e da formação médicas, nas Faculdades de Medicina Brasileiras (FMB), no processo que concerne a terminalidade da vida humana com ênfase em bioética e cuidados paliativos.

Tais questões demandam outros territórios que fugiam aos objetivos propostos em sua dissertação de mestrado e passam, então, a ser objeto do atual projeto completo de tese como requisito parcial para o ingresso no Programa de Pós-Graduação, nível de Doutorado, nas Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina - UFMG.

A coleta de dados será realizada em duas fases. A primeira será aplicação de questionário estruturado entre o segundo e o terceiro quadrimestre de 2011, para uma amostra composta de 180 Escolas Médicas do Brasil. Após a coleta, o processamento e a análise dos dados, cria-se um banco de dados. A segunda fase corresponde ao período do primeiro e terceiro quadrimestre de 2012, contempla o trabalho de campo, com visitas técnicas e exploratórias às FMB. Os cursos de medicina participantes serão selecionados de modo a compor uma amostra da distribuição nacional, em termos de proporção entre cursos públicos e privados, e de localização, por regiões geográficas.

Os pesquisadores professor doutor Nilton Alves de Rezende (FM-UFMG), professor doutor Amauri Carlos Ferreira (Departamento de Filosofia e Teologia - PUC-Minas) e José Ricardo de Oliveira (Candidato ao Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina - UFMG) vêm, respeitosamente, convidá-lo a participar desta pesquisa, como representante desta Instituição de Ensino Médico.



TERMO DE COMPROMISSO E CONCORDÂNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA BRASILEIRA (FMB)

Por meio deste termo de compromisso e concordância, informamos que autorizamos a pesquisa na FACULDADE DE MEDICINA _____, intitulada "ENSINO DE BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL", com o objetivo de identificar e analisar o ensino de bioética clínica e/ou cuidados paliativos nas Faculdades de Medicina Brasileiras (FMB). Nesse momento, verificaremos quais são as características curriculares temáticas, formação dos educadores nas áreas correlatas nestas instituições de ensino, especialmente o papel pedagógico na formação de estudantes de medicina quanto à abordagem, atitudes, práticas em terminalidade da vida humana. Posteriormente, visitar-se-ão os cenários de ocorrência teóricas e/ou práticas de abordagem do processo do morrer e da morte, o tipo de assistência dispensada a esses *pacientes sem perspectiva de tratamento convencional* nessa instituição de ensino superior, especialmente em sala de aula, ambulatórios, enfermarias e unidades de cuidados intensivos dos hospitais universitários e/ou hospitais conveniados, por meio de entrevistas aos membros docentes e discentes destas faculdades. Informamos que estas entrevistas serão voluntárias e somente serão realizadas após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) (**Parecer nº ETIC 0634.0.203.000-10**) possui natureza educacional e, por não se tratar de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico, não são previstos riscos no seu desenvolvimento. O COEP-UFMG pode ser contatado de 9h:00 às 12h:00 e de 13h:30 às 16h:30, Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade

Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901, coep@prpq.ufmg.br, telefax 31 3409-4592.

Este estudo será feito pelo pesquisador José Ricardo de Oliveira (Candidato ao Doutorado), sob orientação dos Professores Dr. Nilton Alves de Rezende (FM-UFMG) e Dr. Amauri Carlos Ferreira (PUC-Minas).

Declaramos, pesquisadores e membro da Faculdade de Medicina pesquisada, que conhecemos e cumpriremos os requisitos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e, como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizamos a sua execução.

Data e

local: _____

Assinatura do membro da Faculdade de Medicina: _____

Cargo na FMB: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Telefones: (031) 9769-2409 (celular), (031) 3371-7055 (residencial), (031) 3324-7055 (fax)

E-mail: oliveira.jricardo@gmail.com

- 1- Ano de Fundação:
- 2- Duração do curso em anos:
- 3- Federal (); Estadual ();Municipal(); Privada
- 4- Forma de entrada dos alunos:
- 5- Número de vagas por ano:
- 6- Possui Hospital Escola? Sim () Não ()
Quantos leitos?
- 7- O Hospital é Público? Sim () Não ()
- 8- O Hospital Escola é Privado Sim () Não ()
- 9-Possui Programas de Pós Graduação? Sim () Não ()
- 10-Possui Programas Residência Médica? Sim () Não ()

B. QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO¹**QUESTÃO 1 - PERFIL DO EGRESSO**

Esta Escola predominantemente...

- a) forma médicos com perfil liberal e generalista, com acentuada ênfase no uso de tecnologias e na importância da especialização para o mercado de trabalho
- b) forma médicos com perfil generalista, orientados para a competitividade do mercado de trabalho liberal e com algum preparo para trabalhar no setor público, segundo os princípios do SUS
- c) forma médicos com um perfil generalista, humanista, autônomo, crítico e reflexivo, familiarizados com os serviços de saúde (SUS) e capacitados a atuar de acordo com as necessidades da sociedade, segundo os princípios do SUS

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 2 - ENFOQUE TEÓRICO

Esta Escola predominantemente...

- a) ministra o curso sob enfoque biomédico/clínico
- b) ministra o curso buscando um equilíbrio no enfoque biológico e no social
- c) ministra o curso sob enfoque epidemiológico, enfatizando os processos sociais na determinação dos fenômenos de saúde-doença

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 3 - ESTRUTURA CURRICULAR

Esta Escola predominantemente...

- a) tem ciclo básico e profissionalizante bem separados e organizados com disciplinas específicas
- b) tem disciplinas ou atividades integradoras (integração parcial), mas mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas específicas
- c) tem currículo em grade parte integrado, com módulos que se inter-relacionam e desenvolve conteúdos profissionalizantes desde o início do curso

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 4 - CONTEÚDOS²

Esta Escola predominantemente...

- a) não enfatiza conteúdos relacionados à formação humanística, cultural e política dos estudantes

¹ FINKLER M. Formação ética em Odontologia: realidades e desafios [doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2009 – que recebeu modificações, acréscimos, adaptações de REZENDE, Nilton Alves de; FERREIRA, Amauri Carlos; OLIVEIRA, José Ricardo de; 2010 – para adequá-lo ao projeto da tese, intitulada: Ensino de bioética clínica e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil.

² Considerar no sentido de competências caso seja a opção adotada no currículo do curso.

b) valoriza a formação humanística, cultural e política dos estudantes e oferece disciplinas³ que trabalham/desenvolvem conteúdos relacionados

c) além de oferecer disciplinas e atividades relacionadas à formação humanística, cultural e política dos estudantes, oferece oportunidades de aprimoramento nestas temáticas à grande parte dos docentes

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 5 - INTEGRAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta Escola predominantemente...

a) tem corpo docente que não participa dos serviços de saúde (SUS) e do seu planejamento na sua área de influência, assim como os médicos dos serviços também não participam na docência

b) tem docentes que participam esporadicamente dos serviços e do planejamento do sistema de saúde público e profissionais dos serviços que eventualmente participam na docência

c) tem serviços docentes-assistenciais integrados com o sistema de saúde público, sendo que seus docentes participam do planejamento e da avaliação do sistema em sua área de influência

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 6 - CAPACITAÇÃO DOCENTE

Esta Escola predominantemente...

a) não oferece nem promove formação didático-pedagógica⁴ do corpo docente ou raramente o faz

b) periodicamente oferece e/ou promove cursos de formação didático-pedagógica

c) como parte de sua política institucional, a escola sistematicamente oferece e/ou promove formação didático-pedagógica de todo o corpo docente

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 7 - ORIENTAÇÃO DIDÁTICA E CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Esta Escola predominantemente...

a) utiliza aulas teóricas expositivas centradas no professor e aulas práticas em laboratórios e clínicas isoladas

b) utiliza aulas teóricas com metodologias alternativas que buscam a interatividade com os estudantes, centrando as práticas em habilidades clínicas (desenvolvidas em laboratórios e clínicas) com alguma integração multidisciplinar

c) adota a concepção e solução de problemas em grupos pequenos, com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar, valorizando a aprendizagem ativa e crítica dos estudantes e realizando práticas também serviços de saúde públicos e espaços comunitários

Justificativa:

³ Considerar a substituição de "disciplina" por "módulo" ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

⁴ Voltada aos pressupostos teórico-filosóficos e às técnicas de metodologia do ensino superior.

Evidência(s):

QUESTÃO 8 - TUTORIA⁵ E AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Esta Escola predominantemente...

- a) desenvolve o ensino com base na transmissão de conteúdos e treinamento de habilidades, sendo a avaliação baseada nos resultados obtidos principalmente em provas escritas e em demonstrações de atividades laboratoriais e clínicas
- b) desenvolve o processo ensino-aprendizagem, centrado no professor, em grandes e pequenos grupos, com métodos avaliativos que articulam conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de capacidades para a prática profissional
- c) oferece orientação tutorial permanente, considerando o ensino como uma orientação à construção de conhecimentos significativos por parte dos estudantes, e realiza avaliação interativo-formativa que mede a capacidade de análise e de solução de problemas, com base no desempenho e nas atitudes da prática clínica e social, estimulando a auto-avaliação

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 9 - CONCEPÇÃO DE ÉTICA

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda a Ética como o estudo dos deveres profissionais e dos princípios ético-legais (Deontologia)
- b) aborda a Ética como Deontologia e como o estudo dos juízos morais/ reflexões aplicados à vida e às ações em Saúde (Bioética)
- c) aborda a Ética como uma das dimensões da formação profissional, desenvolvida a partir da educação moral, do exercício político de cidadania, da capacidade de reflexão, de crítica e de autocrítica

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 10 - ÉTICA DOCENTE

Esta Escola predominantemente...

- a) tem corpo docente que julga que a educação moral não diz respeito ao ensino universitário e à formação profissional, sendo responsabilidade da família e da escola primária
- b) tem corpo docente que julga que a educação moral faz parte da tarefa pedagógica embora não inclua esta temática em sua programação
- c) tem corpo docente que julga que a educação moral faz parte da tarefa pedagógica e atua considerando os valores que permeiam a educação e as relações humanas, conscientes de que representam um modelo profissional e que, portanto, influenciam os estudantes

Justificativa:

Evidência(s):

⁵ Método que valoriza a auto-aprendizagem do aluno em estudo independente detecta sua capacidade individual para aprender, estimulada pela orientação de tutores capacitados para esta tarefa, professores que acompanham, estimulam e avaliam um grupo de no máximo dez alunos em período não menor que um ano (LAMPERT, J. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 2002, 283p.)

QUESTÃO 11 - INSERÇÃO DA ÉTICA NA MATRIZ CURRICULAR

Esta Escola predominantemente...

- a) tem corpo docente preocupado com o ensino técnico-científico e o exercício legal da Medicina
- b) tem corpo docente preocupado com o ensino técnico-científico embora alguns professores se preocupem em abordar as implicações éticas da prática médica para além das questões legais
- c) tem corpo docente que busca imprimir à maioria dos conteúdos/competências desenvolvidos um caráter ético, comprometendo-se com a formação ética dos estudantes, desenvolvida no curso de forma transversal

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 12 - DISCIPLINAS⁶ ÉTICAS

Esta Escola predominantemente...

- a) oferece uma disciplina de Ética Legal⁷ e não oferece uma disciplina específica de Bioética
- b) oferece uma disciplina conjunta de Ética Legal e de Bioética ou oferece uma disciplina específica de Bioética
- c) além de oferecer uma disciplina de Bioética, aborda-a como tema curricular transversal em diferentes disciplinas e atividades

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 13 - FORMAÇÃO DOCENTE

Esta Escola predominantemente...

- a) tem na equipe de professores da disciplina Ética Legal e/ou de Bioética, docentes sem formação específica na especialidade de Medicina Legal e/ou na área de Bioética
- b) tem na equipe de professores da disciplina de Ética Legal e/ou de Bioética, docentes com formação específica em Medicina Legal e/ou Bioética
- c) tem na equipe de professores da disciplina de Bioética, docentes com formação específica em Bioética, que constituem uma equipe interdisciplinar

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 14 - REFERENCIAIS TEÓRICOS EM BIOÉTICA

Esta Escola predominantemente...

- a) não aborda referenciais teóricos da Bioética em suas aulas
- b) enfatiza o referencial bioético principialista (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) e discute dilemas éticos da prática clínica

⁶ Considerar a substituição de "disciplina" por "módulo" ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

⁷ Considerar equivalente à disciplina de Ética Legal as disciplinas denominadas de Medicina Legal, Ética Médica, Deontologia e outras que podem ser caracterizadas por abordar basicamente os princípios ético-legais da profissão e os deveres dos profissionais.

c) aborda a Bioética em sua pluralidade de referenciais teóricos e campos de reflexão, discutindo problemáticas de saúde e prática profissional em sua interface com a ética

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 15 - CONCEPÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS⁸

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda os Cuidados Paliativos como a possibilidade de abordagem da terminalidade e finitude humanas
- b) aborda os Cuidados Paliativos com reflexões aplicados à vida, ao processo da morte e do morrer e às ações em Saúde (Bioética)
- c) aborda os Cuidados Paliativos como uma das dimensões da formação profissional, desenvolvida a partir da concepção da morte como evento natural, da capacidade de reflexão, de crítica ao modelo da medicina curativa

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 16 - INSERÇÃO CUIDADOS PALIATIVOS NA MATRIZ CURRICULAR

Esta Escola predominantemente...

- a) tem corpo docente preocupado com o ensino técnico-científico e de práticas curativas no exercício da Medicina
- b) tem corpo docente preocupado com o ensino técnico-científico embora alguns professores se preocupem em abordar as implicações humanísticas da prática médica para além dos propósitos curativos
- c) tem corpo docente que busca imprimir à maioria dos conteúdos/competências desenvolvidos um caráter humanístico e ético, preocupando-se com o ensino técnico-científico e com práticas médicas complementares – curar e cuidar – desenvolvidas no curso de forma transversal

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 17 - DISCIPLINA⁹ CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Escola predominantemente...

- a) oferece uma disciplina de Bioética¹⁰ e não oferece uma disciplina específica de Cuidados Paliativos
- b) oferece uma disciplina conjunta de Cuidados Paliativos e de Bioética ou oferece uma disciplina específica de Cuidados Paliativos

⁸ A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) conceituou cuidado paliativo como sendo o cuidado ativo e total aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, tais como: Neoplasias (Câncer), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA), Doenças neurológicas, Insuficiência hepática, Insuficiência renal, fase final de doenças respiratórias, fase final de doenças cardíacas. Controle da dor e de outros sintomas, problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários.

⁹ Considerar a substituição de "disciplina" por "módulo" ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

¹⁰ Considerar equivalente à disciplina de Ética Legal as disciplinas denominadas de Medicina Legal, Ética Médica, Deontologia e outras que podem ser caracterizadas por abordar basicamente os princípios ético-legais da profissão e os deveres dos profissionais.

c) além de oferecer uma disciplina de Cuidados Paliativos, aborda-a como tema curricular transversal em diferentes disciplinas e atividades

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 18 - FORMAÇÃO DOCENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Escola predominantemente...

- a) tem na equipe de professores da disciplina Cuidados Paliativos e/ou de Bioética, docentes sem formação específica na especialidade de Medicina Legal e/ou na área de Bioética
- b) tem na equipe de professores da disciplina de Cuidados Paliativos e/ou de Bioética, docentes com formação específica em Medicina Legal e/ou Bioética
- c) tem na equipe de professores da disciplina de Cuidados Paliativos, docentes com formação específica em Bioética, que constituem uma equipe interdisciplinar

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 19 - REFERENCIAIS TEÓRICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Escola predominantemente...

- a) não aborda referenciais teóricos de Cuidados Paliativos em suas aulas
- b) enfatiza o referencial bioético principialista (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) e discute dilemas éticos da prática clínica, tais como o limite da vida humana
- c) aborda os Cuidados Paliativos em sua pluralidade de referenciais teóricos e campos de reflexão, discutindo problemáticas de saúde e prática profissional em sua interface com a bioética

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 20 - BARREIRAS AO ENSINO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Escola predominantemente...

- a) não possui corpo docente especializado, departamento universitário, verbas, tempo protegido como barreiras ao ensino em Cuidados Paliativos
- b) não possui interesse institucional como barreira ao ensino em Cuidados Paliativos
- c) não possui corpo de professores com interesse no ensino em Cuidados Paliativos

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 21 - SOBRE A MATRIZ CURRICULAR PRÉ-CLÍNICA E ENSINO DE FARMACOLOGIA¹¹

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor

¹¹ Considerar os dois primeiros anos do Curso Médico.

12

- b) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica
- c) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica e de abordagens sobre o sofrimento humano

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 22 - SOBRE A MATRIZ CURRICULAR CLÍNICA E ENSINO DE FARMACOLOGIA¹²

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor
- b) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica
- c) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica e de abordagens sobre o sofrimento humano

Justificativa:

Evidência(s):

¹² Considerar os quatro últimos anos do Curso Médico.

APÊNDICE E

Questionário estruturado (modificado para aplicação aos alunos)

TÍTULO DO PROJETO:

ENSINO DE BIOÉTICA CLÍNICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL

INTRODUÇÃO

Estudos sobre bioética em relação à terminalidade da vida humana contemplam alguns temas: cuidados paliativos, equipe interdisciplinar de saúde, eutanásia, ortotanásia. Entre eles, *a atenção aos pacientes sem perspectiva terapêutica convencional* estabelece a relação de cuidado dos membros da equipe interdisciplinar de saúde com pacientes, familiares, cuidadores. A terminologia *paciente sem perspectiva de tratamento convencional* foi preferida pelo candidato ao doutorado, substituindo-se à antiga conotação de “pacientes terminais”. Essa relação circunscreve um campo de experiência profissional que visita o cotidiano de determinadas equipes de saúde. Todavia, a academia parece não se preocupar com o conhecimento dessa área e a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da bioética com ênfase em cuidados paliativos.

Embora haja rica literatura a respeito de bioética e de cuidados paliativos, sobretudo nos últimos 50 anos, convive-se com dilemas recorrentes no século 21, que autorizam apresentar algumas indagações.

Por que a pouca frequência de uma disciplina curricular obrigatória ou optativa — com ementa sobre a terminalidade (morte humana) — ocupando cenários nas salas de aula?

Por que não há transparência nas atuais propostas pedagógicas, especificamente na área médica, implantando de forma exemplar uma disciplina e/ou encontros sobre a temática da terminalidade humana?

A razão dessa infrequência e transparência envolveria certo temor desses profissionais de saúde em refletir e discutir sobre a terminalidade individual e coletiva?

Apesar do desenvolvimento da Bioética, um pouco mais e dos Cuidados Paliativos, um pouco menos, no Brasil, foi expressivo, durante a última década. O interesse da sociedade brasileira e da comunidade acadêmica e científica nessa área de saúde tem aumentado consideravelmente. No entanto, há no país uma situação paradoxal: de um lado, entidades, governo, pacientes, familiares, cuidadores, ainda não reconhecem a importância dos Cuidados Paliativos. Da mesma forma, há uma carência enorme de serviços e de profissionais especializados na MP (estima-se a necessidade de implementar 500 outras equipes, às 100 já existentes, interdisciplinares de saúde em cuidados paliativos na saúde pública brasileira).

Pode-se então perguntar qual é o papel da educação e da formação médicas, nas Faculdades de Medicina Brasileiras (FMB), no processo que concerne a terminalidade da vida humana com ênfase em bioética e em cuidados paliativos.

Tais questões demandam outros territórios que fugiam aos objetivos propostos em sua dissertação de mestrado e passam, então, a ser objeto do atual projeto completo de tese como requisito parcial para o ingresso no Programa de Pós-Graduação, nível de Doutorado, nas Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina - UFMG.

Os pesquisadores professor doutor Nilton Alves de Rezende (FM-UFMG), professor doutor Amauri Carlos Ferreira (Departamento de Filosofia e Teologia - PUC Minas) e José Ricardo de Oliveira (Candidato ao Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina - UFMG) vêm, respeitosamente, convidá-lo a participar desta pesquisa, como representante discente desta Instituição de Ensino Médico.

A. QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Nome completo:
2. Por favor, clique a opção correspondente à sua resposta abaixo:
 Aceito participar da pesquisa.
 Não aceito participar da pesquisa (por favor tome um momento para explicar suas razões no campo abaixo — esta informação é confidencial e somente será acessada pela equipe de pesquisa).
3. Recusa de participação - Justificativa:
4. Informações Demográficas
 - 4.1. Endereço de e-mail:
 - 4.2. Data de nascimento: DD MM AAAA
 - 4.3. Sexo: Feminino Masculino
 - 4.4. Estado civil: Solteiro Casado Divorciado/Separado Viúvo
 5. Graduação: Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia
 Medicina Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social
 Terapia Ocupacional Outra(s) (especifique):
 6. Ano de graduação:
 7. Especialização: Sim Não Cursando
 - 7.1. Especialização - ÁREA:
 - 7.2. Especialização - INSTITUIÇÃO
- 11 - DADOS DA INSTITUIÇÃO
 - 2- Duração do curso em anos:
 - 3- Federal (); Estadual (); Municipal (); Privada ()
 - 4- Forma de entrada dos alunos:
 - 6- Possui Hospital Escola? Sim () Não ()
 - 7- O Hospital é Público? Sim () Não ()
 - 8- O Hospital Escola é Privado? Sim () Não ()

B. QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO I

QUESTÃO 1 – PERFIL DO EGRESSO

Esta Escola predominantemente...

a) forma médicos com perfil liberal e generalista, com acentuada ênfase no uso de tecnologias e na importância da especialização para o mercado de trabalho

b) forma médicos com perfil generalista, orientados para a competitividade do mercado de trabalho liberal e com algum preparo para trabalhar no setor público, segundo os princípios do SUS

c) forma médicos com um perfil generalista, humanista, autônomo, crítico e reflexivo, familiarizados com os serviços de saúde (SUS) e capacitados a atuar de acordo com as necessidades da sociedade, segundo os princípios do SUS

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 2 - ENFOQUE TEÓRICO

Esta Escola predominantemente...

a) ministra o curso sob enfoque biomédico/clínico

b) ministra o curso buscando um equilíbrio no enfoque biológico e no social

c) ministra o curso sob enfoque epidemiológico, enfatizando os processos sociais na determinação dos fenômenos de saúde-doença

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 3 - ESTRUTURA CURRICULAR

Esta Escola predominantemente...

a) tem ciclo básico e profissionalizante bem separados e organizados com disciplinas específicas

b) tem disciplinas ou atividades integradoras (integração parcial), mas mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas específicas

¹ FINKLER, M. **Formação ética em Odontologia**: realidades e desafios [doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2009 — que recebeu modificações, acréscimos, adaptações de REZENDE, Nilton Alves de; FERREIRA, Amauri Carlos; OLIVEIRA, José Ricardo; 2010 — para adequá-lo ao projeto da tese, intitulada: Ensino de bioética clínica e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil.

c) tem currículo em grade parte integrado, com módulos que se inter-relacionam e desenvolve conteúdos profissionalizantes desde o início do curso

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 4 - CONTEÚDOS²

Esta Escola predominantemente...

a) não enfatiza conteúdos relacionados à formação humanística, cultural e política dos estudantes

b) valoriza a formação humanística, cultural e política dos estudantes e oferece disciplinas³ que trabalham/desenvolvem conteúdos relacionados

c) além de oferecer disciplinas e atividades relacionadas à formação humanística, cultural e política dos estudantes, oferece oportunidades de aprimoramento nestas temáticas à grande parte dos docentes

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 7 - ORIENTAÇÃO DIDÁTICA E CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Esta Escola predominantemente...

a) utiliza aulas teóricas expositivas centradas no professor e aulas práticas em laboratórios e clínicas isoladas

b) utiliza aulas teóricas com metodologias alternativas que buscam a interatividade com os estudantes, centrando as práticas em habilidades clínicas (desenvolvidas em laboratórios e clínicas) com alguma integração multidisciplinar

c) adota a concepção e solução de problemas em grupos pequenos, com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar, valorizando a aprendizagem ativa e crítica dos estudantes e realizando práticas também serviços de saúde públicos e espaços comunitários

Justificativa:

Evidência(s):

² Considerar no sentido de competências caso seja a opção adotada no currículo do curso.

³ Considerar a substituição de “disciplina” por “módulo” ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

QUESTÃO 9 - CONCEPÇÃO DE ÉTICA

Esta Escola predominantemente...

a) aborda a Ética como o estudo dos deveres profissionais e dos princípios ético-legais (Deontologia)

b) aborda a Ética como Deontologia e como o estudo dos juízos morais/ reflexões aplicados à vida e às ações em Saúde (Bioética)

c) aborda a Ética como uma das dimensões da formação profissional, desenvolvida a partir da educação moral, do exercício político de cidadania, da capacidade de reflexão, de crítica e de autocrítica

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 12 - DISCIPLINAS⁴ DE ÉTICA

Esta Escola predominantemente...

a) oferece uma disciplina de Ética Legal⁵ e não oferece uma disciplina específica de Bioética

b) oferece uma disciplina conjunta de Ética Legal e de Bioética ou oferece uma disciplina específica de Bioética

c) além de oferecer uma disciplina de Bioética, aborda-a como tema curricular transversal em diferentes disciplinas e atividades

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 14 - REFERENCIAIS TEÓRICOS EM BIOÉTICA

Esta Escola predominantemente...

a) não aborda referenciais teóricos da Bioética em suas aulas

b) enfatiza o referencial bioético principialista (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) e discute dilemas éticos da prática clínica

c) aborda a Bioética em sua pluralidade de referenciais teóricos e campos de reflexão, discutindo problemáticas de saúde e prática profissional em sua interface com a ética

⁴ Considerar a substituição de “disciplina” por “módulo” ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

⁵ Considerar equivalente à disciplina de Ética Legal as disciplinas denominadas de Medicina Legal, Ética Médica, Deontologia e outras que podem ser caracterizadas por abordar basicamente os princípios ético-legais da profissão e os deveres dos profissionais.

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 17 - DISCIPLINA⁶ CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Escola predominantemente...

- a) oferece uma disciplina de Bioética⁷ e não oferece uma disciplina específica de Cuidados Paliativos
- b) oferece uma disciplina conjunta de Cuidados Paliativos e de Bioética ou oferece uma disciplina específica de Cuidados Paliativos
- c) além de oferecer uma disciplina de Cuidados Paliativos, aborda-a como tema curricular transversal em diferentes disciplinas e atividades

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 21- SOBRE A MATRIZ CURRICULAR PRÉ-CLÍNICA E ENSINO DE FARMACOLOGIA⁸

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor
- b) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica
- c) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica e de abordagens sobre o sofrimento humano

Justificativa:

Evidência(s):

QUESTÃO 22 - SOBRE A MATRIZ CURRICULAR CLÍNICA E ENSINO DE FARMACOLOGIA⁹

Esta Escola predominantemente...

- a) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor
- b) aborda de forma consistente o ensino farmacológico de terapêutica da dor oncológica

⁶ Considerar a substituição de “disciplina” por “módulo” ou outro termo empregado no curso sempre que adequado.

⁷ Considerar equivalente à disciplina de Ética Legal as disciplinas denominadas de Medicina Legal, Ética Médica, Deontologia e outras que podem ser caracterizadas por abordar basicamente os princípios ético-legais da profissão e os deveres dos profissionais.

⁸ Considerar os dois primeiros anos do Curso Médico.

⁹ Considerar os quatro últimos anos do Curso Médico.

APÊNDICE F

Artigo: Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil

*Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil**The Teaching of Bioethics and Palliative Care in Brazilian Medical Schools*

José Ricardo de Oliveira^I
 Amauri Carlos Ferreira^{II}
 Nilton Alves de Rezende^I

PALAVRAS-CHAVE:

- Bioética;
- Cuidados Paliativos;
- Educação Médica;
- Ensino.

KEYWORDS:

- Bioethics;
- Palliative Care;
- Medical Education;
- Teaching.

RESUMO

Este artigo avalia a atual situação curricular da Bioética e Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras. A articulação entre o ensino de Bioética e Cuidados Paliativos tem sido pouco investigada na área da saúde. Os profissionais responsáveis pela elaboração dos currículos parecem não se preocupar com o conhecimento dessas áreas e com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da Bioética, com ênfase em cuidados paliativos.

ABSTRACT

This paper aims to assess the current status of the teaching of Bioethics and Palliative Care in Brazilian medical schools. The link between the teaching of bioethics and palliative care has been neglected by investigation in the healthcare field. The professionals responsible for the development of curricula do not seem to be concerned about knowledge on these topics and the training of professionals to meet the needs of the emerging field of bioethics, with a focus on palliative care.

Recebido em: 26/01/2013

Reencaminhado em: 12/04/2013

Reencaminhado em: 26/04/2013

Aprovado em: 02/05/2013

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{II} Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre bioética e terminalidade da vida humana contemplam temas como cuidados paliativos, equipe interdisciplinar de saúde, eutanásia, distanásia e ortotanásia. A atenção aos pacientes sem perspectiva terapêutica convencional¹ – chamados “pacientes terminais” – estabelece o vínculo de cuidado dos membros da equipe interdisciplinar de saúde com pacientes, familiares e cuidadores. Essa relação circunscreve um campo de experiência profissional do cotidiano dos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde. Todavia, os responsáveis pela elaboração dos currículos nas Escolas Médicas do Brasil (EMB) parecem não se preocupar com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da Bioética, com ênfase em cuidados paliativos. Este aspecto é relevante se se considerar que o Brasil está em processo de transição demográfica, entrando na fase das doenças crônico-degenerativas, em que impera a limitação para as atividades da vida diária e a qualidade de morte.

Embora haja rica literatura e uma práxis sedimentada, internacionalmente, sobre a Bioética e os Cuidados Paliativos, convive-se com dilemas recorrentes no século XXI, que autorizam apresentar algumas indagações:

– Qual o motivo da ausência de uma disciplina curricular, obrigatória ou optativa, relacionada com a terminalidade da vida humana ou com os cuidados de pacientes sem perspectiva terapêutica convencional?

– Por que não há transparência nas atuais propostas pedagógicas, especificamente na área médica, implantando disciplina sobre a temática da terminalidade humana?

– O motivo de ausência e não transparência nessas questões se relacionaria a certo temor desses profissionais de saúde de refletir e discutir sobre a terminalidade da vida humana individual e/ou coletivamente?

Na tentativa de responder a estes questionamentos, esta revisão foi segmentada em quatro etapas: Bioética Clínica e Cuidados Paliativos; tendências de inserção de Bioética e Cuidados Paliativos nas EMB; a equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos; tentativa de resposta.

BIOÉTICA CLÍNICA E CUIDADOS PALIATIVOS

Pode-se indagar sobre a contribuição da educação e da formação médicas nas EMB no que concerne à terminalidade da vida humana, com ênfase em Bioética Clínica e Cuidados Paliativos. Para Kovács, a Bioética do século XXI deve retomar a discussão dessas questões relativas ao processo do morrer, da morte e do desenvolvimento humano².

Mas o que é Bioética e Bioética Clínica? Ao lado dos notáveis avanços técnicos e biotecnológicos, surge a Bioética no

início dos anos 1960 como experiência de alguns centros acadêmicos, como área de reflexão, discussão e ação. Marca um lugar de encontro interdisciplinar entre profissionais de diversas áreas do conhecimento. No Brasil, as discussões sobre a Bioética, “que poderíamos imprecisamente situar no período de redemocratização do país”³ (p. 28), trouxeram um debate atual sobre avanços da genética, transplante de órgãos, aborto, autonomia dos pacientes, eutanásia e ortotanásia. Portanto, uma discussão densa sobre esses temas auxiliaria pacientes e/ou familiares na escolha e tomada de decisões. Uma área de reflexão sobre a moral social e os valores pessoais iniciaria a interlocução com a Bioética Clínica? De fato, a Bioética é a ética aplicada às situações de vida cotidiana. A Bioética Clínica adquire densidade nos comitês de Bioética de hospitais universitários e de ética em pesquisas que envolvam seres humanos e animais. A opinião pública, a ética, a ciência e a política estão cada vez mais engajadas em refletir sobre esses temas contemporâneos, considerando que a Bioética cuida da dignidade e da vida, especificamente do significado e do sentido da existência humana⁴.

Acrescenta-se que um número expressivo de estudiosos referencia a Bioética aos dilemas acerca da vida e da morte^{1,2,4,5}. Um percurso histórico contempla a morte em distintos cenários da civilização, com suas práticas, ritos e mitos. Transformações sociais provocam mudanças no ambiente onde a morte ocorre. Na Idade Média, a morte acontecia nos domicílios. Nos dias atuais, a morte é relegada ao hospital e, com frequência, confinada aos centros de tratamento intensivo, denominados “catedrais contemporâneas da saúde e do sofrimento humanos”⁶ (p. 12).

Níveis de sofisticação tecnológica contribuem não só para a melhoria da expectativa de vida como para a construção de uma cultura que envolve o processo de morte. Uma nova prática, denominada cuidados paliativos, emerge a partir da segunda metade do século XX. Mas o que são os Cuidados Paliativos (CP)? O que significam? A grande maioria dos profissionais da saúde ainda desconhece o que significam e nem sequer sabem da existência de programas e serviços de CP em instituições de saúde no País⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou CP como o cuidado ativo e total aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, como: câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças neurológicas, insuficiência hepática e/ou renal, fase final de doenças respiratórias e cardíacas. É importante que o médico reconheça a necessidade da mudança do enfoque terapêutico. A atuação profissional buscaria aliviar o sofrimento por meio do diagnóstico precoce, de uma avaliação minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.

TENDÊNCIAS DE INSERÇÃO DE BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS BEM

Diante de um enfermo, portador de doença em fase terminal, a OMS e o Conselho Federal de Medicina (CFM), dentre outras entidades, preconizam que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a melhor qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares e cuidadores¹.

Com o objetivo de conhecer a realidade do ensino de Ética nos cursos de graduação em Medicina, foram realizadas pesquisas em 1981², 1984³, 1992⁷ e 2001⁸.

Ao se fazer uma análise comparativa entre os resultados das últimas duas enquetes realizadas (1992 e 2001), de forma a identificar tendências curriculares inovadoras no campo da Ética, da Deontologia e da Bioética, conclui-se que:

- a variação do número de EMB foi de 76 para 103;
- houve progressão de 96,6% para 100% da disciplina de Ética Médica no currículo da graduação;
- em 1992, 33,7% das Faculdades de Medicina (FM) ministravam a Ética como disciplina autônoma, sendo que 68% delas a denominavam Deontologia, e em nenhuma o nome era Bioética; após uma década, o número de escolas em que a Ética era disciplina independente aumentou 4%, o termo Deontologia foi mantido por 40% delas, e em 26,7% a designação utilizada era Bioética;

- a carga horária da disciplina de Ética se concentrava do terceiro ao quinto ano e na faixa de 10 a 40 horas, resultados obtidos nas duas pesquisas;

- não houve mudanças significativas no ensino da Ética nas FM do Brasil, mas nota-se uma tendência de melhoria⁸.

Recente estudo regional avaliou o desempenho de alunos de Medicina, selecionados em 23 FM do estado de São Paulo, frente às questões paradigmáticas no campo da Bioética. Apesar da elevada presença curricular da Bioética (92,7%), a ênfase em métodos teóricos de ensino (72,3%) poderia ser fator desestimulante do aprendizado acadêmico⁹. Alguns estudos exemplares descreveram trajetórias de construção das disciplinas de Bioética/Deontologia e Bioética, respectivamente, em uma FM na cidade de São Paulo (SP)¹⁰ e na FM da UEL (PR)¹¹.

Vale ressaltar as propostas inovadoras de integração curricular – temática, metodológica, transversal, do ensino de Ética Médica e Bioética – na FM-Univali (SC), com disciplina própria do primeiro ao oitavo período, integralizando 135 horas¹². No mesmo sentido, há a experiência de integração das disciplinas de humanidades médicas da FM-USP (SP), com base humanística, Psicologia Médica, cidadania, Bioética e Bioética Clínica, do primeiro ao quinto ano, com carga horária total de 240 horas¹³.

Novas investigações no campo da Bioética contribuem para ampliar conhecimentos sobre a realidade do ensino médico. Figueiredo *et al.*¹⁴ constataram que a inclusão da Bioética como disciplina acadêmica se restringia a menos de 30% dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde. Já Dantas e Sousa⁶ afirmaram que não ocorreu alteração significativa na oferta das disciplinas exclusivas de Ética Médica e Bioética. Serodio e Almeida¹⁵ aprofundaram a pesquisa: entrevistaram profissionais que exerciam atividades de ensino com estudantes de Medicina na Unifesp-EPM (SP) e verificaram algumas discrepâncias em face dos temas abordados em cursos formais de Ética das EMB.

Por fim, citamos as estratégias, ora pontuais, mas bem-sucedidas, do ensino de Bioética nas EMB: Siqueira *et al.* (UEL-SC)¹¹, Grisard (Univali-SC)¹², Rios *et al.* (FM-USP)¹³, Gomes *et al.* (UFC-CE)¹⁶, Drumond *et al.* (Unimontes-MG)¹⁷. Apesar desses atuais e exemplares trabalhos na área de Bioética, constata-se escassa referência na literatura nacional quanto ao ensino de cuidados paliativos.

O estudo de Toledo e Priolli¹⁸ descreveu atitudes e práticas de ensino dos cuidados paliativos no Brasil, conforme relato de 58 coordenadores das EMB participantes da pesquisa (32,4% de 179 coordenadores). Constatou-se que “a maioria (96,6%) considerou muito importante o ensino dos cuidados no fim da vida” (p. 109); entretanto, 73% acreditam que a carga horária é insuficiente. Embora os coordenadores confirmem sua importância, “ainda é dada pouca prioridade ao ensino deste tema no Brasil” (p. 109).

O relato¹⁹ contundente de que “Não existe ensino de cuidados paliativos no Brasil. Médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais” (p. 19, tradução do autor) enfatiza o olhar pedagógico descompromissado das EMB. As iniciativas, ora pontuais, mas exitosas, no ensino de cuidados paliativos nas EMB seriam: Pinheiro *et al.* (FM ABC-SP)¹⁹, Fripp *et al.* (UFP-RS)²⁰, Figueiredo (Unifesp-SP)²¹, Figueiredo e Figueiredo (FMI-MG)²², entre outras.

O estudante de Medicina, ao longo de sua formação, recebe treinamento para lidar com situações cotidianas e mesmo conflituosas, em modalidade curricular real e oculta. Estudos qualitativos exploratórios foram propostos para avaliar o efeito da prática no campo de estágio em dois hospitais-escolas. No hospital universitário da FM-Uerj (RJ), pesquisadores²³ avaliaram 128 estudantes do internato, enfatizando a perspectiva da percepção dos mesmos quanto aos conflitos e dilemas morais, e confirmaram um grau de defasagem no conteúdo curricular e nas estratégias pedagógicas. Do mesmo modo, no Hospital das Clínicas da UFRS (RS), estudiosos²⁴ entrevista-

ram cinco alunos do estágio prático do internato quanto ao “sentir-se preparado frente à morte e ao morrer” (p. 39) e identificaram uma lacuna na formação acadêmica.

A criação de Ligas Acadêmicas de Medicina Paliativa nas EMB ou grupos de CP em hospitais-escolas configura a grade do currículo oculto ou paralelo. Também possibilita uma complementação de ensino-aprendizagem e experiência clínica interdisciplinar com certo número de alunos^{21,22,25,26}.

A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

Uma nova forma de cuidado circunscreve as relações entre paciente, família, cuidador, médico e outros profissionais de saúde. Quais seriam as atitudes dessas pessoas frente ao processo do morrer e da morte?

O processo da terminalidade humana não deveria ser um problema na área da medicina. É um evento natural, tanto quanto o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento. Caberia aos profissionais e aos serviços de saúde orientar, prevenir complicações, assistir e tratar, sempre que possível. A atitude de cuidar de outro que se encontra frágil demarca uma implicação e faz parte de uma ação advinda de escolha pessoal e/ou profissional. No processo do morrer e da morte, o paciente precisa de solidariedade e de reconhecimento de sua dignidade^{1,2,5}. Todavia, é necessário que o ensino médico se volte também para despertar a sensibilidade de educadores e educandos no que diz respeito à humanidade dos que estão em situação de limite entre a vida e a morte. Portanto, é pertinente pensar na introdução de temas sobre a terminalidade humana na formação interdisciplinar dos médicos.

A atenção interdisciplinar em CP é realizada por uma equipe específica – composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais necessários ao cuidado –, que entende a importância de cuidar do paciente na mesma dimensão em que cuida da família e da comunidade^{1,2,5}. Quanto à formação de profissionais de saúde e de serviços em CP, Floriani²⁷ informa que a expansão global do moderno movimento *hospice* tem sido rápida e impressionante. Investigações recentes informam que esse movimento é consistente em 115 países, enquanto em cerca de 40 outros países existem condições para seu desenvolvimento, assim como no Brasil. No entanto, vários fatores concorrem para tornar menos eficazes as ações de CP. Faz-se referência à falta de qualificação de recursos humanos (ensino médico) e à existência de políticas de restrita liberação de opioides²⁷.

O Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Oncológica e de Assistência à Dor, Portaria nº 19/GM (03/01/2002) – nomeada Programa Nacional de Assistência à

Dor e CP –, que cria, no âmbito do SUS, a organização dos CP, com destaque para a necessidade de elaboração do ensino de CP na graduação e na pós-graduação. Entretanto, esta diretriz não efetivou ainda medidas necessárias às mudanças preconizadas. No Brasil²⁸, em 2006, faleceram 1.031.691 pessoas. Apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias corresponderam a mais de 725 mil brasileiros, que faleceram com grande possibilidade de sofrimento intenso por falta de formação, educação continuada e recursos humanos direcionados aos CP.

De outro modo, como parte do processo de edição do novo Código de Ética Médica (2009/2010), a Comissão Mista de Especialidade, formada por representantes do CFM, da Associação Médica Brasileira e da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e Cultura (MEC), emitiu parecer favorável à criação da área de atuação em Medicina Paliativa. Indaga-se: como se cria uma subespecialidade médica sem se preocupar com a formação acadêmica? Então, o que muda? Com a regulamentação da Medicina Paliativa, preveem-se mudanças socioculturais e na qualidade do atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas, incuráveis ou que estejam em fase final de vida. A exigência de formação específica, portanto, demanda a criação de cursos de residência médica em Medicina Paliativa. Mas quais seriam os elementos facilitadores para que os egressos das EMB procurassem essa nova área de atuação?

TENTATIVA DE RESPOSTA

Esta revisão articula dois campos de conhecimento – o da Bioética e o dos Cuidados Paliativos – demarcando a questão inicial: que lugares esses saberes ocupam nos cursos de Medicina autorizados pelo MEC? Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais²⁹ para os cursos de graduação em Medicina contemplam seis competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gestão em saúde, educação permanente. O registro da ética e da equipe multiprofissional está presente em partes do texto: [...] profissional humanista, crítico e reflexivo [...] pautado em princípios éticos, legais; [...] devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/Bioética [...]; [...] compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte [...]; atuar em equipe multiprofissional²⁹ (p. 38).

Descortinam-se possibilidades para avaliar os espaços político, teórico e prático/pedagógico no ensino médico quanto ao processo da terminalidade humana. As tendências de mudanças na formação médica, saindo da pauta da agenda de

saúde para a consolidação da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, é um longo percurso de aprendizado, erros e acertos por parte do governo e dos responsáveis pela formação de um(a) competente médico(a) brasileiro(a).

O cuidado com pessoas em situações de terminalidade reivindica do profissional médico, além de competência técnico-científica, um perfil humanista. A atitude de cuidado – cuidar do outro – no campo da saúde é um dos pressupostos da dignidade humana. A reflexão Bioética enriquece “o fazer médico e o saber médico com a oportunidade de termos, na mesma discussão, a presença de juristas, filósofos, sociólogos e outros profissionais”³⁰ (p. 51).

A escassez bibliográfica, as limitações estruturais dos estudos, a falta de um cadastro nacional das EMB, entre nós, dificultam a pesquisa, uma vez que a articulação entre o ensino de Bioética e Cuidados Paliativos tem sido pouco investigada na área da saúde. Como estaria integrado esse tema no currículo das atuais 197 EMB?

CONCLUSÃO

O processo de integração das disciplinas de Bioética e de Deontologia Médica encontra-se em expansão curricular na área da saúde. Todavia, o ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas EMB tem merecido pouca atenção dos pesquisadores brasileiros. Embora haja rica literatura e uma práxis sedimentada, internacionalmente, sobre a Bioética e os Cuidados Paliativos, convive-se com dilemas recorrentes no século XXI. Constatam-se uma ausência de disciplina, obrigatória ou optativa, de Cuidados Paliativos nas EMB. A ausência dessa disciplina poderia ser creditada, quem sabe, ao desinteresse dos responsáveis pela elaboração curricular. Assim, a proposta de se estudar e responder a essa condição curricular de ensino nas EMB é uma tarefa inicial, mas requer ousadia, podendo ser tema matriz de pesquisas futuras no campo do ensino médico.

REFERÊNCIAS

- Oliveira JR. Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional: estudo sobre o morrer com dignidade. 2007; Belo Horizonte. Mestrado [Dissertação] — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da Morte. In: Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP; 2004.
- Rego S. Reflexão sobre o processo de formação ética dos médicos. Cad ABEM. 2004;1:28-9.
- Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2004.
- Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2004.
- Dantas F, Sousa EG. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):507-17.
- Meira AR, Cunha MMS. O ensino da ética médica em nível de graduação nas faculdades de Medicina do Brasil. Rev Bras Educ Med. 1994;18 (1):7-10.
- Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2003;27:114-24.
- Oliveira GB, Guaiumi TJ, Cipullo JP. Avaliação do ensino de Bioética nas faculdades de medicina do estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde. 2008;15(3):125-31.
- Caramico HJ, Zaher VL, Rosito MMB. Ensino da Bioética nas faculdades de medicina do Brasil. Bioethikos. 2007;1(1):76-90.
- Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O Ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Simpósio. Bioética. 2002;10(1):86-95.
- Grisard N. Ética médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. Bioética. 2002;10:97-114.
- Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP — Um caminho para o ensino. Rev Bras Educ Med. 2008;32(1):112-21.
- Figueiredo AM, Garrafa V, Portillo JAC. Ensino da Bioética na área das ciências da saúde no Brasil: estudo de revisão sistemática. R Inter Interdisc INTERthesis. 2008; 5(2):47-72.
- Serodio AMB, Almeida JAM. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):55-62.
- Gomes AMA, Moura ERE, Amorim RE. O lugar da ética e Bioética nos currículos de formação médica. Rev Bras Educ Med. 2006;30(2):56-65.
- Drumond JGF, Canela JR, Dias OV, Costa SM. Bioética — instrumento de “integração” interdisciplinar e transdisciplinar na UNIMONTES. Anais do III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Cone Sul; 3-4 jul. 2000; Porto Alegre, RS: Sociedade Sul-Riograndense de Bioética [online]. 2000 [acesso em 12 dez. 2012]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/conres.htm#16>.
- Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1):109-117.

19. Pinheiro T, Blasco P, Benedetto MA, Levites M, Del Giglio A, Mônico C. Teaching palliative care in a free clinic: a Brazilian experience [online]. [acesso em 12 dez. 2012]. Disponível em: http://cdn.intechopen.com/pdfs/27611/InTech-Teaching_palliative_care_in_a_free_clinic_a_brazilian_experience.pdf.
20. Fripp JC, Facchini LA, Silva SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(1):69-78.
21. Figueiredo MTA. Prefácio. In: Oliveira RA, coord. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP; 2008.
22. Figueiredo MTA, Figueiredo MGMCA. *Cuidados Paliativos* [online]. Itajubá, MG: Graça Mota Figueiredo. 2010. [acesso em 18 jan. 2013]. Disponível em: <http://bilhetedeplataforma.blogspot.com.br/2010/05/texto-nossa-vida-dentro-de-nos.html>.
23. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(1):23-8.
24. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;35(1):37-43.
25. Liga de Cuidados Paliativos de Caxias do Sul [homepage]. Caxias do Sul, RS: Liga de Cuidados Paliativos; c2013 [acesso em 18 jan. 2013]; [6 telas] Disponível em: <http://www.uces.br/ucs/centro/cecs/ligas/paliativos/capa/inicial>.
26. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos*. 6-9 out. 2010; São Paulo, Brasil. São Paulo, SP: ANCP; out. 2010. 132p. [acesso em 18 jan. 2013]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=101>.
27. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the Health-Care System. *Palliative Care: Research and Treatment*. 2008;2:19-24.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Indicadores e Dados Básicos — Brasil — 2006* [online]. Brasília, DF: MS; 2006. [acesso em 21 out. 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>.
29. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES n. 4. 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 2001 nov. 9; seção 1:38.
30. D'Ávila RL. O Conselho Federal de Medicina e o ensino da Ética e Bioética. *Bioética*. 2003;11(2):51-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

José Ricardo de Oliveira contribuiu na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final. Amauri Carlos Ferreira e Nilton Alves de Rezende participaram da concepção do estudo e revisão do texto final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Ricardo de Oliveira
Rua Maracaju, 19 – apto 1603
Nova Granada – Belo Horizonte
CEP 30431-350 – MG
E-mail: oliveira.jricardo@gmail.com

APÊNDICE G
Representação das áreas de Ética, Bioética e Cuidados paliativos por Escola Médica do Estado de Minas Gerais, 2011-2014

IES	Nome do curso/ Data da criação/ Categoria administrativa	Tipologia/ Metodologia de ensino	Disciplina	CH	Período (P)/ Ano (A)
CENTRAL					
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Faculdade de Medicina 01/03/1911 Federal	Tradicional	Tutoria		5ºP
			Psicologia Médica Aplicada	30	7ºP
			Medicina Legal/Ética Médica I	60	7ºP
			Medicina Legal/Ética Médica II	60	12ºP
			Tópicos em Clínica Médica	15	
Universidade José do Rosário Vellano - Campus Universitário de Belo Horizonte (UNIFENAS-BH)	Curso de Medicina 29/06/2001 Privada	PBL	Prática Médica na Comunidade (PMC)	48	4ºP
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)	Curso de Medicina 30/01/1951 Privada	Tradicional	Antropologia Social	60	1ºP
			Ética	40	3ºP
			Psicologia Médica	80	3ºP
			Bioética	40	4ºP
Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH)	Curso de Medicina 02/02/2007 Privada	Médico Generalista	Recepção: Relacionamento Humano, Cultural e Ambiental	60	1ºP
			Semântica Médica I	80	1ºP
			Ontoética: Ética e Moral	40	2ºP
			Sociologia	40	3ºP
			Bioética	40	3ºP
			Psicologia Médica	40	3ºP
			Medicina Legal I	60	5ºP
			Legislação	40	6ºP
Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH) - Vespasiano	Curso de Medicina 26/08/2003 Privada	Médico Generalista	Introdução a Ética Médica		1ºP-4ºP
			Bioética		
			Deontologia		
			Medicina Legal		
Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)	Curso de Medicina 24/11/2006 Federal	Humanística, Científica e Técnica	Medicina, Ciência e Sociedade	45	2ºP
			Psicologia Médica	60	3ºP
			Medicina Legal e Deontologia Médica	60	9ºP
Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOB)	Curso de Medicina 26/04/1971 Privada	Tradicional	Ciências Sociais e Saúde	30	1ºP
			Psicologia Médica e Ética	60	2ºP
			Bioética	30	7ºP
			Medicina Legal	30	7ºP
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)	Curso de Medicina 05/06/2012 Privada	Tradicional	Filosofia: Modernidade		2ºP
			Filosofia: Antropologia e Ética		3ºP
Faculdade de Minas BH - FAMINAS	Curso de Medicina 05/06/2012 Privada	Tradicional	Desenvolvimento Pessoal II (Deontologia Médica)	34	2ºP
			Psicologia Médica	102	3ºP
			Atenção à Saúde VII (Medicina Legal)	34	7ºP
MATA					
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS) - Juiz de Fora	Curso de Medicina 04/10/2004 Privada	Tradicional	Psicologia Médica: Abordagem inicial do paciente	60	3ºP
			Introdução à Bioética	20	3ºP
			Psicologia Médica	60	5ºP
			Bioética	40	7ºP

IES	Nome do curso/ Data da criação/ Categoria administrativa	Tipologia/ Metodologia de ensino	Disciplina	CH	Período (P)/ Ano (A)
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora	Faculdade de Medicina 26/12/1952 Federal	Tradicional	Psicologia Médica I		2ºP
			Psicologia Médica II		5ºP
			Antropologia Médica		6ºP
			Medicina Legal		7ºP
			Deontologia Médica		12ºP
Universidade Federal de Viçosa (UFV)	Curso de Medicina 13/01/2010 Federal		Ética, Bioética e Saúde Pública	45	1ºP
Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) - Juiz de Fora	Faculdade de Medicina 04/06/2002 Privada		Ética e Bioética	33	3ºP
			Psicologia Médica	33	4ºP
			Medicina Legal	16	7ºP
SUL DE MINAS					
Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT) - Itajubá	Faculdade de Medicina de Itajubá 08/04/1968 Privada	Tradicional	Ética e Bioética I	18	1ºA
			Fundamentos Humanísticos I	18	1ºA
			Tanatologia e Cuidados Paliativos I	36	1ºA
			Ética e Bioética II	18	2ºA
			Fundamentos Humanísticos II	18	2ºA
			Tanatologia e Cuidados Paliativos II	36	2ºA
			Ética e Bioética III	72	4ºA
			Medicina Legal	40	4ºA
Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) - Alfenas	Faculdade de Ciências Médicas 15/12/1988 Privada	Tradicional	Ética e Espiritualidade		1ºP
			Ética no início da vida		3ºP
			Sociologia Médica		4ºP
			Bioética		6ºP
Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) - Pouso Alegre	Curso de Medicina 21/11/1968 Privada	Tradicional	Bioética	30	1ºA
			Psicologia Médica	50	2ºA
			Medicina Legal e Deontologia	60	3ºA
TRIÂNGULO					
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT) - Uberaba	Curso de Medicina 24/03/1954 Federal	Tradicional	Psicologia I	30	1ºP
			Bioética	30	3ºP
			Psicologia II	45	5ºP
Universidade de Uberaba (UNIUBE) - Uberaba	Curso de Medicina 08/04/1997 Privada	Tradicional	Saúde e Sociedade	Variável	1ºP-7ºP
			Tutoria	10-40	1ºP-12ºP
Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia	Curso de Medicina 14/02/1968 Federal	Tradicional	Ética Médica	30	7ºP
			Medicina Legal	60	7ºP
Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) - Araguari - FAME	Curso de Medicina 16/04/2004 Privada		Antropologia e Sociologia Aplicada à Saúde	40	2ºP
			Ética e Bioética	40	3ºP
			Psicologia Médica	40	4ºP
			Medicina Legal	40	7ºP
			Aspectos Jurídicos da Prática Médica	20	8ºP
			Diagnóstico e Terapia da Dor	40	Optativa
NOROESTE DE MINAS					
Faculdade Atenas (FA) - Paracatu	Curso de Medicina 22/12/2005 Privada	Metodologia Ativa	Bases Humanísticas	40	2ºP
			Medicina Legal/Bioética	80	5ºP
NORTE DE MINAS					
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	Faculdade de Medicina do Norte de Minas 06/11/1974 Estadual	Médico Generalista/ PBL	Psicologia Geral		1ºP
			Saúde e Sociedade		3ºP
			Psicologia Médica		5ºP
			Medicina Legal e Deontologia		8ºP

IES	Nome do curso/ Data da criação/ Categoria administrativa	Tipologia/ Metodologia de ensino	Disciplina	CH	Período (P)/ Ano (A)
Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-Moc)	Curso de Medicina 08/10/2007 Privada	PBL	Concepção e Formação do Ser Humano		1ºP
Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas (ICS-FUNORTE)	Curso de Medicina 23/06/2005 Privada	PBL	Habilidades e Atitudes (Treinamento de Habilidades)	108	2ºP-8ºP
			Dor	192	5ºP
RIO DOCE					
Instituto Metropolitano de Educação Superior (IMES)/ Faculdade de Medicina do Vale do Aço (FAMEVAÇO) - Ipatinga	Faculdade de Medicina 30/12/1998 Privada	Tradicional	Ética e Humanismo I	33	1ºP
			Ética e Humanismo II	33	2ºP
			Ética e Humanismo III	33	3ºP
Centro Universitário de Caratinga/Instituto de Ciências da Saúde (UNEC)	Curso de Medicina 21/12/2001 Privada		Saúde e Sociedade I, II, III, IV	20-40	1ºP, 2ºP, 6ºP, 7ºP
			Psicologia Médica I, II	40-80	2ºP, 4ºP
			Bioética	20	2ºP
CENTRO-OESTE DE MINAS					
Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) - Divinópolis	Curso de Medicina 27/08/2007 Federal	Inovadora (Transversal)	BPPM	Variável	1ºP-8ºP
			Metodologia Científica I	36	1ºP
			Prática Investigação Científica I (PIC)	8	4ºP
ALTO DO PARANAÍBA					
Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)	Curso de Medicina (12/10/2007) Privada	PBL	Concepção e Formação do Ser Humano	126	1ºP

Nota: Revisão via *Internet* da matriz curricular de 28 EMMG, no âmbito do MEC.

Fonte: Dados compilados pelo autor.