

Cuidados paliativos na emergência: um novo chamado para a educação médica no Brasil

Palliative care in the emergency room: a new call for medical education in Brazil

Jessica Corrêa Pantoja

Bacharela em Saúde, Especialização em Docência em Ciências da Saúde, Faculdade Iguazu, Capanema, PR, Brasil;
E-mail: jessicacorreapantoja@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5714-7909

Maria Elisa Gonzalez Manso

Bacharela em Medicina, Doutora em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;
E-mail: mansomeg@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-5446-233X

Contribuição dos autores: JCP teve uma participação fundamental na concepção, análise, interpretação, redação e revisão crítica do conteúdo do artigo, resultando na aprovação de sua versão final. MEGM atuou como supervisora da pesquisa, contribuindo para a revisão e aprovação final do manuscrito. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 28/01/2024

Aprovado em: 21/10/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: Este estudo investiga a implementação e eficácia dos cuidados paliativos na área de emergência médica. Através de uma análise bibliográfica, foram identificadas deficiências e percepções divergentes sobre essa abordagem na medicina de emergência. As principais lacunas se concentram em várias áreas, evidenciando limitações e interpretações divergentes, especialmente na visão dos profissionais de saúde. Além disso, destaca-se a falta de conscientização sobre os cuidados no fim da vida, especialmente entre médicos de emergência menos experientes. Esse panorama reforça a urgência de pesquisas que esclareçam a aplicação efetiva desses cuidados nos prontos-socorros brasileiros, onde essa prática ainda não está consolidada. Conclui-se que uma mudança de perspectiva, voltando o foco não apenas para “salvar vidas”, mas também para preservar a dignidade humana, é essencial para uma prestação de serviços de emergência mais humanizada.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Assistência Paliativa; Formação Médica; Pronto-socorro; Serviços Médicos de Emergência.

Abstract: This study investigates the implementation and effectiveness of palliative care in the emergency medical field. Through a bibliographic analysis, deficiencies and divergent perceptions about this approach in emergency medicine were identified. The main gaps focus on various areas, highlighting limitations and divergent interpretations, especially from the perspective of healthcare professionals. Additionally, the lack of awareness about end-of-life care is emphasized, especially among less experienced emergency physicians. This panorama reinforces the urgency of research that clarifies the effective application of these care practices in Brazilian emergency departments, where this practice is not yet consolidated. It is concluded that a change in perspective, focusing not only on “saving lives” but also on preserving human dignity, is essential for a more humanized provision of emergency services.

Keywords: Healthcare; Palliative Care; Medical Schools; Emergency Room; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da qualidade de vida torna-se cada vez mais relevante, sobretudo diante do aumento da expectativa de vida e do impacto crescente das doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento populacional. Nesse contexto, as sociedades contemporâneas enfrentam desafios significativos no âmbito da saúde. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), essa realidade destaca a necessidade premente de incorporar, também na formação médica, tópicos relacionados aos cuidados no final da vida e ao processo de morrer¹.

O surgimento de doenças emergentes, como a COVID-19, em conjunto com as mudanças demográficas e epidemiológicas, exige abordagens de cuidado específicas durante as fases de adoecimento e óbito. Este cenário evidencia a busca crescente por prontos-socorros (PS), impulsionada pela fragilidade observada na atenção primária. Frente ao quadro de adoecimento crônico, a ausência de equipes disponíveis de cuidados paliativos (CP) direcionam os pacientes para as emergências, onde a acelerada dinâmica dificulta uma abordagem mais compassiva e individualizada (Quadro 1)²⁻⁵.

Embora as situações de emergência não se configurem como ambientes adequados para a implementação de CP, identifica-se nelas um papel crucial no gerenciamento de sintomas durante crises agudas. Este papel possibilita a promoção de um cuidado centrado no paciente, em contraposição a uma abordagem focada exclusivamente na doença¹².

Dessa maneira, o foco desta pesquisa centra-se na realização de uma revisão de escopo, visando analisar a abordagem das equipes de PS na prestação de cuidados a pacientes com doenças crônicas avançadas, com particular ênfase na perspectiva dos CP. Adicionalmente, durante a realização do estudo, evidenciou a necessidade de avaliação das deficiências existentes, especialmente no contexto estrutural brasileiro.

Quadro 1. Componentes dos serviços de emergência no Brasil⁶.

Atendimento Médico Ambulatorial (AMA)	Atende a demandas de saúde de média complexidade, realizando procedimentos como administração de medicamentos, suturas, drenagem de abscessos e exames de Raio-X, sem necessidade de cadastro prévio. O atendimento ocorre de segunda a sábado, das 07h às 19h nas unidades tradicionais e 24h nas unidades interligadas a hospitais ⁷ .
Hospitais	Atendem situações de emergência com internação, cirurgias, acompanhamento cirúrgico, exames avançados, maternidade, exames de imagem e casos complexos ⁸ .
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Ao ligar para o número 192, o cidadão é atendido por profissionais de saúde e médicos treinados que oferecem orientações de primeiros-socorros por telefone. Eles avaliam a situação e determinam o tipo de atendimento, ambulância e equipe necessários. Presta assistência em diversas localidades, garantindo suporte por telefone no domicílio, local de trabalho ou em vias públicas, conforme a necessidade do usuário ⁹ .
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Desempenham um papel fundamental como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atendimento abrangente para a maioria dos problemas de saúde. Proporcionam acesso a medicamentos, vacinas e serviços diversos, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população e reduzindo a demanda por encaminhamentos hospitalares ¹⁰ .
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	Operam 24 horas por dia, durante sete dias por semana, oferecendo soluções para diversas urgências e emergências, como hipertensão, febre, fraturas e emergências cardíacas. Com serviços como raio-X, pediatria e leitos de observação, contribuem para reduzir filas nos hospitais. Atendendo mais de 90% dos casos sem encaminhamento hospitalar, estão conectadas ao SAMU ¹¹ .

Fonte: Autoria própria (2024).

METODOLOGIA

Realizamos uma revisão de escopo com base no referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI)¹³. Para o relato desta revisão foram utilizadas as recomendações da ferramenta PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). Um protocolo de pesquisa foi registrado na Open Science Framework (OSF)^{14,15}.

Pergunta de investigação

A formulação da pergunta inicial baseou-se no seguinte questionamento central: “Existem informações acessíveis sobre a abordagem dos cuidados paliativos em emergências médicas?”. Contudo, essa indagação mostrou-se insuficiente, o que levou à elaboração de uma segunda pergunta complementar, considerada essencial diante da escassez de pesquisas na área: “Quais são os dados disponíveis sobre a implementação de cuidados

paliativos em emergências no contexto brasileiro?”. Essa questão foi estruturada com o auxílio do acrônimo PCC (População: profissionais de saúde e pacientes em contextos de emergência médica; Conceito: abordagem de cuidados paliativos; Contexto: emergências médicas, com ênfase no Brasil).

Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção dos artigos, optou-se por aqueles que abordavam diretamente o tema da pesquisa, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Inicialmente, todos os artigos identificados foram avaliados com base em seus títulos e resumos. Nesta fase, foram excluídos os estudos que não estavam alinhados com a temática proposta, os duplicados, ensaios clínicos controlados, estudos de triagem e pré-publicações.

Fontes de dados e estratégias de busca

A busca foi realizada em janeiro de 2024, utilizando uma abordagem metodológica quali-quantitativa e de caráter exploratório-descritivo, visando aprofundar a investigação sobre a temática. Foram incluídos artigos indexados nas bases de dados USA National Library of Medicine (PubMed), Virtual Health Library (VHL) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), abrangendo o período de 2019 a 2024. Decidiu-se restringir a revisão aos artigos publicados nos últimos cinco anos, com o objetivo de garantir a atualidade e relevância da pesquisa, refletindo as tendências e avanços mais recentes na área.

Com base na combinação de palavras-chave estruturadas a partir do acrônimo PCC, foram utilizados descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), como “palliative care”, “emergency medical services” e “attitude of health personnel”. A combinação desses descritores foi realizada por meio do operador booleano “AND”, garantindo que os artigos selecionados contemplassem todos os critérios de inclusão estabelecidos. As estratégias de busca, com os descritores utilizados em cada base de dados, estão detalhadas no protocolo desta revisão, registrado na OSF sob o código EBUPW¹⁶.

Após a exclusão de duplicatas, foi realizada a triagem com base na leitura de títulos e resumos, utilizando o gerenciador bibliográfico Rayyan¹⁷. Os estudos considerados elegíveis foram analisados na íntegra, e as listas de referências dos artigos incluídos foram verificadas para a inclusão de outros estudos que eventualmente não foram recuperados nas buscas nas bases de dados.

Extração dos dados

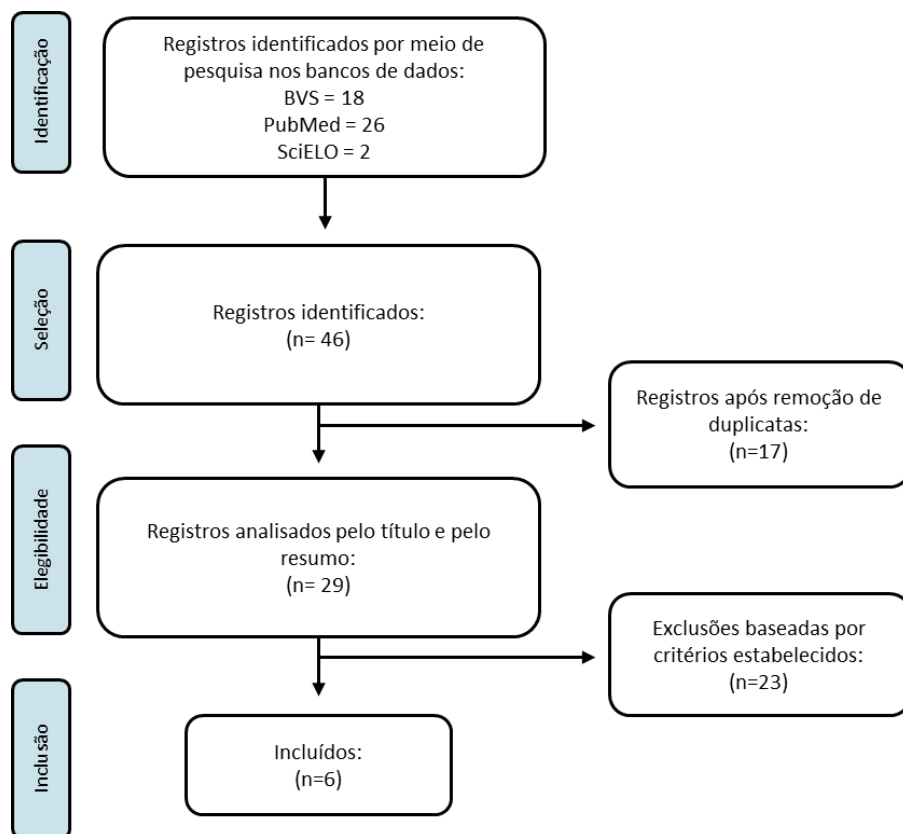
Uma planilha de extração foi elaborada no software Excel para compilar informações relevantes, como autor e ano de publicação, objetivo, delineamento do estudo, população analisada, número de participantes, país de realização, foco da abordagem, desfechos, resultados, limitações, lacunas, conclusão, financiamento, conflito de interesse e instituição de filiação dos autores. As primeiras extrações foram conduzidas para assegurar a consistência do processo.

RESULTADOS

Após a análise dos artigos disponíveis, identificou-se uma lacuna significativa, principalmente no que se refere aos CP durante situações de emergência. Inicialmente, foram localizados 46 estudos para revisão. No entanto, ao final, apenas 6 atenderam aos critérios estabelecidos de elegibilidade. O detalhamento das etapas do processo de seleção de artigos, pode ser encontrado no fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), apresentado na Figura 1.

A classificação dos estudos em relação ao nível de evidência (NE), bem como os graus de recomendação, foram conduzidos conforme as diretrizes do Oxford Centre Evidence Based Medicine (OCEBM)¹⁸, conforme apresentado nos Quadros 2 e 3.

Figura 1. Fluxograma que ilustra as etapas de identificação, elegibilidade e inclusão de estudos sobre continuidade do cuidado em emergências. A busca inicial identificou 46 estudos, dos quais 6 foram selecionados para compor a revisão.



Fonte: Autoria própria (2024).

Quadro 2. Níveis de evidência segundo as diretrizes do OCEBM.

NE	Tipos de Estudo
1A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos randomizados.
1B	Ensaio clínico randomizado individual (com estreito intervalo de confiança)
1C	Resultados do tipo “tudo ou nada”.
2A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte.
2B	Estudo de coorte individual (incluindo ensaio clínico randomizado de baixa qualidade).
2C	Pesquisa de “resultados”; estudos ecológicos.
3A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de caso-controle
3B	Estudo de caso-controle individual
4	Séries de casos (e estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade)
5	Opinião de especialista sem avaliação crítica explícita, pesquisa de bancada ou “primeiros princípios”

Fonte: Adaptado de Howick et al.¹⁸.

Quadro 3. Graus de recomendação conforme as diretrizes do OCEBM.

Grau	Conteúdo
A	Estudos de nível 1 consistentes.
B	Estudos de nível 2 ou 3 consistentes ou extrapolações de estudos de nível 1.
C	Estudos de nível 4 ou extrapolações de estudos de nível 2 ou 3.
D	Evidência de nível 5 ou estudos de qualquer nível preocupantemente inconsistentes ou inconclusivos.

Fonte: Adaptado de Howick et al.¹⁸.

Tabela 1. As características dos estudos selecionados foram descritas de maneira detalhada, abrangendo informações sobre autores, local de realização, ano de publicação, título, objetivos e principais achados.

Autor	Local	Ano	Título	Objetivos	Resultado
Aaronson et al.	Estados Unidos	2020	The Experience of Emergency Department Providers With Embedded Palliative Care During COVID.	Avaliar a experiência dos médicos do PS com o CP incorporado durante a pandemia da COVID-19.	Os médicos do PS receberam de forma positiva a integração dos CP, destacando melhorias na gestão de tarefas, aprimoramento de habilidades, suporte à equipe e melhoria no atendimento aos pacientes.
Dawood	Inglaterra	2019	End of life care in the emergency department.	Reconhecer os desafios na prestação de cuidados de fim de vida no departamento de emergência e considerar formas práticas de melhoria conforme as diretrizes de melhores práticas.	Apesar do reconhecimento da importância dos CP, ainda há uma falta de compreensão abrangente sobre as habilidades dos médicos de PS na prestação desses cuidados
Di Leo et al.	Itália	2019	Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study.	Investigar os desafios dos CP no departamento de emergência, considerando as perspectivas dos profissionais de saúde e usuários, para desenvolver um programa de melhoria da qualidade nos departamentos de emergência italianos.	Destaca metas para aprimoramento dos PS italianos, incluindo a capacitação em CP, a criação de caminhos de cuidados compartilhados e a otimização do ambiente, fundamentando um programa de melhoria da qualidade.
Neugarten et al.	Estados Unidos	2022	Emergency Department Clinician Experience with Embedded Palliative Care	Compreender como a equipe de emergência percebe a inclusão de especialistas em CP, destacando benefícios, identificando obstáculos e áreas-chave para futuras intervenções.	Profissionais do PS demonstraram aprovação geral em relação à integração dos CP.
Saeed et al.	Irlanda	2023	Attitudes and knowledge of emergency doctors towards end-of-life care in the emergency department: a national survey.	Avaliar as atitudes e o conhecimento dos médicos do OS em relação aos CP.	Médicos de PS menos experientes têm pouca consciência sobre cuidados no fim da vida. Recomenda-se programas educacionais para melhorar sua competência e conhecimento.
Vázquez-García et al.	Espanha	2019	Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa.	Examinar como os profissionais dos departamentos de emergência lidam com o fim de vida dos pacientes, considerando o aumento dos casos de doenças crônicas e a demanda por CP nesse cenário.	Profissionais de saúde têm mais habilidade no manejo de óbitos por condições agudas do que em casos crônicos ou paliativos, devido a desafios ambientais e falta de treinamento especializado.

Fonte: Autoria própria (2024).

As características dos estudos incluídos nesta revisão de escopo foram resumidas na Tabela 1, já através dos NE, notaram-se que seis artigos atenderam aos critérios de elegibilidade para inclusão neste estudo, englobando um estudo de coorte¹⁹, uma opinião de especialista²⁰, um estudo qualitativo²¹, um estudo observacional²², uma pesquisa transversal (cross-sectional survey), e uma revisão sistemática²³.

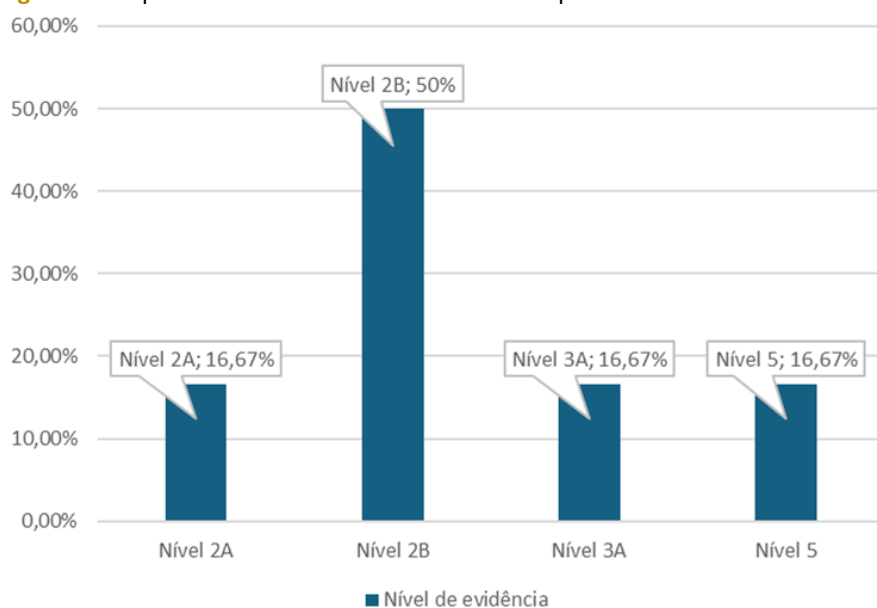
A exposição dos resultados foi realizada por meio do Quadro 4, no qual foi evidenciada na Figura 2 a Frequência Relativa do Nível de Evidência. Constatou-se que o nível mais frequente foi o 2B, correspondendo a 50% (n = 3) do total. Ademais, 16,67% (n = 1) das publicações foram classificadas como nível 3A, outras 16,67% (n = 1) como nível 2A, e também 16,67% (n = 1) como nível 5. No que diz respeito à origem, os artigos têm procedência da Espanha (n=1)²³, Estados Unidos (n=2)^{19,22}, Inglaterra (n=1)²⁰, Irlanda (n=1)²⁴ e Itália (n=1)²¹.

Quadro 4. Análise do nível de evidência e do grau de recomendação dos estudos, conforme as diretrizes do OCEBM.

Autor	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
Aaronson et al.	Estudo de coorte	2B
Dawood	Opinião de especialista	5
Di Leo et al.	Estudo qualitativo	3A
Neugarten et al.	Estudo observacional	2B
Saeed et al.	Pesquisa transversal	2B
Vázquez-García et al.	Revisão sistemática de estudos qualitativos	2A

Fonte: Autoria própria (2024).

Figura 2. Frequência relativa do nível de evidência após análise.



Fonte: Autoria própria (2024).

DISCUSSÃO

Evidenciaram-se desafios na comunicação entre profissionais de saúde e familiares, além de limitações na continuidade dos cuidados e interpretações divergentes acerca dos CP. Esses fatores têm um impacto direto na qualidade da assistência, ressaltando a necessidade urgente de aprimoramento. As descobertas enfatizam a importância de investir em capacitação para os profissionais de saúde, na criação de um modelo de cuidados compartilhados e na otimização do ambiente, com o objetivo de assegurar a dignidade dos pacientes^{20,21,23}.

No que concerne à formação de profissionais em medicina paliativa, torna-se imperativo o desenvolvimento e uma variedade de habilidades, que incluem comunicação eficaz, trabalho em equipe, competência no manejo de doenças em estágio terminal e administração de medicamentos específicos, como analgésicos, reguladores intestinais, sedativos e antipsicóticos. Além disso, são essenciais técnicas de suporte e manejo do processo de luto, tanto para pacientes quanto para familiares e profissionais de saúde²⁵.

Esses esforços convergem para a construção de um relacionamento de qualidade entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, caracterizado por um diálogo aberto e transparente. Esse diálogo tem como objetivo esclarecer as decisões a serem tomadas, as opções disponíveis, seus possíveis desfechos, riscos, benefícios e incertezas, bem como os valores e preferências dos pacientes em relação a essas opções. Com base nesse entendimento compartilhado, profissionais de saúde, pacientes e familiares engajam-se em um processo deliberativo para alcançar um consenso sobre o melhor curso de ação, levando em consideração as possibilidades técnicas e as preferências individuais dos pacientes²⁶.

Uma análise quantitativa conduzida nos Estados Unidos com 106 médicos revelou que 99% dos participantes consideraram valioso o programa que integra médicos de CP no PS. Os resultados evidenciaram a aprovação do programa, a clara disposição para sua expansão ou manutenção e a necessidade de educação contínua para a equipe do PS²².

Esse processo de aprimoramento foi avaliado por diversos autores, que ressaltaram a falta de conscientização e conhecimento sobre cuidados no final da vida, especialmente entre médicos de emergência menos experientes. Esta constatação sublinha a importância das iniciativas propostas em estudos anteriores para aprimorar a qualidade dos cuidados oferecidos, com um foco particular na educação permanente e continuada desses profissionais. Soluções para aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados incluem a incorporação de cursos específicos sobre CP nos currículos de graduação e pós-graduação, a oferta de treinamentos regulares e atualizações para os profissionais em atividade, e a promoção de um ambiente de trabalho colaborativo que valorize a troca de conhecimentos^{20,22,24}.

A análise das barreiras culturais revela a importância desse tema, especialmente em contextos de crescente diversidade social, impulsionada por migrações motivadas por fatores econômicos, políticos e conflitos. Em sociedades multiculturais, as percepções acerca da morte e do morrer são influenciadas por uma complexidade de significados culturais e religiosos. Para desenvolver uma sensibilidade cultural genuína, é essencial evitar suposições e priorizar a compreensão das preferências dos pacientes e de suas famílias. Isso requer o reconhecimento das profundas implicações que ações ou omissões podem acarretar, ajustando os cuidados de maneira a respeitar e atender às variadas necessidades culturais e religiosas²⁰.

Adicionalmente, em cenários onde as barreiras linguísticas se apresentam, as diretrizes recomendam o uso de intérpretes para assegurar uma comunicação eficaz. No entanto, em situações de cuidados no final da vida, alguns pacientes podem preferir que suas famílias atuem como intérpretes. É essencial que todos os PS mantenham listas atualizadas de capelães, pastores, líderes espirituais de diversas denominações, incluindo principalmente representantes de religiões de matriz africana e indígenas, dada a diversidade religiosa presente no contexto brasileiro^{20,27}.

Ressalta-se ainda a particularidade do cenário durante a pandemia de COVID-19, marcado por circunstâncias atípicas, sobretudo em decorrência do sobrecarregamento enfrentado pelos profissionais médicos²⁸.

Assim sendo, são evidentes os benefícios do envolvimento do tratamento paliativo por médicos emergencistas. Entre esses benefícios, destacam-se a liberação de profissionais de emergência para outras funções (89%), o aumento da sensação de apoio durante os turnos (84%), a alteração na trajetória de atendimento aos pacientes (67%), a contribuição para o desenvolvimento pessoal em cuidados alinhados aos objetivos (57%) e o aprimoramento das habilidades e da confiança na prática de CP primários no PS^{19,22}.

Cuidados paliativos na educação médica no Brasil

Sistematizar o ensino de cuidados paliativos na graduação em medicina e nas grandes áreas da saúde poderia despertar para a importância de atentar para as necessidades do paciente em todas as etapas da doença. Acredita-se que os profissionais de saúde que têm a oportunidade de desenvolver habilidades e competências para lidar com os limites da vida e que se propõem a tratar de pacientes com doenças ameaçadoras à vida podem aprender a reconhecer que existem limites para a cura, mas não existem limites para o cuidado²⁹.

No que concerne ao adequado suporte dos profissionais por meio dos CP, torna-se essencial reavaliar o papel da educação médica (EM) a fim de atender de maneira abrangente às necessidades de saúde dos pacientes e de suas famílias. Este processo implica uma reorientação do foco do modelo adotado nas instituições médicas, que tradicionalmente é mecanicista e hegemônico na doutrina e prática, destacando predominantemente os aspectos biológicos do processo saúde-doença¹².

Percebe-se que a inclusão do ensino da assistência paliativa na graduação possibilita a superação de medos e tabus relacionados à morte, proporcionando maior conforto no enfrentamento do sofrimento humano. A interação com pacientes e familiares, especialmente, permite aos estudantes desenvolverem uma maior compreensão, sensibilidade, empatia e respeito, ao serem expostos a pacientes com doenças avançadas. Essa perspectiva viabiliza a incorporação de competências emocionais, proporcionando uma compreensão mais abrangente da pessoa em suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Além disso, ressalta a importância das habilidades de comunicação de notícias difíceis, do manejo de sintomas,

do trabalho em equipe e da abordagem individualizada à pessoa e à sua família^{30,31}.

A existência de uma lacuna significativa de dados direcionados à EM e aos CP no âmbito brasileiro é notória. Paralelamente, observa-se a ausência de literatura relevante no contexto vinculado aos PS. São identificados obstáculos no processo de ensino, destacando-se desafios enfrentados pelos coordenadores dos cursos de medicina, como a escassez de um corpo docente especializado, a falta de um serviço clínico dedicado a CP, o reduzido interesse institucional, a insuficiência de recursos financeiros, bem como a limitação de tempo e material didático adequado^{30,32,33}.

Destaca-se também que a deficiência no ensino da abordagem paliativa se configura como um obstáculo à formação médica em conformidade com as diretrizes de entidades internacionais, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e os princípios legais estabelecidos no âmbito do SUS^{34,35}. É evidente como o ensino desses cuidados atua como um catalisador para a formação de um profissional médico com uma abordagem humanista, crítica e reflexiva.

Ademais, a instrução em CP revela-se indispensável em três níveis distintos: o treinamento básico direcionado a todos os profissionais de saúde, que se deve iniciar preferencialmente durante a formação acadêmica; o intermediário voltado àqueles que lidam regularmente com pacientes confrontados por doenças graves; e o especializado destinado a pacientes com exigências de manejo sintomático mais complexo, bem como àqueles que irão ministrar ensinamentos em nessa abordagem e se dedicar à pesquisa na área³⁶.

No entanto, embora existam currículos delineados para cada nível, persiste a falta de consenso quanto à extensão do treinamento, sendo a maioria dos programas educacionais disponíveis na língua inglesa. Ressalta-se, ainda, a imperatividade de iniciativas de educação comunitária e campanhas de sensibilização acerca dos CP, coexistentes com a implementação de serviços especializados³⁶.

Currículo e metodologia

O estudo de Castro et al.³³ mapeou a oferta de ensino em CP nas escolas de medicina brasileiras, que totalizavam 315 na época. Constatou-se que a maioria das instituições, equivalente a 42,5%, está concentrada na Região Sudeste, onde se encontram quase metade das vagas de graduação em medicina (46%). No entanto, apenas 44 escolas (14%) oferecem disciplinas de CP, principalmente na mesma Região Sudeste. Entre essas 44 instituições, 27 (61%) a incluem como parte obrigatória do currículo, enquanto 17 (39%) a oferecem como eletiva. É relevante ressaltar a falta de disciplinas de CP na Região Norte. A pesquisa também evidenciou que o ensino de assistência paliativa é predominantemente integrado ao ciclo clínico, com uma carga horária média de 46,9 horas, variando entre 18 e 119 horas.

Na inclusão da disciplina de CP nos currículos de medicina, enfrenta-se diversos desafios em vários estados brasileiros. Entre os principais obstáculos, destacam-se o desinteresse de alguns professores da área médica em integrá-la à grade curricular e a carência de evidências nas propostas pedagógicas relacionadas ao cuidado de pacientes com doenças em fase terminal. Tais desafios persistem mesmo quando há um desejo por mudanças curriculares por parte desses educadores. Acredita-se que o desinteresse e a falta de embasamento científico para a inclusão dessa disciplina nos currículos estejam relacionados ao receio desses profissionais em lidar com a complexa temática da terminalidade da vida humana^{33,37-39}.

Estudos indicam que os professores responsáveis pela elaboração dos currículos têm negligenciado a disseminação do conhecimento em áreas de CP, especialmente no que diz respeito à disseminação do conhecimento em áreas de bioética, e também a formação de médicos para atender às demandas emergentes nesse campo científico. Apesar do reconhecimento crescente de sua importância durante a graduação, sua incorporação e estabilização no processo de ensino-aprendizagem variam significativamente^{37,39,40}.

Ao implementar políticas educacionais contínuas em CP, configura-se um pilar fundamental para o preenchimento de lacunas na assistência terapêutica e o fortalecimento de abordagens de cuidado não curativo para doenças em estágio avançado. A inclusão da disciplina de CP desde a

graduação nos currículos acadêmicos possibilita a promoção de intervenções mais abrangentes e integradas, exigindo, para tanto, uma reformulação curricular que vise ao aperfeiçoamento dos conteúdos relacionados à abordagem paliativa e ao desenvolvimento de um corpo docente interdisciplinar. Essa medida ampliará as habilidades dos profissionais em formação para lidar com doenças ameaçadoras da vida em todos os seus estágios^{25,30,37-39}.

As DCNs para cursos de saúde, especialmente na medicina, ressaltam a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade como fundamentais para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Ao se analisar a elaboração de um currículo que incorpore os CP na formação médica, é evidente que esse processo demanda diálogo e pesquisa para uma avaliação crítica e abrangente dos conteúdos. A integração de disciplinas e práticas busca facilitar a aprendizagem, o trabalho colaborativo e a comunicação entre os cursos, promovendo uma configuração transdisciplinar^{41,42}. No entanto, mudanças curriculares são complexas e demandam recursos significativos. Entre os desafios, destacam-se a persistência do modelo biomédico, a resistência à mudança por gestores, professores e estudantes, e a integração insuficiente entre equipes de ensino e assistência^{25,33,37,39,40,43}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja evidente a urgência de incorporar os CP nos serviços de emergência, prática já observada em outros países, nota-se uma lacuna em estudos brasileiros que abordem dados e práticas profissionais nessa área. Este aspecto merece análise, especialmente considerando a singularidade de nossa realidade cultural e a presença do SUS, que difere de outros contextos internacionais. Portanto, destaca-se a necessidade iminente de pesquisas que esclareçam a efetiva aplicação dos CP no contexto brasileiro de PS.

Diante do cenário apresentado e dos dados analisados, é evidente que as equipes de PS devem reconhecer a importância vital dos CP nesse contexto. Isso implica deslocar a ênfase do cuidado centrado exclusivamente em “salvar vidas” para uma abordagem que, igualmente, preserve a dignidade humana. Essa mudança de perspectiva não só atende às necessidades específicas dos pacientes em cuidados de fim de vida, mas também contribui

significativamente para uma prestação de serviços emergenciais mais humanizada e, acima de tudo, centrada no ser humano.

Sabe-se que CP são uma incorporação recente nos sistemas de saúde nacionais, especialmente à luz da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), resultado da mobilização popular e da atuação de especialistas, estabelecida no Brasil pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que modifica a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017⁴⁴. Essa questão é particularmente relevante em países de baixa e média renda, como o Brasil.

Nesse contexto, uma abordagem de saúde pública torna-se crucial para transpor obstáculos, incluindo a falta de políticas definidas, programas educacionais, pesquisas e a disponibilização de medicamentos essenciais. Tais limitações, passíveis de superação, requerem a adaptação de recursos preexistentes, demandando determinação e o reconhecimento de que a carência da abordagem acarreta sofrimento desnecessário, especialmente entre as populações mais vulneráveis

Desconsiderar os CP como parte integrante das políticas públicas de saúde e como um meio de efetivar a autodeterminação e dignidade do paciente implica privá-lo não apenas do direito fundamental à autodeterminação e a uma morte digna, mas também do sentimento de autocontrole. Sugerir a imposição de um dever de viver carente de qualquer respaldo moral ou jurídico significa tolher sua realização como pessoa, anulando gradativamente sua personalidade por meio de restrições egoístas à sua liberdade. Nesse contexto, o profissional médico prioriza a tecnização da medicina, processo que se inicia na graduação, recobrando uma ênfase maior na preocupação com as patologias e o corpo, em detrimento do próprio paciente, sua autonomia e sua dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Connor SR, Morris C, Jaramillo E, et al. Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. WHPCA, WHO: London; 2020 [Internet]. Disponível em: www.thewhpc.orgwww.thewhpc.org
2. Marcelo T, Garcia Di João J, Fernandez GCG. Superlotação das Unidades de Prontoatendimento - um desafio da Atenção Básica: uma revisão bibliográfica. *Ensaio USF*. 2022;5(1):70-85. doi:10.24933/eusf.v5i1.167.

3. Paz EG da, Mendes D de J da S, Brito SN, et al. Doenças neurodegenerativas em adultos e idosos: um estudo epidemiológico descritivo. *Rev Neurocienc.* 2021;29:1–11. doi:10.34024/rnc.2021.v29.12348.
4. Mascarenhas MDM, Batista FM de A, Rodrigues MTP, et al. Ocorrência simultânea de COVID-19 e dengue: o que os dados revelam? *Cad Saude Publica.* 2020;36(6):e00126520. doi:10.1590/0102-311x00126520.
5. Waldman EA. Doenças infecciosas emergentes e reemergentes. *Rev USP.* 2001;0(51):128-37. doi:10.11606/issn.2316-9036.v0i51p128-137.
6. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro; 2019.
7. Puccini P de T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saude Publica.* 2008;24(12):2755–66; doi:10.1590/s0102-311x2008001200004.
8. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saude Soc.* 2023;32(1): e220122pt. doi:10.1590/s0104-12902023220122pt.
9. Marques T de O, Melo LD de, Taroco FE, et al. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): uma revisão integrativa. *Res Soc Developm.* 2021;10(2):e38310212522. doi:10.33448/rsd-v10i2.12522.
10. Campos RTO, Ferrer AL, da Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saude Debate.* 2014;38(spe):252-64. doi:10.5935/0103-1104.2014s019.
11. de Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, et al. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):238–44; doi:10.1590/0104-07072015003390011.
12. Pantoja JC, de Freitas CM, Costa FH da S. Análise da medicalização na lógica do consumo pelos acadêmicos de medicina: um estudo sobre a influência da indústria cultural e da saúde. In: *Anais do VI Encontro Norte da Rede Unida Saúde em Redes* 2023;9(sup4):53. doi:10.18310/2446-4813.2023v9nsup4.4396.
13. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, et al., (eds). *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI; 2024. doi:10.46658/JBIMES-24-01.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850.
15. Foster ED, Deardorff A. Open Science Framework (OSF). *J Med Library Assoc.* 2017;105(2):203-6. doi:10.5195/jmla.2017.88.
16. Pantoja JC. Reevaluation of palliative care and medical education in Brazil: scoping review protocol. 2024. doi: 10.17605/OSF.IO/EBUPW.
17. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4.
18. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. *OCEBM Levels of Evidence.* 2011. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-evidence>

19. Aaronson EL, Petrillo L, Stoltenberg M, et al. The experience of emergency department providers with embedded palliative care during COVID. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(5):e35–e43. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.08.007.
20. Dawood M. End of Life Care in the Emergency Department. *Emerg Med J*. 2019;37(5):emermed-2019. doi:10.1136/emermed-2019-208632.
21. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C, et al. Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1). doi:10.1186/s13049-019-0662-y.
22. Neugarten C, Stanley M, Erickson S, et al. Emergency Department clinician experience with embedded palliative care. *J Palliat Med*. 2022;26(2):191–8. doi:10.1089/jpm.2022.0106.
23. Vázquez-García D, la Rica-Escuín MD, Germán-Bes C, et al. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e1-15. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100106&lng=es&nrm=iso
24. Saeed S, Mulcaire J, Umana E, et al. Attitudes and knowledge of emergency doctors towards end-of-life care in the emergency department: a national survey. *Europ J Emerg Med*. 2023;30(4):267–70. doi:10.1097/mej.0000000000001033.
25. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(1):120–5. doi:10.1590/S0100-55022013000100017.
26. Vidal EI de O, Kovacs MJ, da Silva JJ, et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cad Saude Publica*. 2022;38(9). doi:10.1590/0102-311xpt130022.
27. Alves JED. A aceleração da transição religiosa no Brasil: 1872-2032. *EcoDebate* 2022. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/622998-a-aceleracao-da-transicao-religiosa-no-brasil-1872-2032-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves>
28. Lima W de A, de Oliveira BDD, de Sousa LS, et al. Estresse no trabalho de médicos emergencistas na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Med Emerg*. 2023;3(1):31–8. doi:10.5935/2764-1449.20230007.
29. da Silva SMA. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(3):253–7. doi:10.32635/2176-9745.rbc.2016v62n3.338.
30. Castro AA, Taquette SR, Pereira CAR, et al. Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(02):e023. doi:10.1590/1981-5271v46.1-20210310.
31. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(2):34–44. doi:10.1590/1981-52712015v42n2rb20170011.
32. Toledo AP de, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):109–17. doi:10.1590/s0100-55022012000100015.

33. Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45(2):e056. doi:10.1590/1981-5271v45.2-20200162.
34. Schaefer F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. *Rev Direito Sanit.* 2020;20(3):26–50. doi:10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50.
35. Rodrigues LF, da Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2022;38(9). doi:10.1590/0102-311xpt130222.
36. Cleary J, Hastie B, Harding R, et al. What are the main barriers to palliative care development? In: *Global Atlas of Palliative Care.* (Connor SR. ed) London; 2020. p. 33–44.
37. de Oliveira JR, Ferreira AC, de Rezende NA, et al. Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2016;40(3):364–73. doi:10.1590/1981-52712015v40n3e01632015.
38. Pereira EAL, Rangel AB, Giffoni JCG. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(4):65–71. doi:10.1590/1981-52712015v43n4rb20180116.
39. Gomes MCV, Joaquim RHVT, Bombarda TB. Ensino sobre cuidados paliativos nos cursos da saúde: percepção dos docentes de uma universidade federal. *Res Soc Developm.* 2022;11(16):e83111637728. doi:10.33448/rsd-v11i16.37728.
40. Costa ÁP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface Comunic Saude Educ.* 2016;20(59):1041–52. doi:10.1590/1807-57622015.0774.
41. Pantoja JC. Dermatology in Primary Care in Brazil: the training process of general practitioners. *Res Soc Developm.* 2024;13(2):e10713244852 doi:10.33448/rsd-v13i2.44852.
42. Moreira COF, Dias MS de A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sciences.* 2015;40(3):300-5. doi:10.7322/abcshs.v40i3.811.
43. Pereira LM, de Andrade SMO, Theobald MR. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. *Rev Bioetica.* 2022;30(1):149–61. doi:10.1590/1983-80422022301515pt.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681/2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP No Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, Por Meio Da Alteração Da Portaria de Consolidação GM/MS No 2, de 28 de Setembro de 2017 [Internet]. *Diário Oficial da União: Brasília;* 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html