

Competências em cuidados paliativos entre estudantes do curso de medicina

Úrsula Bueno do Prado Guirro^{1,3}, Carla Corradi Perini², Luís Otávio Zatorre Fileno¹, Gustavo Belam Fioravanti¹, José Eduardo de Siqueira²

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 3. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

Competências foram definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que um profissional deverá adquirir para exercer determinada atividade de trabalho. O objetivo deste estudo foi avaliar as competências em cuidados paliativos entre os estudantes matriculados em um curso de medicina brasileiro. Todos os estudantes matriculados foram convidados para participar e preencheram a ferramenta Palliative Competence Tool. Os dados obtidos foram calculados em escores entre zero e 100 e comparados entre as dez competências e os ciclos acadêmicos. Os resultados mostraram quatro padrões, sendo o mais frequente a redução dos escores entre estudantes dos ciclos básico e intermediário, com recuperação parcial no estágio. Apenas a competência ética e tomada de decisão mostrou elevação no estágio. Concluiu-se que a aquisição de competências em cuidados paliativos na graduação médica ainda é frágil. Novas estratégias de ensino poderão ser adotadas com intenção de aprimorar a aquisição de competências no futuro.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Educação médica. Competência profissional.

Resumen

Competencias en cuidados paliativos entre los estudiantes de medicina

Las competencias son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir el profesional para desempeñar una actividad laboral. Este estudio pretende evaluar las competencias en cuidados paliativos entre los estudiantes de medicina matriculados en el grado de medicina en Brasil. Todos los inscritos recibieron invitación a participar y completaron la Palliative Competence Tool. Los datos obtenidos se calcularon en puntuaciones entre 0 y 100 y se compararon entre las diez competencias y los ciclos académicos. Los resultados mostraron cuatro patrones; el más frecuente fue la reducción de la puntuación entre los estudiantes de ciclos básico e intermedio, con recuperación parcial en las prácticas. Solo la competencia ética y la toma de decisiones presentaron una alta puntuación en las prácticas. Sigue siendo débil la adquisición de competencias en cuidados paliativos en medicina. La adopción de nuevas estrategias de enseñanza puede mejorar la adquisición de las competencias en el futuro.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Educación médica. Competencia profesional.

Abstract

Palliative care competencies among medical students

Competencies have been defined as the set of knowledge, skills and attitudes that a professional should acquire to perform a certain work activity. This study aimed to assess competencies in palliative care among students enrolled in a Brazilian medical course. All enrolled students were invited to participate and answer the Palliative Competence Tool. The data obtained were calculated in scores between zero and 100 and compared between the ten competencies and academic cycles. The results showed four patterns, the most frequent being a reduction in scores among students in the basic and intermediate cycles, with partial recovery in the internship. Only ethical competence and decision-making increased in the internship. It was concluded that the acquisition of palliative care competencies in undergraduate medical education remains fragile. New teaching strategies could be adopted to improve their acquisition in the future.

Keywords: Palliative care. Education, medical. Professional competence.

Declararam não haver conflito de interesse.
Aprovação CEP-CAAE 99340218.0.0000.0102

Cuidados paliativos (CP) são definidos como *abordagens que melhoram a qualidade de vida dos pacientes – adultos e crianças – e dos familiares que enfrentam problemas associados com doenças potencialmente fatais e atuam através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas psicossociais e espirituais*¹. Estima-se que 40 milhões de pessoas precisem de CP ao redor do mundo, porém apenas 14% conseguem recebê-los. Uma das barreiras para melhorar a qualidade da assistência paliativa é a falta de treinamento e de conscientização dos profissionais de saúde sobre o assunto^{1,2}.

Dada a necessidade da assistência médica em CP, a temática está sendo inserida gradativamente na educação médica, seja por meio de disciplina ou de estágio, seja como parte do conteúdo em áreas correlatas, mas nem sempre como formação obrigatória no currículo médico³⁻⁷. Dos 54 países europeus, em apenas nove o conteúdo foi obrigatório⁸; nos Estados Unidos, 43 de 51 escolas avaliadas incluíam a temática⁵. No Brasil, apenas 14 cursos tinham disciplina que abordava o assunto na grade curricular em 2018⁹ e, em 2020, de 191 serviços listados, 37,2% estavam envolvidos com ensino de graduação¹⁰.

O ensino tem a missão de construir profissionais competentes, com saberes técnicos, habilidades para realizar atividades e atitudes condizentes com o dever profissional. Nesse contexto, competências foram definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que um profissional deve adquirir para exercer determinada atividade. Podem, ainda, ser aferidas de acordo com um padrão de bom desempenho profissional e aprimoradas com treinamento e desenvolvimento^{11,12}. O papel da educação médica está além de inserir disciplinas em uma grade curricular: trata-se de transformar pessoas em médicos competentes¹¹⁻¹⁵.

As competências em CP foram descritas por Meekin e colaboradores¹⁶ e aprimoradas por Gamondi, Larkin e Payne^{13,14}, consistindo em:

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

6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em CP;
8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos em que os CP são oferecidos;
9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos CP;
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Estudantes de medicina e médicos recém-formados ou experientes relataram que não se sentem preparados – ou competentes – para atender pacientes com necessidades paliativas. Além disso, demonstraram sofrimento emocional, falta de conhecimento para manejar sintomas, comunicação frágil para o acolhimento de paciente ou familiares e incerteza se eram qualificados^{4,17-21}.

O Palliative Competency Tool (PalliComp) é um instrumento de pesquisa desenvolvido e validado em língua portuguesa para avaliar competências médicas em CP no nível da abordagem, ou seja, não especializada. Estudos de validação mostraram correlação adequada, padrões compactos e pouco dispersos, com consistência interna adequada para a proposta. Após a validação, é necessário realizar a primeira aplicação do instrumento em maior escala²².

O objetivo deste estudo foi avaliar as competências em CP entre os estudantes de um curso de medicina brasileiro utilizando o PalliComp e discutir os resultados à luz da bioética e da educação médica.

Método

Todos os estudantes maiores de idade matriculados no curso de medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), totalizando 1.080 indivíduos, foram convidados a participar deste estudo. Receberam orientações acerca dos riscos e benefícios e aqueles que aceitaram participar assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta dos dados ocorreu entre maio e junho de 2019.

A participação foi voluntária e os pesquisadores agendaram horário com cada turma. De maneira individual, anônima e sem consultar fontes bibliográficas, os participantes responderam a questões

sobre dados demográficos e ao instrumento de pesquisa PalliComp²². O tempo de participação foi de até 30 minutos.

O instrumento de pesquisa PalliComp²² utilizado possui 24 afirmativas, corretas e incorretas, e as respostas são assinaladas em escala Likert de cinco pontos (“concordo totalmente”, “concordo”, “nem concordo nem discordo”, “discordo” e “discordo totalmente”). Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica, conferidos e submetidos a estudo estatístico no *software* R, versão 3.6.1. Foram excluídos apenas os questionários com preenchimento incompleto.

Cada item recebeu a pontuação: +1 (totalmente correto), +0,5 (correto), 0 (alternativa neutra), -0,5 (incorreto) e -1 (totalmente incorreto). Foi dada atenção à correção de afirmativas propositalmente incorretas, que tiveram a pontuação invertida e foram agrupadas por competências e somatória geral. Os escores foram calculados por meio de fórmula - (variável - nota mínima) ÷ (nota máxima - nota mínima) - e transformados numa escala de 0 a 100.

Os dados que caracterizam a amostra foram descritos por frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão e comparados pelos testes qui-quadrado e de Kruskal-Wallis. Compararam-se os escores de acordo com ciclos acadêmicos - ciclos 1 (do 1º ao 4º semestre), 2 (5º ao 8º) e 3 (9º ao 12º) - por meio dos testes de Kruskal-Wallis e Conover para comparações múltiplas. Os escores dos participantes que cursaram ou não a disciplina optativa de CP foram avaliados pelo teste U de Mann-Whitney.

Resultados

Aceitaram participar do estudo 706 estudantes (65,4% dos matriculados), sendo 35,4% do ciclo 1, 35,7% do ciclo 2 e 28,9% do ciclo 3. Os dados demográficos que caracterizam a amostra estão descritos na Tabela 1.

O desempenho dos participantes, aferido por escores, está descrito na Tabela 2. A competência geral, comparada por ciclos, não mostrou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1. Dados demográficos

| | Amostra N=706 | Ciclo 1 n=250 | Ciclo 2 n=252 | Ciclo 3 n=204 | Valor p |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| Sexo | | | | | |
| Mulher | 365 (51,7%) | 131 (52,4%) | 129 (51,2%) | 105 (51,5%) | 0,91 [#] |
| Homem | 341 (48,3%) | 119 (47,6%) | 123 (48,8%) | 99 (48,5%) | |
| Idade | | | | | |
| Média ± DP | 22,9±3,0 | 21,3±3,0 | 23,0±1,1 | 24,7±1,0 | <0,001 ^{&} |
| Cursou disciplina de cuidados paliativos | | | | | |
| Sim | 65 (9,3%) | 2 (0,8%) | 20 (7,9%) | 43 (21,1%) | 0,01 [#] |
| Não | 641 (90,7%) | 248 (99,2%) | 232 (92,1%) | 161 (78,9%) | |

DP: desvio-padrão; #: teste qui-quadrado; &: teste Kruskal-Wallis

Tabela 2. Desempenho dos estudantes, agrupado por ciclos e competências

| | Amostra n=706 | Ciclo 1 n=250 | Ciclo 2 n=252 | Ciclo 3 n=204 | Valor p |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| Competências | | | | | |
| Competência 1 | 65,3±21,3 | 66,3±21,8 | 63,2±21,5 | 66,4±20,2 | 0,21 |
| Competência 2 | 53,1±20,7 | 57,9±21,5 | 47,7±18,9 | 54,0±20,2 | <0,001 ^{a,b,c} |
| Competência 3 | 66,0±17,0 | 68,6±16,4 | 64,4±16,5 | 64,8±17,9 | <0,01 ^{a,c} |
| Competência 4 | 68,7±15,9 | 68,4±15,1 | 68,9±17,1 | 68,8±15,3 | 0,87 |
| Competência 5 | 73,6±18,5 | 75,0±17,8 | 71,1±19,1 | 74,7±18,4 | 0,06 |

continua...

Tabela 2. Continuação

| | Amostra n=706 | Ciclo 1 n=250 | Ciclo 2 n=252 | Ciclo 3 n=204 | Valor p |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| Competências | | | | | |
| Competência 6 | 77,6±20,3 | 79,4±19,1 | 74,0±21,2 | 79,7±20,1 | 0,003 ^{a,b} |
| Competência 7 | 73,6±18,5 | 71,1±18,2 | 73,7±19,3 | 76,6±17,3 | 0,004 ^c |
| Competência 8 | 61,6±19,4 | 64,7±19,7 | 57,6±17,7 | 62,8±20,3 | <0,001 ^{a,b} |
| Competência 9 | 53,9±25,0 | 56,9±25,7 | 47,3±24,1 | 58,5±23,6 | <0,001 ^{a,b} |
| Competência 10 | 71,4±22,7 | 74,1±22,9 | 64,9±23,0 | 75,9±20,2 | <0,001 ^{a,b} |
| Geral | 66,5±19,9 | 68,5±19,4 | 64,7±19,2 | 67,6±20,2 | 0,23 |

a: diferença entre ciclos 1 e 2; b: diferença entre ciclos 2 e 3; c: diferença entre ciclos 1 e 3

Nota: teste de Kruskal-Wallis e teste Conover para comparações múltiplas de amostras independentes

Discussão

A educação é importante para o progresso de pessoas e de toda a sociedade e, de acordo com Delors e colaboradores, está *a serviço de um desenvolvimento humano mais harmonioso e autêntico*²³. Na área da saúde, os múltiplos avanços científicos trouxeram novas possibilidades de sobrevida aos pacientes adoecidos, e o processo de adoecer e morrer tornou-se prologado para os doentes, de forma que os CP são cada vez mais necessários para melhorar a qualidade de vida ao longo do adoecimento²⁴.

A aquisição de competências é complexa e depende da qualidade e forma com que o conteúdo foi apresentado, do cenário a que o estudante foi exposto, das relações que se estabelecem entre professor e estudante, do currículo oculto e da importância que a temática tem para a sociedade^{12,15,25-27}. Assim, compreende-se que adquirir competências não é tarefa de uma disciplina acadêmica isolada na graduação.

Ao avaliar a aquisição de competências, é essencial aferir se estudantes – ou futuros médicos – estão adquirindo o que é necessário para o exercício da medicina e, a partir disso, proporcionar melhorias. O curso de graduação em medicina, no momento do estudo, ofertava ensino tradicional e era dividido em três ciclos: básico, clínico-cirúrgico e estágio, com dois anos cada.

A disciplina de CP era ofertada em caráter eletivo e menos de 10% dos estudantes estavam matriculados nela, o que não permitiu estudo dessa variável. Houve diferença da média etária

entre os ciclos, uma vez que o aumento de idade é esperado ao longo dos anos de graduação. A aquisição da competência geral não mostrou diferença entre os ciclos acadêmicos.

As competências 1, 4 e 5 – respectivamente, conceito de CP, abordagem psicoemocional e abordagem espiritual – não mostraram aumento dos escores ao longo do curso. Tal fato é importante e preocupante, pois denota que, com o ensino ofertado, não houve acréscimo de conhecimentos, habilidade ou atitudes nessas áreas.

O modelo biomédico atribui a morte às falhas da fisiologia e o profissional formado evita a morte a todo custo, tentando superá-la. O problema é que tal modelo ignora o fim da vida como parte da própria vida, além de dimensões do paciente como valores, emoções, vínculos e crenças. Torralba afirma que *a morte ineludível de todo ser humano constitui, simultaneamente, o fracasso e o desafio biomédico*²⁸.

Estratégias inovadoras de ensino cooperaram para a aquisição de competências desejáveis aos CP. A inserção das artes estimulou o entendimento de conceitos básicos, a empatia e a responsabilidade do médico²⁹, e o treinamento de comunicação por meio de simulação realística proporcionou reflexão sobre as próprias atitudes^{30,31}.

A competência 2 abordava o conforto físico do paciente e o manejo de sintomas como dor, dispneia e prescrição de opioides, e, na opinião dos pesquisadores, descreve a atribuição mais primária do médico nos CP. Lamentavelmente, observou-se inesperada redução dos escores dessa competência no ciclo 2 em relação aos ciclos 1 e 3, demonstrando fragilidade do ensino. Ainda, é possível que as vivências do ciclo 2 tenham influenciado

negativamente o desempenho dos estudantes, uma vez que os do ciclo 1 apresentaram escores superiores, parcialmente resgatados no ciclo 3.

A insegurança dos médicos diante da abordagem paliativa não é novidade e, frequentemente, os profissionais apontaram tal sentimento à falta de ensino na graduação^{3,4,6-8,17-21,29}. No entanto, não se trata apenas de uma questão de ensino, mas de estímulo por meio de políticas educacionais.

Na Alemanha, o ensino de CP tornou-se obrigatório em todas as escolas de medicina a partir de 2009, professores receberam treinamento e estratégias de ensino foram implementadas para que as competências anteriormente descritas fossem contempladas na graduação³¹⁻³³. A ausência de interesse dos estudantes pela temática também é um problema e talvez seja motivada por uma sociedade que, de maneira geral, não compreende o que são CP e associam-nos a fracasso, abandono, sofrimento ou morte assistida³⁴.

Pacientes em fim de vida relatam sofrimento com questões emocionais e sociais, correlacionando perda da autonomia e necessidade de cuidados à perda da dignidade³⁵⁻³⁷. A competência 3 descrevia o apoio às necessidades psicológicas dos pacientes e, neste estudo, o desempenho se mostrou mais elevado entre estudantes iniciantes, com redução persistente ao longo do curso. Infelizmente, o ensino ofertado reduziu a competência dos estudantes em acolher os pacientes em relação ao sofrimento emocional e às incertezas do fim de vida.

É esperado que o médico generalista saiba identificar o sofrimento emocional dos pacientes, seja capaz de apoiá-los na trajetória da doença e ofereça acolhimento. Uma hipótese para explicar isso é a redução da empatia entre estudantes de medicina, visto que diversos estudos mostram a deterioração dessa capacidade³⁸⁻⁴⁰.

Em 2015, Hojat e colaboradores⁴¹ descreveram que, conforme se exige mais dos estudantes, exacerbam-se atributos negativos da personalidade, como despersonalização e exaustão emocional. Estratégias educacionais que atentaram para a redução da empatia e abordaram o sofrimento do estudante por meio de roda de conversa e escrita reflexiva mostraram bons resultados⁴²⁻⁴³.

Os estudantes avaliados não demonstraram melhora dos escores relacionados à competência 4,

que descreve os impactos sociais e econômicos proporcionados pelo adoecimento grave na vida dos pacientes, como trabalho, aposentadoria e outros benefícios sociais. Na mesma linha, mas relacionada ao suporte a família e cuidadores, a competência 6 mostrou desempenho mais favorável no ciclo 1 do que no 2, parcialmente recuperado no estágio, mas sem ultrapassar os estudantes iniciantes. Não se pode afirmar que o curso de medicina tenha influenciado de maneira positiva ou promovido aumento das competências sociais e familiares.

Ter um familiar em fim de vida, algumas vezes dentro da mesma moradia, é fonte de sobrecarga e gera sofrimento, podendo incluir ansiedade, cansaço e ruptura das relações familiares, intensificadas com a piora das condições de saúde e aumento dos cuidados⁴⁴. O estresse do cuidador resulta do desequilíbrio entre as demandas exigidas nos cuidados e a sua disponibilidade de tempo, emocional, social, de recursos financeiros, de capacidades, entre outros⁴⁵.

Estudantes inseridos nas conferências familiares puderam conhecer membros da família envolvidos diretamente nos cuidados e observaram as diferentes dinâmicas que estabelecidas, identificando necessidades socioeconômicas e a sobrecarga imposta aos cuidadores⁴⁶.

A espiritualidade é definida como *a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a maneira de como as pessoas experimentam, expressam e/ou buscam significado, propósito e transcendência, e a maneira como elas se conectam ao momento, ao eu, aos outros, à natureza, ao significativo e/ou ao sagrado*⁴⁷. Foi tratada na competência 5 e a amostra avaliada não demonstrou aquisição de competências ao longo do curso.

Pacientes que enfrentam a terminalidade da vida lidam com questões existenciais e o sentido da vida, portanto abordar a espiritualidade faz parte da assistência integral à saúde^{47,48}. Porém esse tema frequentemente é mal compreendido e negligenciado⁴⁹. Atkinson e colaboradores⁵⁰ descreveram resultados satisfatórios com a estratégia acadêmica de breve duração que utilizou o instrumento FICA Spiritual History Tool⁵¹.

Questões éticas, como o respeito à autonomia do paciente e o processo de tomada de decisão, foram abordadas na competência 7 e, felizmente,

os estudantes mostraram elevação gradativa dos escores entre os ciclos 1 e 3, demonstrando que o ensino atuou positivamente nessa área. O cuidado impõe inúmeros desafios éticos e não é uma ação neutra, pois sofre crítica de um julgamento moral²⁸.

Geralmente, na graduação em medicina se ensina a bioética principialista, que consiste no respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. De fato, ações médicas que respeitam a autonomia do paciente são fundamentais para a assistência em saúde, mas raramente o ensino de bioética capacita o estudante para compreender o paciente como agente autônomo, ou seja, para *reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais*⁵². Uma pesquisa italiana apontou que os estudantes apreciaram as aulas de bioética, especialmente quando o tema ampliou a visão do mundo e foi integrado à prática clínica⁵³.

O trabalho em equipe e a coordenação do cuidado foram contemplados na competência 8. Na graduação, espera-se que o estudante adquira competências para trabalhar junto a outros profissionais da medicina, enfermagem e outras áreas. Trata-se do cuidado integral do paciente, que pode ser demonstrado por meio da construção de um plano de cuidados junto com a equipe multiprofissional. Os estudantes demonstraram escores mais elevados no início do curso, queda no ciclo 2 e elevação no ciclo 3, que, porém, não ultrapassou o ciclo 1. Assim, compreende-se que o curso como um todo não promoveu a aquisição de competências para o trabalho em equipe.

Na terminalidade da vida, as demandas não se restringem apenas à medicina. O planejamento terapêutico é elaborado com a participação dos membros da equipe diretamente envolvidos, que usarão o conhecimento científico para aliviar sintomas e promover qualidade de vida ao paciente, levando em consideração cultura, valores, possibilidades socioeconômicas e o sistema de saúde⁵⁴. Trabalhar em equipe é desafiador e, ao mesmo tempo, necessário. O futuro médico precisa ser apresentado a outros profissionais de saúde e conhecer a atuação deles, bem como aprender a conviver, gerir conflitos, respeitar e se comunicar^{55,56}.

O relacionamento interpessoal com o paciente, familiares ou equipe se dá por meio da comunicação, habilidade abordada na competência 9, com a qual se constrói a relação terapêutica. Os estudantes tiveram

melhor desempenho no ciclo 1 do que no 2, voltando a melhorar no 3, porém de maneira semelhante aos iniciantes. Estudantes manifestaram sensação de ansiedade, exaustão emocional, insegurança e desejo de distanciamento do paciente durante a comunicação de más notícias⁵⁷, mas treinamentos recorrentes de comunicação aumentaram a confiança de estudantes e médicos recém-formados⁵⁸⁻⁶¹.

Autocuidado e engajamento na educação continuada foram abordados na competência 10 e, novamente, houve redução dos escores, com recuperação no estágio que não ultrapassou os estudantes iniciantes. Lidar com terminalidade e morte implica conviver com o sofrimento diariamente, portanto, há necessidade de estar atento à própria fragilidade. É esperada a presença de manifestações emocionais e é importante promover espaço para trocas de experiências, o que auxiliará a formação de médicos com atitudes empáticas e capazes de acolher tanto as próprias emoções como as de outros profissionais e pacientes^{62,63}.

Neste estudo, observaram-se quatro padrões de desempenho ao longo do curso de medicina:

- Sem diferença nos escores ao longo da graduação (competências 1, 4 e 5);
- Escores em “V”: redução dos escores entre os ciclos 1 e 2, com elevação entre o 2 e o 3, sendo que a elevação no ciclo 3 nem sempre foi estatisticamente distinta em relação ao ciclo 1 (competências 2, 6, 8, 9 e 10);
- Escores em “L”: redução dos escores entre os ciclos 1 e 2, sem elevação no ciclo 3 (competência 3);
- Elevação dos escores (competência 7).

A aquisição de competências ocorre em etapas, descritas por: 1) incompetência inconsciente – o indivíduo desconhece ou nem percebe a incompetência em determinado assunto; 2) incompetência consciente – o indivíduo percebe que não domina um conjunto de saberes, reconhece o déficit e, se desejar, poderá buscar a aprendizagem; 3) competência consciente – o indivíduo adquiriu o saber, mas, para conseguir executá-lo, precisa de atenção, estratégia e etapas bem descritas; e 4) competência inconsciente – o indivíduo incorporou o saber como “segunda natureza”, executa facilmente e, se desejar, é capaz de ensinar para outras pessoas.

A literatura descreve que, quando estudantes de medicina perceberam a própria baixa performance e, na sequência, tiveram um ambiente

acadêmico favorável, houve melhora do aprendizado e do desempenho⁶⁴⁻⁶⁶.

O PalliComp propõe ao participante responder o grau de concordância com cada afirmativa, que descreve um conhecimento, habilidade e/ou atitude desejáveis. Dessa maneira, os padrões encontrados podem ser explicados pelos conhecimentos adquiridos ou não ao longo do curso, que nem sempre estiveram associados à aquisição de habilidades e atitudes. Ainda, valores ensinados, cultura profissional e currículo oculto exercem pressão acadêmica e, como o padrão em “V” ocorreu na maior parte das competências avaliadas, é provável que vivências do estudante no estágio tenham promovido o resgate das competências ao menos parcialmente.

É importante ressaltar que o PalliComp não tem a proposta de estabelecer um *ranking* de estudantes competentes ou incompetentes. Trata-se de aferição da condição oportunizada pelo ensino, permitindo planejar iniciativas e melhorias, com possibilidade de nova aferição ao longo do tempo.

A interpretação dos dados obtidos tem limitações, uma vez que o estudo apresenta desenho transversal e cada estudante foi exposto a condições únicas ao longo da formação, que não

podem ser replicadas. É provável que o padrão observado no desempenho das competências se repetiria em um estudo prospectivo, que não foi possível devido à pandemia.

Avaliar competências é uma tentativa de facilitar a aquisição de saberes e virtudes desejáveis a médicos generalistas, pois eles precisarão ser competentes nas necessidades assistenciais da população com doenças incuráveis e potencialmente fatais. Os processos de adoecer e morrer não são uma opção: fazem parte da vida humana e do trabalho dos médicos. Dessa maneira, qualificar o ensino médico para as questões relacionadas aos CP é urgente.

Considerações finais

A aquisição de competências em CP entre os estudantes matriculados no curso avaliado foi insuficiente. Nove das dez competências avaliadas não mostraram elevação consistente dos escores entre os estudantes do estágio e apenas a competência ética e de tomada de decisão elevou-se no final do curso em relação ao início. Novas estratégias de ensino podem ser adotadas com a intenção de aprimorar a aquisição de competências em CP.

Os pesquisadores agradecem aos estudantes participantes e à coordenação do curso de medicina da UFPR.

Referências

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso 17 abr 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3qWoTme>
2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care [Internet]. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020 [acesso 23 jul 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Xktueq>
3. Bruera E, Billings JA, Lupu D, Ritchie CS. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 [acesso 17 abr 2023];39(4):743-55. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.001
4. Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulenzas N, Chiu L *et al*. Inadequacy of palliative training in the medical school curriculum. *J Cancer Educ* [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2023];30(4):749-53. DOI: 10.1007/s13187-014-0762-3
5. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in US medical schools. *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];48(1):59-66. DOI: 10.1111/medu.12292
6. MacPherson A, Lawrie I, Collins S, Forman L. Teaching the difficult-to-teach topics. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];4(1):87-91. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000408
7. Pastrana T, Wenk R, Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: a demonstrative process with Colombian universities. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [acesso 17 abr 2023];19(1):76-82. DOI: 10.1089/jpm.2015.0202


8. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clark D *et al.* EAPC atlas of palliative care in Europe 2019 [Internet]. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [acesso 20 jun 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3CGYr7L>
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018 [acesso 17 abr 2023]. Disponível: <https://bit.ly/46d9NsQ>
10. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020 [acesso 20 jun 2023]. Disponível: <https://bit.ly/42KYdSj>
11. Perrenoud P. Dez competências para ensinar: convite à viagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Machado NJ. Sobre a ideia da competência. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Alessandrini CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação de professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 137-156.
13. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013 [acesso 17 abr 2023];20(2):86-91. Disponível: <https://bit.ly/43VrED6>
14. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 2. *Eur J Palliat Care*. 2013 [acesso 17 abr 2023];20(3):140-5. Disponível: <https://bit.ly/46uAJ7N>
15. Scallon G. Avaliação da aprendizagem numa abordagem por competências. Curitiba: PUCPress; 2015.
16. Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. *Acad Med* [Internet]. 2000 [acesso 17 abr 2023];75(10):986-92. DOI: 10.1097/00001888-200010000-00011
17. Bui T. Effectively training the hospice and palliative medicine physician workforce for improved end-of-life health care in the United States. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2012 [acesso 17 abr 2023];29(6):417-20. DOI: 10.1177/1049909111429325
18. Bowden J, Dempsey K, Boyd K, Fallon M, Murray SA. Are newly qualified doctors prepared to provide supportive and end-of-life care? A survey of Foundation Year 1 doctors and consultants. *J R Coll Physicians Edinb* [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2023];43:24-8. DOI: 10.4997/JRCPE.2013.105
19. Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative care in undergraduate medical education: how far have we come? *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];34(8):762-73. DOI: 10.1177/1049909116659737
20. Downar J. Resources for educating, training, and mentoring all physicians providing palliative care. *J Palliat Med* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];21(S1):57-62. DOI: 10.1089/jpm.2017.0396
21. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];18:106. DOI: 10.1186/s12871-018-0574-9
22. Guirro UBP, Perini CC, Siqueira JE. PalliComp: um instrumento para avaliar a aquisição de competências em cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];45(3):e0140. DOI: 10.1590/1981-5271v45.3-20200513
23. Delors J, Mufti IA, Amagí I, Carneiro R, Chung F, Geremek B *et al.* Learning: the treasure within; report to Unesco of the International Commission on Education for the Twentyfirst Century [Internet]. Paris: Unesco; 1996 [acesso 17 abr 2023]. p. 5. Tradução livre. Disponível: <https://bit.ly/3CDBzMH>
24. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 11ª ed. São Paulo: Loyola; 1991.
25. Yazdani S, Momeni S, Afshar L, Abdolmaleki M. A comprehensive model of hidden curriculum management in medical education. *J Adv Med Educ Prof* [Internet]. 2019 [acesso 17 abr 2023];7(3):123-30. DOI: 10.30476/JAMP.2019.45010
26. Sarikhani Y, Shojaei P, Rafiee M, Delavari S. Analyzing the interaction of main components of hidden curriculum in medical education using interpretive structural modeling method. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 [acesso 17 abr 2023];20:176. DOI: 10.1186/s12909-020-02094-5
27. Wong BO, Blythe JA, Batten JN, Turner BE, Lau JN, Hosamani P *et al.* Recognizing the role of language in the hidden curriculum of undergraduate medical education: implications for equity in medical training. *Acad Med* [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];96(6):842-7. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003657
28. Torralba i Roselló F. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 100.

29. Centeno C, Robinson C, Noguera-Tejedor A, Arantzamendi M, Echarri F, Pereira J. Palliative care and the arts: vehicles to introduce medical students to patient-centred decision-making and the art of caring. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];17:257. DOI: 10.1186/s12909-017-1098-6
30. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];211:172-7. DOI: 10.1016/j.jss.2016.11.006
31. Schulz C, Möller MF, Seidler D, Schnell MW. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Med Educ* [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2023];13:1. DOI: 10.1186/1472-6920-13-1
32. Schulz C, Wenzel-Meyburg U, Karger A, Scherg A, In der Schmitt J, Trapp T *et al.* Implementation of palliative care as a mandatory cross-disciplinary subject (QB13) at the Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Dusseldorf, Germany. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2023];32(1):Doc6. DOI: 10.3205/zma000948
33. Fetz K, Wenzel-Meyburg U, Schulz-Quach C. Validation of the German revised version of the program in palliative care education and practice questionnaire (PCEP-GR). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];16:78. DOI: 10.1186/s12904-017-0263-3
34. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, Stussi G, Saletti P, Cinesi I, Rubinelli S. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [acesso 24 jul 2022];19:47. DOI: 10.1186/s12904-020-00556-7
35. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005 [acesso 17 abr 2023];23(24):5520-5. DOI: 10.1200/JCO.2005.08.391
36. Ann-Yi S, Bruera E. Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2022 [acesso 17 abr 2023];54(3):651-60. DOI: 10.4143/crt.2022.116
37. Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2008 [acesso 17 abr 2023];2(1):49-53. DOI: 10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15
38. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 17 abr 2023];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
39. González-Serna JMG, Serrano RR, Martín MSM, Fernández JMA. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicol Educ (Madr)* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];20(1):53-60. DOI: 10.1016/j.pse.2014.05.007
40. Corradi-Perini C, Paris ESC, Beltrão MR, Corradi MI, Martín-Martín R, González-Serna JMG. Empathy in health professionals and students: factorial analysis of the Brazilian version of Interpersonal Reactivity Index. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [acesso 17 abr 2023];11(3):e42511326816. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26816
41. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2023];6:12-6. DOI: 10.5116/ijme.54c3.60cd
42. Head BA, Earnshaw LA, Greenberg RB, Morehead RC, Pfeifer MP, Shaw MA. "I will never forget": what we learned from medical student reflections on a palliative care experience. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 [acesso 17 abr 2023];15(5):535-41. DOI: 10.1089/jpm.2011.0391
43. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 [acesso 17 abr 2023];19:139. DOI: 10.1186/s12909-019-1546-6
44. Perpiná-Galvan J, Orts-Beneito N, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, García-Caro MP, Cabañero-Martínez MJ. Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [acesso 17 abr 2023];16(23):4806. DOI: 10.3390/ijerph16234806

45. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016 [acesso 17 abr 2023];15:4. DOI: 10.1186/s12904-016-0082-y
46. Meeker MA, Waldrop DP, Seo JY. Examining family meetings at end of life: the model of practice in a hospice inpatient unit. *Palliat Support Care* [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2023];13(5):1283-91. DOI: 10.1017/S1478951514001138
47. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. *Acad Med* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];89(1):10-6. Tradução livre. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000083
48. Kuczewski MG, McCarthy MP, Michelfelder A, Anderson EE, Wasson K, Hatchett L. "I will never let that be OK again": student reflections on competent spiritual care for dying patients. *Acad Med* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];89(1):54-9. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000057
49. Culatto A, Summerton CB. Spirituality and health education: a national survey of academic leaders UK. *J Relig Health* [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2023];54(6):2269-75. DOI: 10.1007/s10943-014-9974-4
50. Atkinson HG, Fleenor D, Lerner SM, Poliandro E, Truglio J. Teaching third-year medical students to address patients' spiritual needs in the surgery/anesthesiology clerkship. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];14:10784. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10784
51. Puchalski CM. The FICA spiritual history tool #274. *J Palliat Med* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];17(1):105-6. DOI: 10.1089/jpm.2013.9458
52. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 137.
53. Gulino M, Patuzzo S, Baldelli I, Gazzaniga V, Merlo DF, Maiorana L et al. Bioethics in Italian medical and healthcare education: a pilot study. *Acta Biomed* [Internet]. 2019 [acesso 17 abr 2023];89(4):519-31. DOI: 10.23750/abm.v89i4.7238
54. Swami M, Case AA. Effective palliative care: what is involved? *Oncology (Williston Park)* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];32(4):180-4. Disponível: <https://bit.ly/3Nj4uzq>
55. Akaike M, Fukutomi M, Nagamune M, Fujimoto A, Tsuji A, Ishida K, Iwata T. Simulation-based medical education in clinical skills laboratory. *J Med Invest* [Internet]. 2012 [acesso 17 abr 2023];59(1-2):28-35. DOI: 10.2152/jmi.59.28
56. Noguera A, Robledano R, Garralda E. Palliative care teaching shapes medical undergraduate students' professional development: a scoping review. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];12(4):495-503. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000402
57. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyörala E. Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];100(10):1903-9. DOI: 10.1016/j.pec.2017.05.036v
58. Brouwers MH, Bor H, Laan R, van Weel C, van Weel-Baumgarten E. Students' experiences with a longitudinal skills training program on breaking bad news: a follow-up study. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];101(9):1639-44. DOI: 10.1016/j.pec.2018.05.008
59. Johnson J, Panagioti M. Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];93(9):1400-12. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002308
60. Isquierdo APR, Miranda GFF, Quint FC, Pereira AL, Guirro UBP. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];45(2):e091. DOI: 10.1590/1981-5271v45.2-20200521
61. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro UBP. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];29(2):344-53. DOI: 10.1590/1983-80422021292472
62. Kearsley JH, Lobb EA. 'Workshops in healing' for senior medical students: a 5-year overview and appraisal. *Med Humanit* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];40(2):73-9. DOI: 10.1136/medhum-2013-010438
63. Goldberg GR, Weiner J, Fornari A, Pearlman RE, Farina GA. Incorporation of an interprofessional palliative care-ethics experience into a required critical care acting internship. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];14:10760. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10760

64. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. "Rising to the level of your incompetence": what physicians' self-assessment of their performance reveals about the imposter syndrome in medicine. Acad Med [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];93(5):763-8. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002046
65. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. Shifting and sharing: academic physicians' strategies for navigating underperformance and failure. Acad Med [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];93(11):1713-8. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002292
66. Lane AS, Roberts C. Phenomenological study of medical interns reflecting on their experiences, of open disclosure communication after medication error: linking rationalisation to the conscious competency matrix. BMJ Open [Internet]. 2020 [acesso 17 abr 2023];10(5):e035647. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035647


Úrsula Bueno do Prado Guirro – Doutora – ursula@ufpr.br

 0000-0003-4879-3057

Carla Corradi Perini – Doutora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704

Luís Otávio Zatorre Fileno – Graduando – luis.zatorre@gmail.com

 0000-0003-1091-5901

Gustavo Belam Fioravanti – Graduando – gustavofioravanti@outlook.com

 0000-0001-5185-7651

José Eduardo de Siqueira – Doutor – eduardo.jose@pucpr.br

 0000-0002-7513-1385

Correspondência

Úrsula Bueno do Prado Guirro – Rua Padre Camargo, 280, 4º andar, Alto da Glória CEP 80060-240. Curitiba/PR, Brasil.

Participação dos autores

Úrsula Bueno do Prado Guirro participou da idealização da pesquisa, obtenção das autorizações ética e institucional, estudo estatístico, redação do manuscrito e revisão científica. Carla Corradi Perini contribuiu com a idealização da pesquisa, redação do manuscrito e revisão científica. Luís Otávio Zatorre Fileno e Gustavo Belam Fioravanti colaboraram com a coleta e dados e redação preliminar do manuscrito. José Eduardo de Siqueira participou da revisão científica.

Recebido: 26.7.2022

Revisado: 18.4.2023

Aprovado: 20.4.2023