



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

MARCOS VINÍCIUS DA CONCEIÇÃO

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ARACAJU

2017

MARCOS VINÍCIUS DA CONCEIÇÃO

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção
de título de bacharel em Medicina

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Déborah Pimentel

ARACAJU

2017

MARCOS VINÍCIUS DA CONCEIÇÃO

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina como requisito parcial para obtenção de título de graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Déborah Pimentel

Marcos Vinícius da Conceição

Doutorando

Prof. Dra. Déborah Pimentel

Orientadora

Aprovada em: ___/___/___

Prof. Rosana Cipoloti

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e pela benevolência em me conceder forças para enfrentar os obstáculos ao longo do curso de Medicina e durante a escrita deste trabalho.

À minha orientadora Prof. Dra. Déborah Pimentel, pelas imensas colaborações e ideias dadas para que este projeto se realizasse e pela orientação tão primorosa realizada na feitura deste manuscrito.

A Maiane, parceira de pesquisa, pelas grandes contribuições dadas a este projeto. Amiga de curso e amiga para vida!

A Erik, pela ajuda em momentos difíceis quando este texto estava sendo produzido. Meu sincero obrigado!

Aos meus queridos pais, pela confiança em mim depositada ao longo desses anos de caminhada acadêmica. Sei que essa vitória é de vocês!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Cuidados paliativos
TV	Testamento Vital
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
CFM	Conselho Federal de Medicina
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ONR	Ordem de não reanimar

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Características dos participantes.....	35
TABELA 2. Autoavaliação sobre cuidados paliativos.....	36
TABELA 3. Itens analisados com a resposta correta.....	37

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	REVISÃO DE LITERATURA	9
	2.1 CONCEITOS INICIAIS	9
	2.2 HISTÓRICO.....	12
	2.3 PROFISSIONAIS.....	13
	2.4 INDICAÇÕES.....	14
	2.5 CONTROLE DE SINTOMAS.....	15
	2.6 PERSPECTIVAS ATUAIS.....	17
3.	REFERÊNCIAS.....	18
4.	NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	22
5.	ARTIGO.....	30
	4.1 INTRODUÇÃO.....	32
	4.2 METODOLOGIA.....	33
	4.3 RESULTADOS.....	34
	4.4 DISCUSSÃO.....	39
	4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	4.6 REFERÊNCIAS.....	46
6.	APÊNDICES.....	50
	5.1 APÊNDICE I	50
	5.2 APÊNDICE II	53

1. INTRODUÇÃO

A nova era tecnológica e científica que a Medicina presencia está imersa em um paradoxo ocasionado pela dualidade entre a vida e a morte. De um lado, a Medicina curativa através do desenvolvimento de novas terapêuticas promove o aumento da expectativa de vida e redução nas taxas de mortalidade. Do outro, o aumento na prevalência do câncer e de doenças crônicas degenerativas suscitam uma Medicina que, mesmo sem garantia de cura, promova melhoria na qualidade de vida e uma morte digna (MATSUMOTO, 2012).

Frente a esse desafio que a sociedade contemporânea impõe, pode-se destacar o conceito sobre cuidados paliativos, relacionado a um cuidado integral, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2014).

Até a década de 80, os cuidados paliativos eram usados predominantemente para pacientes com câncer. Entretanto, no cenário atual, é notável a crescente necessidade dessa nova abordagem para doenças, como a síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiência cardíaca congestiva, doenças neurológicas, doenças respiratórias e outras condições crônicas degenerativas. Segundo a OMS, estima-se que em 2011, das 54,6 milhões de mortes em todo mundo, 29 milhões de pessoas necessitaram de cuidados paliativos, dentre os quais 94% correspondiam a adultos, sendo 69% acima de 60 anos e 25% entre 15 e 59 anos (WHO, 2014).

Nesta perspectiva, Arantes (2016) enfatiza a importância do conhecimento médico acerca da utilização de cuidados paliativos dentro de hospitais. Nessas instituições, no momento em que sofrimentos e medos aguardam o paciente, será o médico, entre outros profissionais, que poderá levar conforto, seja através de uma palavra amiga ou na titulação correta da morfina. Ainda, segundo a mesma autora, quando na faculdade deveria existir um aprendizado para nunca se abandonar o paciente, o que se vivencia é não abandonar a sua doença, o que acaba por gerar uma assistência inadequada com abordagens desnecessárias, visto que muitas doenças estão fora de possibilidade de cura, mas repletas de possibilidades terapêuticas.

Todavia, essas possibilidades ainda não são a regra em vários serviços encontrados no Brasil e em diversos países. Tratamentos fúteis, manejo incorreto de sintomas, como dor, dispneia e outras abordagens foram evidenciadas em diversos estudos, demonstrando que os conhecimentos sobre cuidados paliativos ainda são insuficientes e que treinamentos são praticamente inexistentes durante a formação médica, o que influencia no despreparo profissional posteriormente. Atualmente, ainda percebe-se a fragilidade como o referido tema é discutido, tanto entre profissionais da área da saúde, como na sociedade laica, pois muitos ainda temem em falar sobre a morte, o morrer e os cuidados a serem prestados no final de vida das pessoas (EYIGO, 2013; WEBER *et al.*, 2009; SANTOS *et al.* 2014; KORZENIEWSKA-EKSTEROWICZ, 2013).

Dentro desse cenário, justifica-se a necessidade de avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de um Hospital Universitário, visto que a aquisição de competências e habilidades nessa área depende de um aparato teórico-prático adquirido ao longo da formação acadêmica e experiências dos referidos sujeitos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITOS INICIAIS

A curiosidade por novos anseios foi e sempre será a mola mestra que move a sede de conhecimento. Acadêmicos, profissionais (médicos ou não) e pacientes impulsionaram e ainda impulsionam vários temas na Medicina, e com os cuidados paliativos não poderia ser diferente. Tal curiosidade pode ser bem descrita em um artigo-relato elaborado por um acadêmico de Medicina da Universidade de Southampton, Reino Unido. Nele, o próprio autor inicia o texto relatando que cuidados paliativos eram sinônimo de morte. Todavia, com o passar do estágio de oito semanas sobre o referido tema, ele acabou notando a limitação do tratamento curativo e percebendo que a Medicina abrange uma área que inevitavelmente lidará com a morte. Como esta é um tabu, pouco se discute e ideias pré-concebidas acabam enraizando-se. Por isso, ao ampliar conceitos e extrapolar a premissa de que cuidados paliativos têm apenas como objetivo principal reduzir a dor e aplicar morfina, o acadêmico percebeu a grande importância para várias áreas da Medicina, pois a palição também pode

trabalhar com planos de reabilitação, aprimorar a prática de cuidados domiciliares e acima de tudo, aperfeiçoar conceitos de vida (HARVEY, 2013).

Segundo Matsumoto (2012, p. 26), ao citar a Organização Mundial de Saúde (OMS):

Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas da natureza física, psicossocial e espiritual.

Ainda, segundo o autor supracitado, os princípios dos cuidados paliativos são:

- a. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
- b. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
- c. Não acelerar nem adiar a morte
- d. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- e. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
- f. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
- g. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
- h. Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e
- i. Controlar situações clínicas estressantes e oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte.

O fim da vida, ao longo dos séculos, foi abordado de diversas maneiras. Em publicação de revisão histórica, Keinert, Keinert e Dias (2010), fizeram uma análise sobre as mudanças na concepção de morte, variando desde a morte bem aceita pelo próprio doente e seus familiares até os dias de hoje, onde aparelhos e engrenagens médicas são utilizadas para postergar o momento de se apagar a chama da vida. Ao citar Philippe Airès, os autores revelam que era comum morrer em casa, rodeado pelos parentes mais próximos e que a cerimônia do enterro não assumia caráter melodramático e sim, transcorria sem emoções, afinal, a morte já era algo que estava

sendo esperado. Era comum não haver visitação aos túmulos, pois a familiaridade com a morte era uma constante, sendo parte integrante da vida.

Os autores supracitados fazem referência às mudanças no século XIX sobre os conceitos de morte, como a valorização dos rituais do enterro, a ornamentação dos túmulos e a visita continuada aos cemitérios. No século XX, a morte deixa paulatinamente de ser entendida como algo natural e a decisão sobre o momento da morte passa para as mãos da equipe médica. Com a evolução tecnológica e maior longevidade, admitir a morte com tantos meios para prolongá-la, passa a ser vergonhoso para o médico (KEINERT, KEINERT, DIAS; 2010).

Ainda no século XX, é esse profissional que assume responsabilidades, trabalha em condições insalubres, e atende pessoas além de sua capacidade física e mental para manter o seu status de onipotência. Afinal é a própria sociedade que autoriza ao médico que faça tudo para salvar vidas a qualquer custo e é ele próprio que aceita essa incumbência, por acreditar no seu poder. É o ser tanatolítico (do grego: *tanatos* = morte, *litis* = destruição), o preservador de vidas, aquele que tem a primazia da salvação. Todavia, a morte é sorrateira, e ao ceifar vidas, acaba por frustrar o médico, fazendo-o adentrar em um ciclo vicioso. Instiga-se ainda mais a lutar contra a morte e a prolongar a vida numa tentativa de superar vivências traumáticas. Esse processo inicia-se na própria academia, pois é nela que o estudante de Medicina desenvolve o *furor curandis* e acredita tornar-se um ser poderoso que irá curar todas as enfermidades, na chamada “ilusão da onipotência” (MARTA *et al.*, 2011).

Esses aspectos foram comprovados em uma pesquisa feita em Sorocaba-São Paulo com 100 médicos recém-formados. No referido estudo, 70% dos médicos se julgavam aptos para lidar com a morte e o processo de morrer. Tal proporção confirma que a maioria dos profissionais supracitados tem em mente a ideia do médico tanatolítico e da onipotência, pois se acham estar acima da morte. Ainda sobre a pesquisa supracitada, quando questionados sobre um caso clínico onde um paciente de 63 anos, cardiopata, internado em UTI, fração de ejeção baixa e dependente de ventilação mecânica por 30 dias, 80% dos residentes fariam a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), caso o paciente viesse a apresentar uma parada cardiorrespiratória. É o *furor curandis* que fica tão claro na prática médica diária, enraizando-se desde a academia até o pós-diploma. Tal sentimento é explicado por culpa, impotência e até mesmo o fracasso frente ao processo de morte/morrer (MARTA *et al.*, 2009).

Assim, devido aos pacientes terem sua morte mais prolongada, é preciso enfatizar a necessidade do ensino sobre cuidados paliativos na formação médica, pois muitos médicos não apresentam um aparato científico suficiente para lidar com os pacientes e os familiares. É o que foi evidenciado em pesquisa de Marta *et al.* (2009), onde 60% dos médicos e 50% dos alunos disseram não ter recebido conhecimento teórico-prático suficiente sobre como atender os pacientes em cuidados paliativos. A falta de debates, a ausência de vivência e a formação do médico para salvar vidas e não para perder pacientes foram apontadas como possíveis falhas da formação acadêmica sobre cuidados paliativos.

Outro estudo realizado em Havana, Cuba, também confirma que a classe médica não possui inúmeras competências para tratar o paciente em Medicina Paliativa. Nesse estudo, 87% dos médicos residentes consideraram seus conhecimentos insuficientes (QUINTERO *et al.*, 2015). É a incongruência entre a obstinação terapêutica e a falta de habilidades para cuidar dos pacientes que os próprios médicos querem salvar a qualquer custo.

É importante frisar que, no século XXI, já não mais se concebe a obstinação terapêutica, considerada uma infração ética grave (distanásia) e em obediência a uma bioética principalista. Deve-se respeitar a autonomia do paciente e o seu direito de morrer com dignidade, renegando o que se chama de tratamento fútil, o que também implica em conhecimentos de cuidados paliativos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009; SILVA, 2008).

2.2 HISTÓRICO

A vida humana, ao longo dos séculos, enfrentou inúmeros obstáculos: vidas feridas em guerras, vidas atormentadas por doenças, sacrificadas por ditadores, mas sempre a lutar para enfrentar os percalços. Desde a era cristã, foi com os peregrinos e viajantes que se deu o início embrionário dos Hospices (hospedarias), cuja evolução pela história, culminou com o Movimento Hospice Moderno. Assim, estudos evidenciando o alívio da dor em pacientes com câncer puderam estimular a propagação dos cuidados paliativos em várias partes do globo (PESSINI, 2003; MATSUMOTO, 2012).

No Brasil, o ensino dos cuidados paliativos ainda revela-se incipiente em muitas regiões do país. É o que confirma a revisão de literatura feita por Oliveira,

Ferreira e Rezende (2013). Nesse estudo, fez-se uma comparação dos achados sobre palição entre 1992 e 2001. Nele, as escolas médicas aumentaram em número de 76 para 103, houve progressão de 96,6% para 100% da disciplina de Ética Médica, mas não houve mudanças significativas no ensino da Ética. Uma das explicações propostas pelos autores foi a ênfase em métodos teóricos de ensino, o que acabaria por desestimular o aprendizado do acadêmico. Todavia, experiências pontuais e bem sucedidas do ensino da Bioética, como dos serviços da Universidade Estadual de Londrina-UEL (SC), Universidade de São Paulo-USP (SP), Universidade Federal do Ceará-UFC e Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes (MG) servem de estímulo para mais pesquisas sobre palição e assim melhorar os serviços de cuidados paliativos no país.

Esses serviços, conforme Gomes e Othero (2016), contam com 68 unidades no Brasil, sendo metade deles, pública. A maioria ainda encontra-se no estado de São Paulo e mantém modelo de atendimento do tipo ambulatorial, com prevalência de assistência a adultos e idosos. Tal publicação baseou-se nos inventários realizados em dois encontros nacionais promovidos pelo Hospital Premier, em 2012 e 2014, sobre os serviços paliativos no Brasil.

2.3 PROFISSIONAIS

Além da equipe médica, os serviços de cuidados paliativos devem conter outros profissionais da saúde, como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais. Profissões que também possuem dilemas semelhantes aos médicos: há carência no ensino de cuidados paliativos em outros campos da saúde e os profissionais, de um modo geral, também são despreparados para lidar com aspectos de morte e morrer (HERMES, LAMARCA; 2013).

Para a OMS, confirmando as ideias supracitadas, a maioria dos profissionais de saúde em todo o mundo tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas dos cuidados paliativos. Além disso, a formação em cuidados paliativos ainda é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde (WHO, 2014).

E como já se sabe, aquilo que não é visto na academia, ressurge por meio de dilemas em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com difíceis questões éticas: pacientes sem indicação em unidades de tratamento mais avançado; médicos que

não sabem o limite de quando parar; tratamentos excessivos que levam a práticas distanásicas, entre outras. Muitas vezes, a Medicina quer lutar a qualquer custo contra a morte vindoura, não reconhecendo limites. Assim, os pacientes com propostas terapêuticas com vistas aos cuidados paliativos são submetidos a desnecessários procedimentos invasivos, com prolongamentos do processo de morrer, chegando-se ao exagero das medidas salvadoras a qualquer custo. É o que afirma Pessini (2016) sobre *a ética no fio da navalha*: qualquer procedimento errado leva a terríveis consequências e ainda alerta que a ousadia científica deve andar juntamente com a prudência ética.

Tais práticas distanásicas contrapõem-se ao conceito de ortotanásia, etimologicamente do grego *orthos*, que denota “correto” e *thanatos*, que significa “morte”, o que, em resumo significa uma boa morte com respeito aos limites da vida (REIRIZ *et al.*, 2006). Prolongando-se esse conceito, pode ser considerada uma morte natural, sem abreviação nem prolongamento do sofrimento, permitindo qualidade de vida e alívio do sofrimento. Todavia, os profissionais e familiares tem dificuldades de aceitarem que a vida é finita. Daí vem o prolongamento da vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (SANTANA *et al.*, 2017).

Esses conceitos puderam ser extraídos de diversas falas de enfermeiros em um estudo de abordagem exploratória, descritiva e qualitativa. Por meio de uma entrevista não estruturada com duração de aproximadamente 30 minutos, os profissionais da Enfermagem expuseram sobre o que pensavam em relação ao processo de morrer com dignidade e como percebiam o prolongamento do sofrimento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Seus discursos giraram em torno da insistência de manter o paciente vivo, o empenho de se salvar uma vida num contexto de missão impossível e as intervenções que ultrapassam o limite humano. Santana *et al.* (2017) foram muito perspicazes ao alocar o estudo em um ambiente onde as práticas do *furor curandis* acontecem constantemente. Ficou evidenciado que os enfermeiros advogam a existência de limitação na terapêutica e defendem que o prolongamento mecânico gera angústia para o paciente. Na opinião de um dos entrevistados, os médicos prolongam o sofrimento, aumentam as drogas vasoativas (noradrenalina, por exemplo) e não deixam o paciente evoluir no processo da morte; por fim, o próprio entrevistado admite que ele também não está preparado para encarar a morte como parte da vida. Na fala de um outro enfermeiro, os médicos tem a ideia que devem mostrar que estão proporcionando o máximo de terapia para o paciente, com receio de os integrantes da equipe acharem que não fizeram o suficiente e que estariam matando o paciente antes do previsto.

2.4 INDICAÇÕES

Cuidados paliativos não são exclusividade da Oncologia. Essa assertiva serve para extrapolar o conceito que, imbuído nas mentes dos profissionais, pode impedir que pacientes de outras áreas da Medicina recebam tais cuidados quando necessários. Arantes (2012), em capítulo do Manual de Cuidados paliativos (elaborado pela Academia Nacional de Cuidados paliativos), é claro ao citar as diversas áreas que podem ter pacientes candidatos a terapias não salvadoras, como a Infectologia (em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida em fase avançada), a Nefrologia (nos portadores de insuficiência renal não candidatos à diálise), a Cardiologia (insuficiência cardíaca congestiva, Fração de Ejeção < 20%), a Pneumologia (saturação < 88%, dispneia ao repouso), a Neurologia (como as demências que incapacitem andar, comunicar-se, várias idas ao pronto - socorro) e a Hepatologia (ascite refratária, albumina < 2,5)

Outro grupo que pode ter indicação para receber cuidados paliativos e muitas vezes desconhecido, inclui os pacientes pediátricos. Bellazzi *et al.* (2016) são categóricos ao afirmar que existe uma carência de estudos abordando as necessidades da criança quanto à palição pediátrica. Em uma pesquisa de caráter retrospectivo, foram analisados os registros de atendimento pediátrico em um hospital de atenção secundária, com população alvo de zero a 12 anos, com diagnóstico de doença crônica. Boa parte dos casos (45,4%) tinham indicação de cuidados paliativos, sendo os principais diagnósticos relacionados ao sistema nervoso, seguido por neoplasias e doenças do sistema cardiovascular. Quarenta delas evoluíram para o óbito, sendo as leucemias, neoplasias no geral e hidrocefalia as causas de óbito mais frequentes. Os autores reforçam que o estudo por eles realizado, deva despertar mais interesse dos gestores, a fim de melhorar o planejamento do serviço em serviços paliativos na população infante, visto que quase não se pensa em crianças necessitando de cuidados paliativos.

2.5 CONTROLE DOS SINTOMAS

Avaliar o prognóstico de um paciente que necessite de cuidados paliativos não é tarefa fácil, nem muito menos de simples execução. É necessário avaliar toda

sintomatologia, como: dor, náuseas, vômitos, perda de peso e depressão, até a doença propriamente dita, desde um agravo cardíaco, até uma neoplasia. Essa avaliação global exige um manejo adequado, pois muito do que se fará à diante baseia-se no que o paciente tem de possibilidades. Assim, para melhorar essa avaliação, foram propostas diversas ferramentas, entre elas, a *Escala de Performance Paliativa*: um instrumento validado e bastante difundido com o intuito de analisar o desempenho do paciente e, assim, facilitar a forma de tratamento mais adequada. O escore tem variação entre zero e 100%, onde a nota máxima indica atividade funcional preservada, e zero, indicativo de morte (Ho *et al.*, 2008). O escore supracitado foi comparado com o estado nutricional de pacientes em internação domiciliar em pesquisa feita por Duval, Wille e Borges (2016). Nela, 138 pacientes foram analisados e chegou-se à conclusão que a capacidade funcional apresenta associação de caráter significativo com a necessidade de intervenção nutricional, o que comprova a eficácia da escala para alertar aos profissionais sobre maiores cuidados com pacientes que necessitam de mais atenção.

Todavia, a intervenção nutricional é apenas um dentre vários parâmetros avaliados. A dor, devido ao grande prejuízo que traz ao paciente, é, sem sombra de dúvida, o aspecto que mais gera discussões, seja por aflição do paciente ou por inúmeras dúvidas e mitos do médico que a trata. Segundo Oliveira (2008), a dor é apontada como o sintoma que mais afeta pacientes oncológicos, sendo que, aproximadamente 50% dos pacientes a experimentam e perto de 90% a percebem em casos de doença avançada.

Com toda essa relevância, até mesmo o local de administração dos analgésicos é objeto de inúmeros estudos. Em uma revisão de literatura sobre a infusão subcutânea (hipodermóclise) de analgésicos foram analisados 11 artigos que trataram de medicações para o manejo da dor oncológica, com vistas a melhorar a qualidade de vida do paciente sem acesso venoso, mas que necessita da medicação para ficar aliviado. Outra indicação da hipodermóclise seria a intolerância gastrointestinal aos medicamentos orais ou mesmo a fragilidade do sistema venoso desses pacientes, visto que muitos deles são submetidos a várias punções para receber quimioterápicos (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Porém, a aplicação de fármacos por essa via não é isenta de riscos, assim como em qualquer via para a administração de medicamentos. Foi o que demonstraram Nunes e Silva (2016), por meio de outra revisão de literatura: mais da metade (61%) dos pacientes tiveram dor local e sobrecarga de líquidos, 53% tiveram edema local e 38% apresentaram celulite. Isso não contraindica o uso da hipodermóclise, visto que os efeitos adversos foram similares à via endovenosa.

Para tratá-la, é necessário conhecer a classe de medicamentos mais comumente utilizada: os chamados analgésicos opioides. Esses são definidos como qualquer componente, endógeno ou exógeno, que se liga ao receptor opioide. Atualmente, existem diversas apresentações, como a morfina injetável (endovenoso ou subcutâneo), comprimidos de liberação prolongada e até fentanil ou morfina na forma de adesivo transdérmico. A fisiologia de tais fármacos é conhecida, mas não suficientemente compreendida, visto que muitos são os seus efeitos colaterais, como constipação crônica, náuseas, vômitos, alterações do humor, tontura e sedação. Esses efeitos devem ser de conhecimento do médico que o prescreve, para que o mesmo determine condutas que possam minimizá-los. Segundo um autor anônimo, por exemplo, a mão que prescreve o opioide também prescreve o laxante, visto que a maioria dos pacientes desenvolvem constipação intestinal (MINSOM *et al.*, 2012).

Entretanto, alguns efeitos adentram no mundo das complicações mais sombrias e levam o médico a prescrever opioides apenas nos últimos dias de vida do paciente, por equivocadamente temer a dependência química. Vários autores são categóricos em afirmar que essa ocorrência é rara em pacientes com dor. Muitos médicos, inclusive, orientam o paciente a usar doses de resgate, caso haja dor nos períodos entre as medicações. Outro efeito bastante temido é a depressão respiratória advinda do uso dos opioides. Essa complicação pode ocorrer, mas é bastante dose-dependente, ou seja, esse paraefeito só acontecerá se a dose prescrita for aplicada em excesso quando comparada à dor do paciente (GARCIA *et al.*, 2012).

Todavia, apesar de ser necessário ter um bom conhecimento sobre o tratamento da dor em pacientes com cuidados paliativos, em estudo realizado por Kohler, Cerchiaro e Levites (2016) sobre a qualidade de vida em pacientes oncológicos, a dor não era mais o que mais importunava o paciente. Nessa pesquisa, os discursos dos entrevistados enfatizaram que os profissionais da instituição onde os pacientes estavam alocados estavam mais preocupados com a dor, despendendo mais tempo para esse sintoma, em detrimento de outros fatores. Na fala de tais pacientes, o fator que mais os incomodava foi a perda da independência para realização de atividades costumeiras e a necessidade de auxílio dos familiares e cuidadores.

Outro uso dos opioides foi evidenciado em artigo de atualização por Coelho e Yankaskas (2016): tratar a dispneia experimentada pelos pacientes em palição. Tais fármacos devem ser utilizados quando o desconforto respiratório não melhorar, a despeito da administração de outros tipos de tratamento. Os mesmos autores enfatizam

que é preciso ter conhecimento sobre a doença de base para tratar adequadamente a dispneia. Um exemplo clássico é aquela causada pela insuficiência cardíaca. Nessa enfermidade, tanto a sobrecarga cardíaca quanto a pulmonar levam ao desconforto respiratório, sendo o mesmo tratado com o uso dos diuréticos. Ainda sobre dispneia, o uso de ansiolíticos tem utilidade para melhorar o componente ansiogênico da dor.

2.6 PERSPECTIVAS ATUAIS

O Testamento Vital (TV), documento que expressa a que tipos de tratamento uma pessoa lúcida quer ser submetida (se necessário) no final de vida, foi o tema central de pesquisa com 36 médicos residentes de um hospital público na Paraíba. De abordagem exploratória e qualitativa, a amostra foi composta por 20 homens e 16 mulheres, com faixa etária entre 23 e 35 anos. Seus discursos giraram em torno das seguintes palavras ou expressões: autonomia, vontade, direito do ser humano, desejos respeitados, direito sobre o próprio corpo, entre outras. Todas elas demonstram o paciente como centro do processo de saúde em detrimento do *furor curandis* - a chamada obstinação terapêutica. O CFM (2012) na Resolução 1995/12 dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Entretanto, os autores do estudo supracitado ainda alertam para a necessidade de discussão sobre este dispositivo legal a fim de regulamentar a utilização do TV no Brasil. Assim, um atendimento mais humanizado, lógico e eficaz poderá ser disponibilizado para o paciente (MOREIRA *et al.*, 2017)

Outro termo que merece destaque é a ordem de não reanimar (ONR). Em pesquisa feita sobre o referido termo com 80 médicos, foi observado que 90% dos participantes conheciam a referida expressão. Todavia, os autores consideraram como excepcional o fato dos 10% restante desconhecerem o termo, visto que o mesmo é fundamental em paradas cardiorrespiratórias caso o procedimento seja contraindicado. Não houve diferença significativa quando foram correlacionadas faixa etária e ser, ou não, especialista ($p > 0,05$) (PUTZEL; HILLESHEIN; BONAMIGO, 2016).

Ainda sobre o estudo supracitado, é importante atentar para o fato de que mesmo se o médico conhecer o termo, não significa necessariamente que a ONR irá ser acatada. Essa dúvida foi abordada na pesquisa citada e na amostra analisada, 86,2% dos entrevistados concordaram em aceitar a decisão de não reanimar. Outra abordagem foi feita quando a pergunta sobre a não reanimação era com algum familiar do médico sem

possibilidade de cura: 74 participantes declararam aceitar a vontade do familiar e seis médicos manifestaram-se contrários a não reanimação. Caso fossem os próprios médicos que estivessem em situação fora de terapêutica curativa, 75 (94%) desejariam que sua decisão fosse respeitada (PUTZEL; HILLESHEIN; BONAMIGO, 2016).

3. REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de Cuidados paliativos. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados paliativos (ACNP), p.56-74, 2012.

ARANTES, A. C. L. Q. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192p.

BELLAZZI, J. L. *et al.* Cuidados Paliativos e doença crônica na infância: Quem são essas crianças? **Cuidados paliativos**. Lisboa, v. 3, n. 2, p. 71- 80, 2016.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 29, n. 2, p. 222-230, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931. Brasília, DF: 17 de setembro de 2009.

DUVAL, P. A.; WILLE, F. H.; BORGES, L. R. O uso da palliative performance scale para a avaliação funcional e sua associação com o estado nutricional de pacientes em internação hospitalar. **Cuidados paliativos**, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 63-70, 2016

EYIGO, S. Fifth-Year Medical Students' Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject. **Journal of Palliative Medicine**, Izmir, v.16, n. 8, p. 941-946, 2013

MINSON, F. P. Opioides – Farmacologia básica. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados paliativos (ACNP), p.123-142, 2012.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**. v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

HARVEY, A. Preconceptions in Palliative Care: A Medical Student's Perspective. **Journal of Palliative Medicine**. v. 16, n. 9, p. 1152-1153, 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

HO, F. *et al.* A reability and validity study of the palliative performance scale. **BMC Palliative Care**. v. 7, n. 10, 2008

KEINERT, R. C.; KEINERT, T. M. M.; DIAS, D. S. Morrer faz parte da vida: o direito à morte digna. **Direito à Saúde**. v. 12, n. 3, p. 260 – 267, 2010

KOHLER, L. B.; CERCHIARO, A. C.; LEVITES, M. R. Cuidados paliativos ambulatoriais e qualidade de vida em pacientes oncológicos. **Diag Tratamento**. v. 21, n. 3, p. 101-5, 2016.

KORZENIEWSKA-EKSTEROWICZ, A. *et al.* The Impact of Pediatric Palliative Care Education on Medical Students' Knowledge and Attitudes. **The Scientific World Journal**. v. 1, n. 9, 2013.

MARTA, G. N. *et al.* Médico onipotente tanatológico: um status a ser analisado. **Diagn Tratamento**. v. 16, n. 2, p. 95-96, 2011

MARTA, G. N. *et al.* O estudante de Medicina e o médico recém- formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados paliativos (ACNP), p.23-30, 2012.

MOREIRA, M. A. D. M. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. **Rev. Bioét. (Impr.)**. v. 25, n. 1, p. 168-78, 2017.

NUNES, P. M. S. A.; SOUZA, R. C. S. Efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos: revisão integrativa. **REME – Rev Min Enfer**, Belo Horizonte, v. 20, p. 1-6, 2016.

OLIVEIRA, S. S. *et al.* Infusão subcutânea de analgésicos em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma revisão de literatura. **e-Scientia**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 01- 05, 2014.

OLIVEIRA, R.A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp). 2008

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. 285-90, 2013.

PESSINI, L. Vida e Morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. Bioét. (Impr.)** v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Mundo saúde (Impr)**. v. 27, n. 1, p. 15-32

PUTZEL, E. L.; HILLESHEIN, K. D.; BONAMIGO, E. L. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. **Rev. Bioét. (Impr.)**. v. 24, n. 3, p. 596-602, 2016.

REIRIZ, A.B. *et al.* Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. **Prat Hosp**. v. 6, n. 48, p. 77-82, 2006.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: perepeção dos enfermeiros. **Rev. Bioét. (Impr.)** v. 25, p. 1, p. 158-67, 2017.

QUINTERO, O. T. H. *et al.* Nivel de información sobre cuidados paliativos em médicos residentes. **Educación Médica Superior**. v. 29, n. 1, p. 14-27, 2015.

WEBER, M. *et al.* Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care: An interinstitutional questionnaire-based study. **BMC Palliative Care**. v. 10, n. 19, 2011.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England. 2014.

4. REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

Normas editoriais

A Revista Bioética é uma publicação científica em acesso aberto que disponibiliza na íntegra em português, espanhol e inglês, artigos de bioética e ética médica aprovados em sistema duplo cego. Idealizada pelo Conselho Federal de Medicina para fomentar a discussão multidisciplinar e plural, volta-se à formação acadêmica e ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde. Sua linha editorial e a composição e a atuação do Corpo Editorial, são completamente independentes da plenária do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do CFM.

Critérios para aceitação de trabalhos

A Revista Bioética não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão online, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas ad hoc em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação. Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6.000 palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa de plágio Plagius – Detector de Plágio (Plagiarism Detector) Professional. Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados no sentido de verificar se as indicações referem-se a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, para verificar se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais – que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. Caso seja necessária alguma correção ou complementação os autores terão 30 dias para realizá-la, pois caso contrário o trabalho será considerado retirado da pauta editorial. Se todos esses critérios estiverem atendidos, o manuscrito segue para edição inicial, na qual são observados conteúdo, adequação à linha editorial e aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco de dados

dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Caso se identifique a necessidade de alterar ou complementar algum desses aspectos, o manuscrito retornará aos autores para ajustes e os autores terão novamente 30 dias para realizá-los. Da mesma forma que na etapa anterior, após esse prazo o trabalho será retirado da pauta editorial. Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível reapresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração no manuscrito, inicia-se a fase seguinte do processo editorial. Após o recebimento da versão inicial retificada, tem início a etapa de avaliação do trabalho pelos pareceristas. Os integrantes do Corpo Editorial e os pareceristas ad hoc têm 15 dias após o recebimento do texto para emitir o parecer, que pode ser: aprovação; necessita alterações; deve ser reexaminado após alterações; ou não aprovado. Os critérios considerados nas avaliações são: enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização. O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda, para bioeticista com formação lato ou stricto sensu em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao que os autores deverão responder em até 20 dias. Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela Revista Bioética pertencerá à mesma, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final diagramada do trabalho será submetida aos autores para

aprovação. Entretanto, a revisão ortográfica e gramatical final do artigo nos três idiomas bem como dos resumos e dos títulos em espanhol e inglês, realizada por empresas especializadas, e também as provas finais de gráfica não serão enviadas aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados on-line no sítio da revista.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. Em cada caso, devem ser seguidas as regras ortográficas correntes do idioma escolhido.
- Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da Revista Bioética no link: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/about/submissions#onlineSubmissions em formato Rich Format Text (RTF) do Word.
- Os trabalhos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos. Solicita-se informar se o trabalho já foi apresentado anteriormente e recusado por outra revista, identificando o referido veículo.
- Se a apresentação anterior houver sido à Revista Bioética, acrescentar a razão da retirada ou recusa.
- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos e a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

Identificação de artigos

- Os manuscritos devem ser acompanhados por folha inicial que deve trazer o título do artigo, o nome completo do autor, sua maior titulação acadêmica, endereço eletrônico, vinculação institucional, além de cidade, estado e país.
- Como item separado, informar o nome completo do primeiro autor, o endereço postal, que será publicado no rodapé da página inicial dos artigos, e o número de telefone, exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência. Pede-se ainda o endereço eletrônico de todos os autores, que também serão publicados no rodapé da página inicial.

- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.
- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo.

Formatação de artigos

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte Calibri, tamanho 10, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.
- Os títulos devem ser destacados em verde e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.
- As páginas devem ser numeradas consecutivamente.
- O texto deverá ter até 6.000 palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.
- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (resumen e abstract). O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.
- Sugere-se que os textos sejam divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em verde, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso itálico.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter 1 .

- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em itálico (exemplo: Declaração de Helsinki).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

Artigos de pesquisa

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS nº 466/12), considerando ainda os princípios da Declaração de Helsinque e da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida. Pesquisas empreendidas no Brasil devem ser acompanhadas de cópia do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).
- A Revista Bioética apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

Autorização para publicação

A Revista Bioética considera que a apresentação do manuscrito e sua submissão às recomendações dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final do trabalho por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à Revista Bioética, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados

estarão sob a guarda da Revista Bioética, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

Referências

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, no estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- Só serão aceitos artigos com referências citadas literalmente ou indicadas no corpo do texto.
- As referências devem ser feitas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter 2) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas. Todas as referências indicadas devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.
- Não serão aceitos artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como “Notas de rodapé” e/ou “Notas de fim”.
- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- Comunicações pessoais não serão aceitas como referências, podendo, porém, ser transcritas no texto, entre parênteses, com o nome da pessoa e a data.
 - As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.
 - Todas as citações de outras fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
 - Nas referências, artigos com vários autores devem incluir até seis nomes, seguidos de et al. quando esse número for excedido.
 - Deve-se sempre buscar a referência do original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o apud for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: “Analisando o trabalho de Potter, Pessini 3 descreve...”.
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

Quadros e ilustrações

Recomenda-se que cada artigo seja acompanhado de, no máximo, três quadros, tabelas ou figuras – formatados no corpo do texto, abertos para a revisão e não copiados em formato de imagem. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

Exemplos de citação de referências

Artigos de revistas

- Listar até os seis primeiros autores. Mais de seis, listar os seis primeiros e acrescentar “*et al.*”.

Tongu MT, Bison SHDF, Souza LB, Scarpi MJ. Aspectos epidemiológicos do traumatismo ocular fechado contuso. *Arq Bras Oftalmol.* 2001;64:157-61.

Garcia ME, Braggio EF, Martins ABK, Goulart LQ, Rubinsky A, César LO et al. Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo. *Rev Med Hosp Univ.* 2000; 10:29-33.

Livros e outras monografias

- Autores individuais

Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.

Capítulo de livro

Rego S, Palácios N, Schramm FR. Alocação de recursos na assistência materna-infantil. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde. Novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 81-104. (Coleção Criança, Mulheres e Saúde).

Atas de conferência, congresso e encontro

Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde: 1998 set 2-6; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Outras publicações

- Artigo de jornal

Scheinberg G. Droga é a principal forma de aborto. Folha de S. Paulo. 15 nov 1999; Ciência: 12.

- Texto legal – Legislação publicada – NBR 6.028 Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Diário Oficial da União. Brasília, v. 403, nº 5, p. 337-9, 6 jan 1995. Seção 1.

- Dicionário e referências semelhantes

Stedman. Dicionário médico. 25ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. Apraxia; p. 91.

- Texto clássico The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-6. The complete works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

- Material não publicado/aguardando publicação Martins-Costa J. A reconstrução do direito privado: reflexos dos princípios constitucionais e dos direitos fundamentais no direito privado (mimeo ou no prelo).

- Material eletrônico Fortes PAC. A bioética em um mundo em transformação. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2011 ago [acesso 22 dez 2011]. 19(2):319-27. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/630/657

Comunicações:

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, Lote 72.

Brasilia/DF, Brasil. CEP 70390-150.

5. ARTIGO

CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

KNOWLEDGE OF PALLIATIVE CARE BETWEEN PHYSICIANS RESIDENT FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

Marcos Vinícius da Conceição¹, Deborah Pimentel²

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

² Professora adjunta IV do Departamento de Medicina (DME) da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Não há conflitos de interesse

Endereço de correspondência:

Marcos Vinícius da Conceição

Rua Via Férrea, nº 260, Cond. Alamedas dos Pássaros, Bloco 8, Apto 209, Inácio Barbosa, Aracaju-SE

CEP: 49040-690

Telefone: (79) 9-9956-0901

Email: drmarcosvinicius2017@gmail.com

RESUMO

Os cuidados paliativos, até a década de 80, eram usados predominantemente para pacientes com câncer. Entretanto, no cenário atual, é notável a crescente necessidade dessa nova abordagem para diversas doenças, o que nem sempre encontra respaldo técnico e científico por parte dos médicos, pois os conhecimentos sobre cuidados paliativos ainda são insuficientes e treinamentos são praticamente inexistentes durante a formação médica. Assim, objetivou-se avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de um Hospital Universitário. Foi feita uma pesquisa

exploratória, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa entre os médicos residentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) por meio da aplicação de um questionário baseado em dois instrumentos: o primeiro validado na Colômbia e o segundo, realizado no Japão – *Palliative Care Knowledge Test*. O perfil da amostra foi composto, predominantemente, por mulheres (66,7%), profissionais entre 20 e 29 anos (59,4%), entre um a quatro anos de formado (60,4%). A maioria dos médicos (78,1%) afirmaram que não receberam informações suficientes sobre pacientes em situação terminal durante a época em que estavam cursando a graduação. Após análise de todas as questões, apenas 7,3% da amostra apresentaram uma excelente avaliação, com mais de oitenta por cento das questões, tendo grande parte alcançado um resultado mediano. Esse fato sugere quão falha é a nossa formação médica, em se tratando de assuntos inerentes à palição.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Conhecimento, Educação Médica, Autoavaliação

ABSTRACT

The palliative care, until the 1980s, was predominantly used for cancer patients. However, in the current scenario, the growing need for this new approach to various diseases, which does not always find technical and scientific support on the part of the doctors, because knowledge about palliative care are still insufficient and trainings are practically non-existent during medical training. Thus, the objective was to evaluate the knowledge about palliative care among physicians residing in a University Hospital. An exploratory, descriptive, cross-sectional and quantitative approach was carried out among residents physicians at the University Hospital of Universidade Federal de Sergipe, through the application of a questionnaire based on two instruments: the first validated in Colombia and the second one, carried out in Japan – *Palliative Care Knowledge Test*. The sample profile consisted predominantly of women (66,7%), professionals between 20 and 29 years (59.4%), between one and four years of training (60.4%). The majority of physicians (78.1%) stated that they did not receive enough information about terminally ill patients during the time of graduation. After analyzing all the questions, only 7.3% of the sample presented an excellent evaluation, with more than eighty percent of the questions, having largely achieved a median result. This fact suggests how bad is our medical training, when it comes to subjects inherent in the palliation.

Keywords: Palliative Care, Knowledge, Medical Education, Self-evaluation

5.1 INTRODUÇÃO

A nova era tecnológica e científica que a Medicina presencia está imersa em um paradoxo ocasionado pela dualidade entre a vida e a morte. De um lado, a Medicina curativa através do desenvolvimento de novas terapêuticas promove o aumento da expectativa de vida e redução nas taxas de mortalidade. Do outro, o aumento na prevalência do câncer e de doenças crônicas degenerativas suscitam uma Medicina que, mesmo sem garantia de cura, promova melhoria na qualidade de vida e uma morte digna¹.

Frente a esse desafio que a sociedade contemporânea impõe, pode-se destacar o conceito sobre cuidados paliativos, relacionado a um cuidado integral, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais²”.

Até a década de 80, os cuidados paliativos eram usados predominantemente para pacientes com câncer. Entretanto, no cenário atual, é notável a crescente necessidade dessa nova abordagem para doenças, como a síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiência cardíaca congestiva, doenças neurológicas, doenças respiratórias e outras condições crônicas degenerativas. Segundo a OMS, estima-se que em 2011, das 54,6 milhões de mortes em todo mundo, 29 milhões de pessoas necessitaram de cuidados paliativos, dentre os quais 94% correspondiam a adultos, sendo 69% acima de 60 anos e 25% entre 15 e 59 anos².

Nesta perspectiva, Arantes³ enfatiza a importância do conhecimento médico acerca da utilização de cuidados paliativos dentro de hospitais. Nessas instituições, no momento em que sofrimentos e medos aguardam o paciente, será o médico, entre outros profissionais, que poderá levar conforto, seja através de uma palavra amiga ou na titulação correta da morfina. Ainda, segundo a mesma autora, quando na faculdade deveria existir um aprendizado para nunca se abandonar o paciente, o que se vivencia é não abandonar a sua doença, o que acaba por gerar uma assistência inadequada com

abordagens desnecessárias, visto que muitas doenças estão fora de possibilidade de cura, mas repletas de possibilidades terapêuticas.

Todavia, essas possibilidades ainda não são a regra em vários serviços encontrados no Brasil e em diversos países. Tratamentos fúteis, manejo incorreto de sintomas, como dor, dispneia e outras abordagens foram evidenciadas em diversos estudos, demonstrando que os conhecimentos sobre cuidados paliativos ainda são insuficientes e que treinamentos são praticamente inexistentes durante a formação médica, o que influencia no despreparo profissional posteriormente. Atualmente, ainda percebe-se a fragilidade como o referido tema é discutido, tanto entre profissionais da área da saúde, como na sociedade laica, pois muitos ainda temem em falar sobre a morte, o morrer e os cuidados a serem prestados no final de vida das pessoas^{4,5,6,7}.

Dentro desse cenário, justifica-se a necessidade de avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de um Hospital Universitário, visto que a aquisição de competências e habilidades nessa área depende de um aparato teórico-prático adquirido ao longo da formação acadêmica e experiências dos referidos sujeitos.

5.2 METODOLOGIA

Para a escritura deste manuscrito foi feito um recorte de um estudo maior intitulado “Conhecimento sobre cuidados paliativos entre internos de medicina e médicos residentes de um Hospital Universitário em uma capital do Nordeste”, tendo uma população alvo constituída apenas por médicos residentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) no campus da saúde Prof. João Cardoso Nascimento Júnior. A presente pesquisa apresentou caráter exploratório, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A coleta dos dados aconteceu entre os meses de junho e julho de 2017, após devida aprovação do Comitê de Ética da referida universidade, com CAAE nº66997817.6.0000.5546

Os residentes que aceitaram participar da referida pesquisa, assim o fizeram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que garantiu o total anonimato para os integrantes da pesquisa, conforme Resolução 466/12. Foram excluídos os residentes que não eram vinculados ao Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe, mesmo estando em módulos no referido estabelecimento por convênios com outras instituições.

Por não ser possível ter acesso a todos os médicos residentes do HU-UFS, foi elaborado um cálculo amostral, o que resultou em uma amostra de 96 indivíduos de um universo de 136 médicos residentes, compondo assim uma população não probabilística acidental. Os dados foram coletados através de um questionário baseado em três etapas: a primeira constituída de características sociodemográficas dos participantes; a segunda elencou quesitos que analisaram a autoavaliação geral sobre cuidados paliativos, baseada em um instrumento validado na Colômbia e aplicado em uma cidade do estado de São Paulo⁸ e a última, também baseada em um instrumento, mas desta vez validado no Japão – *Palliative Care Knowledge Test*⁴. Nessa última etapa, seis domínios foram analisados, a saber: filosofia, dor, dispneia, problemas psiquiátricos, problemas gastrointestinais e comunicação de más notícias.

As variáveis categóricas foram descritas através de frequência absoluta e percentagem. Para comparar características das variáveis categóricas entre os grupos, utilizou-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando mais adequado. As variáveis contínuas foram representadas por média e desvio padrão. Foram considerados significativos os resultados cujos níveis descritivos para o valor de p foram inferiores a 5% ($p < 0,05$). As análises estatísticas foram processadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 (Chicago, IL).

5.3 RESULTADOS

O perfil da amostra (TABELA 1) foi composto na sua maioria (59,4%) por profissionais entre 20 e 29 anos, do gênero feminino (66,7%) e entre um a quatro anos de formado (60,4%). Grande parte (45,8%) teve formação acadêmica na própria Universidade Federal de Sergipe, mas um percentual elevado (43,8%) obteve a graduação médica em outros estados brasileiros. Mais de 80% da população pesquisada possui uma religião, com destaque para o Catolicismo (61,5%), Espiritismo (13,5%) e Protestantismo (12,5%). Quanto às especialidades médicas, 39 pesquisados (40,6%) cursavam residência em inúmeras especialidades, como Pediatria, Radiologia, Pneumologia, Ortopedia, Endocrinologia, Neurologia. Os que cursavam Cirurgia Geral perfizeram um total de 18 médicos (18,8%), e os de Clínica Médica, 16 (16,7%). Não houve nenhum residente de Oncologia, área bastante envolvida em cuidados paliativos, fato esse que pode ser explicado pela ausência da referida residência, não somente no HU como também em qualquer instituição do Estado de Sergipe. Quanto à

autoavaliação sobre cuidados paliativos (TABELA 2), 75 médicos (78,1%) afirmaram que não receberam informações suficientes sobre pacientes em situação terminal

	n	%
--	----------	----------

durante a época em que estavam cursando a graduação. Em relação ao manejo da dor, 62 profissionais (64,6%) admitiram não ter adquirido conhecimentos suficientes para o traquejo adequado de pacientes com dor. Todavia, quando a pergunta foi sobre técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias, 70 médicos (72,9%) afirmaram ter aprendido tais competências.

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES (N = 96)

Idade		
20 - 29 anos	57	59,4
30 - 39 anos	39	40,6
Gênero		
Feminino	64	66,7
Masculino	32	33,3
Religião		
Católica	59	61,5
Espírita	13	13,5
Protestante	12	12,5
Ateísmo	7	7,3
Outras	4	4,2
Ignorado	1	1,0
Ano de formação		
Menos de 1 ano	21	21,9
1 – 4 anos	58	60,4
Mais de 5 anos	17	17,7
Local de formação		
Sergipe – faculdade pública	44	45,8
Sergipe – faculdade privada	7	7,3
Outro estado brasileiro	42	43,8
Ignorado	3	3,1
Especialidade (em andamento)		
Cirurgia geral	18	18,8
Clínica Médica	16	16,7
Ginecologia/Obstetrícia	17	17,7
Infectologia	4	4,2
Anestesiologia	2	2,1
Outras	39	40,6

SIM	NÃO
-----	-----

Quanto à autoavaliação sobre cuidados paliativos (TABELA 2), 75 médicos (78,1%) afirmaram que não receberam informações suficientes sobre pacientes em situação terminal durante a época em que estavam cursando a graduação. Em relação ao manejo da dor, 62 profissionais (64,6%) admitiram não ter adquirido conhecimentos suficientes para o traquejo adequado de pacientes com dor. Todavia, quando a pergunta foi sobre técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias, 70 médicos (72,9%) afirmaram ter aprendido tais competências.

TABELA 2. AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS (N=96)

	n	%	n	%
1. Recebi informação suficiente sobre pacientes em situação terminal durante a graduação	21	21,9	75	78,1
2. Conheço a definição da OMS para cuidados paliativos	45	46,9	51	53,1
3. Recebi informação suficiente para o manejo de pacientes com dor	34	35,4	62	64,6
4. Recebi informação suficiente sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos	43	44,8	53	55,2
5. Aprendi técnicas de comunicação e postura médica para dar “más notícias”	70	72,9	26	27,1

Em relação aos itens sobre questões mais específicas (TABELA 3), o domínio *filosofia* apresentou elevada porcentagem de acertos. No primeiro item, que versava sobre a prestação de cuidados paliativos somente aos doentes que não tinham possibilidade de cura, o mesmo foi considerado como falso por 77 médicos (80,2%). O segundo item, ao questionar sobre a concomitância de tratamento para neoplasias e tratamento paliativo, obteve proporção de acertos ainda maior: 90 médicos (93,8%) concordaram que pode haver simultaneidade entre os dois tipos de tratamento.

Todavia, ao se tratar do domínio *dor*, a maior parte dos médicos residentes ainda possui a cultura médica de que opioides podem induzir a dependência: apenas 12 médicos (12,5%) acertaram o item que referia sobre o fenômeno supracitado. Ainda no domínio da dor, o que se observou foi que muitos residentes ainda temem aumentar a dosagem dos opioides, pois a ideia de que a depressão respiratória possa ocorrer, limita o acréscimo na dose de tais medicações: 63 médicos (65,6%) temem a insuficiência respiratória como um efeito colateral, não aumentando a dose da morfina e, por conseguinte, não aliviam a dor.

TABELA 3. ITENS ANALISADOS COM A RESPOSTA CORRETA (N= 96)

	RC*	n	%
FILOSOFIA			
1. Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	F	77	80,2

2. Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos junto com tratamentos para o câncer.	F	90	93,8
DOR			
3. Quando os opióides são tomados de forma regular, anti-inflamatórios esteróides não devem ser usados.	F	80	83,3
4. O uso a longo prazo de opióides pode muitas vezes induzir dependência.	F	12	12,5
5. O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	V	53	55,2
6. Opioides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	F	89	92,7
7. Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	V	93	96,9
8. O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos	V	61	63,5
9. O aumento da dosagem de opióides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	F	33	34,4
DISPNEIA			
10. A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	V	52	54,2
11. Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia	F	52	54,2
12. Drogas anticolinérgicos ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas.	V	58	60,4
13. Se a temperatura ambiente for mantida mais alta (quente), pacientes com dispnéia frequentemente experimentam alívio.	F	23	24,0
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS			
14. Os benzodiazepínicos devem ser eficazes para delírio.	F	57	59,5
15. Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	V	89	92,7
16. A morfina é frequentemente causa de <i>delirium</i> em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	F	37	38,5
17. <i>Delirium</i> ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais.	F	46	47,9
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS			
18. Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	F	33	34,4
19. Os esteróides devem melhorar o apetite entre os pacientes com câncer avançado.	V	32	33,3
20. A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	V	46	47,9
(contua)			
<hr/>			
RC* n %			
COMUNICAÇÃO			
21. Habilidade de comunicação pode ser aprendida.	V	95	99,0
22. Informações que os pacientes e as famílias solicitam e o grau em que	V	87	90,6

os pacientes e as famílias participarem na tomada de decisões podem mudar de acordo com o curso da doença e condição.

23. As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional. F 29 30,2

RC* = Resposta correta

O fármaco supracitado, também foi analisado no domínio *dispneia*, pois além de um potente analgésico, também alivia a sensação de desconforto respiratório experimentado por muitos pacientes em situação de palição. Pouco mais da metade (54,2%) da amostra afirmaram que a morfina devia ser usada para aliviar a inquietação respiratória. Proporção idêntica (54,2%) foi obtida por 52 residentes que, acertadamente, não correlacionaram os níveis de saturação de oxigênio (observados pelo aparelho denominado oxímetro de pulso) à dispneia.

No domínio *problemas psiquiátricos*, a grande maioria (92,7%) tinha conhecimento de que alguns pacientes terminais necessitam de sedação contínua para aliviar o sofrimento. Entretanto, equivocadamente, 59 médicos (62,5%) entendem que a morfina seja considerada como causa de delirium e 39 médicos (40,5%) advogam que os benzodiazepínicos são eficazes para combater o delírio.

Quanto ao domínio *problemas gastrointestinais*, os dois primeiros itens tiveram proporção de acertos semelhantes: 33 médicos (34,3%) afirmaram que nos estádios terminais do câncer não é necessária uma maior ingesta calórica e 32 médicos (33,3%) concordaram que os esteroides melhoram o apetite em pacientes com neoplasias avançadas.

No domínio *comunicação*, a quase totalidade (99%) de médicos participantes da pesquisa foi categórica em afirmar que habilidades de comunicação podem ser aprendidas. Grande parte (90,6%) dos médicos também tomam como verdade o quesito sobre o grau de participação dos pacientes e familiares nas tomadas de decisões a depender da evolução da doença. Já transmitir informações incertas aos pacientes ou familiares, por receio de ansiedade adicional, obteve baixa porcentagem de acerto: apenas 29 médicos (30,2%) comunicam informações mesmo que não tenham total certeza do caso.

Após a conferência dos itens que integravam os seis domínios, chegou-se ao resultado dos conhecimentos dos médicos residentes sobre cuidados paliativos: 22,9 % tiveram um resultado insatisfatório (menos de 50% de acertos); 54,2% apresentaram um

rendimento aceitável (50 a 70% de acertos); 15,6% obtiveram resultado desejável (71 a 80% de acertos) e 7,3% tiveram uma excelente avaliação (mais de 80% de acertos).

5.4 DISCUSSÃO

Atualmente, o conhecimento dos médicos no Brasil e em todo o globo está enfrentando um processo de fragmentação: especialidades e subespecialidades adentraram no campo da Medicina, subdividindo o corpo humano em partes cada vez menores e tornando-as objeto de estudo das inúmeras áreas médicas. Muitas vezes, aliado a essa subdivisão crescente, o médico com todo o arsenal tecnológico que a ele é oferecido, presume que tem o poder sobre a doença e a morte. Entretanto, quando a doença não cede ao tratamento preconizado e o paciente caminha para a morte, surge a figura do médico despreparado, sem saber lidar com questões essenciais ao cuidado do paciente que está sem possibilidades de cura⁹. É desta premissa que surge a importância de se estudar o conhecimento sobre cuidados paliativos, afinal, no cenário atual, muitos estudos são desalentadores quando a questão analisada é o conhecimento que os profissionais deveriam ter para estarem preparados em lidar com a morte e o morrer.

Nessa linha de fragmentações e serviços cada vez mais específicos, a amostra encontrada em nosso estudo seguiu a tendência mundial que subdivide a Medicina e encontrou em seu perfil, médicos de inúmeras especialidades. No programa da residência médica do HU não existe a especialidade Medicina Intensiva, tampouco a residência em Oncologia, o que poderia modificar o resultado final, pois se sabe que nessas especialidades médicas, as temáticas que envolvem os cuidados paliativos são bastante discutidas. Além disso, nessas áreas, nem sempre a cura é o objetivo final do tratamento, e sim, proporcionar uma melhor qualidade de vida. É preciso frisar que os princípios dos cuidados paliativos não devem ser restritos a nenhuma área da Medicina, afinal inúmeras especialidades também lidam constantemente com pacientes fora de possibilidade de cura.

Apesar de este fato ser de conhecimento amplo, ainda assim, a premissa menos curativa é pouco abordada nas escolas médicas. Vários estudos enfatizam que tanto os estudantes de medicina como os médicos já formados não recebem educação suficiente sobre cuidados paliativos. É o que foi demonstrado em inquérito feito em São Paulo com alunos de Medicina do 5º e 6º anos, onde 83% dos participantes não receberam informação satisfatória sobre pacientes em situação terminal durante a graduação⁸. Na

Colúmbia Britânica (Canadá), outra pesquisa também é categórica em afirmar que 75% dos médicos que compunham sua amostra não receberam educação adequada sobre cuidados paliativos e ainda acrescenta que a maioria (85%) dos residentes desejavam que o próprio programa de residência fornecesse mais auxílios teórico-práticos em se tratando de palição¹⁰.

Nossa pesquisa não é diferente das acima citadas e também enfatiza que 78,1% dos médicos residentes da atual amostra não receberam conhecimento sobre o referido tema, o que demonstra a carência desta abordagem nas escolas médicas, afinal, tanto os futuros médicos como os médicos residentes sinalizam que as temáticas desenvolvidas em salas de aula com o intuito de estimular o aprendizado em cuidados paliativos foram pouco discutidas. Tanto em São Paulo⁸, quanto na Colúmbia Britânica¹⁰ ou em Aracaju, a maioria dos profissionais da área médica ainda vivem em um limbo quando se trata de cuidados paliativos.

Das várias temáticas que este assunto pode se subdividir, a dor, é sem dúvida, um dos aspectos mais fascinantes e complexos. Para muitos, é considerada o 5º sinal vital, tamanha sua importância. Devido a seus aspectos fundamentais em palição, muitos pacientes com sintomas álgicos podem precisar de atendimento médico em hospitais não apenas de referência, mas em qualquer instituição de saúde com porta aberta. Esse fato denota que médicos, no geral, devem possuir o mínimo de conhecimento em se tratando de dor. Ficou claro que mais da metade (64,6%) da nossa amostra refere não ter recebido informação suficiente para o manejo da dor. Isso é alarmante, pois foram os próprios médicos que realizaram tal afirmação. Confirmando o que foi exposto, em um estudo realizado por Pinheiro⁸ com acadêmicos de Medicina dos dois últimos anos, 58% dos futuros médicos também não receberam informação apropriada para o controle da dor. Santos¹¹ também é enfático ao afirmar que a dor somática, a visceral, a psicogênica, e a neuropática não são bem lidadas pelo médico brasileiro. Fato esse devido, principalmente, à formação fragmentária e reducionista dada pelas escolas médicas.

É preciso salientar que na atual pesquisa, não houve diferença significativa quando se compararam a autoavaliação com a especialidade médica, local e tempo de formação. O fato de não haver correlação entre tempo de formação e a autoavaliação pode ser explicado pelo fato de que ter experiências clínicas nem sempre significam uma boa vivência com pacientes em palição, afinal, um médico pode ter 10 anos de graduado e ter tido pouco ou muito pouco contato com pacientes paliativos. Todavia,

essa realidade não é estanque e assim, muitos médicos com mais anos de graduação podem ter melhores auto percepções sobre cuidados paliativos. Esse fato foi evidenciado em estudo realizado com 74 residentes da Universidade de Washington e da Universidade Médica da Carolina do Sul. Nele, quanto mais experiências vividas, melhor a autoavaliação por parte dos médicos, o que corrobora a importância de se apegar às oportunidades de vivências com o intuito de melhorar as habilidades em cuidados paliativos, não somente depois de formado, mas desde as aulas da faculdade¹².

Tais instituições, entretanto, não vivem somente de percalços e falhas: é preciso salientar que no presente inquérito, 70% dos médicos residentes aprenderam técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias. Tal proporção foi semelhante ao estudo realizado por Lech, Destefani e Bonamigo¹³, em que 77,5% do corpo clínico de um Hospital Universitário referiram uma autoavaliação de qualidade boa/muito boa em transmitir más notícias ao enfermo. Em outro estudo, desta vez feito na Índia, por Mohamed *et al.*¹⁴, foi evidenciado que a maioria dos 120 médicos residentes sentem-se confortáveis para discutir prognósticos e metas do tratamento com os pacientes e familiares. Entretanto, o inquérito de Mohamed *et al.*¹⁴ enfatizou que no momento onde a comunicação envolvia assuntos mais delicados, mais da metade (75%) dos médicos nunca participavam de reuniões com familiares. Essa contradição foi explicada pelo fato de a pesquisa ter sido de cunho autoavaliativo, ou seja, os médicos podiam até afirmar que se sentiam seguros para dar más notícias, mas, na realidade, quando a notícia a ser dada era mais delicada, a grande parte não o fazia.

No atual inquérito, 77 médicos (80,2%) afirmaram que cuidados paliativos não devem ser oferecidos apenas a pacientes fora de possibilidade de cura. Proporção semelhante foi encontrada em pesquisa feita com acadêmicos de Medicina, na qual 78,7% da amostra também referiram que os cuidados paliativos podem ser fornecidos concomitantes a outros tratamentos⁴. Tal constatação embasa-se na premissa do Manual de Cuidados Paliativos da Agência Nacional de Cuidados Paliativos¹⁵, onde fica claro que várias outras áreas da Medicina podem fazer uso dos princípios estabelecidos nessa diretriz. Por exemplo, a Infectologia, em pacientes com imunodeficiência adquirida em fase avançada; a Nefrologia, em portadores de insuficiência renal não candidatos à diálise; a Cardiologia, em casos de insuficiência cardíaca congestiva ou fração de ejeção < 20%; a Pneumologia, principalmente em doença pulmonar obstrutiva crônica avançada e sem melhora a despeito do tratamento clínico; a Neurologia, em situações de

demências que incapacitem andar, comunicar-se e a Hepatologia, em pacientes de ascite refratária.

Em relação aos opioides, a dependência induzida pelo uso foi considerada um fator de limitação para que o prescritor não a recomende ou o faça com parcimônia por 85,4% dos residentes do nosso inquérito. Essa situação também foi evidenciada por Roy¹⁶, em Quebec (Canadá), ao avaliarem a prática de prescrições de opiodes para pacientes com dor não neoplásica. Nessa província, 73.2% dos médicos avaliados não se sentiam seguros para prescrever opioides, principalmente pela preocupação do abuso e pela dependência farmacológica. Ainda sobre o estudo de Roy *et al.*¹⁶, constatou-se que 43,1% dos médicos sugeriram mais treinamentos sobre as indicações e os usos dos fármacos supracitados. Em nosso estudo, a associação entre a dependência ou não ao se usar opioides e o local de formação do médico residente ficou muito próxima de ser significativa ($p= 0,05$). Os poucos médicos que acertaram esse item tiveram uma leve predominância em ter cursado Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Todavia, como o p não foi menor que 0,05, não se pode afirmar que o fato seja estatisticamente significativo.

Ainda em relação aos opioides, na presente pesquisa, 62,5% referiram que o aumento na dosagem dos mesmos leva à depressão respiratória. Esse mito, bastante difundido entre leigos e profissionais, acaba por limitar ainda mais o uso da morfina, pois médicos, por exemplo, ainda temem que o paciente apresente um rebaixamento do nível de consciência e tenha uma parada respiratória. Essa emergência médica foi pesquisada por Quintero *et al.*¹⁷, na cidade de Havana, ao avaliarem o nível de informação sobre cuidados paliativos em 46 médicos residentes, com enfoque para as características do tratamento para a dor. Na capital cubana, foi evidenciado que 87,5% dos médicos com mais de 10 anos de experiência acreditam que a morfina sempre causa depressão respiratória, o que demonstra que mesmo com experiências, o mito da parada respiratória ainda é presente nos médicos cubanos. No Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer¹⁸, os autores confirmam que opioides são a droga de escolha para o tratamento da dispneia em pacientes terminais, além de enfatizar que a primeira conduta terapêutica a ser realizada é identificar a causa da dispneia, entre outras ações, como manter o ambiente tranquilo e manter a cabeceira elevada.

Em nosso inquérito, não houve correlações estatísticas entre a quantidade de anos de formação e ter acertado ou não esse quesito. Esse tipo de avaliação possui importância, devido ao fato de que a exposição de tais mitos leva a discussões dentro da

comunidade científica, levando à desmistificação dos mesmos, além do que, devemos ficar alertas para o fato termos inúmeros meios de acesso à literatura médica e ainda assim haver persistência de lições ilusórias em profissionais que lidam constantemente com as dores dos pacientes.

No domínio da dispneia, pouco mais da metade (54,2%) da casuística atual referiram que a morfina devia ser utilizada para aliviar a dispneia de pacientes com câncer, o que denota o conhecimento da abrangência do uso da morfina para além da dor. Esse fato também foi demonstrado em pesquisa feita por Yamamoto *et al.*¹⁹: de uma amostra de 434 médicos, 67% deles também referiram que a morfina era efetiva para aliviar a dispneia dos pacientes em cuidados paliativos. Rema²⁰, em revisão sistemática, também confirma o uso dos opioides, desde que adequadamente administrados, como fármacos seguros para aliviar a dispneia de pacientes com doenças oncológicas e outras afecções, como doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca.

É importante salientar que ao se tratar a dor, não necessariamente, os opioides deverão ser prontamente prescritos, afinal, existem outros fármacos, como os analgésicos simples ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) que podem servir como as primeiras medicações de escolha. No presente estudo, 83,3% afirmaram que os AINEs poderiam ser administrados quando os opioides já estivessem sendo utilizados. Isso nos faz inferir que os residentes do atual estudo possuem arsenal de conhecimentos farmacológicos. Já Eygor⁴ encontrou proporção de acerto bem menor: apenas 14,9% dos estudantes de Medicina permitiriam o uso de AINEs e opioides.

Além das medicações mais tradicionais para tratar a dor, outros fármacos podem ser utilizados, são os chamados moduladores, como os anticonvulsivantes e antidepressivos. Em nosso inquérito, a grande maioria (96,9%) dos médicos concordaram que tais medicamentos podem ter indicação para aliviar o sofrimento dos pacientes. Tal constatação representa um ganho para o cuidado com as pessoas que necessitam ter sua dor tratada e assim seu desconforto ser dirimido. Em uma pesquisa quantitativa e de abordagem transversal, feita com o intuito de avaliar o tratamento farmacológico adjuvante com antidepressivos em um hospital, 43% dos pacientes já tinham em sua prescrição a amitriptilina em adição à terapia analgésica²¹.

Na atual amostra, 92,7% referiram que a sedação contínua pode aliviar o sofrimento dos pacientes em cuidados paliativos. Esta elevada porcentagem mostra que os indivíduos pesquisados sabem que desconfortos apresentados pelo paciente não

significam, necessariamente, dor, o que permite o tratamento não apenas com opioides, mas com agentes sedativos. Entretanto, na prática, muitos profissionais ainda temem usar agentes sedativos. Esse fato foi evidenciado por pesquisa qualitativa feita por Leboul²², em que vários profissionais da área da saúde, inclusive médicos, sabem das indicações de quando se administrar um agente sedativo, mas apresentam dificuldades em seguir os protocolos e o momento de se iniciar a administração do midazolam, grande exemplo de fármaco sedante. Na fala de um dos médicos, ele se mostra cauteloso em usar tais agentes, principalmente por relacionar o uso dos sedativos ao aparecimento de desconforto respiratório. Em sua visão, existem riscos de interpretação errada, quanto ao momento ideal de se utilizar esses agentes.

Resultado peculiar foi encontrado quando se indagou sobre o uso de corticoides com o intuito de melhorar o apetite em estágios avançados de câncer: boa parte (39,6%) da amostra preferiu abster-se do julgamento desse item, revelando que desconhecia a veracidade dessa afirmação ou não apresentava segurança para respondê-lo. É bem verdade que a base fisiopatológica dessa relação não esteja totalmente esclarecida e que futuros estudos sobre o assunto serão necessários para melhores esclarecimentos. Essa conclamação para a realização de novas pesquisas foi feita em recente estudo com 114 pacientes de diferentes clínicas e hospitais no Texas (Estados Unidos). Nele, buscou-se correlacionar se haveria ou não melhora da fadiga, anorexia, caquexia, ansiedade, depressão e dor após o uso de glicocorticoide. Os autores do estudo concluíram que houve redução da gravidade da fadiga, anorexia e caquexia após o uso entre oito e 15 dias de dexametasona, não havendo o mesmo com a dor, ansiedade e depressão. Esse fato mostra que corticoides são benéficos em pacientes com restrição nutritiva, reduzindo citocinas inflamatórias, com significativo aumento do apetite²³.

A grande maioria (99%) dos médicos residentes de nosso estudo confirmaram que a habilidade de comunicação não é inata, mas que pode ser aprendida. Proporção também elevada (90,6%) confirma que o grau de participação dos pacientes e familiares pode mudar a depender da evolução da doença. É o que confirma o inquérito realizado na Coreia do Sul por KOH²⁴ com 376 residentes e oncologistas. Nessa pesquisa, a maioria dos entrevistados acha fundamental que os próprios pacientes e seus familiares sejam incluídos na discussão em conjunto com a equipe médica. Assim, com a criação de um vínculo equipe-paciente-família, a adesão terapêutica e, acima de tudo, a confiança serão conseguidas com muito mais facilidade.

Em artigo de revisão, Borges e Júnior²⁵, elencaram os objetivos de uma boa comunicação: ser clara e sucinta, dirimir anseios, orientar e tornar o cuidado menos hostil e mais humano. Os autores advogam que a comunicação deve ser um meio para criar vínculo na relação médico-paciente, criando mecanismos que assegurem confiança no trabalho profissional e, por conseguinte, garantir maior adesão às propostas terapêuticas. Assim, uma relação adequada entre a equipe de saúde, o paciente e a família favorecerá o tratamento, ainda que não haja mais possibilidades de cura, porém, com amplas possibilidades terapêuticas, ratificando o princípio fundamental dos cuidados paliativos.

Exemplificando que comunicar-se melhor depende de contínuo aprendizado, Araújo e Silva²⁶, em publicação sobre estratégias de comunicação, citam algumas técnicas que podem ser utilizadas por profissionais que lidam com pacientes sob cuidados paliativos, como: perguntar o que o paciente sabe sobre sua condição/doença; verbalizar disponibilidade para ajudar/conversar; ser claro o suficiente para ser entendido e ter uma sinceridade prudente, ao expor as informações de modo gradativo. Ao pesquisar a frequência dessas estratégias entre os participantes do seu estudo, os autores descobriram pouco uso das mesmas, não ultrapassando a proporção de 22,7%.

Houve diferença significativa entre os anos de formação e a ideia de se transmitir notícias incertas aos pacientes e familiares. Os médicos que mais acertaram o quesito foram os que tinham menos de um ano de formação e eram egressos da universidade pública do estado. Infere-se que a explicação seja pelo fato de na Universidade Federal de Sergipe, no último semestre da graduação, existir uma última abordagem sobre as questões de ética médica.

Ao verificar o conhecimento dos médicos sobre cuidados paliativos, vimos que nossa amostra, assim como em outros estudos, ainda é carente em se tratando de palição. Apenas 7,3% dos residentes tiveram uma excelente avaliação, com mais de 80% de acertos nos domínios analisados. Dado ainda mais preocupante se refere aos 22,9% dos médicos que acertaram menos da metade dos itens pesquisados, o que sugere intensa escassez do tema na vida prática dos residentes. Essa triste realidade extrapola muitos centros de formação médica e permeiam a realidade de muitos hospitais, como as instituições pesquisadas em Catanduva-SP, nas quais Brugugnolli *et al.*²⁷ realizaram um estudo com médicos e também encontraram precariedade no conhecimento sobre ética e cuidados paliativos. Nesta cidade paulista, apenas 2,6% da amostra de 76 indivíduos responderam corretamente a definição de cuidados paliativos, sendo que a

maioria (59,2%) associou o termo apenas à alívio do sofrimento físico e qualidade de vida, fato que confirma a visão reducionista que muitos médicos têm ao se referir à palição.

Outro estudo, também avaliando o conhecimento em cuidados paliativos, mas em estudantes de medicina de uma faculdade em Brasília, foi categórico em afirmar que o entendimento dos alunos desta instituição não é bom. Nesse estudo, Lemos *et al.*²⁸ afirmam que nem o internato, período em que os estudantes têm a carga horária de práticas bastante elevada, foi suficiente para melhorar o processo de aprendizagem em cuidados paliativos, sendo estatisticamente significativa a ausência de ganho em conhecimentos durante o internato. Todavia, Schmit *et al.*²⁹, ao avaliarem a educação e a experiência entre residentes, afirmaram os médicos com maior contato durante a faculdade em cuidados paliativos se sentiram mais seguros durante as atividades como residente. Apesar dessas discrepâncias, o que une as pesquisas de Lemos *et al.*²⁸, Schmit *et al.*²⁹ e o atual inquérito é a baixa frequência ou ausência de treinamentos em se tratando de cuidados paliativos.

É importante salientar que nosso estudo teve a abrangência de adentrar em vários campos, desde questões filosóficas até questões mais concretas, como o manejo da dor e outros sintomas, de forma a tentar diminuir vieses. Todavia, existiram limitações, como a ausência de mais questionamentos que avaliassem de forma mais completa cada domínio e a ausência de comparações entre os alunos do primeiro ano de residência com os demais anos, a fim de se paragonar a evolução dos médicos residentes.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente inquérito, grande parte dos médicos expressaram que não receberam conhecimento suficiente sobre pacientes em situação terminal durante a graduação, além de apenas uma parcela ínfima ter apresentado elevadas proporções de acertos nos questionamentos específicos. Esse fato sugere quão falha é a nossa formação médica, em se tratando de assuntos inerentes à palição, pois mesmo com boas intenções de cuidar de pacientes paliativos, é preciso possuir noções minimamente aceitáveis e aplicá-las de forma correta. Assim, faz-se mister criar mecanismos que possam melhorar o ensino médico, visto que a maioria dos residentes reconhecem que durante a academia não receberam educação suficiente sobre assuntos como dor, entre outras perspectivas.

É preciso implementar disciplinas na grade curricular que se voltem para os cuidados paliativos e aprimorar as já existentes, com novos enfoques e até estágios durante a residência voltados para a referida área. Ao expor as mazelas da realidade em que estes profissionais do Hospital Universitário vivem, descortina-se a necessidade do corpo docente debruçar-se ainda mais sobre a nossa atual formação médica.

5.6 REFERÊNCIAS

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados paliativos (ACNP), 2012; 23-30.
2. WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England. 2014.
3. Arantes ACLQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192p.
4. Eyigor S. Fifth-Year Medical Students' Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject. *Journal of Palliative Care*. 2013; 16 (8): 941-946
5. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B: Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care: An interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliative Care*. 10 (19); 2011.
6. Santos MFOS, Teles NO, Oliveira HJ, Gomes NC, Tavares JCV, Nóbrega EC. Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2014; 22 (2): 373-9.
7. Korzeniewska-Eksterowicz A. *et al.* The Impact of Pediatric Palliative Care Education on Medical Students' Knowledge and Attitudes. *The Scientific World Journal*. 2013; 1 (9)
8. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de Medicina do quinto e sexto anos. *O mundo da Saúde, São Paulo*. 2010; 34 (3): 320-326.
9. Figueiredo MGMCAF, Stano RCMT. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. 2013; 37 (2): 298-307
10. Spicer D, Paul S, Tang T, Chen C, Chase J. *Canadian Medical Education Journal Survey evaluations of University of British Columbia residents'*

- education and attitudes regarding palliative care and physician assisted death. *Can Med Educ J.* 2017; 8 (1): e6-e21.
11. Santos OM. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. *Rev bioét.* 2011; 19 (3): 683-95.
 12. Billing ME, Curtis JR, Engelberg RA. Medicine residents' self perceives competence in end-of-life care. *Acad Med.* 2009; 84 (11): 1533-9
 13. Lech SS, Destefani AS, Bonamigo EL. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. *Unoesc & Ciência – ACBS.* 2013; 4 (1): 69-78.
 14. Mohamed ZU, Muhammed F, Singh C, Sudhakar A. Experiences in end-of-life care in the Intensive Care Unit: A survey of resident physicians. *Indian J Crit Care Med.* 2016; 20(8):459-464.
 15. Arantes, ACLQ. Indicações de Cuidados paliativos. In: Carvalho RT.; Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados paliativos.* São Paulo: Academia Nacional de Cuidados paliativos (ACNP). 2012: 56-74.
 16. Roy É, Côté RJ, Hamel D, *et al.* Opioid Prescribing Practices and Training Needs of Québec Family Physicians for Chronic Noncancer Pain. *Pain Research & Management.* 2017; 2017:1365910.
 17. Quintero OTH, Figueiredo MA, Mendes MCRM, Gonzalez CIM, Reyes EJC. Nivel de información sobre cuidados paliativos em médicos residentes. *Educación Médica Superior.* 2015; 29 (1): 14-27.
 18. *Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer.* Unidade de cuidados paliativos. UNATI: 2009
 19. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morit T. The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE: Reliability and Validity of an Instrument To Measure Palliative Care Knowledge among Physicians. *Journal of Palliative Medicin.* 2013; 16 (11): 1423-1428.
 20. Rema JM. Opioides no tratamento da dispneia: uma revisão sistemática de literatura. 2013. 80f. Tese (Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
 21. Morais FLLM. Avaliação de antidepressivos como adjuvantes no tratamento da dor oncológica. 2012. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia). Universidade Estadual da Paraíba.

22. Leboul D, Aubry R, Peter J-M, Royer V, Richard J-F, Guirimand F. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliative Care*. 2017; 16:25
23. Yennurajalingam S, Williams JI, Chisholm G, Bruera E. Effects of Dexamethasone and Placebo on Symptom Clusters in Advanced Cancer Patients: A Preliminary Report. *The Oncologist*. 2016; 21: 384–390
24. KOH, Su-Jin *et al.* Experiences and Opinions Related to End-of-Life Discussion: From Oncologists' and Resident physicians' Perspectives. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*. 2017
25. Borges MM, Júnior SR. A Comunicação na Transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014; 38 (2): 275-282
26. Araújo MMTA, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46 (3): 626-632
27. Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2013; 21 (3): 477-85.
28. Lemos CFP, Barros GS, Amorim FF, Santana ANC. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017; 41 (2): 278-282.
29. Schmit JM *et al.* Perspectives on dead and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. *BMC Medical Education*. 2016

6. APÊNDICES

6.1 APÊNDICE I

CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE INTERNOS DE MEDICINA E MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDADE: <input type="checkbox"/> 20 – 29 anos <input type="checkbox"/> 30 - 39 anos <input type="checkbox"/> Mais de 40 anos	<i>Para acadêmicos:</i> Período: <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11° <input type="checkbox"/> 12°	
GÊNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<i>Para residentes:</i> Anos de formado: <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 – 4 anos	<i>Para residentes:</i> Especialidade: <input type="checkbox"/> Cirurgia geral <input type="checkbox"/> Clínica médica

RELIGIÃO: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Ateu	<input type="checkbox"/> Mais que 5 anos Local de graduação: <input type="checkbox"/> Sergipe - faculdade pública <input type="checkbox"/> Sergipe - faculdade privada <input type="checkbox"/> Outro estado	<input type="checkbox"/> Ginecologia- Obstetrícia <input type="checkbox"/> Anestesiologia <input type="checkbox"/> Oncologia <input type="checkbox"/> Infectologia <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Outra _____
--	--	---

AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

FILOSOFIA (Responda verdadeiro ou falso)

Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos junto com tratamentos para o câncer.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei

DOR (Responda verdadeiro ou falso)

Quando os opióides são tomados de forma regular, anti-inflamatórios esteróides não devem ser usados	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
O uso a longo prazo de opióides pode muitas vezes induzir dependência.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Quando um doente com câncer tem dor, os opióides devem ser iniciados primeiro.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei

Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
O aumento da dosagem de opióides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
DISPNEIA (Responda verdadeiro ou falso)			
A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Medicamentos anticolinérgicos ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Se a temperatura ambiente for mantida mais alta (quente), pacientes com dispnéia frequentemente experimentam alívio.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS (Responda verdadeiro ou falso)			
Os benzodiazepínicos devem ser eficazes para delírio.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
A morfina é frequentemente causa de <i>delirium</i> em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
<i>Delirium</i> ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS (Responda verdadeiro ou falso)			
Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Os esteróides devem melhorar o apetite entre os pacientes com câncer avançado	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Quando pacientes com íleo usam metoclopramida, dor de estômago e vômito podem piorar	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei

			sei
A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
COMUNICAÇÃO (Responda verdadeiro ou falso)			
Habilidade de comunicação pode ser aprendida	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
Informações que os pacientes e as famílias solicitam e o grau em que os pacientes e as famílias participam na tomada de decisões pode mudar de acordo com o curso da doença e condição	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei
As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não sei

6.2 APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE-UFS, por intermédio dos acadêmicos Maiane Cássia de Castro Vasconcelos e Marcos Vinicius da Conceição, devidamente assistidos pela sua orientadora Prof^ª. Dra. Déborah Mônica Machado Pimentel, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: “Conhecimento sobre cuidados paliativos entre internos do curso de Medicina e Médicos Residentes de um Hospital Universitário em uma capital do Nordeste”.

2-Objetivos:

2.1-Objetivo Primário: Avaliar o grau de conhecimento sobre cuidados paliativos entre internos do curso de medicina e médicos residentes em um Hospital Universitário em uma capital do Nordeste.

2.2-Objetivos secundários: Avaliar se ao final do curso os estudantes de medicina desenvolveram competências necessárias para o desenvolvimento de ações paliativas;

identificar conhecimentos relacionados ao manejo da dor e outros sintomas entre os médicos residentes e analisar as habilidades de comunicação de más notícias frente ao paciente em cuidados paliativos e a sua família.

3-Descrição de procedimentos: Os participantes serão abordados na universidade ou Hospital e a eles será apresentado e explicado o projeto de pesquisa. Também será esclarecido o sigilo de dados, sem haver a necessidade de identificação no questionário.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: Diversos estudos demonstram que o conhecimento sobre cuidados paliativos na graduação ainda são insuficientes e que treinamentos são praticamente inexistentes, o que influencia no despreparo dos futuros profissionais. Dentro desse cenário, justifica-se a necessidade de avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina e médicos residentes de um Hospital Universitário, visto que a aquisição de competências e habilidades nessa área depende de um aparato teórico-prático adquirido ao longo da formação acadêmica e experiências dos referidos sujeitos.

5-Desconfortos e riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos de maior complexidade, ainda que saibamos que todo e qualquer questionário possa gerar constrangimentos por algum tipo de pergunta. Estes riscos podem ser minimizados assegurando aos participantes o total sigilo quanto à confidencialidade do trabalho.

6-Benefícios esperados: Os benefícios diretos para os participantes da pesquisa são a possibilidade de reflexão sobre seus conhecimentos acerca dos cuidados paliativos. Os indiretos se devem a informações acerca da melhoria para a grade curricular do curso de medicina e o fornecimento de subsídios para futuras intervenções sobre cuidados paliativos na Residência Médica do Hospital Universitário (HU).

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nome e sobrenome) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: **Prof. Dra. Déborah Mônica Machado Pimentel**

Endereço profissional: Praça Tobias Barreto 510-1211, São José – 49015-130, Aracaju-SE

Telefone: 79999821714

E-mail: **deborah@infonet.com.br**

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

R. Cláudio Batista, s/n - Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108, Aracaju-SE.

Telefone: 79) 2105-1700

Aracaju, ____ de ____ de 2017

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA COLETA