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

ALYNE ANDRADE LIMA

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE – REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

ARACAJU

2013

ALYNE ANDRADE LIMA

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE – REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profª Dra Rosana Cipolotti

ARACAJU

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

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

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE – REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Aracaju, _____/_____/_____

_____

Orientadora: Prof[a] Dra Rosana Cipolotti

_____

Autora: Alyne Andrade Lima

ALYNE ANDRADE LIMA

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE – REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Aprovada em ____/____/_____

BANCA EXAMINADORA

_____
Universidade Federal de Sergipe

_____
Universidade Federal de Sergipe

_____
Universidade Federal de Sergipe

Dedico a Deus, por estar presente em todos os momentos de minha vida e iluminar meu caminho.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo amor incondicional, incentivo e apoio em todos os momentos. Principalmente aos meus pais pelo cuidado, por se doarem por inteiro e renunciarem, por muitas vezes, aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Vocês são meus heróis.

Ao meu namorado e melhor amigo, Allan, pelo carinho, confiança e parceria. Amo você.

À minha orientadora, Dra. Rosana, pela paciência, incentivo e aprendizado durante a orientação da monografia. Agradeço ainda pelo exemplo de profissional e pessoa que e pela confiança que depositou em mim ao assumir a orientação.

Aos meus amigos pelas boas risadas, diversão e conselhos na hora certa.

A todos os meus professores do curso de Medicina, que proporcionaram o conhecimento e o aprendizado necessário para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

“Curas às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.” Oliver Holme

“Há tempo de nascer e tempo de morrer.”

Eclesiastes, capítulo 3, versículo 3

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1: Formação multiprofissional em Cuidados Paliativos.....17

Quadro 2: Princípios fundamentais dos cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva.....29

Figura 1. Mapa mundial com a classificação em níveis de desenvolvimento de Cuidados Paliativos.....20

LISTA DE ABREVIATURAS

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CP – Cuidados Paliativos

MP – Medicina Paliativa

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA.....13
1.1. INTRODUÇÃO.....14
1.2. CONCEITO.....15
1.3. HISTÓRICO.....15
1.4 PRINCÍPIOS DA MEDICINA PALIATIVA.....17
1.5. QUESTÕES ÉTICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....18
1.6. MEDICINA PALIATIVA NO MUNDO.....19
1.7. MEDICINA PALIATIVA NO BRASIL.....21
1.8. MEDICINA PALIATIVA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA.....23
1.9. EDUCAÇÃO MÉDICA E CUIDADOS PALIATIVOS.....24
1.10. ASSISTÊNCIA MÉDICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....26
1.11. CUIDADOS PALIATIVOS E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....28
1.12. DESAFIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....30
1.13. TANATOLOGIA.....31
1.14. TESTAMENTO VITAL.....32
1. 15. JUSTIFICATIVA 33
1.16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....35
2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....43
3. ARTIGO ORIGINAL.....51
PÁGINA DE ROSTO.....52
RESUMO.....53
ABSTRACT.....53
INTRODUÇÃO.....54
MÉTODOS.....55
RESULTADOS.....56
DISCUSSÃO.....58
CONCLUSÕES.....62
CONFLITO DE INTERESSES.....63

REFERÊNCIAS.....63
TABELAS E FIGURAS.....66
APÊNDICES 72

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) é o exercício da medicina na arte do cuidar do paciente juntamente com o conhecimento científico, proporcionando alívio ao sofrimento relacionado à doença para aqueles pacientes cuja possibilidade de cura é inexistente (ANCP, 2009). Neste sentido, CP é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo o conforto e controle dos sintomas desagradáveis e até incapacitantes do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude. A família é também acolhida pela equipe, já que compartilha do sofrimento do paciente (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Não existe mais o objetivo de curar o paciente, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responsiva (FIGUEIREDO, 1998). O foco deixa de ser a doença e agora passa a ser o doente em seu contexto familiar e processo de adoecimento e morte. Por ser parte da prática clínica, os cuidados podem ocorrer paralelamente às demais terapias realizadas. O cuidado prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

É muito frequente que os pacientes fora de possibilidade de cura recebam assistência inadequada, focada na tentativa de recuperação através de métodos invasivos e alta tecnologia. Esse tipo de abordagem ignora o sofrimento e não trata os sintomas predominantes nessa fase da doença. Deve-se achar o equilíbrio necessário entre a tecnologia e o humanismo para resgatar a dignidade de morrer (ANCP, 2009).

Com o crescimento da população de idosos, e consequentemente, de doenças crônico-degenerativas de várias etiologias, é cada vez maior a necessidade de implantação de medidas mais concretas de cuidados com formação específica de profissionais e conscientização da população, para que haja uma abordagem mais efetiva desses pacientes (PESSINI, 2005). Os CP são uma necessidade de saúde pública, no momento ainda negligenciada. A assistência adequada é um direito do paciente e um dever dos profissionais da saúde. (FIGUEIREDO, 1998).

1.2. CONCEITO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), CP são definidos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam uma doença incurável, com prognóstico reservado e/ou doença grave que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce a impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2013).

O paciente sem possibilidade de cura, não somente nas doenças terminais, mas também naquelas cujo curso é crônico e progressivo, apresenta fragilidades e limitações físicas, psicológicas e sociais (SILVA; SIDIGURSKY, 2008). A assistência de CP visa uma nova abordagem ao paciente, redirecionando o foco na doença para o foco no cuidado do paciente, com participação ativa deste nas decisões de tratamento (SANTINA; BERNSTEIN, 2004). Para tanto, utiliza-se uma abordagem multidisciplinar, com o paciente, a família e a comunidade, com o objetivo de aliviar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (MELO, 2008).

Os CP valorizam a vida, mas entendem a morte como um processo natural, não adiam nem prolongam, mas sim promovem alívio dos sintomas, integrando os cuidados para proporcionar a melhor qualidade de vida possível (MELO, 2008).

1.3. HISTÓRICO

Na Idade Média, no período das cruzadas, era comum encontrar os *hospices* (hospedaria, em português), os quais abrigavam doentes e moribundos, mulheres em trabalho de parto, pobres, dentre outros, tendo como característica acolhimento, proteção e alívio do sofrimento. Em 1840 na França, os *hospices* eram abrigos para peregrinos durante seus percursos, tendo origem religiosa, onde eram cuidados os enfermos que estavam morrendo (MELO, 2008) Em 1990 foi fundado os *St Joseph’s Convent*, em Londres, com intuito de

visitar os doentes em suas casas, e em 1902 o *St Joseph's Hospice*, com leitos para moribundos (ANCP, 2009).

O movimento *hospice*, no entanto, foi originado por Cecily Saunders e colegas, e oficialmente reconhecido quando foi fundado o *St Christopher´s Hospice* em 1967 na Inglaterra, o qual revolucionou essa ideia e deu início a outros *hospices* independentes. Esse movimento tem como objetivo o cuidado com o paciente com doença terminal e o apoio à família até a fase de luto (CLARK, 1998; FLORIAN; SCHRAMAMM, 2008).

Paliar é uma palavra de origem do latim *palliare* que significa proteger, amparar, abrigar, ou seja, a perspectiva de cuidar e não apenas de curar (MELO, 2008). O termo "cuidado paliativo", contudo, foi inserido pelo médico canadense Balfour Mount no início da década de 1970, e foi incorporado à literatura médica e ao movimento *hospice* (MOUNT, 1976).

Os CP, ou cuidados de fim de vida, foram criados primeiramente para atender aos pacientes portadores de câncer avançado, e hoje estendem-se a todo paciente portador de alguma doença que cause dor intensa, sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual e doenças crônicas sem possibilidade de cura (MCCOUGHLAN, 2003). Quando não há possibilidade de cura, o foco da atenção ao paciente é o conforto, alívio e controle dos sintomas, suportes espiritual e psicossocial, ou seja, é propiciar qualidade de vida para paciente e família (SILVA; SIDIGURSKY, 2008).

Atualmente, os cuidados foram ampliados para as áreas de neonatologia e pediatria, em atenção às especialidades de hematologia, oncologia pediátrica, aos prematuros extremos, neonatos com malformação congênita grave etc. (CARVALHO; PERINA, 2003; COSTA *et al*, 2003).

Além disso, o envelhecimento da população fez crescer o número de doenças crônico-degenerativas associadas à população idosa, como catarata, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, doenças neurodegenerativas, por vezes diagnosticadas em estado avançado (GORDILHO *et al*, 2000). Devido a isso, o assunto tem sido ainda mais discutido nos dias de hoje visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes e da família. (HIGGINSON *et al*, 1999).

1.4. PRINCÍPIOS DA MEDICINA PALIATIVA

O princípio da Medicina Paliativa (MP) remete à essência da medicina, a arte de cuidar. Alguns princípios básicos são: escutar o paciente, diagnosticar antes de tratar, conhecer bem as drogas utilizadas, manter tratamentos o mais simples possível e utilizar drogas com objetivo de alívio. Neste contexto, a prática multidisciplinar é imprescindível (MELO, 2008).

A equipe multidisciplinar deve atender a todos os cuidados do doente, abrangendo sofrimento físico (médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista), mental (psicólogo, psiquiatra) e espiritual (padre, pastor, rabino, monge budista, espírita, etc.) (FIGUEIREDO, 1998; MELVIN, 2001). Deve constar também de uma equipe de profissionais especializados como anestesiologistas, neurocirurgiões, ortopedistas, entre outros (Quadro 1). Outro aspecto a ser considerado é o envolvimento da família através da participação e treinamento (FIGUEIREDO, 1998).

Quadro 1: Formação multiprofissional em CP

Figura 2 - Equipe multiprofissional	
Equipe básica	**Equipe de consultores**
1 - Médico	1 - Anestesiologista
2 - Enfermeira	2 - Neurocirugião
3 - Psicólogo	3 - Ortopedista
4 - Assistente social	4 - Fisioterapeuta
5 - Farmacêutico	5 - Outros
6 - Nutricionista	
7 - Terapeuta ocupacional	
8 - Voluntários	

Fonte: FIGUEIREDO, 1998.

Os CP não são primordialmente institucionais, podendo ser utilizados em diferentes contextos, seja a domicílio ou no *hospice.* Os cuidados não são definidos somente a partir de uma determinada doença, e sim, a pacientes de todas as idades, com base em seu dignóstico e

necessidades específicos, com objetivo de atingir melhor qualidade de vida possível. (PESSINI, 2008).

A disponibilidade do atendimento é um dos componentes mais importantes para o sucesso no objetivo de controlar os sintomas. O arsenal terapêutico deve ser bastante simples, porém com alto investimento em profissionais capacitados (FIGUEIREDO, 1998). No processo de morrer, o paciente precisa de solidariedade e de reconhecimento de sua dignidade (KOVACS *et al*, 2001).

A unidade de CP deve funcionar 24 horas, incluindo os seguintes componentes: clínicas-dia, assistência domiciliar, internação, auxílio e suporte ao luto. As clínicas-dia oferecem orientações e cuidados diários, e a ssistência domiciliar, atendimento integral com equipamentos e serviços especializados. É importante uma equipe com treinamento constante e boa comunicação (MELO, 2008). Uma equipe formada por profissionais experientes e conscientes de sua contribuição, é um dos pontos fortes do serviço de qualidade (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

1.5. QUESTÕES ÉTICAS EM CP

As questões éticas devem se basear no fato de que o paciente com doença incurável não é um ser por quem nada pode ser feito, e sim, uma pessoa com suas habilidades, capaz de fazer da sua vida ums experiência de crescimento. (CASSELL, 1991; PESSINI, 2008). Para uma boa atuação ética é preciso conhecimento dos fundamentos da natureza humana e sua dignidade. O médico deve atuar com profissionalismo, sem se envolver de modo desordenado com a afetividade do paciente, porém também sem prescindir da condição de sua natureza humana (BLASCO, 2009)

É necessário reconhecer os limites e evitar o excesso de tratamento, a chamada distanásia. Devem-se levar em consideração princípios da MP como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e considerar a autonomia do paciente, não escondendo dele a informação. Os cuidadores devem medir os riscos e benefícios do tratamento para evitar o tratamento inútil. (CALLAHAN, 1993, PESSINI 2008).

Pacientes em CP têm os mesmos direitos de receber cuidados médicos apropriados, apoio pessoal, de ser informado, de ter à disposição o melhor analgésico e alívio ao sofrimento, como também direito de recusar procedimentos e/ou tratamentos oferecidos (PESSINI, 2008).

Além da gestão dos problemas físicos, deve-se atentar para a qualidade, valor e sentido da vida. Em relação à qualidade, pesquisas mostram que pacientes que não são informados sentem mais sofrimento físico e psicossocial, com menor qualidade de vida. Sobre o valor da vida, a perda da independência e o medo de se tornar um peso, são as motivações para solicitação de eutanásia. Em relação ao sentido da vida, o paciente deve ter a disposição um serviço espiritual que corrobore com suas crenças (CALLAHAN, 1993).

É importante ter em mente que o sentido da atuação dos profissionais não é de abreviar a vida, porém também de não prolongar a agonia, o sofrimento e a morte (CASSELL, 1991). É ético limitar ou suspender procedimentos que prolongam a vida do paciente, desde que prevaleça a vontade do mesmo ou seu representante legal. A sedação paliativa é um procedimento com possibilidade de aliviar sintomas extremamente desconfortáveis e refratários em pacientes sob CP (DETTINO *et al*, 2012).

Em relação à inclusão em pesquisas de pacientes sob CP, há questionamento ético no que tange à vulnerabilidade intrínseca desses sujeitos e à sua incapacidade de tomar parte do processo de decisão, já que muitos pacientes desenvolvem desordens cognitivas, dificultando seu consentimento livre e informado (PESSINI, 2008).

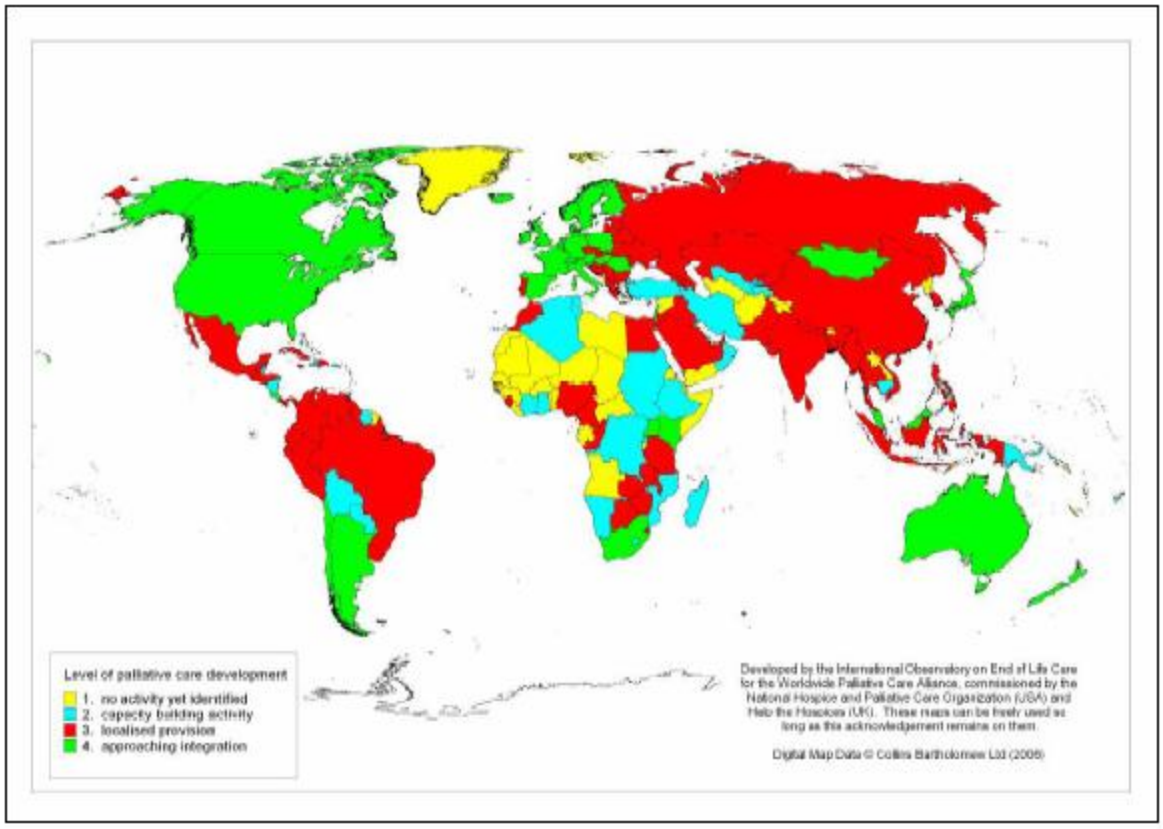
1.6. MEDICINA PALIATIVA NO MUNDO

A especialidade MP vem crescendo bastante durante os últimos anos. Na Inglaterra, em 2005, havia 1700 *hospices* em funcionamento, aos quais o paciente tem acesso gratuito, com serviços custeados pelo governo e por doações. Nos Estados Unidos, em 2005, ja existiam mais de 1,2 milhão de pessoas com suas famílias recebendo CP. Nesses países, a MP é uma especialidade reconhecida. (ANCP, 2009).

Em 2003, o Conselho da Europa, através de sua Comissão de Ministros aprovou em 12 de novembro, a *Recomendação 24* sobre a organização de CP no contexto dos estados da União Européia, devido à necessidade de elaboração de uma política nacional coerente na área e promoção de redes internacionais entre as organizações, instituições de pesquisa e outras entidades. A partir de 2005, comemora-se o Dia Mundial de CP em 8 de outubro (PESSINI, 2008). A expansão global do movimento *hospice* tem sido rápida. Em 115 países esse movimento já é constante e em outros 40 existem condições para o seu crescimento, inclusive o Brasil (FLORIANI; SCHRAMAMM, 2008) .

Em 2006 foi realizada uma pesquisa de levantamento mundial dos CP no mundo. Foi utilizado um sistema de quatro níveis de CP e mapeados todos os continentes. A melhor relação foi do Reino Unido, com um serviço para cada 40.000 habitantes. Outros países europeus e ainda Chile, Argentina, África do Sul e Austrália foram classificados como nível 4, onde os CP se aproximaram e integraram-se aos serviços convencionais. O Brasil ficou no nível 3, possuindo relação de 1:13.315.000. No nível 1 ficaram 79 países onde não se obtiveram quaisquer informações sobre CP (Figura 1) (WRIGHT *et al*, 2007).

Figura 1: Mapa mundial com a classificação em níveis de desenvolvimento de CP.



Foi utilizado um sistema com 4 níveis: 1. sem *hospice* conhecido nem atividade de CP; 2. com capacidade para desenvolver atividade de CP, mas sem nenhum; 3. provisão localizada de CP; 4. a provisão de CP está completando a integração com os serviços de saúde. FONTE: WRIGHT *et al*, 2007.

1.7. MEDICINA PALIATIVA NO BRASIL

Hoje em dia muitos países adotaram o modelo de CP e implementaram serviços em hospitais e instituições, com programas específicos (MELO, 2008). No Brasil, desde os anos

70 há discussões sobre o assunto, porém apenas nos anos 1990 começaram a aparecer os primeiros serviços de forma experimental. O primeiro curso de atendimento aconteceu na Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) com o professor Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo. Após ele, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou em 1998 um serviço especializado nesses cuidados. Outros serviços pioneiros são o Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo (HSPE/SP), inaugurado em 2002 e o Hospital do Servidor Público Municipal em São Paulo, inaugurado em 2004 (ANCP, 2009).

Em 1997 foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), que seguiu modelo de estatuto baseado na Associação Europeia de Cuidados Paliativos, adaptados à realidade brasileira (MELO, 2008). Em 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a qual foi importante na regularização do profissional paliativista brasileiro (ANCP, 2009).

Em 2008 no Brasil existiam 33 serviços de CP no país, independentes e com características próprias. (MELO, 2008). Em 2009, pela primeira vez o Conselho Federal de Medicina instituiu o conceito de CP em seu código de ética médica. Em 2011 ocorreu o reconhecimento da especialidade médica de MP, de acordo com a Resolução CFM n^{o} 1973/2011, publicada no D.O.U. em 1^{o} de agosto de 2011, Seção I, p. 144-147. A formação foi estabelecida em um ano e tem como pré requisito título de especialista em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria (CFM, 2011).

É importante destacar que a especialidade MP, em sua essência, é muito abrangente, necessitando, portanto, estar integrada a outras categorias. Em estudo publicado em 2010, foi comparado um grupo de pacientes portadores de câncer tratado por oncologistas apenas em relação a outro tratado por oncologistas e acompanhado por equipe de CP. Verificou-se que o segundo grupo apresentou melhor qualidade de vida, indícios de melhor cuidado e maior tempo de sobrevida (TEMEL *et al*, 2010).

Mesmo diante de tamanho progresso, ainda é forte no Brasil o desconhecimento e preconceito em relação a CP, havendo quem confunda o tema com eutanásia. Além disso, é grande o preconceito com o uso de drogas mais potentes como opióides para alívio da dor. Ainda há poucos serviços no país, e estes necessitam de um modelo padronizado de atendimento que garanta a eficácia e qualidade. A oferta de vagas ainda é restrita e a formação acadêmica, limitada (MELO, 2008).

Em 2002, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Oncológica e de Assistência à Dor (Portaria n 19/ GM 03/01/2002) que criou a organização em CP no SUS, e incluiu CP na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação em medicina, porém ainda sem grandes mudanças (OLIVEIRA *et al*, 2013. NEGRI, 2012)

1.8. MEDICINA PALIATIVA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA

A criação da especialidade médica MP não significa, no entanto, que todos os pacientes oncológicos devem ser acompanhados pelo médico paliativista. Médicos de todas as especialidades devem saber aplicar os cuidados sintomáticos dos pacientes que atendem. Porém, em casos mais específicos, é papel do médico assistente encaminhar o paciente (SCHMERLING, 2012).

Com a regulamentação da MP, estão previstas mudanças socioculturais e na qualidade do atendimento aos pacientes em CP. Porém a exigência de formação específica demanda a criação de cursos de residência médica em MP. (OLIVEIRA *et al*, 2013).

A formação em MP deve desenvolver o trabalho em equipe e habilidades de comunicação e manejo de drogas específicas como analgésicos, sedativos, reguladores intestinais e antipsicóticos, além de técnicas de suporte para o enfrentamento do luto do paciente e família. Além disso, os paliativistas devem receber estímulo e auxilio para reflexão sobre o tema e capacitação técnica que os deixe aptos a assumir responsabilidades diante da morte dos pacientes. (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Paliativistas também devem ter domínio sobre fisiopatologia e perspectivas de sobrevida em doenças crônicas, farmacologia,(manejo adequado de drogas e combinações e reconhecimento das interações e feitos colaterais), procedimentos de intervenção, manejo do paciente, comunicação e aspectos espirituais, além do trabalho em equipe (ANCP, 2009; FONSECA; GEOVANINI, 2013).

1.9. EDUCAÇÃO MÉDICA E CUIDADOS PALIATIVOS

No final do século XIX havia poucas doenças passíveis de cirurgia curativa, a maioria dos processos mórbidos curáveis eram as infecções. Como não se dispunha de antibióticos, a principal habilidade médica era o alívio dos sintomas (paliação). A MP pode, portanto, ser considerada uma prática antiga (MELO, 2003). Com o avançar dos anos, o progresso das técnicas de anestesia e dos antibióticos proporcionou maior probabilidade de cura. O avanço da medicina através da radiologia, imunologia e quimioterapia levou a uma mudança do pensamento, atitude e educação médica. Foi modificado o objetivo, passando do cuidado paliativo para a cura absoluta, com número crescente de estudos. Os médicos então passaram a entender a si próprios como diagnosticistas e terapeutas. Pacientes que não podiam ser curados passaram a ser de baixa prioridade e a morte, encarada como derrota médica (DOYLE *et al*, 1994, BENEDETTO *et al*, 2010).

Com o decorrer do avanço tecnológico, foram incorporados ao currículo médico conhecimentos científicos sempre crescentes. Detalhes como habilidade em comunicação, ética e aspectos psicológicos da medicina passaram a receber menor tempo, e foram rebaixados a níveis de baixa prioridade ou omitidos (DOYLE *et al*, 1994).

Até há alguns anos os médicos se formavam com conhecimento técnico abrangente sobre o que poderiam oferecer, porém com escassez de habilidades para exercício humano da profissão (DOYLE *et al*, 1994). Algumas vezes os estudantes de medicina recebem conselhos para não se envolverem e, sim, manterem uma distância confortável de pacientes e familiares (BENEDETTO *et al*, 2010). Os profissionais, ao cuidarem de pacientes em CP, muitas vezes procuram não estabelecer vínculos mais estreitos, fazendo suas atividades de forma rotineira e supervalorizando aspectos técnicos. (KOVACS, 2003).

Diante deste quadro, pacientes em processo de morrer podem receber atendimento pouco satisfatório, sem adequado controle da dor, sintomas não aliviados e necessidades não reconhecidas. A MP nasce a partir do reconhecimento dessa necessidade. (DOYLE *et al*, 1994).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina contemplam seis habilidades gerais: atenção à saúde, comunicação, liderança, tomada de decisões, educação permanente e gestão em saúde. (BRASIL, 2001). A formação atual

médica no Brasil, assim como em outros países, é cada vez mais técnica e fragmentada, privilegiando a especialização e uso de tecnologia, em detrimento da medicina geral e estratégias de diagnostico que envolvem as queixas e proximidade com o paciente (FIGUEIREDO, 2001). Os responsáveis pela elaboração dos currículos das escolas médicas brasileiras parecem não se preocupar com a formação profissional no que tange à bioética e CP.

Porém é importante destacar que o país encontra-se em transição demográfica, com crescente número de idosos e consequentemente, de portadores de doenças crônico-degenerativas (OLIVEIRA *et al*, 2013). Em pesquisa realizada com a equipe de CP da UNIFESP-EPM em 2005, foi constatado que a maioria dos profissionais não teve o assunto abordado no currículo da graduação, tendo conhecimentos essencialmente teóricos. Muitos destes profissionais buscaram a área com o intuito de complementar sua formação (BIFULCO; IOCHICA, 2009). A experiência clínica com esse grupo de pacientes é essencial na educação médica, já que esse tipo de situação e inevitável na prática clinica (BENEDETTO *et al*, 2010).

Em pesquisa realizada em 2001 por Munoz observou-se que 100% das escolas médicas brasileiras apresentaram ensino de Ética Médica com uma tendência a melhoria do ensino (MUÑOZ E MUÑOZ, 2003). Siqueira mostrou que apesar da elevada presença curricular de Bioética nas Faculdades de Medicina de São Paulo, há ênfase em métodos teóricos de ensino, o que pode dificultar a aprendizado (SIQUEIRA *et al*, 2002). Há varias propostas sobre o ensino da bioética, variando desde instituir uma matéria própria a integrar o assunto a outras matérias como psicologia médica e bioética clínica (GRISARD, 2002; RIOS *et al*, 2008). A disciplina de bioética existe em apenas 30% dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde (FIGUEIREDO, 2008).

Em relação ao ensino de CP, ainda há pouca literatura nacional sobre o assunto (OLIVEIRA *et al*, 2013). Apesar de ser considerada uma disciplina importante, a carga horária ainda é insuficiente, a prioridade ainda é baixa e os médicos brasileiros não são devidamente treinados para lidar com esse tema. (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). É necessário que o ensino médico desperte a sensibilidade dos educadores e alunos no tocante à humanidade dos pacientes em CP. É necessário pensar na introdução de temas sobre terminalidade humana na formação medica (OLIVEIRA *et al*, 2013).

O ensino de bioética e CP nas escolas médicas tem tido pouca atenção dos pesquisadores brasileiros. A ausência de disciplina obrigatória ou optativa nas Escolas pode ser devido ao desinteresse dos responsáveis pela elaboração curricular (OLIVEIRA *et al*,

2013). Os princípios e a prática dos CP, quando oferecidos durante a formação médica tem a possibilidade de complementar o aprendizado da medicina resolutiva de hoje, propiciando os melhores recursos de cura e de cuidado quando a cura não for possível (FIGUEIREDO *et al*, 2013).

Somente por meio da educação profissional serão formados médicos, não apenas especialistas em CP mas que sabem reconhecer a doença em seu estágio avançado e prestar bom atendimento para o paciente e sua família (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

1.10. ASSISTÊNCIA MÉDICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Toda a formação acadêmica do médico é voltada para diagnóstico e tratamento de doenças. Quando este encontra um paciente necessitado de CP, o foco deixa de ser a doença e passa a ser o doente. Dentro da sua especificidade, o profissional deve realizar os diagnósticos clínicos, conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados e qual a evolução esperada para aquele paciente no momento. É responsabilidade do médico propor tratamentos, medicamentosos ou não, que tragam alívio nos sintomas desconfortáveis (PEDUZZI, 2001; MACIEL, 2006).

O objetivo de salvar vidas está enraizado na formação médica, consequentemente a morte acaba sendo encarada de forma temerosa, como um fracasso, e os médicos tentam evitá-la a todo custo (MORITZ, 2005). Há uma sensação de medo, impotência e desprezo por parte dos estudantes de medicina. Os mesmos sentem a necessidade de aumentar espaços para esse tipo de debate na formação médica (AZEREDO, 2007)

A profissão médica pressupõe dedicação peculiar, integrando progresso técnico e humanístico. A preocupação humanística deveria ser diária e não apenas perante o processo de morrer. O sofrimento humano e a morte são realidades do cotidiano médico, porém há um importante despreparo para lidar com estas situações. O mais comum hoje é o médico técnico que se vê impotente quando sua técnica demonstra-se insuficiente (BLASCO, 2009).

É dever do médico enfrentar com realismo e competência o processo de morrer dos seus pacientes. É função do médico administrar o diagnóstico e tomar as resoluções

competentes, não transferindo a responsabilidade para a família. O médico tem o papel de decidir, depois de entender os desejos da família, onde o paciente deve permanecer durante os momentos finais, sempre levando em consideração o bom senso, o que é melhor para o paciente. Só depois de analisados os fatores, a decisão deve ser levada à família que pode aceitá-la ou não. Numa relação de confiança com a família, geralmente há conformidade de opiniões. Independente da decisão tomada, a presença do médico é imprescindível, neste momento não mais com função curativa e sim com intuito de aliviar sintomas e assistir à família. (BLASCO *et al*, 2006; BLASCO, 2009).

É importante o paciente saber a gravidade da situação, não necessariamente com excessivos detalhes, mas fazendo-o entender o seu quadro. Todo paciente neste estado tem direito a acompanhamento de sua família e de um profissional para assisti-lo (BLASCO, 2009).

Apesar da tentativa de inserir o assunto no cotidiano médico, CP ainda é um tema pouco conhecido pelos profissionais de saúde e isso traz consequências para os pacientes e familiares. Dentre os problemas enfrentados pelos médicos citam-se a dificuldade de diagnosticar a "terminalidade" da doença, a descontinuidade do tratamento quando este passa de curativo para paliativo, a falta de uma boa rede de suporte domiciliar direcionada para este tipo de tratamento, a falta de infra-estrutura dos hospitais para acesso destes pacientes e o fato de CP não serem prioridade para os gestores (FISHER *et al*, 2006)

Não apenas as especialidades de oncologia e MP irão se deparar com pacientes necessitando de CP. Como grande parte dos pacientes que enfrentam este processo ainda não é acompanhada por equipe multidisciplinar capacitada, muitos deles buscam outros serviços, como unidades de emergência, para controle dos sintomas. Os principais sintomas associados são: dor, dispneia, náuseas e vômitos, obstipação, alterações neurológicas, sangramentos, distúrbios metabólicos, entre outros, (BASCH, 2009; TWYCROS, 1993). A dor é a queixa mais importante e frequente, para a qual a interdisciplinariedade é essencial (DETTINO *et al*, 2012). Os sintomas depressivos e ansiosos também são importantes e esperados, tanto pela situação mental em relação a doença, seja pelo componente psicoafetivo relacionado aos sintomas (BENEDETTO *et al*, 2010; DETTINO *et al*, 2012)..

Outra especialidade bastante ligada a CP é a Medicina da Família, que busca ser centrada no indivíduo e tem como elementos fundamentais a continuidade do cuidado médico, a prevenção e o estudo da família, o que torna a especialidade semelhante à MP (PINHEIRO *et al*, 2007).

Adquirir familiaridade com o mundo do paciente, conhecendo o contexto em que vive e suas crenças, são ferramentas essenciais para um bom cuidado. Quando o médico se sente confortável com os CP, seu desempenho melhora intensamente em outros campos de ação de menor complexidade (BENEDETTO *et al*, 2010). Para atuar no campo de CP é necessário, além do conhecimento técnico, habilidades humanitárias e emocionais (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

A habilidade de comunicação também se insere como um dos pilares na assistência em CP, porém geralmente esta comunicação é norteada em dar notícias de cunho negativo. Comunicar notícias ruins é uma das tarefas mais difíceis da prática médica. Estão envolvidos nessa dificuldade a falta de treinamento do médico e o medo de enfrentar as reações do paciente (BAILE *et al*, 2000). Os profissionais da saúde que lidam com a morte deveriam receber estímulo e auxílio para uma reflexão sobre o tema, além de capacitação técnica para habilitá-los a assumir suas responsabilidades diante dos pacientes (KUHL, 2002).

1.11. CUIDADOS PALIATIVOS E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As indicações para internação na UTI, quando clássicas, não geram dúvidas, como choque séptico ou pós-operatório de grande porte, cuja necessidade de vigilância permanente das funções vitais está clara (GARCIA, 2204). A necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é, em geral, determinada por um evento ameaçador à vida e a internação muitas vezes é inesperada (CASARINI; BASILE FILHO, 2005). O critério para manter um enfermo na UTI é seu estado clínico, quando a severidade exige o acompanhamento contínuo decorrente do risco de morte iminente. (FONSECA, 2010)

Para a internação devem-se levar em conta diagnóstico clínico, idade, gravidade da doença, comorbidades, prognóstico, proposta de tratamento, resposta ao tratamento já instituído, parada cardíaca recente, avaliação da qualidade de vida prévia e desejos do paciente e dos familiares. Devem-se poupar informações desnecessárias, cujo benefício é discutível (GARCIA, 2004).

Para os pacientes considerados fora de possibilidade de cura, a utilização de medidas curativas, além de dispendioso e sem benefícios, acabam trazendo mais dor e sofrimento tanto para o paciente quanto para seus familiares, tornando o processo de morte lento e sofrido (LAGO *et al*, 2007). Muitas das medidas curativas/restaurativas podem configurar tratamento fútil, como nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a interação ou permanência do paciente na UTI (MORITZ *et al*, 2008).

O medico está autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios ao paciente. Esse profissional não pode se eximir da responsabilidade dessa decisão final (PRENDERGAST *et al*, 1998). Deve-se ter em mente que CP tem por objetivo oferecer conforto e dignidade ao paciente e não prolongar a morte (MORITZ *et al*, 2008). A tabela a seguir especifica os princípios dos CP na UTI (Quadro 2).

Quadro 2: Princípios fundamentais dos CP nas Unidades de Terapia Intensiva

Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva Princípios fundamentais
Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida
Priorizar sempre o melhor interesse do paciente
Repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica
Não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte
Garantir a qualidade da vida e do morrer
Aliviar a dor e outros sintomas associados
Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares
Respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais
Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida
Estimular a Interdisciplinaridade como prática assistencial

FONTE: MORITZ *et al*, 2008.

A prática de CP na terapia intensiva deve sempre considerar o interesse da pessoa doente, o respeito aos seus sentimentos e aos desejos da família da pessoa doente, sendo ainda dado ênfase na comunicação adequada entre todos os envolvidos (paciente, família, profissionais de saúde) (MORITZ *et al*, 2008). Deve-se respeitar a autonomia do indivíduo e

o princípio da não-maleficência, privilegiando as decisões por consenso dentro da máxima certeza da irreversibilidade. A decisão da equipe deve ser atendida pelo consentimento do paciente ou de seus representantes legais com registro em prontuário (PRENDERGAST *et al*, 1998)

Deve ser respeitado também o tempo de entendimento e a decisão da família, pois, o retrocesso do morrer envolve sentimentos, não podendo ser considerado apenas do ponto de vista racional. (SOARES, 2007). Decisões médicas tomadas após discussão com a família, como não iniciar alguma terapêutica e suspender intervenções quando as mesmas não oferecem benefício, estão relacionadas com redução da duração de permanência na UTI, não agravamento do estado clínico do paciente e satisfação familiar pelo atendimento dispensado. (CURTIS *et al*, 2008).

Porém ainda há dificuldade dos profissionais de lidarem com esse tipo de situação. Em estudo anterior, verificou-se que dos 41% dos pacientes que haviam pedido anteriormente a seus médicos para "não reanimar" em caso de parada cardiorrespiratória, em 80% os profissionais não suspenderam as manobras. Concluiu-se que a equipe de saúde não sabia quando ou como parar as intervenções propostas, e que havia desrespeito aos desejos expressados pelos pacientes (CONNORS *et al*, 1995).

Para a implantação dos CP na UTI existem barreiras, como a escassez de políticas incentivadoras, a educação dos profissionais da área de saúde, a medicalização, a segmentação do corpo e o não entendimento do ser humano e seus meandros em sua integralidade (FONSECA; FONSECA, 2010).

1.12. DESAFIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Alguns são os desafios para a implementação de políticas de CP no Brasil e no mundo. Dentre esses obstáculos, encontramos a deficiência na educação dos profissionais de saúde, ausência de políticas governamentais adequadas, limitação do fornecimento de drogas utilizadas nestes tratamentos, carência de investimentos para pesquisa, desinteresse por parte dos profissionais, não prioridade de programas com esta finalidade (MELO, 2008). É clara a falta de qualificação técnica e emocional dos profissionais para lidar com as questões

limítrofes da vida e morte em ambiente hospitalar (FONSECA; GEOVANINI, 2013. OLIVEIRA *et al*, 2013)

Outro importante desafio é o diagnóstico precoce, já que no Brasil há uma procura tardia pelos serviços de saúde, o que dificulta tanto a cura quanto a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Observa-se carência de recursos e meios diagnósticos que poderiam adiantar este processo de descoberta. Importante destacar que antes do direito a morrer, o paciente deve ter direito a saúde, e este é mais um grande desafio. Se não há condições dignas de vida, perde-se o sentido das condições dignas de morte (PESSINI, 2008)

A questão da participação da família também é um fator importante em CP e um desafio aos profissionais. Conseguir manter a relação paciente – família – equipe é essencial para um bom funcionamento do programa (QUILL; TOWNSEND, 1991).

O assunto CP faz parte do cotidiano médico e deve ser compreendido como uma alternativa ao tratamento. Definir a terminalidade da doença não é um conceito fácil, assim como a definição de doenças crônicas que necessitam de CP. É necessário o conhecimento e envolvimento do profissional sobre o assunto para que possam ser observadas todas as possibilidades em conjunto com o paciente e a família (MELO, 2008).

1.13. TANATOLOGIA

A Tanatologia é o estudo da morte, e foi fundada por Kübler-Ross em seu livro, publicado em 1969, entitulado “On death and dying”. A morte é um dos maiores enigmas da existência humana. Trata-se de um fato irrefutável diante dos sentidos imediatos, uma vez que todos os seres vivos morrem. Ela é a única certeza infalível na vida de um ser humano. (BLASCO, 2009, SCHRAMAMM *et al*, 2002).

Conhecemos a morte apenas pelo processo de morrer dos outros, cuja vivência jamais será acessível em sua real dimensão. A morte sempre despertou grande temor no ser humano,

o qual tem dificuldades de lidar com a finitude (KUBLER-ROSS, 1981). Embora reconheça sua finitude, o ser humano busca sempre evitá-la ao longo de sua vida. Na verdade, há um despreparo na morte, o que provoca este sentimento de temor. O que melhor prepara para a morte é uma postura realista da própria vida, sendo então, para saber morrer com dignidade é preciso aprender a viver (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Em seu livro, Kübler-Ross fala sobre os estágios vividos pelos pacientes que recebem o diagnóstico de doença sem possibilidade terapêutica e em seu processo de morrer: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ela ainda faz uma proposta de comunicação com os pacientes. (KOVACS *et al*, 2001). Uma área importante sobre a tanatologia é a preparação dos profissionais. As principais dificuldades são falar com o paciente sobre o agravamento da doença e a possibilidade de morte, realizar procedimentos usuais em pacientes sem possibilidade de cura e sensação de impotência. Os cursos sobre a morte são importantes pois levam esses profissionais ao autoconhecimento e capacitação para lidar com esse grupo de pacientes. (BENOLIEL, 1987).

Os CP oferecem uma melhor dignidade ao morrer para o paciente, com alternativas menos agressivas, porém mais aliviadoras. A MP não rejeita a morte, não a encara como fracasso. Há aceitação da morte como um processo que faz parte da trajetória de vida dos indivíduos (KÜBLER-ROSS, 1981).

1.14. TESTAMENTO VITAL

Nos últimos anos, observa-se um conflito ético sobre os processos de morrer. De um lado há aqueles que defendem o princípio de vida como bem indisponível, de outro os que defendem o direito à liberdade de autodeterminação (PICCINI *et al*, 2011). As conquistas tecnológicas tem tido muito progresso na cura de doenças, mas também provocam muitas discussões em relação ao processo de morrer (SANTOS-ORTIZ, 2006).

O Testamento Vital surgiu do questionamento sobre a qualidade de vida das pessoas, em até que ponto vale a pena prolongar a vida (SANCHEZ *et al*, 2008). A ideia surgiu nos

Estados Unidos, em 1967, a partir de Luis Kutner, um advogado, que redigiu um documento onde deixava claro o desejo de um cidadão de recusar tratamento caso estivesse com enfermidade terminal. Hoje nesse país o documento tem valor legal, devendo o médico respeitar as disposições do testamento (CORTÉS, 1999).

O testamento vital é, portanto, um documento devidamente assinado, em que o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma (GODINHO, 2012). O termo possui sinônimos em outros países como "Living Will" nos Estados Unidos, "Vontades antecipadas" na Espanha e "Testamento Biológico" na Itália, porém todos com o mesmo intuito (CLOTET, 1993).

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina fez um evento para discutir a inserção do Testamento Vital no âmbito da Ética Médica. Foi um momento de materialização do Princípio da Autonomia. Por um lado não se deve abreviar a vida, por outro não se deve prolongar o processo de morrer (PICCINI *et al*, 2011).

O testamento vital foi aprovado pelo Conselho Federal de Medicina de acordo com a resolução 1995/2012 publicada em 9 de agosto de 2012. De acordo com o texto, o registro pode ser realizado pelo médico de confiança na ficha ou prontuário, desde que autorizado pelo paciente. O paciente pode eleger um representante legal para garantir o cumprimento da sua vontade. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico em sua profissão possui fé pública e seus atos tem efeito legal e jurídico. Este registro não pode ser cobrado nem precisa ser feito em cartório. A decisão do paciente não pode ser contestada por familiares, podendo ser revogada ou alterada a qualquer momento a pedido do paciente (CFM, 2012).

O paciente é livre para decidir sobre os cuidados com a preservação da sua saúde. Desde os mais inofensivos tratamentos até as cirurgias arriscadas e invasivas, sendo assim o médico não pode agir sem antes colher o consentimento do paciente, o qual tem direito a informações primordiais sobre os procedimentos (GODINHO, 2012).

1.15. JUSTIFICATIVA

Com o envelhecimento gradual da população e o número crescente de doenças crônico-degenerativas, faz-se necessária a implantação de medidas de cuidados voltadas para o bem estar desses pacientes. Neste caso, o foco deixa de ser a doença e passa a ser o doente e toda a sua estrutura familiar e social. O tema ainda é relativamente pouco abordado nas escolas médicas brasileiras, sendo portanto uma necessidade de saúde pública ainda negligenciada. O presente estudo visa entender a opinião do profissional médico de Sergipe, sobre o tema e observar como esses profissionais vêm lidando com situações deste tipo em seu cotidiano.

1.16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: **Diagraphic**, 2009. Disponível em http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf. Acesso em 14 de out. 2013.

AZEREDO, N. S. G. O acadêmico de medicina frente a morte:questões para se (re)pensar a formação. **Dissertação de mestrado**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

BAILE W. F. *et al.* Six-step protocol for delivering bad news: Aplication to the patient with cancer. **Oncologist**. V. 5, p 302-322, 2000.

BASCH, P. Cuidados Paliativos na Emergência. **Rev Bras Cuidados Paliativos**. v. 02, n. 03, p. 21-27, 2009.

BENEDETTO, M. A. C. *et al.* Ambulatório de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência. **Rev Bras Cuidados Paliativos**, v. 3, n 1, p. 27-32, 2010.

BENOLIEL, J. Q. Health care providers and dying patients: Critical issues in terminal care. **Omega: J Death and Dying**, v. 18, p. 341-363, 1987.

BIFULCO, V. A.; IOCHICA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev Bras Educ Med**, v. 33, n 1, p. 92-100, 2009.

BLASCO P. G.; JANAUDIS, M. A; LEVITES, M. R. Un nuevo humanismo médico: La armonía de los cuidados. **Atención Primaria**.v. 38, n.4, p. 225-229, 2006

BLASCO, P. G. O médico perante a morte. **Rev Bras Cuidados Paliativos,** v. 2, n. 4, p. 7-12, 2009.

BRASIL, MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES n 4. 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. In: **Diário Oficial da União**. Nov 9; seção 1:38, 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> Acesso 14 de out, 2013.

CARVALHO M. V. B.; PERINA, E. M. Cuidados paliativos pediátricos: a essência do cuidar da criança/adolescente/familiares nas situações limites. **Mundo Saúde (1995)**, v. 27, p. 93-97, 2003.

CASARINI K.; BASILE FILHO A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n. 1, p. 69-73, 2005.

CLARK D. Originating a movement: Cicely Saunders and the development of St. Christopher's Hospice, 1957-1967. **Mortality**, v. 3: p. 43-63, 1998.

CALLAHAN, D. The troubled dream of life: living with mortality. New York: **Simon & Shuster**, 255p, 1993.

CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: **Oxford University Press**, 254p, 1991.

CLOTET J. Reconhecimento e institucionalizaçäo da autonomia do paciente: um estudo da The Patient Self-Determination. **Act Rev Bioét,** v. 1, n. 2, p. 157-164, 1993.

CONNORS JR, A. F. J. *et al*. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously III Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). **JAMA**, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM Nº 1973/2011. In: **Diário Oficial da União,** 1 de ago de 2011, Seção I, p. 144-147. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm> Acesso 9 out, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA -CFM. Resolução CFM nº 1.995/2012 In: **Diário Oficial da União**, 31 de ago de 2012, Seção I, p. 269-70. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf> Acesso 14 out, 2013.

CORTÉS J. C. G. Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado. Revista Med Uruguay. 1999;15(1):5-12.

CURTIS J. R. *et al*. Integrating palliative and critical care, evaluation of a quality-improvement intervention. **Am J Respir Crit Care Med,** v. 178, p. 269-275, 2008.

COSTA, S. M. M. *et al.* Cuidados paliativos em neonatologia: implementação de um programa multiprofissional. **Mundo Saúde (1995)**, v. 27, p. 171-176, 2003.

DETTINO, A. L. A. *et al.* Cuidados paliativos e Oncologia: experiência de implantação de serviço no Hospital A.C. Camargo. **Rev Bras Cuidados Paliativos,** v. 3, n. 4, p. 9-18, 2012.

DOYLE, D.; HANKS, G.; MacDONALD, N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: **Oxford Medical Publications**, v. 3, 1994.

FIGUEIREDO, M. T. A. Cuidados Paliativos ao Paciente Fora dos Recursos de Cura - Eventos de 1988 no Brasil. **Ambito Hospitalar**, v. 12n. 98, p. 43-44, 1998.

FIGUEIREDO, M. T. A. Educação em Cuidados Paliativos– uma experiencia brasileira. Rev Prática Hospitalar, v. III, n. 17, p 43-48, 2001.

FIGUEIREDO, A. M.; GARRAFA V.; PORTILLO, J. A. C. Ensino da bioética na área das ciências da saúde do Brasil: estudo de revisão sistemática. **R Inter INTERthesis**. v. 5, n 2, p. 42-72, 2008.

FIGUEIREDO, M. G. M. C.; STANO, R. C. M. T. O Estudo da morte e dos Cuidados Paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Rev Bras Educ Med**, v. 37, n 2, p. 298-307, 2013.

FISHER, S. M. *et al.* Palliative care education: an intervention to improve medical residents' knowledge and attitudes. **J Palliat Med.** v. 6, p. 391-369, 2003.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2123-2132, 2008.

FONSECA AC, FONSECA MJM. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia Medica (Porto Alegre),** v. 20, n. 4, p. 301-309, 2010.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Ver Bras Educ Med**, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013.

GODINHO, A. M. Diretivas antecipadas de vontade: Testamento Vital, Mandato Duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. **RIDB**. v. 1, n. 2, p. 945-978, 2012.

GORDILHO, A. *et al*. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) /Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 92 p, 2000. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/15.pdf Acesso em 14 de out, 2013.

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

HIGGINSON, I. J. *et al.* Do social factors affect where patients die: an analysis of 10 years of cancer deaths in England. **J Public Health Med**, v. 21, p. 22-28, 1999.

KOVÁCS, M. J *et al.* Implantação de um serviço de plantão psicológico em uma unidade de cuidados paliativos. **Boletim de Psicologia,** v. 51, p. 1-22, 2001.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. Temas e reflexões. Ed FAPESP. **Casa do Psicólogo,** 2003.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 2 Ed, São Paulo: **Martins Fontes**, 290p, 1981.

KUHL D. introduction: Facing Death. In: What dying people want, New York, **Public Affairs**, p. XV, 2002.

LAGO P. M.; GARROS D.; PIVA J. P. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 364-368, 2007.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev. Prática Hospitalar**, n. 47, p. 46-49, 2006.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. **O mundo da saúde**, v. 27, n. 1, p. 58-62, 2003.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. **Rev Bras Cuidados Paliativos,** v. 1, n. 1, p. 5-8, 2008.

MELVIN, A. T. the primary care physician and Palliative Care. **Palliative Care**, v. 28, n. 2, p 239-245, 2001.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **Mundo Saúde (1995),** v. 27, p. 6-14, 2003.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva,** v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

MOUNT, B. M. The problem of caring for the dying in a general hospital: the palliative care unit as a possible solution. **Can Med Assoc J**, v. 115, p. 119-121, 1976.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ D. R.; O ensino da bioética nas Faculdades de Medicina do Brasil. **Rev Bras Educ Med**. v. 27; p. 114-124, 2003.

NEGRI, B. Portaria GM/MS n. 19, de 03 de janeiro de 2002. Ministério da Saúde, 2012. Disponivel em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf> Acesso 14 out, 2013.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino da Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Rev Bras Educ Med,** v. 37, n. 2; p. 285-290, 2013**.**

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, n. 41, p. 107-12, 2005.

PESSINI L. Cuidados Paliativos: Perspectivas contemporâneas. **Rev Bras Cuidados Paliativos,** v. 1, n. 1, p. 25-29, 2008.

PICCINI, C. F. *et al.* Testamento Vital na Perspectiva de médicos, advogados e estudantes. Rev Bioethicos. v. 5, n. 4, p. 384-391, 2011.

PINHEIRO T. R. P. *et al.* Rotación de médicos residentes de Medicina Familiar por el servicio de cuidados paliativos de São Paulo. **Atención Familiar**, v. 14. p. 122-125, 2007.

PRENDERGAST T. J.; CLAESSENS M. T.; LUCE J. M. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. **Am J Respir Crit Care Med,** v. 158, n. 4, p. 1163-1167, 1998.

QUILL T.; TOWNSEND P. Bad News: delivery, dialogue, and dilemmas. **Arch Intern Med**, v. 151, n. 3, p. 463-468, 1991.

RIOS, I. C. *et al*. *A* integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP – Um caminho para o ensino. **Rev Bras Educ Med,** v. 32, n 1, p. 112-121, 2008.

SÁNCHEZ A. V. *et al.* Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. **Semergen: Medicina de familia**. v. 35; p. 111-114, 2008.

SANTINA C. D,; BERNSTEIN R. H. Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving quality end-of-life care. **Clin Geriatr Med**, v. 20, p. 595-620, 2004.

SANTOS-ORTIZ J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. **Med Clin Barc,** v. 16, p. 620-623, 2006**.**

SCHMERLING, R. A. Cuidados Paliativos: a quem cabe esta responsabilidade? **Rev Bras Cuidados Paliativos**, v. 4, n. 4, p 5-6, 2012.

SCHRAMAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos Cuidados Paliativos. **Rev Bras Cancerologia,** v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002.

SILVA E. P.; SIDIGURSKY D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm,** v. 21, p. 504-508, 2008.

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

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva,** v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007.

TEMEL J. S. *et al*. Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **N Eng J Med**, v. 363, p.733-742, 2010.

TOLEDO A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: O ensino médico no Brasil. **Rev Bras Educ Med**, v. 36, n 1, p. 109-107, 2012.

TWYCROSS, R. G. Symptom Control: The problem areas. **Palliat Med**, v. 7, p. 1-8, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. Definition of Palliative Care. 2013 Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Acesso 12 set, 2013.

WRIGHT, M. *et al.* Mapping levels of palliative care development. **Associação Latino Americana de Cuidados Paliativos**. Circular Nº 32 de 2007. Disponível em <http://cuidadospaliativos.org/archives/circularpor32.pdf> Acesso em 14 de out. 2013.

2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

BRAZILIAN JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION

ISSN: 0100-5502

A Revista Brasileira de Educação Médica é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (http://www.educacaomedica.org.br). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa Avaliação dos originais Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20

dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações;não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.

4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000 palavras.

5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livredocência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.

8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços

- deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e email. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.

- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em http://decs.bvs.br/) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: http://www.icmje.org

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

- Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

- Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

- Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

- Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

- Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

- Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

- Relatórios

Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

- Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001)

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito. As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada. No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício.

(Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors http://www.icmje.org/#conflicts)

3. ARTIGO ORIGINAL

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE - REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

PALLIATIVE CARE: THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS FROM SERGIPE-NORTHEASTERN-BRAZIL

Alyne Andrade Lima[1], Rosana Cipolotti[2]

[1] Graduanda em medicina pela Universidade Federal de Sergipe

[2] Doutora em pediatria pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora associada da Universidade Federal de Sergipe

Endereço para correspondência

Alyne Andrade Lima

Rua Siriri, n 647. Aracaju-SE, Brasil

CEP: 49010-450

Tel: (79) 3211 0728 / (79) 9151 7925

Email: alynelima@hotmail.com

RESUMO

Cuidados Paliativos (CP) são ações multiprofissionais que tem como objetivo o conforto e controle dos sintomas desagradáveis e até incapacitantes do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem nos casos em que a possibilidade de cura da doença é inexistente. O foco não é mais a doença, e sim o paciente em seu contexto familiar e processo de morrer. Devido ao crescimento da população idosa, e consequentemente, de doenças crônico-degenerativas, é cada vez maior a necessidade de implantação de medidas mais concretas de cuidados com formação específica de profissionais. O assunto ainda é pouco abordado nas escolas médicas, porém com tendência a melhora. CP é uma necessidade de saúde pública, no momento ainda negligenciada. A assistência adequada é um direito do paciente e um dever dos profissionais da saúde. O objetivo do presente estudo é saber a opinião do médico de Sergipe, região nordeste do Brasil, sobre o tema e observar como os profissionais vem lidando com o assunto durante sua atuação médica.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Direito a Morrer, Educação Médica, Assistência Médica, Unidades de Terapia Intensiva, Testamento Quanto à Vida.

ABSTRACT

Palliative Care (PC) are multiprofessional actions that aims comfort and control of unwelcome symptoms and even disabling to body , mind , spirit and social , that grieve man where the possibility of cure is nonexistent. The focus is no longer the disease, but the patient in their family context and process of dying. Because of to the growing elderly population, and consequently, chronic degenerative diseases, the need to implement more concrete measures care and professionals with specific training is increasing. The subject is still poorly addressed in medical schools, but it is improving . PC is a public health need, even neglected. Adequate care is a patient's right and an obligation of health professionals. This study´s objective is to know the doctor's opinion of Sergipe, northeastern Brazil, about the theme and to observe how professionals has been dealing with the subject during his medical work.

Key-words: Palliative Care, Right to Die, Medical Education, Medical Assistance, Intensive Care Units, Living Wills.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos (CP) são definidos como "uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias os quais enfrentam uma doença incurável, com prognóstico reservado e/ou doença grave que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais" [1].

Neste sentido, CP é um conjunto de ações multiprofissionais que têm por objetivo o conforto e controle dos sintomas desagradáveis e até incapacitantes do corpo, da mente, do social e do espírito, que afligem o homem durante o processo de morrer [2]. Não há mais objetivo de curar o paciente, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responsiva [3]. O foco passa, então, a ser o paciente em seu contexto familiar e processo de adoecimento e morte. O cuidado, ainda, prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares [2].

Com a fase de transição demográfica e o crescimento da população de idosos, e consequentemente, de doenças crônico-degenerativas de várias etiologias, é cada vez maior a necessidade de implantação de medidas mais concretas de cuidados, com formação específica de profissionais, para que haja uma abordagem mais efetiva destes pacientes [4]. Os CP são uma necessidade de saúde pública, ainda negligenciada. A assistência adequada é um direito do paciente e um dever dos profissionais da saúde [3].

A formação acadêmica do profissional médico é centrada em diagnóstico e tratamento de doenças. Entretanto, frente a um paciente cuja doença não apresenta possibilidades de recuperação, o foco principal deve ser o bem estar do doente. Dentro da sua especialidade, o profissional deve realizar os diagnósticos clínicos, conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados e a evolução esperada para aquele paciente no momento [5].

Apesar da tentativa de inserir o assunto no cotidiano médico, CP ainda é um tema pouco conhecido pelos profissionais de saúde. Dentre os problemas enfrentados pelos médicos inclui-se a dificuldade de diagnosticar a "terminalidade" da doença, a falta de uma boa rede de suporte domiciliar direcionada para este tipo de tratamento, a interrupção do tratamento quando este passa de curativo para paliativo, a falta de estrutura dos hospitais para acesso destes pacientes e o fato de CP não serem prioridade para os gestores [6].

Em 2009, pela primeira vez, o Conselho Federal de Medicina instituiu o conceito de CP em seu Código de Ética Médica. Em 2011, houve o reconhecimento da especialidade médica de Medicina Paliativa. A formação foi estabelecida em um ano e tem como pré-requisito o título de especialista em anestesiologia, cancerologia, clínica médica, geriatria, medicina de família e comunidade ou pediatria [7].

O objetivo do presente estudo é conhecer a opinião dos médicos de Sergipe, região nordeste do Brasil, sobre o tema CP, e identificar como os profissionais lidam com o assunto durante sua atuação médica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, descritivo, realizado por meio de questionário aplicado a médicos especializados nas áreas de oncologia, medicina intensiva, cirurgia, pediatria e clínica médica na cidade de Aracaju, Sergipe, com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina de Sergipe (CREMESE). Foram convidados a participar número equivalente para as especialidades, totalizando 20% para cada. Existiam em 2012 2677 médicos cadastrados no CREMESE com inscrição ativa em Aracaju. Foram entrevistados 100 médicos, que correspondem a aproximadamente 4% do total de cadastrados.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores através de instrumento de pesquisa em anexo (apêndice I). Este contém questões sobre os dados de identificação dos entrevistados, a abordagem de CP e a decisão de tratamento médico.

Esta pesquisa foi aprovada em 25/09/2012 apelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe com o número de protocolo 07551912.2.0000.0058. Todos os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice II).

Os resultados descritivos foram apresentados através de medidas de tendência central (média e desvio-padrão) e de proporção (porcentagem e intervalo de confiança). A comparação entre grupos foi feita através dos testes “t” (variáveis quantitativas contínuas) e Qui-quadrado (variáveis discretas e proporcionais). Foram considerados significativos os resultados cuja diferença entre grupos for superior a 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram colhidos 100 questionários durante o período de janeiro a junho de 2013. A média de idade entre os profissionais foi de 41,8 anos (desvio-padrão de 10,9). A média de anos de formado foi de 16,8 anos, com desvio-padrão de 11,3 anos.

Quando questionados sobre a definição de CP, os entrevistados tiveram a opção de escolher mais de uma alternativa. Assim, 64% dos médicos responderam que são cuidados para pacientes cuja doença é incurável e 41% que são cuidados para aliviar os sintomas do paciente (Figura 1). As demais opções foram: cuidados de fim de vida (16%), alta para o paciente ficar com a família (3%), suporte domiciliar (5%) e outras (7%), conforme consta na Figura 1.

Sobre a formação acadêmica e o tema, 63% dos entrevistados responderam que o assunto não foi abordado em nenhum momento na graduação, 30% responderam que foi abordado por atividades extracurriculares, e 7% afirmaram que o assunto fez parte da grade curricular.

Em relação à experiência de trabalho, 85% dos entrevistados responderam já terem passado por situações onde precisaram realizar CP em algum paciente. Sobre o sentimento em relação à falta de possibilidade de cura, 66% dos entrevistados responderam que se sentem conformados com a situação, já que a medicina nem sempre pode curar o paciente.

Na questão sobre admissão de paciente em CP na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 57% dos médicos responderam que já admitiram ou admitiriam pacientes fora de possibilidade de cura na unidade. Quando questionados sobre qual o momento de oferecer esse tipo de tratamento ao paciente, 47% responderam que se deve oferecê-lo quando o paciente apresenta descompensação grave com risco de morte iminente, 20% afirmaram que se deve oferecer quando a família manifestar-se por essa opção, 19% responderam que não se deve oferecer esse tipo de tratamento devido à limitação de vagas nas UTIs, pois o paciente não tem prognóstico e os últimos 13% se abstiveram da resposta.

Sobre o momento de retirar os cuidados intensivos, 46% dos médicos responderam que se deve retirar assim que o paciente estiver compensado, 16% acharam que se deve retirar assim que a família manifestar-se por essa opção, 8% que não se deve retirar os cuidados pois o paciente precisa de monitoramento.

O papel de cada integrante na decisão do tratamento foi discutido. Em relação ao paciente, 72% dos entrevistados acharam que o paciente deve decidir o tratamento em

conjunto com seu médico/equipe, 24% responderam que o paciente tem poder total de decisão, mesmo esta sendo diferente da opinião do médico/equipe e 3%,que o paciente deve aceitar o tratamento proposto. Sobre a família, 89% dos entrevistados responderam que devem decidir o tratamento juntamente com o médico/equipe e o paciente, 8% afirmaram que devem ter o poder de decisão, mesmo se for diferente da opinião do paciente e de médico/equipe e 3%, que a família deve aceitar o tratamento proposto pelo médico/equipe.

Em casos de pacientes com autonomia comprometida, 94% dos entrevistados responderam que a decisão do tratamento deve ser em conjunto com a família e que o médico tem o papel de oferecer todas as possibilidades de tratamento, 4% afirmaram que a decisão deve ser médica, sempre com objetivo de manutenção da vida e 1% respondeu que a decisão deve ser da família, tendo esta a opção de autorizar ou não cuidados intensivos ao paciente.

Em relação à especialidade MP, 82% dos médicos responderam que deve ser integrada a outras especialidades, e 18% afirmaram que deve ser uma especialidade independente. As especialidades que mais se destacaram como as que deveriam estar integradas foram oncologia (39%), medicina intensiva (30%), geriatria e neurologia (24%). Trinta e nove por cento dos entrevistados responderam que a especialidade deve estar integrada a todas as demais (Figura 2).

A respeito da idade e anos de graduação, observou-se que quanto menor a idade e o tempo de formado, mais o assunto CP vem sendo abordado de alguma forma no curso de medicina. Foi visualizado ainda que quanto maior o tempo de graduação e a idade, menor o conhecimento em relação ao Testamento Vital. Em relação aos demais questionamentos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. (Tabelas 1 e 2).

Em relação às especialidades, foram divididas em duas categorias, levando em conta o tipo de relação com os pacientes. A primeira categoria é composta por especialidades cujo contato é pontual, e inclui cirurgia e medicina intensiva; a segunda categoria é composta por clínica médica, pediatria e oncologia, especialidades caracterizadas pelo acompanhamento longitudinal do paciente. Não houve relação estatisticamente significativa sobre a especialidade e a resposta a nenhum dos questionamentos (Tabela 3).

A respeito do Testamento Vital, 39% dos entrevistados responderam que não têm conhecimento sobre o assunto, 59 % responderam que concordam com o testamento e 2% responderam que não concordam, pois entendem como autorização para a eutanásia, conforme consta na figura 3.

Dentre os médicos que concordaram com o Testamento Vital, 47% responderam que concordam, porém ainda não pensaram sobre o assunto, 32% que concordam e pretendem

fazer o testamento, porém não querem influenciar na decisão de terceiros e 21% que concordam, pretendem fazer e recomendam a familiares e amigos que também o façam.

DISCUSSÃO

O princípio da Medicina Paliativa (MP) remete à essência da medicina, como a arte de cuidar. Alguns princípios básicos são: escutar o paciente, diagnosticar antes de tratar, conhecer bem os medicamentos utilizados, manter o tratamento mais sucinto possível e utilizar drogas com objetivo de alívio [8].

Toda a formação acadêmica do profissional de medicina é voltada para diagnóstico e tratamento de doenças. No caso da MP, o foco passa a ser o paciente em seu contexto e não apenas a doença. Dentro da sua especificidade, o profissional deve realizar os diagnósticos clínicos, conhecer a doença e sua história natural, os tratamentos possíveis e a evolução esperada para aquele paciente [5,9].

Diversas são as situações em que o médico pode se deparar com pacientes que necessitam CP, não apenas as especialidades de oncologia e MP. Como grande parte dos pacientes que enfrentam este processo ainda não é acompanhada por equipe multidisciplinar capacitada, muitos deles buscam outros serviços, como serviços de atendimento de emergências, para controle dos sintomas [10,11].

No presente estudo, observou-se que a grande maioria (85%) dos médicos entrevistados já passou por situações onde precisaram realizar CP em algum paciente. Isso se evidenciou, independentemente da idade, tempo de graduação ou especialidade, o que mostra que desde o início de sua carreira os médicos se depararam com situações deste tipo, nas diversas áreas em que atuam.

A meta de salvar vidas está enraizada na formação médica, consequentemente a morte acaba sendo vista de forma temerosa, como um infortúnio, e os profissionais tentam evitá-la a todo custo[12]. Há sensação de medo, impotência e desprezo por parte dos estudantes de medicina e médicos sobre o tema[13]. Porém, diferentemente do usual, neste estudo, a maioria dos entrevistados (66%) respondeu que se sentem conformados com a situação, pois nem sempre a medicina pode curar o doente.

A atual formação acadêmica de medicina no Brasil, assim como em outros países, é voltada para a técnica e é fragmentada, privilegiando as especializações e uso de tecnologia, em detrimento da medicina geral e estratégias de diagnóstico que envolvem proximidade com o paciente[14]. O ensino de Bioética e CP nas escolas médicas brasileiras tem recebido pouca atenção. A ausência de disciplina obrigatória ou optativa nas escolas pode ser devido ao desinteresse dos responsáveis pela elaboração curricular[15].

Ainda há pouca literatura nacional sobre o assunto[15]. Apesar de ser considerada uma disciplina importante, a carga horária ainda é insuficiente e a prioridade é baixa. Assim, os médicos brasileiros não são devidamente treinados para lidar com esse tema[16].

Em pesquisa realizada em 2005 foi observado que a maioria dos profissionais não teve o assunto abordado no currículo da graduação, obtendo conhecimentos essencialmente teóricos [17]. O presente estudo ratifica a pesquisa, pois observamos que a maioria dos entrevistados (63%) não teve o assunto abordado em sua grade curricular. Porém observamos que houve uma busca pelo conhecimento afora da universidade, pois 30% dos entrevistados afirmaram que ouviram sobre o tema em atividades extracurriculares.

Pode-se constatar também uma tendência a maior abordagem deste tema nas universidades. Neste trabalho, foi verificado que médicos mais jovens ou com menos tempo de graduação tiveram um maior contato com o assunto durante a formação acadêmica. Talvez o maior interesse seja devido ao processo de envelhecimento que o país está vivendo, com crescente número de idosos e, consequentemente, de doenças crônico-degenerativas [15].

Os princípios e a prática dos CP oferecidos durante a formação médica têm o objetivo de complementar o aprendizado da medicina resolutiva de hoje, propiciando os melhores recursos de terapêutica e de cuidado quando a cura não for possível[18]. Para isso, faz-se necessário que o ensino médico desperte a sensibilidade dos educadores e alunos no tocante à humanidade dos pacientes em CP. Deve-se pensar na introdução de temas sobre terminalidade humana na formação médica para que os profissionais sejam mais bem capacitados para o dia-a-dia [15].

Importante destacar que a especialidade MP, em sua essência, é muito abrangente, necessitando, portanto, estar integrada a outras categorias médicas [19]. No presente estudo, observou-se a necessidade desta integração, com 82% dos médicos entrevistados respondendo que a especialidade deve estar integrada a outras e destes, 39% afirmando que a integração deve ser a todas as especialidades.

Sobre a possibilidade de admissão de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a necessidade de uma internação é, em geral, relacionada a um evento ameaçador à

vida e a hospitalização muitas vezes é inesperada [20]. O critério para manter um enfermo em UTI é seu estado clínico, quando a severidade exige o acompanhamento contínuo devido ao risco de morte iminente [21].

Para os pacientes considerados fora de terapêutica, a utilização de medidas curativas, além de dispendioso e sem benefícios, acaba trazendo mais dor e sofrimento tanto para o paciente quanto a seus familiares, o que torna o processo de morte lento e sofrido [22]. Muitas medidas curativas/restaurativas podem desempenhar tratamento fútil, como nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a interação ou permanência do paciente na UTI. Deve haver bom senso na escolha dessas medidas [23].

Neste estudo verificou-se que a maioria dos médicos (57%) já admitiram ou admitiriam pacientes fora de possibilidade de cura em UTI, parte deles (47%) devido à descompensação do doente. Em 20% dos casos, fizeram-no quando a família optou por isto, independente de critérios clínicos.

A prática de CP na UTI deve levar em consideração o interesse do paciente, o respeito aos seus sentimentos e aos desejos da família, dando ênfase na comunicação adequada entre todos os envolvidos (paciente, família, profissionais de saúde) [23]. Deve-se respeitar a autonomia do indivíduo e o princípio da não-maleficência, e privilegiar as decisão por consenso dentro da máxima certeza da irreversibilidade que os atos podem ter [24].

O paciente tem o direito de saber a gravidade da situação, não necessariamente com demasiados detalhes, porém fazendo-o entender o seu quadro e como se dará a evolução. Além disso, tem direito a acompanhamento de sua família e de um profissional para assisti-lo [25].

Neste estudo, a maioria dos profissionais (72%) respondeu que o paciente deve decidir o tratamento em conjunto com seu médico/equipe e 24%, que o paciente tem poder total de decisão, mesmo esta sendo diferente da opinião do médico/equipe. O paciente deve ser livre para decidir sobre os cuidados, desde os mais inofensivos tratamentos até as cirurgias arriscadas e invasivas. Sendo assim, o médico não pode agir sem antes colher o consentimento do paciente, o qual tem direito a informações primordiais sobre os procedimentos [26].

Deve ser respeitado também o tempo de entendimento e a decisão da família [27]. Decisões médicas tomadas após debate com a família, sobre não iniciar alguma terapêutica ou suspender intervenções quando as mesmas não oferecem benefício, estão relacionadas à redução do tempo de permanência na UTI, à não piora do estado clínico do paciente e à

satisfação familiar pelo atendimento dispensado. O papel da família fica mais evidente quando o paciente se encontra com sua autonomia comprometida [28].

No presente estudo a maioria dos entrevistados (89%) responderam que a família deve decidir o tratamento juntamente com o médico/equipe e o paciente. Quando questionados sobre situações em que os pacientes têm sua autonomia comprometida, 94% afirmaram que é dever do médico oferecer todas as possibilidades e é prerrogativa da família a decisão final.

O médico tem o papel de decidir, com bom senso e levando em conta os desejos do paciente e da família, o local no qual serão ministrados os cuidados de final de vida. Depois de analisados todos os fatores, a decisão deve ser levada à família, que pode aprovar ou não. Quando há relação de confiança com a família, geralmente há conformidade de opiniões [25,29]. A decisão da equipe deve ser ratificada pelo consentimento do paciente ou de seus representantes legais, com registro em prontuário [24].

Contudo, ainda há dificuldade de os profissionais lidarem com esse tipo de situação. Estudo anterior observou que 41% dos pacientes haviam pedido anteriormente a seus médicos a não reanimação em caso de parada cardiorrespiratória, porém 80% os profissionais não deixaram de realizá-las. Concluiu-se que a equipe de saúde não sabia quando e como interromper as intervenções propostas, desrespeitando os desejos expressos pelos pacientes [30]. Torna-se assim evidente, mesmo dentro de uma mesma equipe, um conflito ético sobre os processos de morrer, colocando-se de um lado aqueles que defendem o princípio de vida como bem indisponível, e de outro os que defendem o direito à liberdade de autodeterminação [31].

O Testamento Vital (TV) surgiu do questionamento sobre a qualidade de vida das pessoas e a discussão de até que ponto valeria a pena prolongar a vida [32]. É um documento em que o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, e deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma [26].

O TV foi aprovado pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução 1995, publicada em 2012. De acordo com o texto, o registro pode ser realizado pelo médico de confiança na ficha ou prontuário, desde que autorizado pelo paciente. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico em sua profissão possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico. A decisão do paciente não pode ser contestada por familiares, podendo ser revogada ou alterada a qualquer momento a pedido do paciente[33]. Neste estudo foi observado que ainda há certo desconhecimento em relação ao TV por parte dos médicos, pois uma proporção razoável dos entrevistados (39%) respondeu que não tem conhecimento sobre

o assunto. Porém, dos que têm conhecimento, a maioria respondeu que concorda com o documento. Constatou-se ainda que médicos mais jovens ou com menor tempo de graduação têm maior conhecimento em relação ao TV. Esse fato pode ter se dado devido à atualidade do tema, o que pode ter incentivado maior debate sobre o assunto entre profissionais mais jovens.

Apesar da tentativa de inserir o assunto no cotidiano médico, CP ainda é um tema pouco conhecido pelos profissionais de saúde. O assunto faz parte do cotidiano médico e deve ser compreendido como uma alternativa ao tratamento. A assistência adequada é um direito do paciente e um dever dos profissionais da saúde. O assunto é pouco abordado nas escolas médicas, porém, talvez devido à necessidade social, existe tendência a melhora. Somente por meio da educação profissional formar-se-ão médicos não necessariamente especialistas em CP, mas que sabem reconhecer a doença em seu estágio avançado e prestar bom atendimento para o paciente e sua família.

Alguns são os desafios para a instalação de políticas públicas de CP no Brasil e no mundo. Dentre os obstáculos estão a deficiência na educação dos profissionais de saúde, ausência de políticas governamentais adequadas, deficiência de suporte domiciliar, falta de estrutura dos hospitais, limitação do fornecimento de drogas utilizadas nestes tratamentos, carência de investimentos para pesquisa, desinteresse por parte dos profissionais e não prioridade para os gestores.

Em relação ao tratamento, o paciente deve ter poder de escolha. É dever do médico e da equipe de saúde fornecer todas as opções possíveis de tratamento. A família também deve ser consultada, devendo sempre insistir no caminho do bom senso e acordo entre as partes. Com a aprovação do TV, o paciente alcançou uma ferramenta jurídica a seu favor, podendo optar por aceitar ou não os tratamentos propostos, mesmo que futuramente se encontre em situações que impossibilitem manifestar sua vontade.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que os médicos que atuam em Sergipe identificam, na prática diária em suas especialidades, pacientes com indicação para CP, e que estes devem integrar várias especialidades clínicas e cirúrgicas.

O assunto foi pouco abordado durante sua formação acadêmica, especialmente entre os mais velhos e com maior tempo decorrido desde a graduação. A maioria dos entrevistados utiliza cuidados intensivos em pacientes em situação de CP, seja sob a justificativa de

"estabilizar" o paciente, seja por pressão dos familiares, postura essa que não está associada à especialidade do entrevistado. Por outro lado, mais da metade dos entrevistados tem conhecimento sobre o TV, e destes, a maioria pretende adotá-lo para si.

CONFLITO DE INTERESSES

Este estudo foi desenvolvido com recursos próprios dos autores. Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, WHO. Definition of Palliative Care. 2013 [capturado 12 set.2013]; Disponível em: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med, 2013, 37 (1), 120-125.
3. Figueiredo MTA. Cuidados Paliativos ao Paciente Fora dos Recursos de Cura - Eventos de 1988 no Brasil. Ambito Hospitalar, 1998, 12 (98), 43-44.
4. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Prática hospitalar, 2005, 41, 107-12.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 2001, 35, 103-109.
6. Fisher SM, Gozansky WS, Kutner JS, Chomiak A, Kramer A. Palliative care education: an intervention to improve medical residents' knowledge and attitudes. J Palliat Med, 2003, 6, 391-369.
7. Conselho Federal De Medicina – CFM. Resolução CFM N^{o} 1973/2011. In: Diário Oficial da União, 1 de ago de 2011, Seção I, p. 144-147. [capturado 9 out, 2013]. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm
8. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. Rev Bras Cuidados Paliativos, 2008, 1 (1), 5-8.
9. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Rev. Prática Hospitalar, 2006, 47, 46-49..

10. Basch P. Cuidados Paliativos na Emergência. Rev Bras Cuidados Paliativos, 2009, 2 (3), 21-27.
11. Twycross RG. Symptom Control: The problem areas. Palliat Med, 1993, 7, 1-8.
12. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética, 2005, 13, 51-63.
13. Azeredo NSG. O acadêmico de medicina frente a morte:questões para se (re)pensar a formação. Rio Grande do Sul; 2007. Mestrado [Dissertação] - , Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
14. Figueiredo MTA. Educação em Cuidados Paliativos– uma experiencia brasileira. Rev Prática Hospitalar, 2001, III (17), 43-48.
15. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino da Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. Rev Bras Educ Med**,** 2013, 37 (2), 285-290.
16. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: O ensino médico no Brasil. Rev Bras Educ Med, 2012, 36, n 1, p. 109-107, 2012
17. Bifulco VA, Iochica LC. A Formação na graduação dos profissionais de saúde para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Rev Bras Educ Med, 2009, 33, (1).
18. Figueiredo MGMC, Stano RCMT. O Estudo da morte e dos Cuidados Paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. Rev Bras Educ Med, 2013, 37 (2), 298-307, 2013.
19. Temel JS, Greer JA, Muzikansky, A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, et al. Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Eng J Med, 2010, 363, 733-742.
20. Casarini K, Basile Filho A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. Medicina (Ribeirão Preto), 2005, 38 (1), 69-73.
21. Fonseca AC, Fonseca MJM. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. Scientia Medica (Porto Alegre), 2010, 20 (4), 301-309.
22. Lago PM, Garros D, Piva JP. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. Rev Bras Ter Intensiva, 2007, 19 (3), 364-368.
23. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva, 2008, 20 (4), 422-428.

24. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 158 (4), 1163-1167.
25. Blasco PG. O médico perante a morte. Rev Bras Cuidados Paliativos, 2009, 2 (4), 7-12.
26. Godinho AM. Diretivas antecipadas de vontade: Testamento Vital, Mandato Duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. RIDB, 2012, 1 (2), 945-978.
27. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva, 2007, 19 (4), 481-484.
28. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt T, et al. Integrating palliative and critical care, evaluation of a quality-improvement intervention. Am J Respir Crit Care Med, 2008, 178, 269-275..
29. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: La armonía de los cuidados. Atención Primaria, 2006, 38 (4), 225-229.
30. Connors Jr AF, Dawson NV, Desbiens NA, Kulkerson WJ, Goldman L, Knaus WA, et al. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously III Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA, 1995, 274 (20), 1591-1598.
31. Piccini CF, Steffani JÁ, Bonamigo EL, Bortoluzzi, MC, Schlemper Jr BR. Testamento Vital na Perspectiva de médicos, advogados e estudantes. Rev Bioethicos, 2011, 5 (4), 384-391.
32. Sánchez AV, Villalba F, Romero G, Barragan G, Delgado R, Garcia M. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Semergem: Medicina de família, 2008, 35, 111-114.
33. Conselho Federal De Medicina - CFM. Resolução CFM nº 1.995/2012 In: Diário Oficial da União, 31 de ago de 2012, Seção I, p. 269-70. [Capturado 14 out, 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

Tabela 1: Anos de formado em relação a questionamentos.

	Anos de formado		p
Questionamentos	Menos de 10 anos (%)	Mais de 10 anos (%)	
Assunto foi abordado em graduação	59	41	0,0004 (*)
Enfrentou situações onde precisou fazer cuidados paliativos	37	63	0,9534 (*)
Sentimento de impotência	15	85	0,0626 (*)
Admissão de paciente em UTI	40	60	0,4536 (*)
Paciente com total poder de decisão	32	68	0,7665 (*)
Família com total poder de decisão	25	75	0,3865 (**)
Poder de decisão total do médico no caso de pacientes com autonomia comprometida	33	67	0,7105 (**)
Oferecer vaga em UTI quando a família optar	30	70	0,5951 (*)
Possibilidade de retirar os cuidados intensivos	42	58	0,2273 (*)
Não sabem sobre o testamento vital	53	47	0,0236 (*)
Acham que a especialidade deve ser integrada	32	68	0,1014 (*)

(*) Teste de Yates. (**) Teste de Fisher.

Tabela 2: Idade dos médicos em relação a questionamentos

	Anos de formado		Valor de p
Questionamentos	Menos de 10 anos %	Mais de 10 anos %	
Assunto foi abordado em graduação	57	43	0,0019 (*)
Já enfrentou situações onde precisou fazer cuidados paliativos	37	63	0,9534 (*)
Sentimento de impotência	15	85	0,1009 (*)
Admissão de paciente em UTI	40	60	0,4536 (*)
Paciente com total poder de decisão	36	64	0,8522 (*)
Família com total poder de decisão	25	75	0,3865 (**)
Poder de decisão total do médico no caso de pacientes com autonomia comprometida	33	67	0,7105 (**)
Oferecer vaga em UTI quando a família optar	45	55	0,5669 (*)
Possibilidade de retirar os cuidados intensivos	40	60	0,1285 (**)
Não sabem sobre o testamento vital	53	47	0,0236 (*)
Acham que a especialidade deve ser integrada	34	66	0,5801 (*)

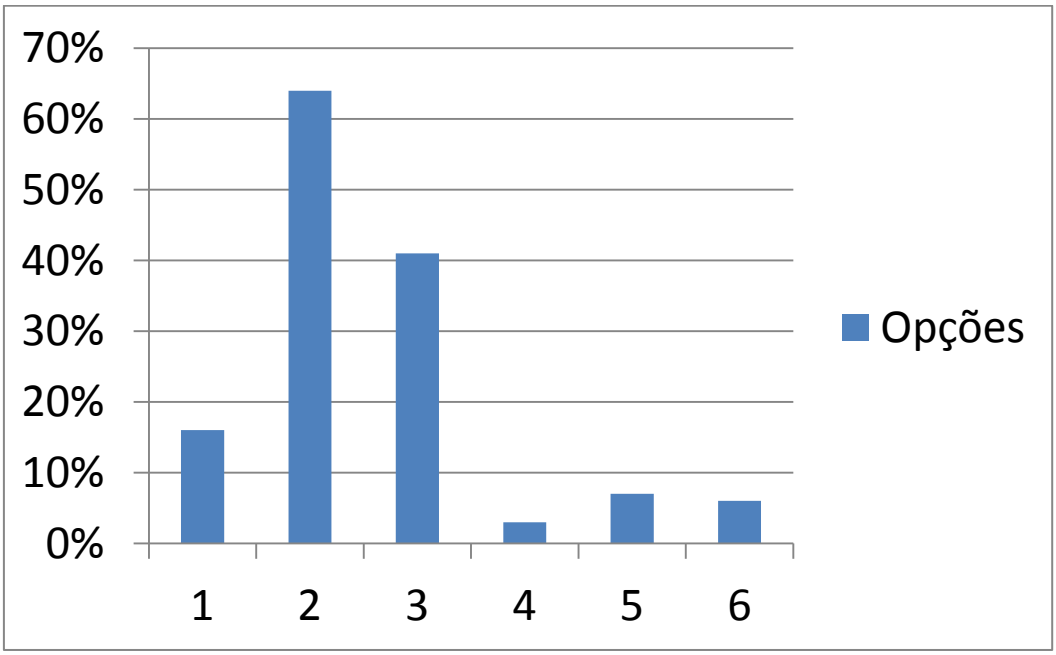
(*) Teste de Yates. (**) Teste de Fisher.

Tabela 3: Especialidade médicas em relação aos questionamentos

	Especialidades Médicas		Valor de p
Questionamentos	Cirurgia / Medicina Intensiva %	Clínica / Pediatria / Oncologia %	
Assunto foi abordado em graduação	32	68	0,3308 (*)
Enfrentou situações onde precisou fazer cuidados paliativos	59	41	0,7750 (*)
Sentimento de impotência	70	30	0,5376 (*)
Admissão de paciente em UTI	68	32	0,0998 (*)
Paciente com total poder de decisão	56	44	0,8706 (*)
Família com total poder de decisão	50	50	0,4184 (**)
Poder de decisão total do médico no caso de pacientes com autonomia comprometida	67	33	0,6524 (**)
Oferecer vaga em UTI quando a família optar	75	25	0,6582 (*)
Possibilidade de retirar os cuidados intensivos	62	38	0,3760 (**)
Não sabem sobre o testamento vital	66	34	0,7464 (*)
Acham que a especialidade deve ser integrada	40	60	0,8733 (*)

(*) Teste de Yates. (**) Teste de Fisher.

Figura 1: Definição de cuidados paliativos segundo opções do questionário.



Opção 1: Cuidados de fim de vida; Opção 2: Cuidados para pacientes cuja doença é incurável; Opção 3: Alívio dos sintomas do paciente; Opção 4: Alta para o paciente ficar com a família; Opção 5: Suporte domiciliar; Opção 6: Outros.

Figura 2: Frequências das Especialidades médicas citadas para a prática de Cuidados Paliativos.

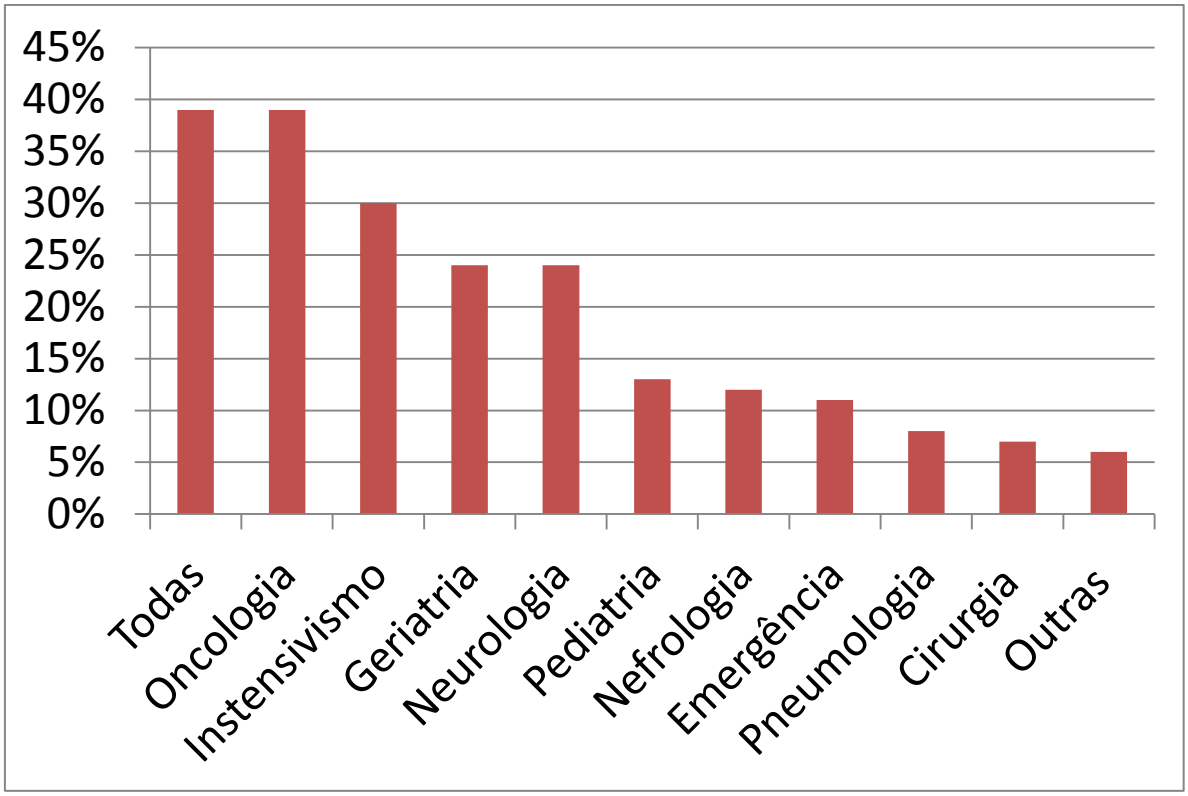
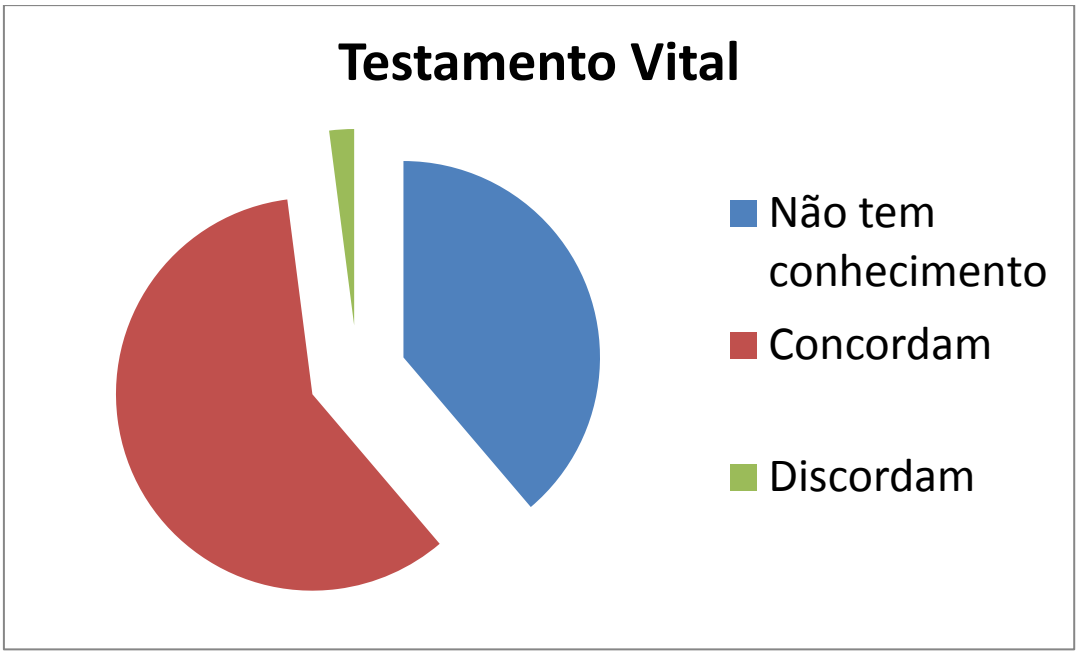


Figura 3: Opinião dos médicos de Aracaju-SE sobre o Testamento Vital.



APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO N^0 DATA / /

Data de nascimento: / /

Ano da formatura:

Especialidade:

( ) Oncologista ( ) Emergencista

( ) Cirurgião ( ) Intensivista

( ) Outra: _____

1. O que você entende por cuidados paliativos?

( ) Cuidados de fim de vida

( ) Cuidados para pacientes cuja doença é incurável

( ) Alívio dos sintomas do paciente

( ) Alta para o paciente ficar com a família

( ) Suporte domiciliar

2. Durante sua formação acadêmica, você pode dizer que o assunto cuidados paliativos foi:

( ) Bem abordado, fazendo parte da grade curricular

( ) Abordado por atividades extras como ligas acadêmicas ou congressos

( ) Não foi abordado

3. Você já passou por alguma situação onde precisou realizar cuidados paliativos em algum paciente?

( ) Sim

( ) Não

4. Como médico, como você se sente em relação à falta de possibilidade de cura do doente?

( ) Conformado, nem sempre a medicina pode curar o paciente

( ) Impotente pois a função do médico é curar

5. Você admitiria um paciente em fase terminal para internamento?

( ) Sim

( ) Não

6. Qual o papel do paciente na decisão do tratamento?

( ) Deve aceitar o tratamento proposto pelo médico

( ) Deve decidir o seu tratamento juntamente com o médico

( ) Deve ter o principal papel na decisão, não seguindo a opinião do médico

7. Qual o papel da família na decisão do tratamento?

( ) Deve aceitar o tratamento proposto pelo médico

( ) Deve decidir o seu tratamento juntamente com o médico

( ) Deve ter o principal papel na decisão, não seguindo a opinião do médico

8. Como lidar coma situação de cuidados paliativos em pacientes com autonomia comprometida, como crianças, pacientes com doença neurodegenerativa progressiva etc?

( ) A decisão deve ser médica, sempre com objetivo de manutenção da vida o máximo de tempo possível.

( ) A decisão deve ser feita pela família, tendo a opção de fornecer ou não cuidados intensivos a esses pacientes.

( ) A decisão deve ser em conjunto com a família, tendo o médico o papel de oferecer todas as possibilidades de tratamento.

9. Qual o momento de iniciar cuidados intensivos para o fim de vida?

( ) Não se deve iniciar devido à limitação de vagas nas UTIs pois é um paciente que não tem prognóstico de cura.

( ) Deve-se iniciar quando a família requerer essa opção.

( ) Deve-se iniciar quando o paciente apresenta descompensação grave com risco de morte iminente.

10. Qual o momento de retirar esses cuidados?

( ) Não se aplica

( ) Deve-se retirar quando a família requerer essa opção.

( ) Deve-se retirar assim que o paciente estiver compensado.

( ) Não se deve retirar os cuidados intensivos pois o paciente precisa de monitoramento.

11. Na sua opinião, cuidados paliativos devem ser uma especialidade a parte ou integrada a outras?

( ) À parte

( ) Integrada a outra especialidade

12. Se na pergunta acima sua resposta foi “integrada”, quais seriam as especialidade que deveriam estar incluídas?

( ) Oncologia
( ) Cirurgia
( ) Pneumologia
( ) Nefrologia
( ) Pediatria e neonatologia
( ) Outra _____

( ) Intensivismo
( ) Emergência
( ) Endocrinologia
( ) Geriatria
( ) Neurologia

APÊNDICE II

CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE

Ac.: Alyne Andrade Lima
Profa. Dra. Rosana Cipolotti
Tel.: 9946-3221

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, CRM-SE n° _____, afirmo estar ciente dos objetivos da pesquisa intitulada: "**CUIDADOS PALIATIVOS: A VISÃO DO MÉDICO DE SERGIPE**", declaro livremente que consinto participar da mesma. Também consinto que seus conteúdos e resultados sejam utilizados inclusive para publicação, sabendo que será mantido sigilo quanto a identidade, sem prejuízos à imagem. Estou ciente de que poderei ter acesso, a qualquer tempo, às informações, esclarecimentos e questionamentos que se fizerem necessários sobre a pesquisa. Tenho plena liberdade de recusar a participar desta pesquisa, ou mesmo, tendo aceitado e assinado este termo, de excluir meu consentimento em qualquer fase do processo, sem que isso resulte em algum prejuízo.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelos pesquisadores, e, tendo entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa.

Pesquisa: Visão do médico sobre cuidados paliativos no estado de Sergipe.

Aracaju/SE, ____ de _____ de 20___.

_____ _____

Assinatura do voluntário Assinatura do pesquisador